

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES**

**ERWIN FERNANDO ALFREDO TEYUL YAT**

Tesis

Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Salud Pública con Énfasis en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud  
Para obtener el grado de  
Maestro en Salud Pública con Énfasis en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud

Noviembre 2021



# Facultad de Ciencias Médicas

## Universidad de San Carlos de Guatemala

ME.OI.424.2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Erwin Fernando Alfredo Teyul Yat

Registro Académico No.: 100021355

No. de CUI: 2317894751601

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en **Salud Pública con Énfasis en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud**, el trabajo de TESIS **NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES**

Que fue asesorado por: Dr. Adrián Esteban Salatino Díaz, MSc.

Y revisado por: Dr. Jorge Bolívar Díaz Carranza, MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **Noviembre 2021**

Guatemala, 14 de Octubre de 2021.

OCTUBRE 14, 2021

**Dr. Rigoberto Velásquez Paz MSc.**

Director

Escuela de Estudios de Postgrado

/dlsr

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: [maestriasyespecialidades@medicina.usac.edu.gt](mailto:maestriasyespecialidades@medicina.usac.edu.gt)

Guatemala 12 de octubre de 2021

Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de Estudios de Postgrado

A quien interese:

Atentamente me dirijo a usted para informarle que, en mi calidad de correctora de textos, he revisado la ortografía, morfología, sintaxis, semántica, aspectos metalingüísticos y ortotipográficos. Respeté las correcciones técnicas de la especialidad indicadas por los asesores para asegurar el contexto del proyecto de graduación de:

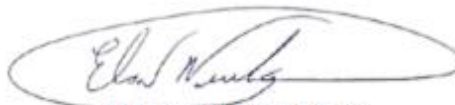
## **ERWIN FERNANDO ALFREDO TEYUL YAT**

El cual se titula:

## **NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES**

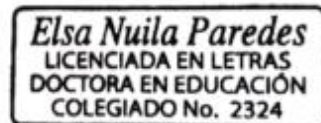
El candidato debe presentar el trabajo corregido junto con el original.

Respetuosamente,



Dra. Elsa Nuila Paredes  
Colegiado 2324

Colegio Profesional de Humanidades







Doctor  
**Joel Eleazar Sical Flores**  
Coordinador Específico  
Maestría en Salud Pública  
Sede Central –CUM–

Doctor Sical Flores:

Para su conocimiento y efecto correspondiente le informo que se revisó el informe final del estudiante:

***Erwin Fernando Alfredo Teyul Yat***

De la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud, registro académico 100021355. Por lo cual se determina **Autorizar solicitud de examen privado**, con el tema de investigación:

***“Necesidad insatisfecha de planificación familiar en adolescentes”***

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

**Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.**  
Unidad de Investigación de Tesis  
Escuela de Estudios de Postgrado

c.c. Archivo  
LARC/karin

Ciudad de Guatemala, 1 de septiembre de 2020

Doctor

**Joel Eleazar Sical Flores**

Coordinador Específico

Maestría en Salud Pública

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

Presente.

Respetable Doctor Sical:

Por este medio informo que he revisado el informe final de graduación que presenta el **Dr. ERWIN FERNANDO ALFREDO TEYUL YAT carné 100021355**, de la carrera de Maestría en Salud Pública con Énfasis en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud, el cual se titula **“NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES”**.

Luego de la revisión, hago constar que el **Dr. Teyul Yat**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y puede pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



MSc. Dr. Jorge Bolívar Díaz Carranza  
REVISOR



Ciudad de Guatemala, 29 de julio de 2020

Doctor

**Joel Eleazar Sical Flores**

Coordinador Específico

Maestría en Salud Pública

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

Presente.

Respetable Doctor Sical:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **Erwin Fernando Alfredo Teyul Yat**, carné **100021355**, de la carrera de Maestría en Salud Pública con Énfasis en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud, el cual se titula "**Necesidad insatisfecha de planificación familiar en adolescentes**".

Luego de la asesoría, hago constar que el Dr. **Teyul Yat**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y puede pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Adrián-Esteban Salatino Díaz  
ASESOR

*Adrián Esteban Salatino Díaz*  
Maestría en Salud Pública con  
Énfasis en Epidemiología  
Colegiado: 19025

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
RESUMEN .....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
I.    MARCO TEÓRICO.....	9
II.   JUSTIFICACIÓN .....	43
III.  OBJETIVOS .....	45
IV.  MATERIAL Y MÉTODOS .....	46
V.   RESULTADOS .....	52
VI.  DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	58
CONCLUSIONES .....	67
RECOMENDACIONES.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	69

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Prevalencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar.....	56
<b>Tabla 2.</b> Prevalencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar por departamento.....	56
<b>Tabla 3.</b> Relación entre necesidad insatisfecha de planificación familiar y embarazos adolescentes.....	57



## ÍNDICE DE GRÁFICAS

	<b>Pág.</b>
<b>Gráfica 1.</b> Necesidad insatisfecha de planificación familiar según etnia .....	52
<b>Gráfica 2.</b> Necesidad insatisfecha de planificación familiar según educación.....	53
<b>Gráfica 3.</b> Necesidad insatisfecha de planificación familiar según quintil de riqueza .....	54
<b>Gráfica 4.</b> Necesidad insatisfecha de planificación familiar según área de residencia....	55

## RESUMEN

La necesidad insatisfecha de planificación familiar es un problema de salud pública, en Guatemala el grupo más afectado son las adolescentes, por lo que no se garantiza el derecho a ejercer sus intenciones reproductivas y esto conlleva a repercusiones directas sobre su salud. **Objetivo:** determinar la prevalencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar en las adolescentes de 15-19 años de los departamentos de Alta Verapaz, Escuintla, Huehuetenango, Jalapa, Petén y San Marcos. **Material y métodos:** se realizó un estudio descriptivo transversal, utilizando la base de datos de la VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de Guatemala. Se determinó la prevalencia de necesidad insatisfecha, características sociodemográficas asociadas y su relación con el embarazo. **Resultados:** las características sociodemográficas de la población de estudio identifican a la mayoría (60 %) como indígena por auto denominación, no concluyeron la educación primaria (43 %), se ubican en el quintil más bajo de riqueza (43 %), y residen en el área rural (80 %). La tasa de prevalencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar fue de 67 por cada 1000 adolescentes. **Conclusiones:** la tasa de prevalencia total de necesidad insatisfecha es de 67 por cada mil adolescentes, y estas tienen 6 veces más probabilidades de embarazo en comparación con adolescentes con necesidad satisfecha.

**Palabras clave:** necesidad insatisfecha, planificación familiar, adolescentes.

## INTRODUCCIÓN

La capacidad de las mujeres, sobre todo las adolescentes, para decidir si quieren embarazarse y en qué momento, tiene repercusión directa en su salud, por lo que garantizar el acceso y provisión de métodos anticonceptivos es esencial para lograr su bienestar, autonomía, y ejercer el derecho a sus intenciones reproductivas; así como el desarrollo de su hogar y comunidad. (8, 31)

La necesidad insatisfecha de planificación familiar se define como, la proporción de mujeres que desean limitar o retrasar la maternidad, pero no están usando ningún método anticonceptivo. Se incluye también en este grupo a las mujeres que están actualmente embarazadas o en período de amenorrea y el embarazo no era deseado del todo o no era deseado en este momento. (1,2).

La necesidad insatisfecha de planificación familiar es un problema de salud pública, ya que las razones de no utilizar métodos anticonceptivos, a pesar de no desear un embarazo, pueden ser sociales, culturales o políticas; estas conllevan, a no garantizar el acceso a la anticoncepción moderna a todos los grupos etarios, por ejemplo; la restricción a grupos de adolescentes. (1,4,5)

Se estima que, en 2012, en el ámbito global, el número de mujeres que tenían necesidades insatisfechas en relación con los métodos anticonceptivos modernos era de 222 millones. Y se calcula que el uso de métodos anticonceptivos en los países en desarrollo evitaría 218 millones de embarazos no deseados (embarazos donde la mujer no deseaba embarazarse, pero no utilizaba anticonceptivos) y 55 millones de nacimientos no planeados. (11)

En América Latina y el Caribe el 27 % de las familias más pobres tiene necesidad insatisfecha de planificación familiar, 2.25 veces la necesidad de las familias con mayores recursos. En países como México, la evidencia indica que la necesidad insatisfecha de anticoncepción se concentra en mujeres adolescentes, indígenas, residentes de zonas rurales y con un nivel de escolaridad baja. (5,11)

En Guatemala, según la VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), la necesidad insatisfecha de planificación familiar es mayor en las mujeres más jóvenes, lo que está relacionado con el mayor deseo de espaciar los nacimientos en estas edades. El no garantizar la provisión de servicios de planificación familiar en este grupo etario, se refleja en el porcentaje de embarazos en adolescentes en el país, según el Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes (PLANEA), en el 2016, del total de

embarazos, un 18 % correspondían a adolescentes de 15 a 19 años y, en departamentos como Petén, Alta Verapaz, Huehuetenango, Escuintla, Jalapa y San Marcos este porcentaje puede llegar hasta un 30.6 %. (1, 7)

El PLANEA, entre sus indicadores de impacto, busca reducir la necesidad insatisfecha de planificación familiar en adolescentes, en cada uno de los departamentos priorizados para su implementación; sin embargo, la ENSMI únicamente publica datos a nivel de país, aunque si los recolecta en su base de datos. (7)

Este estudio, de tipo descriptivo transversal, determina la prevalencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar en las adolescentes de 15-19 años en los departamentos de Alta Verapaz, Escuintla, Huehuetenango, Jalapa, Petén y San Marcos (población). Por lo que se utiliza la base de datos de la VI ENSMI, se estudia la totalidad de la población (n=106) y no se encuentran datos con registros incompletos.

Las características sociodemográficas asociadas necesidad insatisfecha de planificación familiar son: población indígena, con niveles educativos y quintiles de riqueza más bajos, y residencia en el área rural.

La tasa de prevalencia total de necesidad insatisfecha de planificación familiar en adolescentes para los departamentos evaluados es de 67 por cada mil adolescentes.

Del total de adolescentes estudiadas de 15-19 años, de los departamentos de Alta Verapaz, Escuintla, Huehuetenango, Jalapa; Petén y San Marcos, la tasa de prevalencia necesidad insatisfecha de planificación familiar es de 67 por cada 1000 adolescentes de 15-19 años; estas adolescentes tienen 6 veces más probabilidades de embarazo en comparación con adolescentes con necesidad satisfecha de anticoncepción

La tasa de prevalencia para espaciar es de 61 por cada 1000 adolescentes de 15-19 años; y la prevalencia para limitar es de 6 por cada 1000 adolescentes de 15-19 años.



# I. MARCO TEÓRICO

## 1.1 MODELO TEÓRICO

### 1.1.1 Causalidad

El concepto de causalidad se aplica a la vida cotidiana, pues es condición ineludible de la mente humana buscar relaciones entre las cosas y, particularmente, entre las acciones y sus consecuencias, como un modo de entender el mundo y de aprender y adaptarse a él. Es un proceso complejo acercarse a la comprensión del concepto de causalidad, en particular desde las ciencias de la salud y, específicamente, con la perspectiva epidemiológica. Esto se debe a que los seres humanos son organismos complejos, y mucho más, cuando se observan como grupo. (13,14)

Los investigadores interesados en fenómenos causales deben adoptar una definición de causalidad. Esta palabra se puede definir como un evento, condición o característica que precedió a la enfermedad y sin la cual no habría ocurrido. (15)

### 1.1.2 Modelo de causalidad de Kenneth Rothman

El modelo: una enfermedad dada puede ser causada por más de un mecanismo causal, y cada mecanismo causal implica la acción conjunta de una multitud de causas componentes. El Modelo de Rothman, contempla las relaciones multicausales. Fue desarrollado en el ámbito de la epidemiología y es el más adaptado a los métodos estadísticos multivariantes. (15)

Define como causa todo acontecimiento, condición o característica que juega un papel esencial en producir un efecto. Distingue entre causa componente, suficiente y necesaria. Sus características son: A) Ninguna de las causas componentes es superflua. B) No exige especificidad, pues un mismo efecto puede ser producido por distintas causas suficientes. C) Una causa componente puede formar parte de más de una causa suficiente para el mismo efecto. Si una causa componente forma parte de todas las causas suficientes de un efecto se le denomina causa necesaria. D) Una misma causa componente puede formar parte de distintas causas suficientes de distintos efectos. E) Dos causas

componentes de una causa suficiente se considera que tienen una interacción biológica, es decir, ninguna actúa por su cuenta. (15)

El grado de interacción puede depender de otras causas componentes. En la medicina, sin embargo, interactúan diversos órdenes o niveles de organización, histórico, social, político, económico, cultural y técnico, que han permitido señalar un concepto de causalidad, denominado contextual. Este es más dinámico, no lineal, multidireccional, cambiante y heterogéneo que determina la aparición de los daños a la salud. (13)

De acuerdo con Rothman una causa se define como un evento, condición o característica antecedente que, si está presente, cambia la probabilidad de ocurrencia de un evento (ejemplo: enfermedad) en un momento determinado mientras otras condiciones permanecen fijas. Si bien esta definición puede ser suficiente para abordar la causalidad desde la epidemiología, el centro del pensamiento epidemiológico es el proceso por el cual se llega a determinar si la relación entre dos condiciones (generalmente una intervención o exposición y un evento de salud-enfermedad) es causal a lo cual se le conoce como inferencia causal. (16)

### **1.1.3. Características del modelo**

- Este modelo considera como “causa componente” a elementos individuales (ejemplo: factores de riesgo) que forma un conjunto que constituye una “causa suficiente”. (16)
- En este modelo, se contempla la posibilidad de que una causa componente pueda formar parte de más de una causa suficiente para el mismo efecto y en el caso que de esta causa componente haga parte de todas las causas suficientes se considera que es una “causa necesaria”. (16)
- En este modelo de inferencia causal, las causas componentes deben definirse (y probarse). La oportunidad de intervención o prevención en este modelo está fundamentada en la ausencia (o eliminación) de, al menos, una causa componente de la causa suficiente. De esto también deriva que el efecto de una causa componente en una población depende de la prevalencia en la población de otras causas componentes que completan, al menos, una causa suficiente. (16)

#### **1.1.4 Utilidad**

- La operacionalización estadística de este modelo por medio de regresiones multivariantes asume que el componente aleatorio es introducido por causas componentes no medidas que se comportan como elementos aleatorios. (16)
- En este modelo la unidad de análisis es el mecanismo causal y no los individuos. (16)

#### **1.1.5 Limitaciones**

- La principal limitación de este modelo es que no incorpora de manera específica las relaciones entre los factores o componentes causales que es esencial para identificar, comprender y evitar los sesgos de selección, información y que pueden afectar la validez de las inferencias causales. (16)

### **1.2 MARCO CONCEPTUAL**

#### **1.2.1 Necesidad insatisfecha de planificación familiar**

Proporción de mujeres que desean posponer su próximo embarazo por dos años o más o que no desean tener hijos o hijas, pero no están utilizando un método anticonceptivo. También se incluye, en este grupo, a las mujeres actualmente embarazadas y cuyo embarazo no era deseado del todo o no era deseado en este momento. También incluye a mujeres en el período de amenorrea cuyo último parto no fue deseado, o no era deseado en este momento. La necesidad insatisfecha puede ser para espaciar o para limitar los nacimientos de forma definitiva. (1,2)

#### **1.2.2 Necesidad insatisfecha de planificación familiar para espaciar**

Se refiere a la proporción de mujeres embarazadas o amenorreicas, cuyo embarazo no fue planeado y mujeres fértiles, no embarazadas ni en amenorrea, y que desea posponer un embarazo por lo menos por 2 años o más. (1,2)

#### **1.2.3 Necesidad insatisfecha de planificación familiar para limitar**

Se refiere a la proporción de mujeres embarazadas o amenorreicas, cuyo embarazo no es deseado o no fue deseado y mujeres fértiles, no embarazadas ni en amenorrea, y que no desean tener más hijos/hijas. (1,2)

#### **1.2.4 Adolescencia**

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

Para fines de este estudio se contemplarán adolescentes entre 15 y 19 años.  
(23)

#### **1.2.5 Embarazo en la adolescencia**

Embarazo que ocurre durante la adolescencia. La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil considera embarazo y maternidad en adolescentes a las mujeres entre 15 y 19 años.

#### **1.2.6 Etnia**

La etnia hace referencia a las prácticas culturales y perspectivas que distinguen a una determinada comunidad de personas.

Para fines de este estudio se contemplará la etnia por autoidentificación como indígenas y no indígenas. (25,26)

#### **1.2.7 Educación**

Proceso intencional que pretende al perfeccionamiento del individuo como persona y la inserción de este, en el mundo cultural y social, entendiendo al proceso educativo como una parte activa en las sucesivas etapas de su larga y nunca concluida formación como individuo y como ser social. Para fines de este estudio, se clasificará en sin educación y educación formal (primaria incompleta, primaria completa, secundaria y superior). (27)

#### **1.2.8 Quintil de riqueza**

Para conocer la distribución del ingreso al interior del país y de las subregiones, se utiliza el método de los Quintiles de Ingresos, que divide a la población en cinco grupos más o menos iguales, esto es, cada uno representando alrededor



del 20 % del total. El primer quintil agrupa a los más pobres es decir los que tienen menos ingresos y el quinto quintil a los de mayor ingreso. (28)

### **1.2.9 Área de residencia**

Se trata de agrupaciones de las entidades singulares de población con el objeto de conseguir una repartición de población en grupos homogéneos respecto a una serie de características que atañen a su modo de vida.

- Zona rural: conjunto de entidades singulares de población con 10.000 y menos habitantes o las que, teniendo más habitantes, poseen población en diseminado.
- Zona urbana: conjunto de entidades singulares de población con más de 10.000 habitantes de hecho. (52)

## **1.3 MARCO REFERENCIAL**

### **1.3.1 Salud sexual y reproductiva**

La salud sexual y reproductiva es el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. (17,18)

Lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación familiar de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables. También tienen derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. (29)

Los temas reproductivos, en la actualidad y desde tiempos muy remotos, no solo han preocupado a las familias, sino que empezó por ser una preocupación del propio individuo como persona, quien se dio cuenta que el ejercicio de su sexualidad, en determinadas circunstancias, generaba un embarazo en las mujeres y el nacimiento de un nuevo individuo. La preocupación individual, en los últimos tiempos, se ha transformado en una preocupación mundial, cuando el número de personas en el mundo es cada vez mayor, y la reducción de

recursos naturales se relaciona con efectos sobre las mejores condiciones de habitabilidad de todas las personas en el mundo. (4)

En este contexto se desarrolla el concepto moderno de la planificación familiar como una propuesta que debe influir no solo en mejorar la salud sexual y reproductiva de las personas, sino también la educación, en aliviar la pobreza, mejorar el ambiente, y en el desarrollo económico de las naciones. Es decir, en un concepto amplio que debe ser tomado en cuenta por quienes tienen la responsabilidad de dirigir los gobiernos, y que son quienes se relacionan con la planificación familiar desde la perspectiva de considerarla como una herramienta básica para lograr el desarrollo de las naciones de una manera sostenible. (4)

### **1.3.2 Planificación familiar**

Se refiere a un esfuerzo consciente de una mujer o una pareja de limitar o espaciar el número de niños o niñas por medio del uso de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. (1,20,21)

La planificación familiar ha generado más actividades de evaluación que ninguna otra clase de intervención social o de salud pública. Estas actividades han resultado de un compromiso sostenido, a través de varias décadas, de gobiernos, donadores internacionales e investigadores individuales, para comprender los mecanismos que explican el uso de los anticonceptivos y, en última instancia, la reducción de la fecundidad. En fecha más reciente, el interés en el aporte de la planificación familiar al mejoramiento de la salud materno-infantil y su importancia como derecho humano fundamental han proporcionado un ímpetu adicional para evaluar los efectos de estos programas. (22)

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. (20)

La planificación familiar permite, además, que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna. (20)

La tarea de planificación familiar sigue inconclusa. A pesar de los grandes avances de las últimas décadas, más de 120 millones de mujeres, en el ámbito mundial, quieren evitar el embarazo, pero ni ellas ni sus parejas están utilizando anticoncepción. Hay muchas razones por las que no se ha resuelto esa necesidad: los servicios y los insumos todavía no se encuentran disponibles en todos los contextos, o las opciones son limitadas. El miedo a la desaprobación social o a la oposición de la pareja plantea barreras formidables. El temor a efectos secundarios e inquietudes relacionadas con la salud frenan a mucha gente. Otros no conocen las opciones anticonceptivas y su utilización. Estas personas necesitan ayuda ahora. (30)

La Reunión Cumbre de Londres 2012 sobre planificación familiar estableció la meta de proveer anticonceptivos modernos a 120 millones de mujeres con necesidades no satisfechas de anticoncepción, para el año 2020. La reducción de la alta tasa de discontinuación de anticonceptivos mediante la facilitación de cambio de método jugará un rol crítico en el logro de esa meta. (12)

### **1.3.3 Demanda de planificación familiar**

Se refiere al deseo o motivación de las mujeres o parejas de controlar la futura fecundidad, se divide en dos componentes: demanda de limitación y de espaciamiento. (22)

En la demanda de planificación familiar influye, directamente, la oferta (potencial) de hijos; es decir, el número de hijos sobrevivientes que una mujer o pareja tendrían en ausencia de regulación de la fecundidad específica por la paridad (Bongaarts y Menken, 1983; Knodel, 1983) y la demanda de hijos de una mujer o pareja. (22)

La demanda de planificación familiar puede dividirse en dos componentes: demanda de limitación y demanda de espaciamiento. Se dice que las mujeres o parejas que desean poner fin a su procreación tienen una demanda de limitación, mientras que quienes desean posponer nacimientos futuros (pero no poner fin a

la procreación) tienen una demanda de espaciamiento. Puesto que los servicios y métodos anticonceptivos requeridos por las clientes que desean limitar, en contraposición a espaciar, futuros nacimientos son diferentes, las medidas de la demanda de limitación y de espaciamiento proporcionan información valiosa sobre las necesidades programáticas actuales y futuras, proyectadas en términos de la combinación de servicios y métodos anticonceptivos. (22)

#### **1.3.4 Demanda total de planificación familiar**

La demanda total de servicios de planificación familiar se refiere a las mujeres que tienen una necesidad satisfecha como aquellas que tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar. (1)

Según Westoff y Ochoa la demanda total de planificación familiar consiste en la suma de la demanda de limitación más la demanda de espaciamiento y, por tanto, proporciona una base para estimar el número total de clientes que habrían sido atendidas si todas las mujeres que, actualmente, desean evitar embarazos adicionales o espaciar sus próximos embarazos buscasen servicios de planificación familiar. (22)

#### **1.3.5 Necesidad Satisfecha de planificación familiar**

Se considera que una mujer que está actualmente usando un método anticonceptivo tiene una necesidad satisfecha de planificación familiar. La proporción de la demanda total de planificación familiar se crea en un momento que se satisface mediante el uso actual de anticonceptivos. (1,22)

Este indicador relaciona el uso actual de anticonceptivos o “demanda satisfecha” con la demanda total de planificación familiar, es decir, con la población de mujeres sometidas a riesgo de embarazo y que han manifestado su deseo de limitar su futura fecundidad. Por tanto, el indicador proporciona una medida más específica del éxito del programa en lo que respecta a satisfacer la demanda existente de servicios que la tasa de prevalencia anticonceptiva. (22)

#### **1.3.6 Necesidad insatisfecha de planificación familiar**

La necesidad insatisfecha de planificación familiar es igual al número de mujeres en edad reproductiva que están casadas o en una unión y que tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar (consiste en 2 grupos de



mujeres, las que tienen una necesidad no satisfecha de limitación y las que tienen una necesidad no satisfecha de espaciamiento), dividida el número total de mujeres en edad reproductiva que están casadas o en unión. Se les excluye del cálculo del indicador: (22,3)

- Las mujeres, actualmente embarazadas o amenorreicas, que utilizaban la anticoncepción al concebir el embarazo con el hijo actual o último (se considera que estas mujeres no necesitan servicios anticonceptivos ya que la necesidad previa se atendió con el uso anticonceptivo, aunque, aparentemente, necesitarían un método más eficaz).
- Las mujeres, actualmente embarazadas o amenorreicas, que declararon que su embarazo fue deliberado.
- Las mujeres fértiles que desean tener su siguiente hijo dentro de los dos próximos años. (22,3)

### **1.3.7 Necesidad insatisfecha de planificación familiar en adolescentes**

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento, tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. Por ello, el acceso a métodos anticonceptivos es esencial para lograr su bienestar y autonomía, así como la salud y el desarrollo de su hogar y su comunidad. (31)

Debido a la importancia del ejercicio de este derecho fundamental, una de las metas del Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, propone lo siguiente: “para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”. (11,32)

Este indicador proporciona información sobre la dimensión de un subgrupo de población sumamente importante para la gestión de los programas de planificación familiar: las mujeres sometidas a riesgo de embarazo con una necesidad aparente de servicios de planificación familiar tomando como base su deseo expresado de limitar o espaciar futuros nacimientos, pero que no utilizan la anticoncepción. Se dice que dichas mujeres tienen una “demanda no

satisfecha” o “necesidad no satisfecha” de planificación familiar y son el objetivo principal lógico de las actividades de mercadeo/captación del programa. (22)

El indicador puede interpretarse también como el número de clientes adicionales que estarían utilizando la anticoncepción (por encima del número de usuarias actuales) si todas las mujeres sometidas a riesgo de embarazo que desean poner fin a su reproducción o posponerla adoptasen la anticoncepción. (22)

### **1.3.7.1 Criterios de elegibilidad médica de anticoncepción en adolescentes**

Las personas adolescentes pueden utilizar cualquier método anticonceptivo de manera segura. La edad no es una razón médica para negar a los adolescentes algún método anticonceptivo. A menudo, las jóvenes toleran los efectos secundarios peor que las mujeres de más edad. Sin embargo, si reciben asesoramiento sabrán qué es lo que pueden esperar y es menos probable que dejen de utilizar los métodos anticonceptivos. (30)

Según los criterios médicos de elegibilidad para adolescentes de la Organización Mundial de la Salud; los anticonceptivos hormonales combinados, anticonceptivos orales con progestágeno solo, implantes de Levonorgestrel y Etonogestrel, se clasifican en categoría 1; mientras que los anticonceptivos inyectables con progestágeno solo, dispositivo intrauterino liberador de Levonorgestrel y dispositivo intrauterino con cobre, categoría 2. (30)

La categoría 1 hace referencia que se puede utilizar el método en cualquier circunstancia, y la categoría 2, en general usar el método. Se debe tener cautela en el uso de Acetato de Medroxiprogesterona en adolescentes menores de 18 años, por su efecto en el metabolismo óseo. Por ello, se sugiere la medición de la densidad mineral ósea, luego de tres años de uso consecutivo. (30,53)

### **1.3.7.2 Comportamiento**

- **En el ámbito global**

Se estima que, en 2012, en el ámbito global, el número de mujeres que tenían necesidades insatisfechas en relación con los métodos anticonceptivos modernos era de 222 millones. Además, se calcula que el uso de métodos anticonceptivos en los países en desarrollo evitaría

218 millones de embarazos no deseados (embarazos donde la mujer no deseaba embarazarse, pero no utilizaba anticonceptivos) y 55 millones de nacimientos no planeados (embarazos donde las mujeres hubieran preferido posponer por lo menos dos años el embarazo). (11)

En el mundo, la proporción de mujeres casadas con esta necesidad insatisfecha pasó de 19 % a 17 % en la década de 1990. Sin embargo, el número de mujeres con necesidad insatisfecha ha permanecido casi constante debido al crecimiento de la población. En la mayor parte de los 33 países donde se han realizado Encuestas Demográficas y de Salud -EDS- en más de una ocasión, se observó un descenso durante la década de 1990 en el porcentaje de mujeres con necesidad insatisfecha, gracias a un mayor uso de la planificación familiar. (33)

- **En el ámbito nivel regional**

En América Latina y el Caribe el 27 % de las familias más pobres tiene necesidad insatisfecha de planificación familiar, 2.25 veces la necesidad de las familias con mayores recursos. El porcentaje más elevado de necesidad insatisfecha de planificación familiar en mujeres casadas o unidas se presenta en Haití (39.8 en 2000), seguido por Guatemala (23.1 en 1998-99) y Bolivia (22.7 en 2003) mayores al 12 por ciento de la región en 2005. (5)

Estudios sobre la demanda insatisfecha de la anticoncepción en adolescentes mexicanas, realizados entre 1987 y 2009, han señalado un descenso al respecto, en contraste con la disminución observada entre mujeres adultas, a pesar de que la cobertura anticonceptiva ha aumentado. La evidencia indica, también que la demanda insatisfecha de anticoncepción en México se concentra en mujeres jóvenes, hablantes de lenguas indígenas, residentes de zonas rurales, mujeres con un nivel de escolaridad bajo y residentes en zonas de muy alta marginación. (11)

Las necesidades no atendidas en materia de anticoncepción dentro del grupo de mujeres de 15-19 años sexualmente activas variaron de 23.7 % (IC95 % 15.8-31.5) en 1987 a 21.5 % (IC95 % 19.3-23.7) en 2009. Es decir, la cuarta parte de las adolescentes sexualmente activas no cubre

sus necesidades en anticoncepción. El descenso insuficiente de las necesidades insatisfechas de anticoncepción entre adolescentes, reflejado en las cifras alarmantes de embarazo en edades tempranas, implica que los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes mexicanas no se están respetando. Cuando las adolescentes cuentan con la información y los recursos necesarios para ejercer sus derechos, pueden decidir cuándo tener hijos, y ellas mismas suelen posponer el embarazo, tener menos hijos y terminar más años de estudio. (11)

En Colombia, los departamentos con más altos niveles de necesidad insatisfecha de anticonceptivos se encuentran en las regiones con mayores porcentajes de población indígena; mientras que en el total del país la necesidad insatisfecha es del 7 %. Este valor se acerca al 20 % en los departamentos de Vaupés, Amazonas y Guainía pertenecientes a la región de la Orinoquía y Amazonía, en La Guajira perteneciente a la Región Caribe y en el Chocó del Litoral Pacífico. Estos departamentos presentan, a su vez, las mayores dificultades tanto geográficas como de infraestructura para el acceso a servicios de salud y, de acuerdo con la información del Censo 2005, los mayores niveles de pobreza. (31)

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud -ENDS- 2017, en Colombia, hay una importante brecha en la necesidad insatisfecha de anticonceptivos entre mujeres con el nivel más bajo de riqueza (11 %) y mujeres con el nivel más alto (5 %); entre mujeres con menor nivel de educación (13 %) y mujeres con mayor nivel de educación (5 %) y entre jóvenes (20 %) y mayores (6 %). (31)

En Panamá, el 26.9 % de las mujeres casadas o unidas y no embarazadas tienen necesidad insatisfecha de planificación para espaciar (7.2 %) y para limitar (19.8 %) mayor en áreas indígenas (70.4 %) que en áreas urbanas (24.2 %) y rurales (24.1 %). En las provincias y comarcas, el mayor porcentaje de necesidades insatisfechas se observa en la Comarca Ngäbe-Buglé (75.2 %), la Provincia de Bocas del Toro (47.2 %) y la Comarca Emberá (45.2 %), mientras que el menor en la Provincia de Herrera (11.3 %). La situación de desventaja en que se encuentran las poblaciones originarias de Panamá, hace de este un



grupo prioritario para el desarrollo de programas adecuados y para el estudio de los factores sociales y económicos que la ponen en esta situación, en cumplimiento de objetivos internacionales. (5)

En estas comarcas, prevalece un sistema patriarcal, la transición de la fecundidad es incipiente y los servicios de salud son poco accesibles. Se desconoce cuáles son los determinantes de las NIPF en las comarcas Ngäbe-Buglé y Emberá, la información disponible es descriptiva, orientada a presentar los niveles y no las causas del problema. (5)

- **A nivel local**

Según la ENSMI 2014-2015 de Guatemala el 14 por ciento de las mujeres actualmente casadas o unidas tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar: 8 % para espaciar y 6 % para limitar los nacimientos de forma definitiva. De este mismo grupo de mujeres, 61 % está usando un método anticonceptivo. Por lo tanto, la demanda total de planificación familiar en el país es de 75 %, lo que implica que 81 % de esa demanda total es satisfecha con cualquier método y 65 % con métodos modernos. Estas cifras muestran entonces que una de cada 3 mujeres (35 por ciento) no tiene satisfecha su demanda de métodos anticonceptivos con un método moderno. (1)

La necesidad insatisfecha es mayor en las mujeres más jóvenes, lo que está relacionado con el mayor deseo de espaciar los nacimientos en estas edades. Es también mayor en las mujeres indígenas, y en aquellas de los quintiles y niveles de educación más bajos. Son también estos grupos poblacionales donde el porcentaje de la demanda total satisfecha con métodos modernos es más bajo. (1)

Existen diferencias importantes por departamento: los departamentos con mayor demanda insatisfecha total de 17 % o mayor son Baja Verapaz, Jalapa (17 %), Alta Verapaz, Chiquimula y San Marcos (18 %), Quiché (19 %), Huehuetenango (20 %) y Totonicapán (22 %). Al otro extremo, con más baja necesidad insatisfecha se encuentran Escuintla (7 %), Santa Rosa (8 %), El Progreso (9 %), Guatemala y Suchitepéquez (10 %). (1)

### 1.3.7.3 Características sociodemográficas

Para reducir las consecuencias en la salud pública de los nacimientos no deseados, los responsables de desarrollar políticas y programas de planificación familiar deben conocer las razones por las cuales, algunas mujeres que viven en pareja no usan anticonceptivos, aunque no quieran más hijos o deseen posponer sus nacimientos. (5)

Las mujeres que no conocen anticonceptivos, con más hijos vivos y que participan en menos decisiones del hogar tienen mayor probabilidad de tener necesidad insatisfecha de limitar y total; mientras que las más jóvenes, sin contacto con instalaciones de salud, y sin conocimiento de métodos anticonceptivos, tienen mayor probabilidad de tener necesidad insatisfecha para espaciar. (5)

Otras razones descritas son la edad a la primera unión, número de hijos vivos, lugar de residencia, acceso geográfico, educación, trabajo de la mujer, conocimiento sobre planificación familiar y de lugares donde obtenerlos además de la visita de trabajadores de planificación familiar. También es afectada por la baja autonomía de la mujer, el estatus económico del hogar, el temor a efectos adversos, la desaprobación familiar. La falta de conocimiento sobre métodos o el lugar donde obtenerlos es una razón importante pero poco común a mayor nivel de desarrollo. (5)

- **Edad**

La población adolescente es especialmente considerada de gran importancia en el estudio de la salud sexual y reproductiva, pues se instituye socialmente como la etapa del ciclo vital de inicio de relaciones más abiertas, como hecho radical vivencial, en correspondencia con los cambios físicos y mentales. Relaciones más abiertas en sociedades más plurales e incluyentes pero que, al mismo tiempo, contrastan con la baja consistencia en el conocimiento e información de los adolescentes sobre los procesos y riesgos sexuales y reproductivos, la asimetría de edad en las relaciones sexuales donde las adolescentes son mucho más jóvenes que sus parejas masculinas, el uso de métodos anticonceptivos y

barreras de protección contra embarazos a temprana edad, interrupción de embarazos y enfermedades de transmisión sexual. (19)

La adolescencia, como la juventud, son palabras de uso diverso en la sociedad y suelen generar mayor discusión que consenso. Sin embargo, han producido en las sociedades contemporáneas un lugar común para la investigación del comportamiento sexual y reproductivo, hecho trascendental puesto que los propios jóvenes y sus entornos familiares y culturales cercanos, asumen hoy la “naturalidad” y la normalidad del inicio de la sexualidad a temprana edad. (19)

Estudios en áreas en desarrollo demuestran que la necesidad insatisfecha de planificación familiar se relaciona con factores como edad. La necesidad insatisfecha es mayor en las mujeres más jóvenes, lo que está relacionado con el mayor deseo de espaciar los nacimientos en estas edades. (1,5)

Las intervenciones en salud sexual durante la adolescencia tienen como objetivo, tanto reducir las consecuencias adversas del comportamiento sexual, como mejorar la calidad de las relaciones sexuales de los jóvenes para su vida actual y también para su vida adulta. (24)

Los problemas sociales y de salud asociados al embarazo en adolescentes y en general sobre la salud sexual y reproductiva de este grupo poblacional, ponen de manifiesto el contradictorio escenario de desarrollo y la fragilidad de la autonomía en las decisiones de las adolescentes. Esto se debe a que, siendo un grupo con alta información y disposición de medios de prevención de los problemas señalados alrededor del inicio de la sexualidad, también es un grupo social altamente vulnerable por la baja educación de calidad sobre salud sexual y reproductiva y la ausencia de políticas públicas eficaces que impacten positivamente los modelos de crianza y el acceso a los medios idóneos para enfrentar las dificultades en esta etapa del ciclo vital. (19)

Las situaciones de cambio y de ruptura respecto a la salud sexual y reproductiva en la población adolescente están matizadas por los

antecedentes individuales y familiares y el tipo de socialización y educación que conforman el contexto social en que los comportamientos son valorados socialmente, por ejemplo, el embarazo a temprana edad es considerado un grave problema de salud pública y un fenómeno social que debe ser contenido desde el enfoque preventivo de la salud y la educación. (19)

- **Nivel socioeconómico**

Las investigaciones indican que las tasas de mortalidad son mayores para los pobres que para los ricos en todas las edades. Esta diferencia es particularmente elevada en la lactancia y la niñez. (34)

En Guatemala para 2014, el 59.3 % de la población se encontraba en pobreza, es decir, más de la mitad de la población tenía un consumo por debajo de Q10,218 al año. Casi cuatro de cada cinco personas indígenas se encontraban en pobreza. Al comparar los niveles de pobreza con la población no indígena, se evidencia que la pobreza en la población indígena era 1.7 veces mayor que en la población no indígena. El 68.2 % de los menores de 18 años habitaban en hogares pobres. Al desagregar por rangos de edad, se obtiene que el 70.2 % de los niños menores de 10 años se encontraban en pobreza. Mientras que para los niños-adolescentes entre 10 y 17 años, la pobreza era de 65.9 %. (35)

El riesgo de tener embarazos no planeados es mayor en mujeres pobres. La necesidad insatisfecha de planificación familiar disminuye en la mayoría de los países, pero, permanece elevada en regiones pobres. Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015, las mujeres en los quintiles de riqueza más bajos presentan una mayor necesidad insatisfecha de planificación familiar. (1,5)

- **Nivel educativo**

La situación educacional tiene una repercusión no solo en cuanto a los límites que impone al acceso equitativo al mercado del trabajo y la perpetuación de la pobreza, sino también en términos de sus consecuencias para la salud. Los estudios revelan que la educación de

la madre es un factor importante en la asistencia sanitaria de la familia (nacimientos en un centro de salud, controles médicos, etc.) (34)

Según la ENCOVI, en Guatemala el 79.1 % de la población mayor de 15 años sabe leer y escribir, sin embargo, es importante desagregar esa información por etnia, sexo y por rangos de edad. Se observa que, en términos generales, las personas no indígenas registran porcentajes más altos de alfabetismo y los hombres registran mayor alfabetización que las mujeres. Es conveniente indicar que los procesos de alfabetización y educación en los jóvenes han dado resultados positivos, ya que al analizar al rango de población comprendida entre 15 a 24 años, se registra un incremento significativo en la alfabetización. (36,37)

Los departamentos que registran las mayores tasas de analfabetismo son Quiché, Alta Verapaz y Huehuetenango. (36)

El riesgo de tener embarazos no planeados es mayor en mujeres sin educación formal. (5) Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015, las mujeres con niveles de educación más bajos presentan una mayor necesidad insatisfecha de planificación familiar. (1)

- **Aspectos socioculturales**

Sobre los grupos vulnerables y marginados de la sociedad recae una proporción desmedida de problemas de salud. Muchas disparidades de salud tienen sus raíces en las desigualdades estructurales sociales básicas, íntimamente relacionadas con el racismo y otras formas de discriminación en la sociedad. La mortalidad y la salud en general se apartan rara vez de la economía y las relaciones sociales, lo cual lleva a la conclusión de que para eliminar las diferencias en los resultados de salud se deben abordar las desigualdades sociales subyacentes que las producen como corolario directo. (34)

El respeto de los derechos humanos se distingue y caracteriza por el principio de la ausencia de discriminación. La responsabilidad gubernamental relacionada con evitar la discriminación incluye asegurar la igualdad de protección y de oportunidades de conformidad con la ley,

y el goce efectivo de derechos como el de la salud pública, la atención médica, el seguro y los servicios sociales. (34)

La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial obliga a los Estados parte de esta a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de todas las personas, sin distinciones de raza, color de la piel u origen nacional o étnico, y la igualdad ante la ley, en particular en lo que hace al disfrute de esos derechos. (34)

Las investigaciones han demostrado que las desigualdades en salud y asistencia sanitaria de los grupos étnicos y raciales son obvias y que, de las explicaciones de dichas desigualdades, el racismo es la más preocupante. Por consiguiente, se ha sugerido que se preste atención a los factores de género, ascendencia y grupo étnico, estado socioeconómico, discapacidad, orientación sexual y condiciones de vida en medios rurales que influyen en los resultados de salud. Asimismo, que se preste atención a los efectos de salud que las instituciones, las leyes, las políticas y los programas pueden tener en los grupos étnicos y raciales. (34)

En Guatemala, se registra que la mayoría de población es autodenominada no indígena, pero existe una relación de 66.7 indígenas, por cada 100 habitantes no indígenas. Los departamentos con menor presencia de población indígena son Jalapa, Zacapa y El Progreso. Por su parte, los departamentos con mayor población indígena son Totonicapán, Sololá y Alta Verapaz. (36)

El riesgo de tener embarazos no planeados es mayor en mujeres que viven en el área rural comparado con mujeres que residen en áreas urbanas. Cuando se asocia la deficiente calidad de los servicios, representan factores particularmente importantes para ciertos grupos de mujeres (rurales e indígenas, sobre todo). (5,10)

En Guatemala según la ENSMI 2014-2015 Existen diferencias importantes por departamento: los departamentos con mayor demanda insatisfecha total de 17 % o mayor son Baja Verapaz, Jalapa (17 %), Alta

Verapaz, Chiquimula y San Marcos (18 %), Quiché (19 %), Huehuetenango (20 %) y Totonicapán (22 %). Al otro extremo, con más baja necesidad insatisfecha se encuentran Escuintla (7 %), Santa Rosa (8 %), El Progreso (9 %), Guatemala y Suchitepéquez (10 %). (1)

La población de Guatemala es eminentemente rural, la relación de urbanidad corresponde a la razón entre la población que vive en áreas urbanas con respecto a la que reside en áreas rurales. En Guatemala, se estima una relación de urbanidad de 94.1. Significa que, por cada 100 personas que viven en el área rural, 94 viven en el área urbana. Los departamentos con mayor índice de urbanidad son Guatemala y Sacatepéquez. Los departamentos de Alta Verapaz, Chiquimula y San Marcos son eminentemente rurales. (36)

Diversas encuestas realizadas en distintos países proporcionan algunas indicaciones sobre las razones que subyacen a la necesidad insatisfecha de planificación familiar. La falta de conocimientos sobre los anticonceptivos es una de ellas, si bien en los últimos años se menciona menos frecuentemente que antes. En cambio, contribuye más el conocimiento deficiente de cómo utilizar un método determinado (especialmente los anticonceptivos orales), resultado de la ausencia total de asesoramiento (esto sucede, por ejemplo, cuando se adquieren los anticonceptivos en la farmacia y no se accede a una consulta con una persona cualificada) o de un asesoramiento deficiente. Este desconocimiento hace que el fracaso de los métodos sea frecuente. (10)

### **1.3.8 Población Adolescente**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establecen que los jóvenes entre 10 y 24 años representan 25 % de la población. Se estima que cuatro de cada cinco pertenecen a los países menos desarrollados. (39)

- **Acceso de la población adolescentes a servicios de salud reproductiva**

En muchos países, la población adolescente no tiene acceso adecuado a la información y a los servicios de anticoncepción necesarios para



proteger su salud y sus derechos sexuales y reproductivos. Es imperioso implementar programas que satisfagan las necesidades de anticoncepción de las y los adolescentes y que eliminen las barreras para acceder a los servicios. (21)

En general, las y los adolescentes son elegibles para usar los mismos métodos anticonceptivos que las personas adultas y deben tener acceso a una variedad de opciones de estos métodos. La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a las y los adolescentes. Aunque se han expresado algunas preocupaciones relacionadas con el uso de ciertos métodos anticonceptivos por parte de adolescentes (p. ej., el uso de anticonceptivos inyectables con progestágeno solo por menores de 18 años). Se deben sopesar estas preocupaciones y las posibles ventajas de evitar un embarazo no deseado. (21)

### **1.3.9 Embarazo y maternidad en adolescentes**

El embarazo no intencionado (tanto el no planificado como el no deseado) en adolescentes es un problema de salud pública común en todo el mundo. Los embarazos repetidos en este grupo también ocurren con frecuencia y están relacionados con mayores riesgos de resultados adversos para madres adolescentes y sus bebés. Las muertes relativas al embarazo y al parto representan la causa número uno de muerte en mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo, con casi 70 000 muertes anuales. (40)

Al menos 2 millones más de mujeres jóvenes, como consecuencia del embarazo y el parto, desarrollan una enfermedad crónica o una discapacidad, que puede hacerles padecer sufrimiento de por vida, vergüenza o abandono. Las mujeres primerizas más jóvenes, físicamente inmaduras y, a menudo, con pocos recursos, tienen el mayor riesgo. Además, cada año, 2,2 a 4 millones de adolescentes recurren a un aborto no seguro. El noventa por ciento de las muertes maternas ocurre en lugares en vías de desarrollo, y la mayoría (un abrumador 74 %) se puede prevenir. (40)

### 1.3.9.1 Comportamiento

- **En el ámbito mundial**

Según la organización Save the Children, cada año, nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años en todo el mundo, más del 90 % (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10 % (1,3 millones). (6)

La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana. En Níger, por ejemplo, el 87 % de las mujeres encuestadas estaban casadas y el 53 % había parido antes de los 18 años. (6)

En países considerados en vías de desarrollo o subdesarrollados, y en particular en ciertas culturas, el embarazo adolescente se produce, generalmente, dentro del matrimonio y no implica un estigma social. La percepción social del embarazo adolescente varía de unas sociedades a otras e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo. (6)

- **En el ámbito regional**

Durante los últimos 40 años, y hasta 2009, los niveles de fecundidad adolescente en México, al igual que la fecundidad general, habían seguido una tendencia descendente. Sin embargo, entre 2009 y 2014 la tasa de fecundidad adolescente incrementó de 71 a 77 nacimientos por cada 1000 adolescentes de 15 a 19 años. Esto se tradujo en un aumento en el porcentaje de nacimientos entre madres adolescentes, de 17.1 % en el año 2000 a 19.2 % en 2014.2. Datos recientes indican que 20.5 % de las adolescentes de entre 12 y 19 años de edad en México han iniciado su vida sexual. De ellas, el 36.8 % no utilizaron métodos anticonceptivos en la última relación sexual y más de la mitad experimentan un embarazo antes de completar los 20 años. (11)

El embarazo en mujeres de menos de 19 años es frecuente en la región. Encuestas recientes señalan que el 14 % de las gestaciones en Bolivia,

en 1998, fueron de adolescentes; el 19 % en Colombia en 2000; el 27 % en Nicaragua en 1998 y el 17 % en Paraguay, en 1990. (10)

Otra manera de apreciar la magnitud del problema es calcular la proporción de menores de 19 años que están embarazadas o ya han tenido, por lo menos, un hijo cuando se realiza una encuesta. Esta categoría (adolescentes embarazadas o con un hijo o más) representó un 44 % en Bolivia en 1994; un 39 % en Colombia en 1995 y un 41 % en Paraguay en 1996. (10)

En México, el 15.2 % de las menores de 20 años ya tuvo su primer hijo. Esta alta frecuencia de embarazos en adolescentes se asocia, obviamente, con un inicio temprano de la vida sexual. En México, por ejemplo, el 11 % de las adolescentes de la cohorte 1965–1969 inició su vida sexual activa antes de los 16 años. Esta fracción era de casi el doble entre las jóvenes de áreas rurales y cinco veces mayor en las mujeres sin instrucción, en comparación con las que concluyeron la primaria. (10)

- **En el ámbito local**

Según la Encuesta de Salud Materno Infantil 2014-2015 en Guatemala, una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha tenido hijos o ha estado embarazada. Del total de mujeres adolescentes que alguna vez ha estado embarazada (21 %), el 16 % son mujeres que ya han sido madres y el 5 % están embarazadas, actualmente (MSPAS, INE, ICF, 2017). (7)

### **1.3.9.2 Características demográficas**

Respecto a la salud sexual y reproductiva, es frecuente que, en la adolescencia, las relaciones sean de corta duración y con múltiples parejas. El uso de métodos de planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual es inadecuado, por lo que las infecciones por *Chlamydia trachomatis*, gonorrea, sífilis, virus de papiloma humano y virus de inmunodeficiencia humana son más frecuentes. Los jóvenes de 15 a 24 años contribuyen con 40 % de los casos nuevos de infección por VIH entre la población adulta. (39)

- **Nivel socioeconómico**

La prosperidad económica de un individuo o familia es afectada directamente por las políticas económicas y en particular por los efectos sobre el nivel de los precios, así como por la disponibilidad de empleo y el nivel de ingreso. Diversas investigaciones realizadas en el mundo demuestran la fuerte correlación entre la pobreza y los altos índices de fecundidad en adolescentes. (41-43)

Entonces, en contextos de pobreza, el embarazo adolescente es un fenómeno recurrente. Su origen está en una multiplicidad de factores sociales y culturales, pero su vínculo más directo lo establece con la falta de educación y, en especial, con la falta de uso de anticonceptivos. (44) En un estudio de casos y controles realizado en Orellana, Ecuador, se señala que el bajo estatus socioeconómico aumenta la probabilidad de embarazo adolescente. Otro estudio realizado muestra que tener ingresos medios por encima de la medida nacional reduce en un 10 % la probabilidad de contraer embarazo. Esto puede explicarse, en el sentido que las adolescentes ven en su pareja una opción económica para salir de la escasez que viven en sus familias. (45)

- **Nivel educativo**

La falta de educación sólida con respecto a la vida sexual y reproductiva, desde los primeros años de la escuela o desde otros ámbitos en la comunidad, es una de las causas que influyen en el inicio temprano e irresponsable de la vida sexual, con el frecuente resultado de un embarazo no planeado ni deseado en ese momento. Estas son jóvenes que, en cantidad considerable, acuden a los hospitales públicos para dar a luz o para solicitar atención debido a un aborto. Por lo que el embarazo adolescente se ha vinculado a múltiples determinantes sociales como bajo nivel de escolaridad y ausencia de proyecto de vida. (46,47)

Por otro lado, las implicaciones sociales del embarazo en la adolescencia se reflejan en el abandono escolar con lo cual se retrasan o suspenden los procesos de formación básica y limitando a futuro las posibilidades de

obtener un ingreso adecuado en el mercado laboral que les permita a las jóvenes sustentar las necesidades básicas de sus hijos. (48)

- **Aspectos individuales y familiares**

Entre los factores que influyen para que una adolescente se convierta en madre, están el concebir negativamente la sexualidad. A menudo, los adolescentes tienen ideas vagas y distorsionadas, con frecuencia no esperan embarazarse después de una relación sexual, son naturalmente impulsivos y es menos probable que actúen conforme una planificación, como los adultos. (46)

Un embarazo no deseado, generalmente, conduce a la búsqueda de un aborto inducido que, en el caso de los adolescentes sin experiencia y avergonzadas, probablemente lo realizarán cuando el embarazo este avanzado y esto supone mayores riesgos para la salud, la fecundidad futura y la vida de la joven, particularmente si se realiza de manera clandestina. (46)

Los factores familiares juegan un rol primordial, y deberían ser considerados también en el diseño de políticas públicas dirigidas a postergar el inicio sexual en los adolescentes. De acuerdo con lo reportado en la literatura internacional, la crianza por ambos padres y la religiosidad parental se asocian significativamente a la postergación del inicio sexual en hombres y mujeres. Los adolescentes que viven en familias más numerosas corren más riesgo de inicio sexual temprano, ya que los padres pueden disponer de menos tiempo para monitorear el comportamiento de sus hijos. (49)

Sin embargo, otros estudios muestran que, el mayor número de hijos puede enfatizar la disciplina y la manutención de orientaciones estrictas por parte de los padres. Por otro lado, los padres que sostienen actitudes restrictivas hacia la sexualidad adolescente organizan sus propias actividades, de tal manera que les permita supervisar y controlar mejor el comportamiento de sus hijos, resultando en una menor autonomía de los hijos y así en la reducción de la actividad sexual. (49)

La mejor comunicación entre padres e hijos se asocia a menor actividad sexual de los hijos y mayor uso de anticonceptivos. Sin embargo, otros estudios muestran que la familia no juega un rol socializador importante y que los pares y los medios de comunicación son mucho más relevantes en el intercambio de la información sexual. (49)

### **1.3.9.3 Consecuencias**

Las consecuencias más graves del embarazo no deseado sobre la salud son los problemas que resultan de un aborto inseguro. En los Estados Unidos de América (EE. UU.) se sabe que aproximadamente la mitad de los embarazos no deseados terminan en aborto. Algunas estimaciones señalan que en América Latina y el Caribe el aborto inducido es el camino elegido en un 17 a 35 % de los casos. (10)

La interrupción voluntaria del embarazo ha ocurrido en todas las culturas y en todas las épocas, a veces legal y culturalmente aceptado, y otras rechazado con violencia. Es un problema complejo que puede abordarse desde la ética y la filosofía, el derecho, la política, la sicología, la sociología, la historia y las ciencias de la salud. Sin embargo, cuando se estudia el aborto inducido desde esta última perspectiva, es imprescindible dejar de lado los profundos conflictos que el tema despierta en individuos, parejas y familias y, en general, en la sociedad, para encararlo como uno de los más importantes problemas de salud pública que enfrentamos en la región. (10)

La prevención de un embarazo no deseado en adolescentes es aún más trascendente que en otros momentos de la vida, debido a las consecuencias biológicas y sociales, tanto para la madre como para el niño, de los embarazos a edades tempranas: las madres muy jóvenes (especialmente las menores de 15 años) tienen una mortalidad materna 2,5 veces mayor que las de 20 a 24 años. (10)

Las adolescentes corren mayor riesgo de ganar poco peso durante el embarazo, sufrir hipertensión inducida por este, anemia, infecciones de transmisión sexual y desproporción cefalopélvica. (10)

Los hijos de madres menores de 15 años corren un riesgo dos veces mayor de tener bajo peso al nacer (< 2 500 g) y tres veces mayor de morir en los primeros 28 días de vida que los niños de madres de mayor edad. La incidencia de muerte súbita es mayor entre los hijos de adolescentes y, más adelante, estos niños también sufren enfermedades y accidentes con mayor frecuencia. Los hijos de madres adolescentes corren mayor riesgo de morir durante sus primeros 5 años de vida. (10)

Un estudio comparativo para el que se usaron datos de encuestas de demografía y salud de 20 países muestra que este riesgo es un 28 % mayor para los hijos de adolescentes que para los de madres de 20–29 años. Esta mortalidad mayor es consecuencia de las condiciones en las que se crían estos niños, caracterizadas por la pobreza, los cuidados deficientes y una utilización menor y más tardía de los servicios de salud. (10)

El embarazo también tiene consecuencias sobre las oportunidades de desarrollo de las jóvenes. Así, se ha observado de manera recurrente que las adolescentes embarazadas abandonan la escuela con mayor frecuencia que el resto, tienen mayor probabilidad de ser madres solteras o solas, tendrán un número mayor de hijos al final de su vida reproductiva y sus oportunidades de alcanzar un trabajo remunerado son menores. (10)

#### **1.3.9.4 Repercusiones en salud pública**

El embarazo durante la adolescencia puede calificarse como un problema de salud pública y una verdadera tragedia social. El número de nacimientos de hijos de madres adolescentes asciende a 16 millones cada año en el mundo. La tasa de partos entre adolescentes se calcula tomando en cuenta el número de nacimientos por cada mil adolescentes entre 15 y 19 años. La UNICEF reporta en el Estado Mundial de la Infancia 2011 una tasa de 51, con un notable contraste entre los países desarrollados y los subdesarrollados. En América Latina y el Caribe se tiene una tasa de 55. (39)

El embarazo, en edades tempranas, afecta negativamente la salud de la madre y de sus hijos, y genera un dispositivo de exclusión que fomenta el



abandono escolar. Lo anterior se refleja en un mayor rezago educativo y en la disminución de las oportunidades laborales a corto, mediano y largo plazo para las madres. Por ese motivo, el incremento de los embarazos adolescentes representa no solo un problema salud pública sino también un problema social importante, ya que dichos embarazos y la maternidad en la adolescencia se concentran en la población de condiciones socioeconómicas precarias como baja escolaridad, residencia rural y condición indígena. (11)

### **1.3.10 Estudios sobre necesidad insatisfecha de planificación familiar**

Rafel Haeussler realizó un estudio denominado Demanda Total y Necesidad No Satisfecha de Planificación familiar en Guatemala y su diferenciación étnica. En él compara datos de la ENSMI de 1987, de necesidad no satisfecha de planificación familiar de Guatemala con los datos de Westoff del 88 de países de América Latina (Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y República Dominicana). Con ello, se demuestra que la necesidad insatisfecha de planificación familiar para Guatemala, según la encuesta, en la comparación es la más alta con un 29.8 %, luego, está Perú con 29.4 %, Ecuador con 25 %, República dominicana con 20.8 %, Colombia 16 % y Brasil con 14.9 %. (50)

En Guatemala, esta necesidad insatisfecha de planificación familiar para espaciar los nacimientos es mayor, ya que fue de 16.8 %; mientras que para limitar fue de 13 %. En esta misma necesidad, la República Dominicana presentó una relación 11 % para espaciar los embarazos, comparada con 9.8 % para limitarlos. Para los otros países, la preferencia para limitar los embarazos es mayor que para espaciarlos. La influencia de variables demográficas y sociales como la edad, hijos, residencia, región y nivel de educación es significativa en la magnitud de la necesidad insatisfecha para el país. (50)

En el caso de la edad de la madre la demanda total de planificación familiar es menor en mujeres jóvenes de 15-19 años (34.4 por ciento), y mayor según va subiendo la edad, llegando a 61.3 % en mujeres de 30-34 años, bajando levemente en las mujeres de 40-44 años en un 55.6 %. La forma que prefieren la planificación es diferente: para espaciar lo prefieren más las jóvenes y para limitar las mujeres de más edad. La demanda insatisfecha es menor en los

extremos de grupos de mujeres. Así, en mujeres de 15-19 años es de 28.7 %; sube a 30.9 % en las edades entre 25 y 29, desciende a 27.7 % en mujeres de 40-44 años. (50)

La demanda insatisfecha total varía entre regiones. El porcentaje mayor se evidencia en la norte con 36.3 %. La región nororiental presenta la menor incidencia con 21.7 %. La demanda insatisfecha para espaciar es mayor en la región norte con un 23.7 % y la menor, con un 11.8 % en la metropolitana. Para limitar los embarazos es mayor en la región central (17.1 %) y menor en la región nororiental (9.1 %). (50)

La necesidad no satisfecha total para la República de Guatemala es de 29.4; pero al disgregar a la variable étnica, cambia a 35.3 % en las indígenas que solo hablan su idioma; 36.4 % en las que son bilingües; 41.2 % en las que solo hablan español y para las ladinas 25.5 %. Aquí la demanda para espaciar es mayor que para limitar en todos los grupos. La necesidad no satisfecha de los tres grupos de indígenas es mayor que en el grupo ladino y, en este último, es menor en todos los grupos de edad. La preferencia para espaciar o limitar, decrece a mayor edad en las que desean espaciar, y crece en las que desean limitar. (50)

Finalmente, concluyen con propiedad que existen variables que afectan el comportamiento de la demanda de planificación familiar de las mujeres casadas y unidas en la república de Guatemala. Estas variables sociodemográficas pueden ser controladas en alguna forma para llegar al estrato que necesita el servicio. (50)

Según DHS Analytical Studies 25, en la mayoría de los países fuera de África Occidental y Central, la necesidad no satisfecha es mayor en áreas rurales que urbanas. La mayoría de los países siguen los patrones de Kenia, Egipto y Albania, con niveles sustancialmente más altos de necesidades insatisfechas en zonas rurales que en zonas urbanas.

Hay algunas excepciones a este patrón: en Mozambique, Moldavia, Guyana, Samoa y República Dominicana, la necesidad insatisfecha es igual o ligeramente mayor en el área urbana que en la rural. (51)

En la mayoría de los países analizados, las necesidades no satisfechas disminuyen a medida que aumenta la educación de las mujeres. Esta relación inversa entre educación y necesidad insatisfecha se ve en países del este y norte de África y la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Jordania y Bolivia muestran ejemplos de este patrón de disminución de la necesidad no satisfecha con el aumento de niveles de educación de las mujeres. (51)

Sin embargo, la relación entre la necesidad insatisfecha y la educación está lejos de ser consistente. En varios países de África occidental y central, existe una relación en forma de V invertida, como en Liberia. En estos, la necesidad insatisfecha de los países es mayor entre las mujeres con educación primaria, y menor entre las mujeres sin educación o bien, con una educación secundaria o superior. (51)

En otros cuatro países de la región, en la República Democrática del Congo, Guinea, Mali y Níger, la necesidad no satisfecha aumenta con la educación de la mujer. En los cuatro países, los niveles de necesidad insatisfecha también son más altos entre las mujeres urbanas. En estos países, las mujeres con más educación tienen más probabilidades de vivir en áreas urbanas y de tener Niveles de necesidad insatisfecha de planificación familiar. En África oriental y meridional, la necesidad insatisfecha sigue la forma de V invertida mencionada anteriormente (ejemplificada por Etiopía) o disminuye con la educación (ejemplificado por Suazilandia). (51)

La necesidad insatisfecha es más baja entre las mujeres en el quintil más rico en casi todas las encuestas. Más allá de eso, la relación entre la necesidad insatisfecha y la riqueza es inconsistente, el patrón más común es que la necesidad no satisfecha disminuye a medida que aumenta la riqueza. Ejemplos de esta relación inversa, se ven en países como Kenia y Haití. El mismo patrón se ve en la mayoría de las encuestas en Asia y América Latina, aunque no existe una asociación clara entre las necesidades no satisfechas. (51)

En algunas encuestas, en lugar de una relación inversa, la necesidad no satisfecha aumenta a medida que aumenta la riqueza. La necesidad insatisfecha es más alta en el quintil más rico de Chad, la República Democrática

del Congo, Malí y Nigeria. Estas encuestas también muestran patrones inusuales con otros antecedentes. (51)

En general, la mayoría de las encuestas muestran que la necesidad insatisfecha de espaciar disminuye con la edad mientras que, la necesidad no satisfecha para limitar, aumenta. Los niveles ligeramente más bajos de necesidad no satisfecha se encuentran entre el grupo más grande de mujeres que han llegado a la menopausia, momento en el cual ya no necesitan planificación familiar en absoluto. (51)

Casi todas las encuestas siguen los patrones descritos anteriormente, ejemplificados en Haití y Nepal, aunque en diferentes niveles de necesidad insatisfecha. Se observan algunas excepciones, como en Samoa y Namibia. La razón principal por la que estas dos encuestas no siguen el patrón habitual es que hay menos mujeres en el grupo de mayor edad y se clasifican como infecundos y, por lo tanto, no necesitan planificación familiar. (51)

Según Westoff y Ochoa la necesidad insatisfecha para espaciar embarazos es mayor en jóvenes y declina en la edad adulta, a diferencia de la necesidad insatisfecha para limitar embarazos, que es mayor en edad avanzada. (2)

Lambert L et al. Guatemala (2018), Identificaron las barreras y percepciones de la salud reproductiva con respecto a la planificación familiar entre madres en diez zonas rurales de Guatemala. Identifican que las mujeres indígenas latinoamericanas son desproporcionadamente afectadas por barreras de salud reproductiva y embarazos no deseados, con un factor contribuyente importante que es la deficiencia en servicios de planificación familiar y que uso temprano de prácticas de planificación familiar disminuye la tasa de maternidad en adolescentes. Concluyen que se encontró una falta generalizada de educación, con respecto a la fertilidad y métodos de planificación familiar, estos hallazgos, implican riesgos de salud sustanciales para mujeres y niños y se apoya la pertinencia de intervenciones educativas en salud reproductiva. (54)

Nzokirishaka A, Burundi (2018), estudió los determinantes de necesidad insatisfecha de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva. Desde el 2010 Burundi se caracterizó por la alta necesidad de planificación familiar (32.4

); sin embargo, no se había estudiado la relación entre necesidad insatisfecha y los factores asociados. Para esto se utilizó los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud del 2010. (55)

Este estudio mostró que la probabilidad de una necesidad insatisfecha total disminuyó con la edad después de los 35 años, con un ajuste OR= 0.586 [IC95 %: 0.423-0.811], en comparación con las mujeres de 15-24 años. Las probabilidades de necesidad insatisfecha fueron menores entre las mujeres con educación primaria [OR = 0.741 (0.618-0.888)] y secundaria [OR = 0.555 (0.399-0.771)]. Mujeres cuyo esposo deseaba más hijos que ellas [OR = 1.824 (1.411-2.358)], comparada con mujeres sin educación. Concluye que, abordar la necesidad insatisfecha de FP en Burundi requiere aumentar la participación masculina, promoviendo la comunicación con el conyugue, servicios centrados en los usuarios, mayor uso de los medios de comunicación, educación de las mujeres, supervivencia infantil y políticas en favor de los pobres. (55)

Salomon T. et al. Etiopía (2019), evaluaron la magnitud y los factores asociados de la necesidad insatisfecha de planificación familiar, a través de un estudio transversal, con una muestra de 348 mujeres casadas. Un 85 % de las mujeres con necesidad insatisfecha residía en el área rural y 6 % en área urbana. Con respecto a la variable educación 69 % analfabeta, 18 % primaria, 4 % secundaria y más, la actitud del esposo ante la planificación familiar, también fue un factor significativo. La necesidad insatisfecha del área estudiada fue mayor que el promedio nacional; por lo tanto, los proveedores de servicios de salud deben fortalecer el asesoramiento y la participación de la pareja para reducir la necesidad insatisfecha de planificación familiar. (56)

Tadele A et al. Etiopía (2019), indican que la anticoncepción es un buen indicador de la medida en que las parejas tienen acceso a servicios de salud reproductiva; por lo que, identificaron predictores de necesidades insatisfechas de planificación familiar. Un 16.2 % de las mujeres indicó necesidad insatisfecha de planificación, 10.3 % para espaciar y 6 % para limitar. Con respecto a la variable educación un 41.6 % es analfabeta, 38.5 % educación primaria, 15.6 % educación secundaria, 2.7 % técnico y 1.5 % nivel universitario. Se concluye que

la toma de decisiones informadas, para la provisión de métodos anticonceptivos, mejora la salud de las mujeres. (57)

Wulifan J et al. Ghana (2019), indican, que la evidencia apunta a una gran necesidad insatisfecha de planificación familiar en todo el África Subsahariana, dado que una de cada tres mujeres no tiene acceso a metodología anticonceptiva. Por lo que estudiaron la prevalencia y determinantes de necesidad insatisfecha de planificación familiar en mujeres casadas, con datos de la Encuesta Demográfica y de Salud del año 2014. (58)

De las 4527 mujeres estudiadas, 35.17 % experimentó necesidad insatisfecha de planificación familiar, 20.19 % para espaciar y 14.98 % para limitar. De estas, al clasificarlas según el quintil de riqueza, 30 % muy pobre, 19 % pobre, 18 % medio, 17 % rico y 16 % muy rico. Se recomienda y concluye, que se deben fortalecer los servicios de anticoncepción para abordaje de toda la población, incluidos los diferentes niveles sociodemográficos, para reducir la necesidad insatisfecha. (58)

Mehata S et al, Nepal (2014), refieren que el uso de anticonceptivos durante el período posparto es fundamental para la salud materna e infantil. Sin embargo, se sabe poco, sobre el uso de planificación familiar y los determinantes en Nepal, durante este período. Para este estudio se utilizó la Encuesta Demográfica y de Salud del año 2011. El análisis indica que las mujeres mayores de 29 años, que no tienen educación, están en el quintil más pobre, residen en zonas rurales, tienen mayor necesidad insatisfecha total para la planificación familiar (59)

Al desagregar la variable, quintil de riqueza, se evidencia que la necesidad insatisfecha era mayor en las mujeres en el quintil de riqueza más pobre (40 %) comparado con el quintil más rico (20 %) (OR 0.30; IC 95 %: 0.15-0.58). Y concluyen que la alta prevalencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar en Nepal, especialmente en grupos de alto riesgo, indica la necesidad de una atención más equitativa y de mayor calidad; así como, la oferta de una amplia gama de métodos y asesoramiento, lo que conllevará a reducir la morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. (59)

Wang C et al, Nigeria (2019), indican que la evidencia sugiere que la provisión equitativa de servicios anticonceptivos puede ayudar a las mujeres a alcanzar

sus objetivos reproductivos y tiene un impacto significativo en la reducción de las tasas de abortos y embarazo no deseado, Sin embargo; las disparidades regionales persisten. La baja prevalencia de planificación familiar es un desafío crítico de salud pública, para poblaciones de rápido crecimiento como Nigeria. En este estudio se exploró la prevalencia de no uso de métodos modernos, necesidad insatisfecha de anticoncepción, y disparidades regionales para estos dos. Se utilizaron las encuestas demográficas y de salud realizadas en Nigeria durante los años 2003, 2008 y 2013. Entre los resultados, un 88 % informó, no utilizar métodos modernos, y un 13.5 % informó tener necesidad insatisfecha de planificación familiar. (60)

Los resultados reportados en la literatura de la región y con la mayoría de países de Asia y Europa del Este con respecto al nivel de riqueza, coinciden con los de este estudio, en donde el nivel de riqueza de las adolescentes es inversamente proporcional a necesidad insatisfecha de planificación familiar. (60)

Los resultados del análisis tienen implicaciones importantes para la formulación de políticas. Nigeria también ocupa un lugar alto entre los países con mayor razón de mortalidad materna, lo que convierte en un imperativo urgente aumentar las inversiones en planificación familiar y servicios básicos de salud materna. La evidencia muestra que la brecha socioeconómica en el uso de servicios de salud reproductiva ha disminuido lentamente; sin embargo, las disparidades continúan persistiendo en la provisión y uso de servicios de planificación familiar. (60)

Solanke B et al, Nigeria (2019), indican que la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos, sigue siendo un desafío crítico para la salud reproductiva en Nigeria. Por lo que, se estudiaron los factores asociados a necesidad insatisfecha al norte del país. Para esto se utilizaron las Encuestas Demográficas y de Salud del año 2008 y 2013. Los resultados de las variables estudiadas demuestran que un 77.2 % de las mujeres residían en el área rural, y solo un 22.8 % en el área urbana. Para educación, un 70.5 % no recibieron educación formal, 14.9 % primaria, 11.5 % secundaria y 3.1 % educación superior. Es importante abordar la alta necesidad insatisfecha de anticonceptivos en el desarrollo de un país, porque eleva la exposición a

embarazos no deseados, nacimientos de alto riesgo y abortos en condiciones no seguras. (61)

Dingeta T et al, Etiopía (2019), abordaron las necesidades anticonceptivas de mujeres jóvenes casadas y los factores asociados. La Necesidad insatisfecha de anticoncepción en mujeres adolescentes fue de 34.6 %, de estas la mayoría fueron musulmanas 96.7 % y residentes de áreas rurales 92.4 %. Se concluye que un tercio de las mujeres jóvenes casadas tenían necesidades insatisfechas de anticoncepción, por lo que se requieren más esfuerzos, para empoderar a las mujeres a tomar decisiones que afectan su propia vida. (62)

Embafrash G et al, Etiopía (2019), indican que alrededor de 222 mujeres en países en desarrollo tienen necesidad insatisfecha de anticoncepción; sobre todo, en el primer año después del parto. Por lo que se determinó las correlaciones de necesidad insatisfecha de planificación familiar de mujeres en el período posparto, en el norte de Etiopía. Los resultados indican que un 36.7 % reportó necesidad insatisfecha, 29.6 % para espaciar y 7.1 % para limitar. De estas 67 % reside en el área rural y un 33 % en el área urbana (OR 7.16, IC 95 %: 2.57-19.95). Es necesario empoderar a las mujeres con conocimientos del riesgo de embarazo y uso de planificación familiar en el período posparto. (63)

Kant C et al. Nepal (2018), determinaron los factores que afectan la necesidad insatisfecha de planificación familiar en mujeres casadas, para esto se utilizó el modelo de Wetoff, reportando un 49 % de necesidad insatisfecha, 27 % para espaciar y 22 % para limitar. Concluyendo que la necesidad insatisfecha de planificación familiar está fuertemente asociada a los niveles educativos más bajos, otro factor asociado es la educación del conyugue, ocupación de la pareja y número de hijos vivos. (64)

Mercer L et al. Nigeria (2019), refieren que se han establecido ambiciosos objetivos mundiales para proporcionar acceso universal a servicios modernos y asequibles de métodos anticonceptivos, para medir el progreso hacia tales objetivos es esencial, caracterizar los niveles actuales y las tendencias de indicadores de planificación familiar, como la necesidad insatisfecha y la tasa de prevalencia de uso. Por lo que se requerirá un compromiso internacional continuo con programas específicos de planificación familiar. (65)



## II. JUSTIFICACIÓN

Se calcula que el uso de métodos anticonceptivos en los países en desarrollo evitaría 218 millones de embarazos no deseados (embarazos donde la mujer no deseaba embarazarse, pero no utilizaba anticonceptivos) y 55 millones de nacimientos no planeados (embarazos donde las mujeres hubieran preferido posponer por lo menos dos años el embarazo). Por ello, en la Reunión Cumbre de Londres 2012 sobre planificación familiar se estableció la meta de proveer anticonceptivos modernos a 120 millones de mujeres con necesidades no satisfechas de anticoncepción para el año 2020. (11,12)

La planificación familiar, que disminuye los embarazos no planificados y contribuye a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, se considera una herramienta de salud pública costo-efectiva y un aspecto importante de derechos humanos y desarrollo social, a través de su contribución a la reducción de la pobreza, la mejora de la salud, educación y equidad de género. (5)

El embarazo en adolescentes es uno de los principales problemas de salud en Guatemala. Según la ENSMI 2014-2015, una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años en Guatemala ha tenido hijos o ha estado embarazada. Este mismo grupo presenta la mayor necesidad insatisfecha en planificación familiar, con respecto a los otros grupos de edad encuestados. Esta es de 21.9 % en el ámbito nacional. Este porcentaje es mayor si se compara con la población total de mujeres en edad fértil, que es de 14.1 %. (1)

Por su parte, el Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes (PLANEA) 2018-2022, indica que en Guatemala los embarazos en adolescentes de 15 a 19 años durante el 2016 corresponden a un 18 % del total de embarazos y, en departamentos como Petén, Alta Verapaz, Huehuetenango, Escuintla, Jalapa y San Marcos este porcentaje puede llegar hasta un 30.6 %. Por ello, a estos departamentos se les dará prioridad para la implementación. El resultado general que se plantea es reducir 5 puntos porcentuales la cantidad de embarazos en adolescentes en Guatemala para el 2022. Entre los indicadores de impacto busca reducir la necesidad insatisfecha de planificación familiar en mujeres de 15 a 19 años del 21.9 a 18 % a nivel nacional. (7)

Un elemento importante para el éxito del PLANEA es la focalización de actividades en diversas etapas con el fin de aumentar la efectividad de las acciones. Por ello, se establece conformar los mecanismos de acción en tres niveles de ejecución: nivel central, nivel departamental y nivel municipal) y se definen lineamientos para su actuación. La mesa

técnica departamental elaborará una planificación anual, establecerá metas de los indicadores propuestos y velará por su cumplimiento y ejecución. (7)

Las mesas técnicas departamentales no cuentan con datos relacionados con la necesidad insatisfecha de planificación familiar en adolescentes, que es uno de los indicadores de impacto que se deben alcanzar, ya que la ENSMI únicamente publica el indicador del país, aunque sí los recolecta en su base de datos.

Esta investigación generó datos específicos de la prevalencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar en adolescentes en cada uno de los departamentos Alta Verapaz, Escuintla, Huehuetenango, Jalapa, Petén y San Marcos priorizados por el PLANEA. De esta manera, las mesas técnicas a este nivel planificarán las metas y objetivos por alcanzar.

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 General**

Determinar la prevalencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar en las adolescentes de 15-19 años de los departamentos de Alta Verapaz, Escuintla, Huehuetenango, Jalapa, Petén y San Marcos.

#### **3.2 Específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de las adolescentes con necesidad insatisfecha de planificación familiar.
- Cuantificar la frecuencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar para espaciar y para limitar los embarazos en adolescentes de 15-19 años.
- Determinar la relación entre la necesidad insatisfecha en la población de estudio y el embarazo adolescente.

## **IV. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudio**

Descriptivo transversal.

El diseño de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede.

### **4.2 Población**

La población en el estudio corresponde al total de adolescentes de 15 a 19 años con necesidad insatisfecha de planificación familiar de los departamentos de Alta Verapaz, Escuintla, Huehuetenango, Jalapa Petén y San Marcos, en la base de datos, de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015.

### **4.3 Selección y tamaño de la muestra**

En el presente estudio se incluyó a la totalidad de la población por lo que no se calculó ninguna muestra.

### **4.4 Unidad de análisis**

Casos reportados de necesidad insatisfecha de planificación familiar en adolescentes de 15-19 años, en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015.

### **4.5 Criterios de inclusión**

- Adolescentes actualmente casadas o unidas de 15 a 19 años.
- Adolescentes con necesidad insatisfecha de planificación familiar para espaciar.
- Adolescentes con necesidad insatisfecha de planificación familiar para limitar.

### **4.6 Criterios de exclusión**

- Registros incompletos.

### **4.7 Variables estudiadas**

- Características sociodemográficas
  - Etnia.
  - Educación.

- Quintil de riqueza.
- Área de residencia.
- Frecuencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar.
- Embarazo y relación con necesidad insatisfecha.

#### **4.8 Tabla de operacionalización de variables <sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Ver página siguiente.

Variable	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Características sociodemográficas	Conjunto de características sociodemográficas de las adolescentes de 15-19 años con necesidad insatisfecha de planificación familiar, incluyen: etnia, educación, quintil de riqueza, área de residencia.	<b>Etnia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indígena</li> <li>• No indígena</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
		<b>Educación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin educación</li> <li>• Primaria incompleta</li> <li>• Primaria completa</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal
		<b>Quintil de riqueza</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inferior</li> <li>• Segundo</li> <li>• Intermedio</li> <li>• Cuarto</li> <li>• Superior</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal
		<b>Área de residencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbana</li> <li>• Rural</li> </ul>	Cualitativa	Nominal

Frecuencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar.	Número de casos de adolescentes de 15-19 años con necesidad insatisfecha de planificación familiar.	<b>Tasa de prevalencia</b>	Cuantitativa	De Razón
Embarazo y relación con necesidad insatisfecha.	Embarazo relacionado con necesidad insatisfecha de planificación familiar.	<b>Número de adolescentes embarazadas con necesidad insatisfecha de planificación familiar.</b>	Cuantitativa	De Razón

#### **4.9. Instrumento de recolección de datos**

El instrumento que se utilizó es una hoja electrónica para el registro de las variables de estudio (anexo No.1).

#### **4.10 Recolección de datos**

##### **4.10.1 Técnica de recolección de datos**

La técnica que se utilizó en el estudio es la revisión de fuentes de datos secundarios.

Se identificó en la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -ENSMI- 2014-2015, la información relacionada con las variables de estudio.

##### **4.10.2 Recolección de datos**

Los pasos considerados para el proceso de recolección de datos son los siguientes:

- Se solicitó la base de datos al Demographic and Health Surveys Program -DHS-, de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -ENSMI- 2014-2015.
- Se revisó la calidad y consistencia de datos de los registros electrónicos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -ENSMI- 2014-2015, proporcionada por Demographic and Health Surveys Program -DHS-.
- Se identificó la información relacionada con las variables de estudio.
- Se elaboraron tablas electrónicas en Microsoft Excel de acuerdo con las variables de estudio para el procesamiento de datos.

#### **4.11 Sesgos**

El sesgo considerado en el estudio es el sesgo de información.

##### **Sesgo de información**

Se consideró que se podía presentar este sesgo, ya que se trabaja con fuentes de información secundarias, lo que puede comprometer la calidad de los datos y disminuir la validez interna del estudio.



Para controlar este sesgo se revisó la calidad y consistencia de los datos, los datos incompletos o imprecisos no se incluyeron en el estudio.

#### **4.12 Análisis de datos**

Los pasos considerados para el análisis de datos son los siguientes:

- Se revisó la calidad y consistencia de datos de las tablas electrónicas en Microsoft Excel elaboradas con datos de las variables de estudio previo a su procesamiento y análisis.
- Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico Epi info 7.
- Se realizó análisis univariado de las variables de estudio utilizando estadística descriptiva. Las variables cuantitativas se analizaron por medio de medidas de tendencia central y de dispersión. Las variables cualitativas se analizaron con frecuencias, proporciones y porcentajes.
- Se realizó un análisis bivariado de las variables embarazo adolescente y necesidad insatisfecha. Se utilizó la prueba de Chi<sup>2</sup> para determinar la relación entre estas y se realizarán pruebas de significancia estadística.
- Se presentan los resultados del estudio de acuerdo con el tipo de variables.
- Se analizaron y discutieron los resultados y se redactaron conclusiones de acuerdo con los objetivos del estudio.

#### **4.13 Aspectos éticos**

El estudio se considera de categoría de riesgo I (sin riesgo) ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intervencional con variables.

Los aspectos éticos considerados en el estudio son los siguientes:

- Se solicitó la base de datos al Demographic and Health Surveys Program -DHS- y las bases de datos originales de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -ENSMI- 2014-2015.
- Se garantizó la confidencialidad del manejo de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -ENSMI- 2014-2015.
- Se presentarán los resultados del estudio al Demographic and Health Surveys Program -DHS-.

#### **4.14 Conflicto de intereses**

El investigador declara no tener conflicto de intereses con la realización del estudio.

## V. RESULTADOS

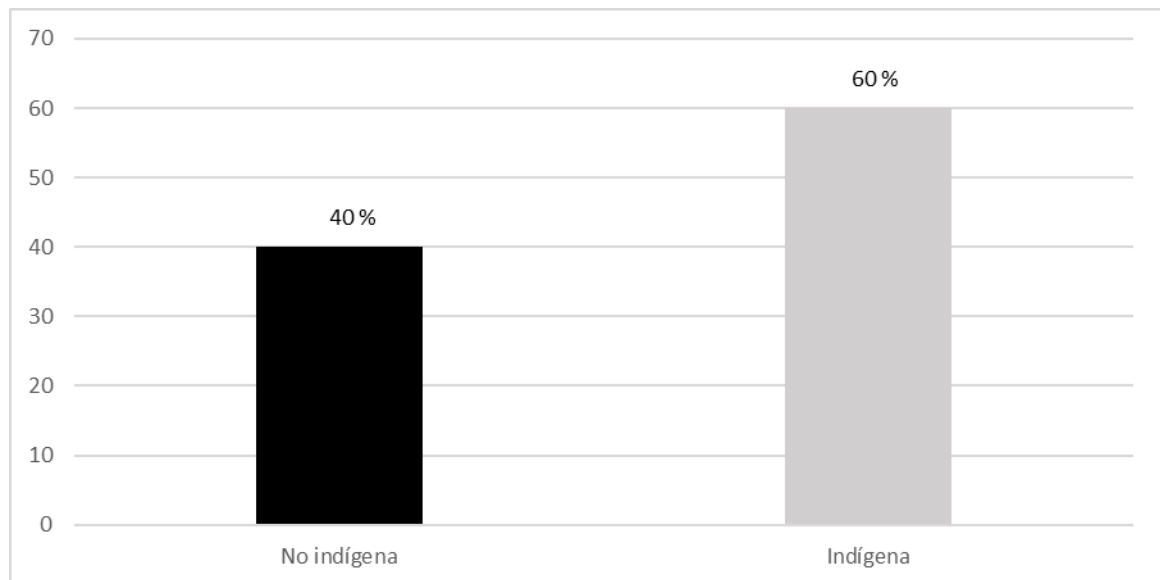
Se presentan los resultados del estudio *Necesidad insatisfecha de planificación familiar en adolescentes*, realizado con los datos de la VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil - ENSMI- en adolescentes de 15-19 años de los departamentos de Alta Verapaz, Escuintla, Huehuetenango, Jalapa, Petén y San Marcos.

Los resultados se presentan de acuerdo con las variables estudiadas: 1) Características sociodemográficas, la cual incluye: etnia, educación, quintil de riqueza y área de residencia; 2) Prevalencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar; 3) Embarazo y relación con necesidad insatisfecha.

### 5.1 Características sociodemográficas

#### 5.1.1 Etnia

**Gráfica 1.** Necesidad insatisfecha de planificación familiar según etnia

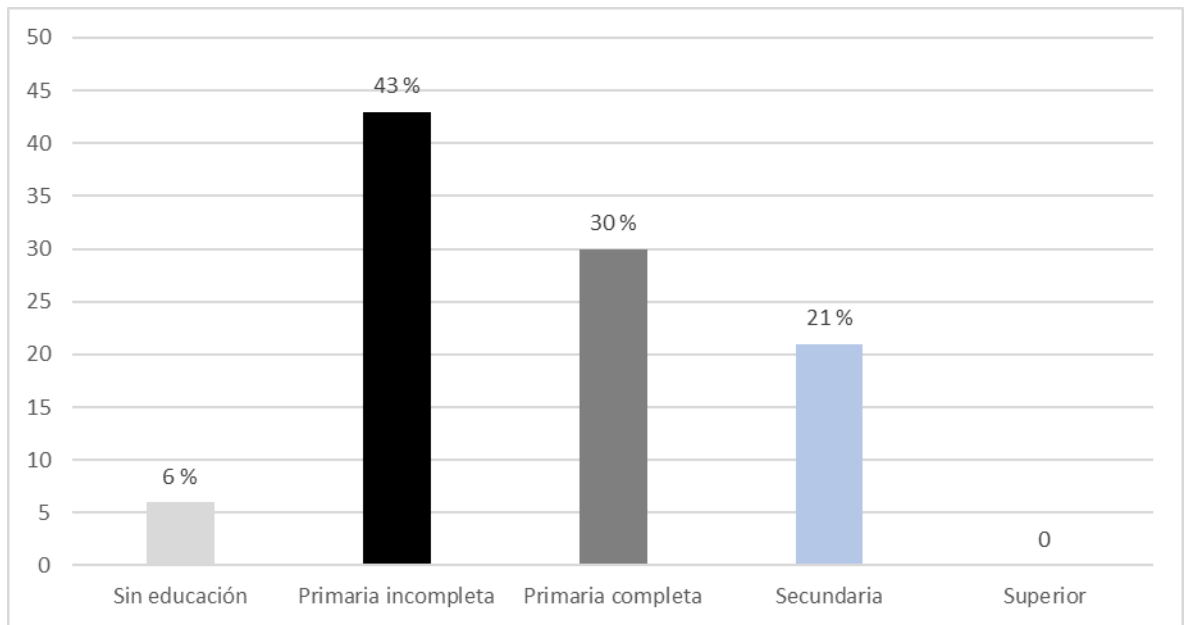


**Fuente:** Base de datos VI Encuesta de Salud Materno Infantil -ENSMI- 2014-2015.

En las adolescentes de 15-19 años con necesidad insatisfecha de planificación familiar para los seis departamentos evaluados, un 60 % de la población se autodenomina indígena en comparación con un 40 % que se autodenomina no indígenas.

### 5.1.2 Educación

**Gráfica 2.** Necesidad insatisfecha de planificación familiar según educación

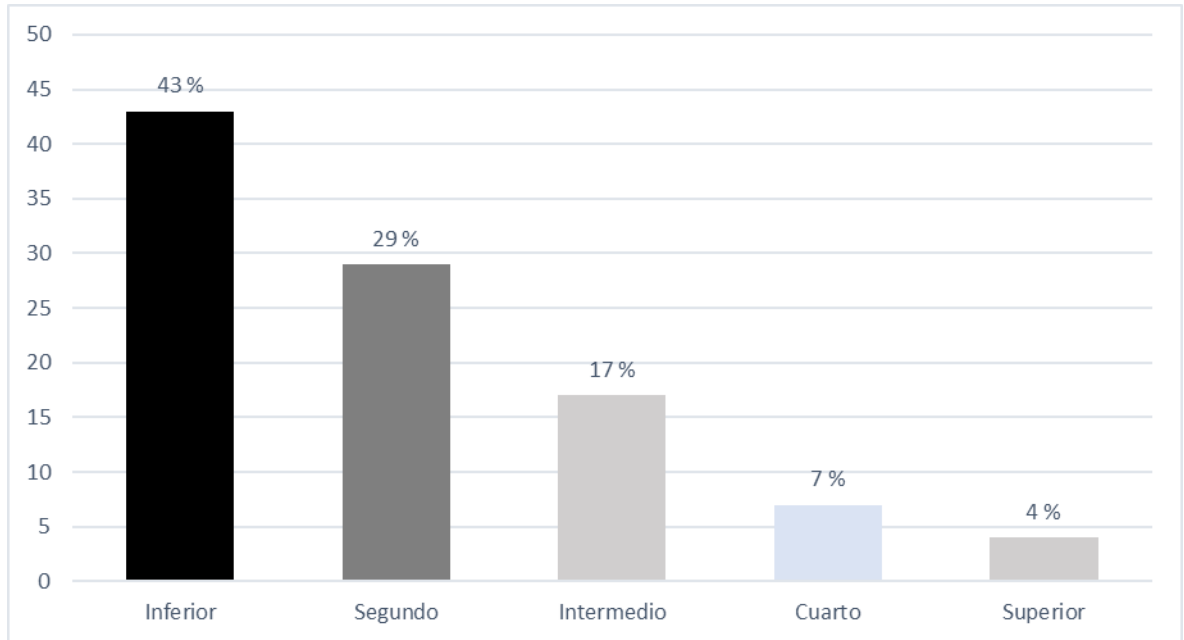


**Fuente:** Base de datos VI Encuesta de Salud Materno Infantil -ENSMI- 2014-2015.

Del total de adolescentes de 15-19 años de los seis departamentos evaluados, según necesidad insatisfecha de planificación familiar, el 43 % no concluyó la educación primaria, 30 % cuenta con primaria completa y un 6 % no recibió educación formal, lo que hace un total de 79 % de las adolescentes en los niveles educativos más bajos.

### 5.1.3 Quintil de riqueza

**Gráfica 3.** Necesidad insatisfecha de planificación familiar según quintil de riqueza

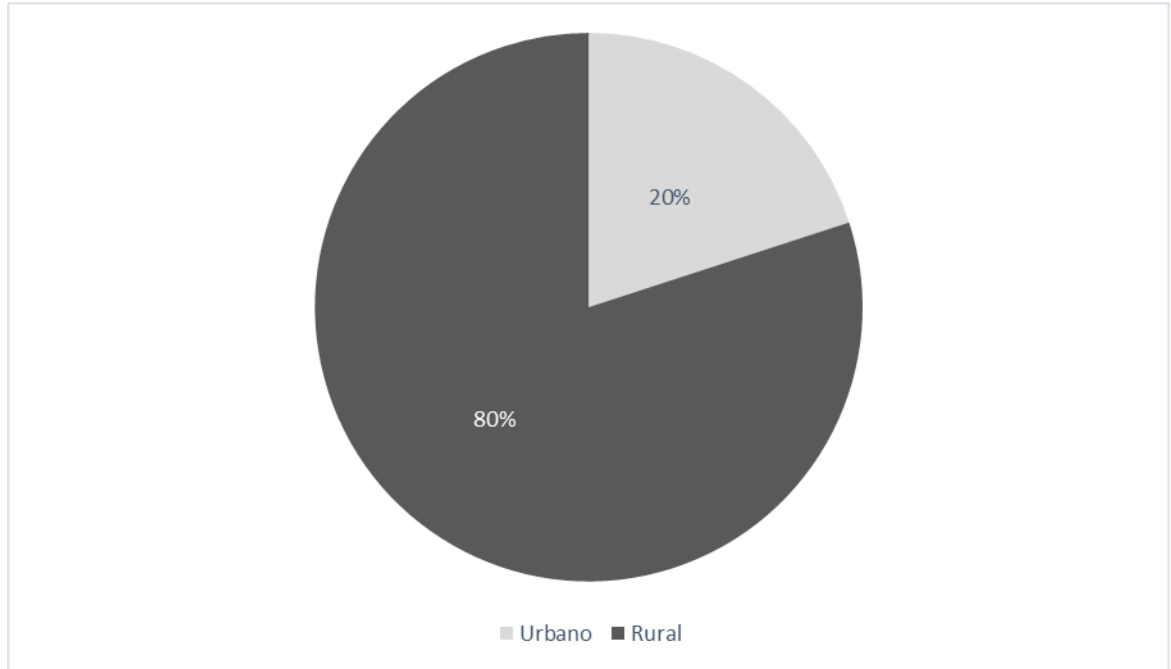


**Fuente:** Base de datos VI Encuesta de Salud Materno Infantil -ENSMI- 2014-2015.

En las adolescentes de 15-19 años con necesidad insatisfecha de planificación familiar de los seis departamentos evaluados, un 43 % se clasificó en el quintil más bajo de riqueza (inferior) y solo un 4 % en el quintil más alto (superior).

#### 5.1.4 Área de residencia

**Gráfica 4.** Necesidad insatisfecha de planificación familiar según área de residencia.



**Fuente:** Base de datos VI Encuesta de Salud Materno Infantil -ENSMI- 2014-2015.

Del total de adolescentes de 15-19 años con necesidad insatisfecha de planificación familiar un 80 % vive en el área rural, con comparación con un 20 % que vive en el área urbana.

## 5.2 Prevalencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar

**Tabla 1.** Prevalencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar

NIPF*	Frecuencia	%	Prevalencia	Intervalo de confianza (95 %)	Tasa (por 1000 adolescentes de 15-19 años)
<b>Total</b>	106	100	0.067	0.054-0.079	67
<b>Para espaciar</b>	96	90	0.061	0.049-0.072	61
<b>Para limitar</b>	10	10	0.006	0.002-0.009	6

**Fuente:** Base de datos VI Encuesta de Salud Materno Infantil -ENSMI- 2014-2015.

\*Necesidad insatisfecha de planificación familiar.

Del total de adolescentes con necesidad insatisfecha de planificación familiar (n=106), el 90 % refiere NIPF para espaciar y 10 % para limitar. La prevalencia total de necesidad insatisfecha de planificación familiar en adolescentes de 15-19 años de los departamentos de Alta Verapaz, Escuintla, Huehuetenango, Jalapa, Petén y San Marcos es de 0.067, [IC 95 %: 0.054-0.079]. La prevalencia para espaciar es de 0.061, [IC 95 %: 0.049-0.072] y la prevalencia para limitar es de 0.006, [IC 95 %: 0.002-0.009].

**Tabla 2.** Prevalencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar por departamento

Departamento	Prevalencia NIPF*	Intervalo de confianza (95 %)	Tasa (por 1000 adolescentes de 15-19 años)
<b>Huehuetenango</b>	0.088	0.054-0.121	88
<b>Petén</b>	0.078	0.044-0.111	78
<b>Alta Verapaz</b>	0.076	0.044-0.107	76
<b>San Marcos</b>	0.059	0.032-0.085	59
<b>Jalapa</b>	0.055	0.026-0.083	55
<b>Escuintla</b>	0.041	0.014-0.067	41

**Fuente:** Base de datos VI Encuesta de Salud Materno Infantil -ENSMI- 2014-2015.

\*Necesidad insatisfecha de planificación familiar.

De los seis departamentos estudiados, Huehuetenango presenta la prevalencia más alta de necesidad insatisfecha de planificación familiar, esta es de 0.088 [IC 95 %: 0.054-0.121]. Le sigue Petén con una prevalencia de 0.078 [IC 95 %: 0.044-0.111] y Alta Verapaz con una prevalencia de 0.076 [IC 95 %: 0.044-0.107]. El departamento con menor prevalencia es Escuintla con 0.041 [IC 95 %: 0.014-0.067].

### 5.3 Embarazo y relación con necesidad insatisfecha

**Tabla 3.** Relación entre necesidad insatisfecha de planificación familiar y embarazo en adolescentes

NIPF*	Embarazo		Total
	Si	No	
<b>Si</b>	23	83	106
Filas %	21.70	78.30	100.00
Columnas%	65.71	22.37	26.11
<b>No</b>	12	288	300
Filas %	04.00	96.00	100.00
Columnas%	34.29	77.63	73.89
<b>Total</b>	35	371	406
Filas %	8.62	91.38	100.00
Columnas%	100.00	100.00	100.00
<b>Chi<sup>2</sup>: 28.93</b>	<b>Valor p: 0.00000007</b>		
<b>OR: 06.65</b>	<b>IC 95 %: 3.1748-13.9315</b>		

**Fuente:** Base de datos VI Encuesta de Salud Materno Infantil -ENSMI- 2014-2015.

\*Necesidad insatisfecha de planificación familiar.

Se evaluó la relación entre las variables embarazo y necesidad insatisfecha de planificación familiar en adolescentes de 15-19 años de la población a estudio. Se encontró un Chi<sup>2</sup> de 28.93 el cual es estadísticamente significativo (Valor *p*: 0.00000007). El OR calculado para determinar la fuerza de asociación fue de 6.65 [IC 95 %: 3.1748-13.9315], por lo que las adolescentes con necesidad insatisfecha de planificación familiar tienen 6 veces más probabilidades de embarazo en comparación con adolescentes con necesidad satisfecha.

## VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se analizan y discuten los resultados del estudio *Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar en Adolescentes*.

Para el análisis y discusión de los resultados del estudio se utilizó el modelo de causalidad de Kenneth Rothman. De acuerdo con este modelo una causa se define como un evento, condición o característica antecedente que, si está presente, cambia la probabilidad de ocurrencia de un evento, en un momento determinado, mientras otras condiciones permanecen fijas.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar tiene como resultado los embarazos no deseados que ponen en peligro la vida de las mujeres y, sobre todo, las adolescentes. Generalmente, genera serios problemas de índole biológico, psicológico y social. Las razones para no utilizar métodos anticonceptivos, a pesar de no desear un embarazo, pueden ser sociales, culturales o políticas. Por esto, se abordó el problema desde el modelo de causalidad anteriormente descrito.

La discusión y análisis de los resultados, se organizó de acuerdo con las variables estudiadas: 1) Características sociodemográficas; 2) Frecuencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar; 3) Embarazo y relación con necesidad insatisfecha.

### **Características sociodemográficas**

Se definen como el conjunto de características sociodemográficas de las adolescentes de 15-19 años con necesidad insatisfecha de planificación familiar, incluyen: etnia, educación, quintil de riqueza, área de residencia.

- **Etnia**

Para fines de este estudio, la etnia se refiere a las prácticas culturales y perspectivas que distinguen a una determinada comunidad de personas. Se clasificó como indígena y no indígena.

Se determinó que en las adolescentes de 15-19 años con necesidad insatisfecha de planificación familiar para los seis departamentos evaluados, un 60 % de la población se autodenomina indígena en comparación con un 40 % que se autodenomina no indígenas. Esto es consistente, con el estudio realizado por Haeussler, en Guatemala



(1992), quién analizó la demanda total y la necesidad no satisfecha de planificación familiar y su diferenciación étnica. Concluyó que la necesidad no satisfecha total para la República de Guatemala es de 29.4 %. Sin embargo, al desgregar a la variable étnica, cambia a 35.3 % en las indígenas que solo hablan su idioma; 36.4 % en las que son bilingües; 41.2 % en las que solo hablan español y para las ladinas 25.5 %. (50)

Resultados similares reportó Lamber L et al. en Guatemala (2018), cuyo objetivo fue identificar barreras y percepciones de salud reproductiva relacionadas con la planificación familiar en mujeres de zonas rurales del país. Concluyó que las mujeres indígenas latinoamericanas son desproporcionadamente afectadas por barreras de salud reproductiva y embarazos no deseados. (54)

En Colombia; según Rivera (2015), concluyó que los departamentos con más altos niveles de necesidad insatisfecha de anticonceptivos se encuentran en las regiones con mayores porcentajes de población indígena. En Panamá, según Chamorro F et al (2014), reporta que el 26.9 % de las mujeres casadas o unidas y no embarazadas tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar para espaciar y para limitar. La mayor población en esta condición es indígena. La situación de desventaja en que se encuentran las poblaciones originarias de Panamá hace de este un grupo prioritario para el desarrollo de programas adecuados y para el estudio de los factores sociales y económicos que la ponen en esta situación, en cumplimiento de los objetivos internacionales. (5, 31)

Según los resultados de este estudio y los de referencia, la población indígena presentó porcentajes más elevados de necesidad insatisfecha de planificación familiar, cuando se compara con no indígenas, lo cual hace más propensa a esta población adolescente a embarazos no deseados y no planificados.

- **Educación**

Para fines de este estudio, se clasificó el nivel educativo de la siguiente manera: sin educación, primaria incompleta, primaria completa, secundaria y superior.

Del total de adolescentes de 15-19 años de los seis departamentos evaluados, según necesidad insatisfecha de planificación familiar, el 43 % no concluyó la educación primaria; 30 % cuenta con primaria completa; 21 % cuenta con educación secundaria y 6 % no recibió educación formal. Estos datos son consistentes con los reportados por Haeussler R, Guatemala (1992), quien concluye que el uso actual de anticonceptivos

es mayor en las mujeres que tienen secundaria y educación superior que las que no tienen educación. (50)

En Colombia, resultados similares reporta Rivera R (2015), quien identificó la población con mayor riesgo de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos. Reportó la necesidad insatisfecha de planificación familiar en un 13 % entre las mujeres con menor nivel de educación y de un 5 % en mujeres con mayor nivel educativo (31)

Los resultados presentados en esta investigación también son consistentes con estudios realizados en Burundi, Etiopía y Nepal. Nzokirishaka A (2020), estudió factores sociodemográficos y socioeconómicos asociados a necesidad insatisfecha de planificación familiar en mujeres casadas de 15 a 49 años. Para su investigación utilizó encuestas demográficas y de salud. Concluyó, que la probabilidad de necesidad insatisfecha fue menor entre mujeres con educación primaria y secundaria, comparada con mujeres sin educación. (55)

En Etiopía se realizaron dos estudios, uno de ellos el de Salomon T et al. (2017), quien estudió factores asociados a necesidad insatisfecha de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva. Reportó la existencia de un 69 % de mujeres analfabetas, 18 % con educación primaria, 4 % secundaria y más. El segundo estudio lo realizó Tadele A et al. (2019), quien identificó los predictores de necesidad insatisfecha de planificación familiar por medio de encuesta nacional. Estudió factores sociodemográficos, como el nivel de educación. Sobre esa base reportó que un 80 % de las mujeres estudiadas se encontraron en los niveles de educación más bajo. (56, 57)

En Nepal, Kant C et al (2018) estudiaron los factores determinantes que afectan la necesidad insatisfecha. Concluyeron que las mujeres con educación inferior a la secundaria tienen mayor predisposición a falta de acceso a metodología anticonceptiva. (64)

Bradley et al. USA (2012) analizó las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil con necesidad insatisfecha de planificación familiar en 59 países. Concluyeron que en la mayoría de los países la necesidad insatisfecha disminuye a medida que aumenta la educación de las mujeres. Esta relación inversa entre la educación y la necesidad insatisfecha se ve en países del este y norte de África y países de América Latina y el Caribe. (51)

Los datos de la literatura mostraron la misma tendencia que en este estudio, donde el nivel educativo es inversamente proporcional a la necesidad insatisfecha de planificación familiar. Un mayor nivel educativo en adolescentes está relacionado con mayor probabilidad de uso de métodos anticonceptivos y garantiza el acceso a derechos sexuales y reproductivos.

- **Quintil de riqueza**

Para fines de este estudio, se clasificó el quintil de riqueza en: inferior, segundo, intermedio, cuarto y superior.

En el estudio se determinó que la necesidad insatisfecha de planificación familiar, según el nivel de riqueza, el 43 % se encuentra en el quintil inferior, 29 % en el segundo quintil, 17 % en el quintil intermedio, 7 % en el cuarto quintil y 4 % en el quintil superior.

Estos resultados son consistentes con los reportados en Panamá por Chamorro et al (2014), quienes identificaron los determinantes de necesidad insatisfecha de planificación familiar, indicando que, en América Latina y el Caribe el 27 % de las familias más pobres tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar, 2.25 veces la necesidad de las familias con mayores recursos. (5)

En Colombia resultados similares reporta, Rivera R (2015), quien indica que, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, hay una importante brecha en la necesidad insatisfecha de anticonceptivos entre mujeres con el nivel más bajo de riqueza (11 %) y mujeres con el nivel más alto (5 %). (31)

Patrón similar a los resultados de este estudio se reportan en Ghana y Nepal. En África Subsahariana, donde una de cada tres mujeres informa necesidad insatisfecha de planificación familiar. En este contexto, Wulifan et al (2019), estudiaron los determinantes de necesidad insatisfecha de planificación familiar en mujeres en edad fértil. Reportaron que un 30 % se encontraba en el quintil inferior, 19 % en el segundo quintil, 18 % en el intermedio, 17 % en el cuarto quintil y 16 % en el quintil superior. (58)

En Nepal, Mehata et al (2014), estudiaron los determinantes de necesidad insatisfecha de planificación familiar en los primeros dos años posparto. Concluyeron que la probabilidad de presentar necesidad insatisfecha era mayor en las mujeres en el quintil

de riqueza más pobre (40 %) comparado con el quintil más rico (20 %) (OR 0.30; IC 95 %: 0.15-0.58). La alta prevalencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar en Nepal, especialmente en grupos de alto riesgo, indicó la necesidad de una atención más equitativa y de mayor calidad; así como la oferta de una amplia gama de métodos y asesoramiento para reducir la morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. (59)

Los datos reportados en este estudio son consistentes con el resto de la región, no así, con otros países en otros continentes, según lo reportado en USA por Bradley S, et al (2012), quienes estudiaron las características sociodemográficas de la necesidad insatisfecha de planificación familiar en 59 países. Concluyeron que la necesidad insatisfecha es más baja entre las mujeres en el quintil más rico. Más allá de eso, la relación entre la necesidad insatisfecha y la riqueza es inconsistente. El patrón más común es que la necesidad insatisfecha disminuye a medida que aumenta la riqueza. Este patrón se identifica en la mayoría de las encuestas en Asia, América Latina y en varios países de Europa del Este. En algunas encuestas, en lugar de una relación inversa, la necesidad insatisfecha aumenta a medida que aumenta la riqueza, por ejemplo, en Chad, República Democrática del Congo, Mali y Nigeria. (51)

La evidencia sugiere que la provisión equitativa de servicios anticonceptivos ayuda a las mujeres a alcanzar sus objetivos reproductivos y tiene un impacto significativo en la reducción de las tasas de aborto y embarazo no deseado. Sin embargo, las disparidades persisten, además, de la baja prevalencia de planificación familiar que es un desafío crítico de salud pública para poblaciones de rápido crecimiento. Los resultados reportados en la literatura de la región y con la mayoría de países de Asia y Europa del Este con respecto al nivel de riqueza, coincidieron con los de este estudio, donde el nivel de riqueza de las adolescentes es inversamente proporcional a necesidad insatisfecha de planificación familiar. (60)

- **Área de residencia**

Para fines de este estudio, se clasificó el área de residencia en urbana y rural. En este estudio se determinó la necesidad insatisfecha, según lugar de residencia. Un 80 % de las adolescentes vive en el área rural, en comparación con un 20 % que vive en el área urbana. Estos datos son consistentes con los reportados en Guatemala por Haeussler R (1992), quién indica que la influencia de las variables demográficas y sociales como el área de residencia rural es significativa en la magnitud de la necesidad insatisfecha

para el país, el área de residencia también influye en la preferencia sobre la fecundidad, uso de anticonceptivos y actitud hacia el embarazo. (50)

Datos similares se reportan en otros países de Latinoamérica, como Panamá y México. Chamorro F, et al (2014), concluyeron que las estrategias en salud pública deben orientarse a mejorar el conocimiento y acceso a métodos de planificación familiar; así como, propiciar la mejora de la situación social, económica y política de las mujeres que viven en áreas rurales y, en consecuencia, aumentar su participación en las decisiones en el hogar y la comunidad. En estas zonas rurales, prevalece un sistema patriarcal, la transición de la fecundidad es incipiente y los servicios de salud son poco accesibles. Por otra parte, Villalobos A, et al. México (2017), indica que la demanda insatisfecha de la anticoncepción en adolescentes mexicanas se concentra en residentes de zonas rurales. (5, 11)

La necesidad anticonceptiva no satisfecha es un problema de salud pública en los países en desarrollo, particularmente, en África Subsahariana, donde actualmente es alta pero se espera que se reduzca si los países aumentan el gasto público en planificación familiar y acceso a anticonceptivos modernos. En este contexto, en Nigeria Solanke B, et al (2019), estudiaron factores comunitarios asociados a necesidad insatisfecha de anticoncepción en mujeres en edad fértil, quienes reportan que la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos es un desafío crítico para la salud reproductiva en Nigeria. Los resultados mostraron que un 77.2 % de las mujeres estudiadas residen en el área rural y un 22.8 % en el área urbana, resultados coinciden con los reportados en este estudio. (61)

Se deben realizar más esfuerzos para empoderar a las mujeres jóvenes para tomar las decisiones que afectan su propia vida y proporcionar la información adecuada de planificación familiar. Es necesaria para reducir la carga de la necesidad insatisfecha de planificación familiar de mujeres que viven en entornos rurales, concluyen, Dingeta T, et al. Etiopía (2019), quienes abordaron las necesidades no satisfechas de anticoncepción en mujeres jóvenes. En este estudio reportaron un 96.7 % de mujeres residentes en áreas rurales. (62)

Se debe fortalecer el empoderar a las mujeres con conocimientos de riesgo de embarazo y uso de planificación familiar, indican Embafrash G, et al (2019) quienes

estudiaron el nivel de correlación de necesidad insatisfecha de anticoncepción en mujeres posparto. Entre los resultados reportados indican que la probabilidad de necesidad insatisfecha de planificación es mayor en el área rural (67 %) que en el área urbana (33 %) (OR 7.16, IC 95 %: 2.57-19.95) (63)

Los datos hallados en la literatura muestran la misma tendencia de los encontrados en este estudio donde vivir en el área rural, donde los servicios de salud son poco accesibles, está íntimamente ligado a necesidad insatisfecha de planificación familiar.

### **Frecuencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar**

Se define como el número de casos de adolescentes de 15-19 años con necesidad insatisfecha de planificación familiar- NIPF-.

De acuerdo con los resultados obtenidos; se determinó, que el 90 % de las adolescentes estudiadas, refiere NIPF para espaciar y un 10 % NIPF para limitar. En Latinoamérica, datos similares reportó Chamorro et al (2014), quienes identificaron los determinantes de necesidad insatisfecha de planificación familiar, y concluyeron que, la necesidad insatisfecha para espaciar es mayor en el grupo de mujeres de 15 a 19 años y estas probabilidades disminuyen conforme aumenta la edad. Indica que los servicios de planificación familiar deben prepararse para atender las necesidades insatisfechas para espaciar de las jóvenes. (5)

Los datos reportados en este estudio también son consistentes con dos estudios realizados en Estados Unidos de América (USA, siglas del nombre en inglés), por Westoff y Ochoa (1991) y Bradley et al. (2012). El primero hace referencia a que la necesidad insatisfecha para espaciar es mayor en jóvenes y declina en la edad adulta, a diferencia de la necesidad insatisfecha para limitar, que es mayor en edad avanzada. En el segundo estudio analizaron la necesidad insatisfecha de planificación familiar, por medio de las encuestas llamadas Demographic Health Survey (DHS) realizadas a partir del año 2000 en 59 países. Sostuvieron que la necesidad insatisfecha para espaciar suele ser mayor en mujeres más jóvenes, las que tienen pocos hijos y disminuye a medida que aumenta la edad y la paridad; mientras que la necesidad insatisfecha de limitación, generalmente, aumenta con la edad y paridad. (2, 51)

En este contexto, ya que las mujeres adolescentes se encuentran en edad reproductiva y tienen la capacidad para decidir si quieren embarazarse y en qué momento, la evidencia indicó que en este grupo poblacional la necesidad insatisfecha es para espaciar y no para limitar.

Al realizar la frecuencia de NIPF por departamentos, se determinó que el departamento de Huehuetenango presenta la prevalencia más alta de necesidad insatisfecha de planificación familiar, el cual es de 0.088 [IC 95 %: 0.054-0.121]. Le sigue Petén, con una prevalencia de 0.078 [IC 95 %: 0.044-0.111]; Alta Verapaz, 0.076 [IC 95 %: 0.044-0.107]; San Marcos, 0.059 [IC 95 %: 0.032-0.085]; Jalapa, 0.055 [IC 95 %: 0.026-0.083]. El departamento con menor prevalencia es Escuintla con 0.041 [IC 95 %: 0.014-0.067].

En las adolescentes las necesidades reproductivas dependen de cada situación en particular. Algunas son solteras y sexualmente activas, otras no lo son, mientras que otras ya están casadas, y algunas ya tienen hijos. La edad suele marcar una gran diferencia, por lo cual es importante individualizar cada caso de forma que satisfagan sus necesidades reproductivas y que estos sean prestados de manera imparcial y respetuosa. Las necesidades insatisfechas de anticoncepción entre adolescentes, reflejadas en las cifras alarmantes de embarazo en edades tempranas, implica que los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, no se están respetando. (11, 30)

### **Embarazo y relación con necesidad insatisfecha**

Embarazo adolescente se define como embarazo actual en adolescentes con necesidad insatisfecha de planificación familiar.

Según los resultados de este estudio, las adolescentes con necesidad insatisfecha de planificación familiar tienen 6 veces más probabilidades de embarazo en comparación con adolescentes con necesidad satisfecha [OR: 6.65 IC 95 %: 3.1748-13.9315]. En consistencia con estos resultados, Lambert L et al. Guatemala (2018), indican, que el uso temprano de prácticas de planificación familiar disminuye la tasa de maternidad en adolescentes. (54).

En Latinoamérica, García A et al (2018) y Villalobos A et al (2017) reportaron resultados similares. Los primeros indican que, el embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud, por las complicaciones y riesgos que implican para la madre y para el niño, así como por su repercusión social. Consideran que más del 80 % son embarazos no deseados o no planificados y provocados por la práctica de las relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. (41)

Los segundos refieren que, el descenso insuficiente de las necesidades insatisfechas de anticoncepción entre adolescentes, reflejado en las cifras alarmantes de embarazo en edades tempranas, implica que los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes no se están respetando. Cuando las adolescentes cuentan con la información y los recursos necesarios

para ejercer sus derechos, pueden decidir cuándo tener hijos, y ellas mismas suelen posponer el embarazo, tener menos hijos y terminar más años de estudio. (11)

Se estima que, en 2012, en el ámbito global, el número de mujeres que tenían necesidades insatisfechas en relación con los métodos anticonceptivos modernos era de 222 millones. Además, se calcula que el uso de métodos anticonceptivos en los países en desarrollo evitaría 218 millones de embarazos no deseados y 55 millones de nacimientos no planeados. (11)

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan su madurez física y mental. A veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales, comorbilidad, y en un medio familiar normalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. Es necesario fortalecer el progreso y el impacto de los programas de planificación familiar, y con esto, alcanzar los objetivos globales, que requerirán un compromiso internacional continuo con programas específicos y exclusivos de planificación familiar. Es importante, entonces, abordar la alta necesidad actual de anticonceptivos, porque, eleva la exposición a embarazos no deseados, nacimientos de alto riesgo y abortos en condiciones no seguras; además, de excluir a las mujeres de participar en una economía óptima y productiva. (41, 61, 65)

### **Limitaciones del estudio**

- Una de las limitaciones de este estudio fue el uso de fuentes secundarias de datos ya que puede comprometer la calidad de la información recolectada. Sin embargo, este sesgo se controló con la revisión de la calidad y consistencia de los datos estudiados.



## CONCLUSIONES

El análisis y discusión de resultados del estudio *Necesidad insatisfecha de planificación familiar - NIPF - en adolescentes*, permitió concluir lo siguiente:

### **Características sociodemográficas**

Las adolescentes con necesidad insatisfecha de planificación familiar son indígenas por autodenominación, tienen los niveles educativos más bajos, se encuentran en los quintiles de riqueza más bajos (inferior y segundo), y viven en áreas rurales.

### **Prevalencia de necesidad insatisfecha de planificación familiar**

La tasa de prevalencia total de necesidad insatisfecha de planificación familiar en adolescentes para los departamentos evaluados es de 67 por cada mil adolescentes [IC 95 %: 54-79]. De ellas, la mayoría refirió necesidad insatisfecha de planificación familiar para espaciar. De los seis departamentos estudiados, Huehuetenango presentó la prevalencia más alta de necesidad insatisfecha de planificación familiar, la cual es de 88 por cada mil adolescentes [IC 95 %: 0.054-0.121]. El departamento con menor prevalencia es Escuintla con 41 por cada mil adolescentes [IC 95 %: 0.014-0.067].

### **Embarazo y relación con necesidad insatisfecha**

Las adolescentes con necesidad insatisfecha de planificación familiar tienen 6 veces más probabilidades de embarazo en comparación con adolescentes con necesidad satisfecha [OR: 6.65 IC 95 %: 3.1748-13.9315].

## RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados del estudio *Necesidad insatisfecha de planificación familiar en adolescentes*, se presentan las siguientes recomendaciones:

### **Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

- Promover y priorizar estrategias para brindar cobertura de metodología anticonceptiva a población adolescente vulnerable (indígenas, residentes en áreas rurales, sin acceso o limitada educación formal y en los quintiles de riqueza más bajo) para disminuir las inequidades en el acceso a servicios de salud reproductiva.
- Realizar monitoreo, evaluación e implementación de estrategias para la oferta de metodología anticonceptiva a población adolescente; en función de disminuir la necesidad insatisfecha de planificación familiar en este grupo etario.
- Brindar atención integral en salud sexual y reproductiva a población adolescente, incluyendo consejería, oferta de métodos de planificación familiar y prevención de embarazos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística, secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia. VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015. Guatemala: INE; 2017. Disponible en: [https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014\\_2015.pdf](https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014_2015.pdf)
2. Westoff C, Ochoa L. Unmet Need and the Demand for Family Planning. Columbia, Maryland: DHS comparative Studies, No. 5. Institute for Resource Development; 1991 Jul. Disponible en: <https://www.dhsprogram.com/publications/publication-cs5-comparative-reports.cfm>
3. UnitedNations.org [en línea]. New York: World Contraceptive Use 2019, Population Division; [actualizado 2019; citado 18 abr 2019]. Disponible en: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2019.asp>
4. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013 Ag; 30(3): 465-470. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a16v30n3.pdf>
5. Chamorro F, Flores H, De Leon R. Determinantes de las necesidades insatisfechas de planificación familiar en mujeres de comarcas indígenas en Panamá. REVOG. 2014 Jun; 19(2): 41-47. Disponible en: <http://revcog.org/index.php/revcog/article/download/661/570>
6. Menéndez G, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012 Sept; 38(3): 333-342. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006)
7. Guatemala. Vicepresidencia Gobierno de la República de Guatemala. Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes Guatemala 2018-2022. Guatemala: MIDES, MIDENUC, MSPAS, MINGOB, SBS, CONJUVE; 2017. Disponible en: <https://guatemala.unfpa.org/es/publications/planea>
8. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estudio de barreras para el acceso a la planificación familiar de la población indígena. Guatemala: MSPAS, IGSS, APROFAM, USAID; 2008. Disponible en: [https://www.alianmisar.org/sites/default/files/barreras\\_final.pdf](https://www.alianmisar.org/sites/default/files/barreras_final.pdf)
9. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Rev Salud Públ Méx. 1997 Abr; 39(2): 137-143. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10639208.pdf>
10. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y El Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2002 Mar; 11(3): 192-205. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8688>
11. Villalobos A, de Castro F, Rojas R, Allen B. Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas de nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. Rev Salud Públ Méx. 2017 Oct; 59(5): 566-576. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342017000500566](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000500566)

12. Jain A, Obare F, RamaRao S, Askew I. Reducción de las necesidades no satisfechas a través del apoyo a mujeres con necesidades satisfechas. Rev Perspectivas Internacionales en SSR. 2014;(Número especial): 24-33. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/node/14441>
13. Álvarez H, Perez E. Causalidad en medicina. Gac Med Méx. 2004; 140(4): 467-472. Disponible en: [http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864\\_2007/2004-140-4-467-472.pdf](http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2004-140-4-467-472.pdf)
14. Palencia F. La búsqueda de la relaciones causales: el desafío del ejercicio diario de un epidemiólogo. Rev Med Risaralda. 2012 Dic; 18(2): 165-171. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/235675650\\_La\\_búsqueda\\_de\\_las\\_relaciones\\_causales\\_el\\_desafío\\_del\\_ejercicio\\_diario\\_de\\_un\\_epidemiólogo](https://www.researchgate.net/publication/235675650_La_búsqueda_de_las_relaciones_causales_el_desafío_del_ejercicio_diario_de_un_epidemiólogo)
15. Rothman K, Greenland S. Causation and Causal Inference in Epidemiology. Am J Public Health. 2005 Jul; 95(S1):144-150. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16030331/>
16. Rodríguez L. Inferencia Causal en Epidemiología. Rev Salud Pública (Colombia). 2017 Abr; 19(3): 409-415. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n3/0124-0064-rsap-19-03-00409.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva: proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. Ginebra: OMS; 2003. (EB113/15 Add.1). Disponible en: [https://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB113/seb11315a1.pdf](https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf)
18. ----- . La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/sh-linkages-rh/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/es/)
19. Rojas M, Méndez R, Montero L. Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía. Hacia promoció salud 2016 Jun; 21(1): 52-62. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a05.pdf>
20. Who.org [en línea]. Ginebra: Salud sexual y reproductiva: promover la planificación familiar, OMS; [actualizado 2019; citado 18 abr 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family\\_planning/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/es/).
21. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <file:///C:/Users/eteyul/Downloads/9789243565408-spa.pdf>
22. Bertrand J, Magnani R, Rutenberg N. Evaluación de programas de planificación familiar con adaptaciones para salud reproductiva. EE.UU: USAID; 1996 Sep. DPE-3060-C-00-1054-00. Disponible en: [https://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/man\\_ev.pdf](https://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/man_ev.pdf)
23. Who.org [en línea]. Ginebra: Desarrollo en la adolescencia: un periodo de transición de crucial importancia, OMS; [actualizado 2019; citado 20 abr 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
24. Colomer J, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013 Sept; 15: 261-269. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v15n59/grupo\\_previnfad.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v15n59/grupo_previnfad.pdf)

25. Torres C, Bolis M. Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad. Rev Panam Salud Pública. 2007; 22(6): 405-416. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v22n6/405-416/es>
26. Un.org [en línea]. Sudáfrica: Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las formas Conexas de Intolerancia, ONU; [actualizado 2001; citado 25 abr 2019]. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/pastevents/cmcr/background1.htm>
27. Unesco.org [en línea]. Chile: UNESCO; [actualizado 2017; citado 25 abr 2019]. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/santiago/education/>
28. Cepal.org [en línea]. Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL; [actualizado 2019; citado 25 abr 2019]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es>
29. Americanlatinagenera.org [en línea]. Nueva York: Desarrollo humano: salud sexual y reproductiva, PNUD; [actualizado 2014; citado 28 abr 2019]. Disponible en: [http://www.americalatinagenera.org/es/index.php?option=com\\_content&view=article&id=853&Itemid=230](http://www.americalatinagenera.org/es/index.php?option=com_content&view=article&id=853&Itemid=230)
30. Organización Panamericana de la Salud, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins, Centro para Programas de Comunicación. Planificación familiar: un manual mundial para proveedores. Baltimore, Washington: CCP y OMS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51918>
31. Rivera R. Identificación de poblaciones con mayor necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en Colombia. Bogotá: Profamilia, Insad, Reproductive Health Supplies Coalition, ForoLac; 2015 Nov. Disponible en: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2O8EcXs8r7kJ:profamilia.org.co/docs/NIMAC\\_NOVIEMBRE%252018%2520IMPRESIO%25CC%2581N.pdf+%&c d=1&hl=es&ct=clnk&gl=gt](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2O8EcXs8r7kJ:profamilia.org.co/docs/NIMAC_NOVIEMBRE%252018%2520IMPRESIO%25CC%2581N.pdf+%&c d=1&hl=es&ct=clnk&gl=gt)
32. Undp.org [en línea]. Nueva York: ¿Qué son los objetivos de desarrollo sostenible?, PNUD; [actualizado 2019; citado 20 abr 2019]. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>.
33. Ashford L. Necesidad insatisfecha de planificación familiar: enfoques recientes e implicaciones programáticas. PRB Measure communication (Washington, DC). 2003 Jun; 1-8. Disponible en: [https://www.prb.org/wp-content/uploads/2003/02/UnmetNeed\\_Spanish.pdf](https://www.prb.org/wp-content/uploads/2003/02/UnmetNeed_Spanish.pdf)
34. Organización Mundial de la Salud. Documento de la OMS para la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia. Washington: OMS; 2001. (Serie No. 2). Disponible en: [https://www.un.org/es/events/pastevents/cmcr/durban\\_sp.pdf](https://www.un.org/es/events/pastevents/cmcr/durban_sp.pdf)
35. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014. Guatemala: INE; 2016. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2016/02/03/bwc7f6t7asbei4wmuexon0oscpshkyb.pdf>
36. Ine.gob [en línea]. Guatemala: Indicadores principales, INE; [actualizado 2019; citado 20 abr 2019]. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/ine/>.

37. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014. Guatemala: INE; 2015. Disponible en: <http://ceur.usac.edu.gt/eventos/Vivienda/Presentaciones/04-ENCOVI-2014-enfasis-vivienda.pdf>
38. Lee I. Causas de necesidades insatisfechas en planificación familiar. Rev Med IMSS. 2003 Mar; 41(4): 313-319. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im034f.pdf>
39. Mancilla J. Embarazo en adolescentes: vidas en riesgo. Perinatol Reprod Hum. 2012 Mar; 26(1): 5-7. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372012000100001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000100001)
40. Oringanje C, Meremikwu M, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri J. Interventions for preventing unin-tended pregnancies among adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews [en línea]. 2009 Oct [citado 18 Mar 2019]; 2016(2): 1-102. doi:10.1002/14651858.CD005215.pub2. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005215.pub3/full>
41. García A, González M. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes. Rev Cienc méd Pinar Rio. 2018 Jun; 22(3): 416-427. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942018000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000300002)
42. Carreón J, Mendoza H, Pérez C, Gil I, Soler E, González R. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Archivos de Medicina Familiar. 2004 Dic; 6(3): 70-73. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2004/amf043d.pdf>
43. Rojas L, Claros N. Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia. Rev Med La Paz. 2014 Mar; 20(1):18-27. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100004](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100004)
44. Odean I. Los Factores Sociales que Influyen en el Embarazo y en el uso de Anticonceptivos de Adolescentes en el Barrio 25 de Mayo, Maipú, Mendoza. Argentina: ISP; 2012 Dic. (Colección 1472). Disponible en: [https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=2495&context=isp\\_collection](https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=2495&context=isp_collection)
45. Gómez C, Montoya L. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana Briceño, 2012. Rev Salud Pública (Colombia). 2013 Mar; 16(3): 394-406. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2014.v16n3/393-407/es>
46. Barraza J, Murillo J. Factores asociados a embarazo en Adolescentes. Arch Salud. 2010; 4(4): 118-123. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/ArchivosdesaludenSinaloa/2010/vol4/no4/2.pdf>

47. Sánchez Y, Mendoza L, Grisales M, Ceballos L, Bustamante J, Muriel E, et al. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá Colombia. Rev Chil Obstet Ginecol. 2013; 78(4): 269-281. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262013000400005](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400005)
48. Ávila G, Barnena M, Arguello P. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagüela. Rev Med Hondur. 2011 Jun; 79(2): 68-72. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-644954>
49. González E, Molina T, Montero A, Martínez V. Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile. Rev Med Chile. 2013 Mar; 141: 313-319. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872013000300005](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000300005)
50. Haeussler R. Demanda total y necesidad no satisfecha de planificación familiar en Guatemala y su diferenciación étnica. Santiago, Chile: DHS, CELADE; 1992 Mar. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21156/D-16470.03\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21156/D-16470.03_es.pdf)
51. Bradley S, Croft T, Fishel J, Westoff C. Revising Unmet Need for Family Planning: DHS Analytical Studies No. 25. Calverton, Maryland, USA: ICF International; 2012 Ene. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25%5B12June2012%5D.pdf>
52. Eustat.eus, zona de residencia [en línea]. EUSTAT; 2019 [citado 19 Jul 2019] disponible en: [http://www.eustat.eus/documentos/opt\\_0/tema\\_443/elem\\_11384/definicion.html](http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_443/elem_11384/definicion.html)
53. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía Nacional de Anticoncepción para Adolescentes. Guatemala: MSPAS; 2018. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/noticias/temas-de-salud/category/72-documentos-sobre-la-salud.html>
54. Lambert L, Hatcher J, Wang X. Access to Reproductive Health Services and Maternal Perceptions on Family Planning in an Indigenous Guatemalan Valley. Hindawi [en línea]. 2018 Dic [citado 31 Mar 2020]. 2018(7879230): 1-6 Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ijrmed/2018/7879230/>
55. Nzokirishaka A. Determinants of unmet need for family planning among married women of reproductive age in Burundi: a cross-sectional study. BMC [en línea]. 2018 Jun [citado 31 Mar 2020]; 3(11): 1-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6011199/>
56. Salomon T, Nigatu M, Tewelde T, Getachew B. Unmet need for family planning and associated factors among currently married reproductive age women in Tiro Afeta District, South West Ethiopia, 2017: crosssectional study. BMC [en línea]. 2019 Dic [citado 31 Mar 2020]; 19(170): 1-9 Disponible en: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-019-0872-5>



57. Tadele A, Abebaw D, Ali R. Predictors of unmet need for family planning among all women of reproductive age in Ethiopia. BMC [en línea]. 2019 Jun [citado 31 Mar 2020]; 4(6): 2-9. Disponible en: <https://contraceptionmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40834-019-0087-z>
58. Wulifan J, Mazalale J, Kambala C, Angko W, Asante J, Kpinpuo S, et al. Prevalence and determinants of unmet need for family planning among married women in Ghana—a multinomial logistic regression analysis of the GDHS, 2014. BMC [en línea]. 2019 Ene [citado 31 Mar 2020]; 4(2): 1-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6352348/>
59. Mehata S, Raj Y, Mehta R, Dariang M, Poudel P, Barnett S. Unmet Need for Family Planning in Nepal during the First Two Years Postpartum. Hindawi [en línea]. 2014 Jun [citado 31 Mar 2020]. 2014(649567): 1-9. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/649567/>
60. Wang C, Cao H. Persisting Regional Disparities in Modern Contraceptive Use and Unmet Need for Contraception among Nigerian Women. Hindawi [en línea]. 2019 Feb [citado 31 Mar 2020]. 2018(9103928): 1-9. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2019/9103928/>
61. Solanke B, Oyinlola F, Oyelele O, Ilesanmi B. Maternal and community factors associated with unmet contraceptive need among childbearing women in Northern Nigeria. BMC [en línea]. 2019 Sept [citado 31 mar 2020]; 4(11): 1-12. Disponible en: <https://contraceptionmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40834-019-0093-1>
62. Dingeta T, Oljira L, Worku A, Berhane Y. Unmet Need for Contraception Among Young Married Women in Eastern Ethiopia. Open access J Contracept [en línea]. 2019 Dic [citado 31 Mar 2020]; 10: 89-101. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6925555/>
63. Embafrash G, Mekonnen W. Level and Correlates of Unmet Need of Contraception among Women in Extended Postpartum in Northern Ethiopia. Hindawi [en línea]. 2019 Mayo [citado 31 mar 2020]; 2019(6351478): 1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31187035>
64. Kant C, Bhattarai S. Factors Affecting Unmet Need of Family Planning Among Married Tharu Women of Dang District, Nepal. Hindawi [en línea]. 2018 Sept [citado 31 Mar 2020]; 2018(9312687): 1-9. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ijrmed/2018/9312687/>
65. Mercer L, Lu F, Proctor J. Sub-national levels and trends in contraceptive prevalence, unmet need, and demand for family planning in Nigeria with survey uncertainty. BMC [en línea]. 2019 Dic [citado 31 Mar 2020]; 19(1752): 1-9. Disponible en: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-8043-z>



## **PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: *Necesidad insatisfecha de planificación familiar en adolescentes*, para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferencial que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.