



APOYO PARA NIÑAS Y ADOLESCENTES UNIDAS, QUE SON MADRES Y/O ESTÁN EMBARAZADAS

Dado que el 90 % de los partos en niñas y adolescentes se produce en el contexto de una unión,¹ el vínculo que existe entre el embarazo en la adolescencia^a y los matrimonios y las uniones infantiles, tempranas y forzadas (MUITF)^b es estrecho.



EN LA IMAGEN: Un grupo de amigas después de participar en clases de habilidades para la vida facilitadas por la Janaki Women Awareness Society, en la región de Terai, Nepal. El desarrollo de habilidades para la vida, de redes y de agencia es clave para el bienestar de las niñas y adolescentes, sobre todo si están embarazadas o son madres jóvenes. Foto: *Girls Not Brides/Thom Pierce*

Las necesidades de las niñas y adolescentes unidas y de aquellas que ya son madres son únicas; sin embargo, los sistemas de atención sanitaria, educación y servicios sociales no suelen estar bien preparados para satisfacerlas. Hasta ahora, las respuestas al embarazo en la adolescencia se han centrado en la prevención y la salud materna y han dejado de lado los derechos sexuales y reproductivos más amplios, las consecuencias psicológicas y socioeconómicas del embarazo durante esa etapa y las complejas necesidades de las niñas y adolescentes unidas, embarazadas y/o que son madres.

El presente informe temático explora estas necesidades, comparte ejemplos de enfoques que han tenido éxito en diferentes partes del mundo y hace un llamado a incorporar soluciones integrales para atender los derechos y las necesidades de las niñas y adolescentes unidas, embarazadas y/o que son madres en las estrategias existentes dirigidas a abordar la educación, los MUITF, el embarazo en la adolescencia y la salud de las personas adolescentes de manera más amplia.

1. ¿Por qué es importante abordar los MUITF y el embarazo en la adolescencia de forma conjunta?

Cada año, 12 millones de niñas y adolescentes se unen antes de cumplir 18 años.² Los MUITF responden a múltiples causas concurrentes, pero en primer lugar son el resultado de normas de género desiguales que privan a las niñas, adolescentes y mujeres jóvenes de sus derechos sexuales y reproductivos y limitan sus decisiones de vida.³ Doce millones de adolescentes de entre 15 y 19 años –y 770,000 niñas y adolescentes menores de 15 años– dan a luz cada año en los países de ingresos bajos y medios.⁴

En muchos contextos, **los MUITF son la causa de los embarazos en la adolescencia**, ya que las niñas y las adolescentes unidas sufren una intensa presión social para demostrar su capacidad para tener descendencia.⁵ Por otra parte, **el embarazo en la adolescencia también puede actuar como catalizador de los MUITF**, dado que un embarazo no deseado puede aumentar la presión sobre las niñas y adolescentes para que se unan al padre de su hijo o hija, lo que a su vez las orilla a unirse antes de lo que lo harían en otras circunstancias.⁶

En **Asia del Sur**, la mayoría de los embarazos en la adolescencia se producen después de la unión.⁷ En el África Subsahariana y en ALC, **los embarazos se producen tanto dentro como fuera de los matrimonios y las uniones formales**, por lo que son a la vez causas y consecuencias de los MUITF.⁸

A nivel mundial, las tasas de natalidad en niñas y adolescentes han disminuido cerca de un tercio desde la década de 1990.⁹ En la actualidad, las tasas de natalidad entre las niñas y adolescentes son más altas en el África Occidental y Central, África Oriental y Meridional y ALC, con 108, 95 y 61 nacimientos por cada 1,000 adolescentes entre 15 y 19 años, respectivamente. La media mundial es de 41 nacimientos por cada 1,000 niñas y adolescentes.¹⁰

El embarazo entre las niñas y adolescentes de 10 a 14 años es mucho menos común que entre las adolescentes de más edad, sobre todo en el África subsahariana.¹¹

Los embarazos a muy temprana edad suelen ser consecuencia de la violencia sexual,¹² y están muy vinculados con la pobreza y los MUITF.¹³

Las alteraciones en la atención a la salud sexual y reproductiva (SSR) ocasionadas por la pandemia de COVID-19 han provocado ya **1.4 millones más de embarazos no deseados** entre mujeres de todas las edades. Es probable que el impacto en los MUITF sea mayor: **se espera que diez millones de niñas más se unan** de aquí a 2030 debido a la pandemia.¹⁵

Mensajes clave:

- La mayoría de las niñas y adolescentes que son madres en todo el mundo están unidas.
- El embarazo en la adolescencia puede producirse *antes o después* de que la niña o adolescente se una.
- En **Asia del Sur**, casi todas las niñas y adolescentes que son madres están unidas.
- En **América Latina y el Caribe** (ALC) y en el **África subsahariana**^c, el embarazo en la adolescencia tiene lugar tanto dentro como fuera de una unión.

2. El tema: Las necesidades sociales, de desarrollo y de salud específicas de las niñas y adolescentes que son madres y/o están embarazadas

El embarazo en la adolescencia se considera, con razón, como un problema importante de salud pública. Tanto el embarazo como el parto son significativamente más arriesgados para las niñas y adolescentes menores de veinte años, y las complicaciones relacionadas con éstos se encuentran entre **las principales causas de muerte de niñas y adolescentes en todo el mundo**. Aunque las niñas y adolescentes menores de 15 años son las que se encuentran en mayor riesgo, el embarazo en este grupo de edad sigue siendo relativamente inusual; sin embargo, **hasta un 99% de las muertes maternas entre las mujeres de 15 a 49 años se producen entre las adolescentes de 15 a 19 años.**¹⁶ Los hijos e hijas de niñas y adolescentes también tienen más probabilidades de presentar problemas de salud, como bajo peso al nacer, mal estado nutricional y un elevado riesgo de mortalidad en menores de cinco años.¹⁷

También hay una tendencia entre las niñas y adolescentes que son madres –sobre todo las que están unidas– a tener **embarazos recurrentes y seguidos**, lo que pone en peligro su salud y la de sus hijos y/o hijas, ya que el poco tiempo entre embarazos aumenta el riesgo de complicaciones.¹⁸

Por lo tanto, hasta la fecha, buena parte de los esfuerzos en materia de embarazo en la adolescencia se han centrado en las estrategias de prevención y, en menor medida, en la falta de acceso de las niñas y adolescentes a servicios de salud materna adecuados. Ambas cosas son esenciales para mejorar los resultados en términos de salud materno-infantil. Sin embargo, **cada vez se reconoce más que este enfoque en la salud materno-infantil ha descuidado otras necesidades y derechos de las niñas y adolescentes unidas y/o que son madres.**¹⁹

Esta sección explora las experiencias comunes de las niñas y adolescentes que son madres que requieren respuestas en materia de políticas y programas.

²El embarazo en la adolescencia se considera como el embarazo de una niña o adolescente entre 10 y 19 años de edad.

³En este informe, utilizamos las siglas "MUITF" para referirnos a todas las formas de matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas en las que alguna de las partes es menor de 18 años.

^c*Girls Not Brides* suele evitar el uso del término "África subsahariana" debido a sus connotaciones raciales y coloniales, y a su falta de especificidad. Sin embargo, lo utilizamos en este informe para reflejar los datos y las pruebas disponibles, que se refieren al África subsahariana como región geográfica.



EN LA IMAGEN: Niñas en la escuela primaria de Samburu, Kenia. Kenia ha tomado medidas en los últimos años para derogar las políticas que prohíben a las niñas y adolescentes embarazadas acudir a las aulas. Foto: *Girls Not Brides*/Thom Pierce

Afectaciones a la educación

El embarazo en la adolescencia suele significar el fin de la educación para las niñas y adolescentes. Se calcula que, **sólo en el África subsahariana, hasta cuatro millones de niñas y adolescentes abandonan la escuela cada año debido al embarazo.**²⁰ Las niñas y adolescentes pueden embarzarse o unirse y luego optar por abandonar la escuela, o pueden ser expulsadas por políticas que de forma explícita o implícita les prohíben acudir a las aulas.²¹ Dado que el embarazo en la adolescencia suele estar muy estigmatizado por las familias, las comunidades y el personal docente, el hecho de tener a una niña o adolescente embarazada en el aula con frecuencia se considera inadecuado, ya que se percibe como una persona de baja moral y un mal ejemplo para las demás alumnas.²²

Otros obstáculos a los que se enfrentan a menudo las niñas y adolescentes que son madres incluyen el desconocimiento de las políticas de reincorporación, la falta de flexibilidad por parte de la escuela, las dificultades económicas, la falta de apoyo por parte de las familias, la carencia de servicios de guardería asequibles y las actitudes discriminatorias por parte del personal docente y administrativo, así como de sus pares.²³ Por ejemplo, en la República Dominicana, cuya tasa de embarazo en la adolescencia es una de las más altas de América Latina, a las niñas y adolescentes les resulta casi imposible continuar con sus estudios debido a la falta de apoyo y los prejuicios por parte del personal docente y administrativo de las escuelas.²⁴

En Asia del Sur, la baja calidad educativa y la escasa participación de las mujeres en el mercado laboral contribuyen a **la percepción de que el matrimonio y la maternidad son la única opción viable para las niñas y mujeres de todas las edades**, por lo que las niñas y adolescentes suelen abandonar la escuela para unirse y quedar embarazadas, pues el matrimonio y la educación se consideran incompatibles.²⁵

Repercusiones en las perspectivas de vida futuras

En los países de ingresos medios y bajos, las mujeres jóvenes tienen menos probabilidades de tener un empleo remunerado que sus pares varones y es más probable que realicen trabajos poco seguros y de carácter informal.²⁶ El embarazo en la adolescencia se suma a esta desventaja. La evidencia proveniente de 22 países en Asia, África y ALC sugiere que las niñas y adolescentes que son madres

tienen más probabilidades de tener un empleo con **un potencial de ingresos limitado a lo largo de su vida laboral.**²⁷

Las hijas de niñas y adolescentes que son madres tienen más probabilidades de convertirse ellas mismas en madres durante su adolescencia, **lo que las arrastra, a ellas y a sus hijas y/o hijos, en un ciclo de pobreza.**²⁸ Las niñas y adolescentes que son madres y que han tenido embarazos recurrentes y seguidos afrontan dificultades adicionales para volver a la escuela o al trabajo, ya que sus responsabilidades relacionadas con el cuidado son mayores que las de las niñas, adolescentes y mujeres (jóvenes) que sólo tienen un hijo o hija.

La exclusión social y el cambio en la dinámica de las relaciones

Debido a las normas sociales relativas a las relaciones sexuales antes de la unión y el nacimiento de los hijos o hijas fuera de ésta, las niñas y adolescentes solteras que están embarazadas o son madres suelen sufrir un alto nivel de estigmatización por parte de la familia, el personal docente, las personas líderes religiosas y la comunidad en general.²⁹ Las niñas y adolescentes embarazadas pueden verse obligadas a abandonar el hogar familiar³⁰ o ser presionadas por la familia para unirse y evitar la deshonra de un embarazo fuera de la unión.³¹

En ALC y el África subsahariana, las niñas y adolescentes que son madres relatan que **los padres de sus hijos o hijas las abandonan** con frecuencia, e incluso niegan su paternidad o, simplemente, no están dispuestos a asumir la responsabilidad de la misma. Esto puede orillarlas a buscar uniones informales o a tener sexo transaccional.³²

En Asia del Sur, el embarazo en la adolescencia suele producirse después de una unión temprana y, más que implicar un estigma, de hecho, con frecuencia es visto **como el camino de vida más apropiado para una niña**



EN LA IMAGEN: Naomi en el Cabarete Circus: quiere unirse al Cirque de Soleil y ser kitesurfista profesional. Fue testigo del efecto de la maternidad temprana en su hermana, quien ha enseñado y compartido sus experiencias en el Centro Mariposa. Foto: *Girls Not Brides*/Fran Afonso

o adolescente respetable.³³ Sin embargo, el embarazo en la adolescencia y los MUITF aún pueden conducir a la exclusión social en estos contextos, ya que a menudo se aparta a las niñas y adolescentes de la escuela y de sus pares y se les obliga a permanecer en casa, bajo la influencia de la familia de su pareja, con **libertad y movilidad** restringidas.³⁴

La violencia de género

El embarazo en la adolescencia suele ser el resultado de una **violación, coacción sexual o abuso sexual de una menor**,³⁵ sobre todo en los casos en que la menor tiene menos de 15 años. A pesar de su condición de vulnerabilidad y de las leyes sobre la edad de consentimiento, que penalizan las relaciones sexuales con personas menores de edad, las niñas y adolescentes que son madres y han sufrido violencia sexual no suelen recibir apoyo psicológico adecuado; tampoco son derivadas a servicios de apoyo ni tienen acceso a la justicia.³⁶

Las mujeres que dan a luz cuando son niñas o adolescentes tienen más probabilidades de **experimentar violencia por parte de su pareja** a lo largo de su vida.³⁷ En Sudáfrica, las probabilidades de que las niñas y adolescentes que han estado embarazadas denuncien violencia física por parte de su pareja son mayores (47.2%) a las de aquellas que no lo han estado (16.8%).³⁸

La coerción reproductiva y la violación de los derechos sexuales y reproductivos

Muchas niñas y adolescentes que son madres **informan no haber sido ellas quienes tomaron la decisión de serlo**, lo cual representa una violación de sus derechos reproductivos.³⁹ La coerción reproductiva puede adoptar la forma de presión por parte de una pareja o de la familia de la pareja para que una niña o adolescente sea madre, así como el ocultamiento de los métodos anticonceptivos o el rechazo a que la niña o adolescente los utilice.⁴⁰ El personal de salud sexual **puede negarse a proporcionar métodos anticonceptivos a las niñas y adolescentes unidas** que aún no han sido madres, debido a los mitos relativos a su impacto en la fertilidad. Del mismo modo, a las niñas y adolescentes solteras se les puede negar el acceso a los métodos anticonceptivos como consecuencia de los prejuicios del personal de salud sobre las relaciones sexuales fuera de una unión.⁴¹

Los embarazos que son resultado de una violación suponen una **maternidad forzada** en aquellos contextos en los que el acceso al aborto está restringido,⁴² lo cual es una clara violación del derecho de toda mujer a decidir si quiere ser madre y cuándo serlo.

El impacto en la salud mental

El embarazo en la adolescencia se asocia con un aumento en el riesgo de problemas de salud mental, incluidas la depresión, la ansiedad y los pensamientos suicidas.⁴³ Se considera que haber vivido una violación o una situación de incesto, los problemas económicos, el abandono por parte de las parejas o la experiencia de una unión o matrimonio forzado contribuyen al impacto negativo en la salud mental de las niñas y adolescentes que son madres.⁴⁴

La maternidad forzada derivada de la coerción reproductiva y de la falta de acceso a la interrupción del embarazo es una fuente de angustia para mujeres de todas las edades. En El Salvador y en Guatemala existe evidencia reciente de que lo anterior orilla a las niñas y adolescentes embarazadas a quitarse la vida.⁴⁵

En el caso de niñas y adolescentes muy jóvenes, sobre todo cuando el embarazo es resultado de una violación, podrían no comprender que están embarazadas hasta que el embarazo ya está muy avanzado, lo que puede derivar en una experiencia muy traumática.⁴⁶

A pesar de ello, las niñas y adolescentes que son madres –incluidas las que han sufrido violencia sexual– no suelen recibir el apoyo psicosocial que necesitan.⁴⁷

El embarazo en la adolescencia y el VIH

En África Oriental y Meridional, donde las tasas de infección por VIH entre niñas y adolescentes son elevadas, **el virus se relaciona de forma importante con la maternidad temprana.**⁴⁸ El doble impacto de un embarazo en la adolescencia y un diagnóstico de VIH puede ser un factor muy abrumador para las niñas y adolescentes que deben enfrentar los desafíos asociados a la nueva maternidad y al inicio del tratamiento para VIH de por vida, así como al posible estigma asociado tanto al embarazo como al virus.⁴⁹

Resultados deficientes en materia de salud maternal, reproductiva y neonatal

A pesar de que el embarazo es mucho más arriesgado para las menores de 20 años, **las niñas y adolescentes que son madres tienen menos probabilidades de acceder a los servicios de salud materna que las mujeres de más edad.** Los embarazos en la adolescencia que no son planeados ni deseados crean la necesidad de contar con servicios de aborto seguros, y las leyes que restringen la interrupción del embarazo provocan que las niñas y adolescentes embarazadas recurran a la **práctica de abortos clandestinos por parte de personal no calificado**, lo que pone en riesgo su salud e incluso su vida. Para saber más sobre los obstáculos a los que se enfrentan las niñas y adolescentes para acceder a servicios de salud materna adaptados a las necesidades de las juventudes y a la práctica de un aborto seguro, véase el informe de *Girls Not Brides* sobre [matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas y salud materna](#).

EN LA IMAGEN: Pamela –instructora de surf en la Fundación Mariposa DR– observa a las niñas y adolescentes surfear. La Fundación cuenta con un centro de salud y bienestar y ofrece acceso a servicios de atención psicológica. Cabarete, República Dominicana. El embarazo en la adolescencia está asociado a un mayor riesgo de problemas de salud mental. Foto: *Girls Not Brides*/Fran Afonso



3. Hacia un enfoque integral para atender y apoyar a las niñas y adolescentes que son madres y/o están embarazadas, y promover que desarrollen su propia agencia

Como ya se mostró, las necesidades de las niñas y adolescentes que son madres y/o están embarazadas son complejas y van más allá de la salud materna y neonatal. Necesitan apoyo para hacer valer sus derechos, volver a la escuela y tener acceso a oportunidades económicas, así como para asumir su nuevo papel como madres y acceder a los servicios de justicia y apoyo cuando su embarazo sea consecuencia de la violencia sexual.

Los gobiernos nacionales son los principales responsables de defender los derechos de las niñas y adolescentes. Para satisfacer las necesidades de las niñas y adolescentes que son madres y de sus hijos e hijas, es necesario que las políticas de apoyo dirigidas a ellas formen parte de las estrategias nacionales existentes en materia de educación, MUIFE, embarazo en la adolescencia y salud de las adolescencias de manera más amplia.

Recomendaciones multisectoriales

Tanto Jamaica como Guyana cuentan con políticas multisectoriales detalladas para apoyar la reintegración de las niñas y adolescentes que son madres al sistema escolar,⁵⁰ lo que incluye la creación de mecanismos intersectoriales para identificar a las niñas y adolescentes que son madres y/o están embarazadas y remitirlas a otros servicios, como la orientación y los servicios de salud materna. Aunque ninguna de ellas ha sido evaluada en profundidad, estas políticas son ejemplos de prácticas prometedoras que pueden reproducirse en otros lugares. Hacemos un llamado para que se implementen las siguientes políticas y programas multisectoriales:

- **La creación de mecanismos de derivación y seguimiento** entre los sistemas de salud, educación y protección de la infancia para identificar los casos de niñas y adolescentes embarazadas en las escuelas y derivarlos a los servicios pertinentes de salud materna, apoyo y protección de la infancia.
- La creación de **políticas de salvaguarda en las escuelas** para remitir a las niñas y adolescentes de las escuelas a los servicios pertinentes de protección de la infancia y apoyo psicosocial cuando el embarazo sea resultado de una violación o el padre sea un adulto.
- **Hacer un seguimiento de las niñas y adolescentes que han abandonado la escuela a causa de un embarazo** y ponerse en contacto con ellas tras el parto para facilitar su reincorporación a la escuela.
- **La combinación del acceso a la educación, la salud y los servicios de protección de la infancia con programas comunitarios** para reducir el estigma asociado con el embarazo y la maternidad en la adolescencia y desarrollar la agencia de las niñas y adolescentes.

Estudio de caso: Programa Reencontrándome, México

Reencontrándome fue un programa mexicano cuyo objetivo era atender las múltiples necesidades de las niñas y adolescentes que son madres en situación de pobreza al ayudarles a desarrollar su agencia para planificar a futuro.⁵¹ El programa utilizó un enfoque múltiple:

- creó redes de apoyo para las niñas y adolescentes que son madres;
- organizó talleres para desarrollar sus habilidades y su agencia y con ello apoyar su regreso a la escuela y la obtención de un empleo y el aprendizaje sobre DSSR;
- capacitó al personal de salud sexual y reproductiva en DSSR y supervisó la disponibilidad de métodos anticonceptivos.
- identificó casos de violencia sexual y remitió a las niñas y adolescentes a servicios adecuados.

Al final del programa:

- La proporción de niñas y adolescentes que utilizaban métodos anticonceptivos se incrementó en más de 30%.
- La proporción de niñas y adolescentes que afirmaron comunicarse de forma asertiva con su pareja aumentó en un 33%.
- La proporción de niñas y adolescentes que asistían a la escuela o tenían un trabajo remunerado aumentó en un 40%.
- La proporción de niñas y adolescentes que afirmaron disponer de una red de apoyo confiable aumentó casi un 70%.

Recomendaciones para el sector educativo

Muchos países –incluidos Jamaica, Guyana y 26 países de África– han adoptado políticas de reingreso para garantizar la permanencia de las niñas y adolescentes embarazadas y/o que son madres en el sistema educativo.⁵² Aunque muy pocas de estas políticas han sido evaluadas, muchas responden a obstáculos conocidos a los que se enfrentan las niñas y adolescentes en esas situaciones y sería recomendable que algunos aspectos considerados en ellas se replicaran en otros lugares. Hacemos un llamado para que se implementen las siguientes políticas y programas:

- **Eliminar todas las políticas que de forma implícita o explícita prohíben a las niñas y adolescentes embarazadas o que son madres acudir a las aulas** y ofrecer a éstas la flexibilidad para retomar sus estudios en el punto que los dejaron.
- **Brindar apoyo a las niñas y adolescentes para que puedan compaginar sus responsabilidades de cuidado con la educación**, por ejemplo, al instalar guarderías cerca de las escuelas y ofrecer a las niñas y adolescentes que son madres un horario escolar flexible.
- **Proporcionar apoyo psicológico en las escuelas para las niñas y adolescentes** en forma de asesorías.

- **Proporcionar apoyo económico** a las niñas y adolescentes que son madres para que asistan a la escuela. Por ejemplo, México, República Dominicana y Costa Rica ofrecen becas para apoyar el regreso a clases de las niñas y adolescentes que son madres.⁵³
- **Llevar a cabo actividades de sensibilización y aclaración de valores** con el personal docente y administrativo de las escuelas sobre el derecho de las niñas y adolescentes a concluir su educación libres de estigmas.
- **Remitir a las niñas y adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva** que incluyan métodos anticonceptivos adaptados a las necesidades de las juventudes y servicios de aborto seguro.
- Proporcionar **educación integral en sexualidad** a todo el alumnado de la enseñanza media.
- **Garantizar el financiamiento, la implementación y la evaluación de las políticas de retorno a la escuela existentes** para reforzar la evidencia sobre lo que funciona mejor.

Recomendaciones para el sector de asistencia social y para el ámbito comunitario

Además del acceso a la educación y la atención sanitaria, las niñas y adolescentes embarazadas y/o que son madres necesitan apoyo para afrontar el desafío que representa ser madres por primera vez a través del desarrollo de su agencia y sus habilidades para la vida. Hacemos un llamado para que se implementen las siguientes políticas y programas:

- **Ofrecer programas comunitarios integrales** que refuercen la agencia de las niñas y adolescentes, sus habilidades para la vida y sus conocimientos sobre la salud materna y reproductiva.
- **Crear redes de apoyo y espacios seguros** para que las niñas y adolescentes embarazadas o que son madres puedan compartir sus experiencias y apoyarse entre sí para hacer frente al estigma y el aislamiento.
- **Involucrar a los maridos y a las parejas** en una programación paralela que promueva la comunicación en la pareja, el uso de anticonceptivos, la paternidad responsable y la reducción de la violencia doméstica.
- **Involucrar a la comunidad en general**, incluidas las familias de las niñas y adolescentes, las familias políticas, el personal docente y las personas líderes comunitarias y religiosas en relación con las necesidades de las niñas y adolescentes que son madres y la sexualidad y las opciones de las juventudes, con el fin de reducir el estigma y cambiar las normas sociales.
- **Orientar los programas a las niñas y adolescentes que son madres para apoyar su transición de la escuela al trabajo** y ofrecer protección social en forma de transferencias en efectivo para aquellas que buscan trabajo.

Recomendaciones para el sector sanitario

Los ministerios de salud deben priorizar la mejora de los resultados en materia de salud de las niñas y adolescentes embarazadas y/o que son madres a través del aumento de la asignación presupuestaria para la salud sexual y

Estudio de caso:

El proyecto Madres y Padres primerizos de USAID ofreció un paquete integral de intervenciones para madres y padres primerizos en Nigeria, Burkina Faso y Tanzania. Combinó el aprendizaje sobre la salud materno-infantil, la anticoncepción y las relaciones equitativas de género con la creación de redes de apoyo para las madres primerizas y la participación de la comunidad en general. Participaron tanto madres primerizas como padres menores de 25 años, y al final del proyecto se observaron mejoras en la comunicación de la pareja, el uso de métodos anticonceptivos, el espaciamiento de los nacimientos y el reparto de las tareas domésticas y de crianza.⁵⁴

reproductiva de las adolescencias –y para la salud de las adolescencias en general– en colaboración con los sectores educativo y social, a fin de implementar los siguientes cambios en las políticas y en la prestación de servicios de salud:

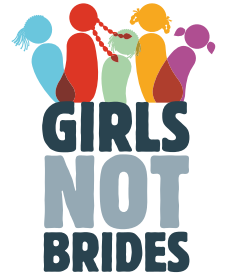
- **Eliminar cualquier obstáculo legal** que impida a las niñas y adolescentes embarazadas el acceso a servicios de salud materna, servicios de detección y atención de VIH, métodos anticonceptivos e interrupción del embarazo en condiciones seguras.
- **Proporcionar métodos anticonceptivos después del parto a las niñas y adolescentes –unidas o solteras–** para que puedan retrasar y espaciar futuros embarazos.
- **Llevar a cabo de forma urgente ejercicios de sensibilización y de aclaración de valores con el personal de salud sexual y reproductiva** para cambiar las actitudes hacia las niñas y adolescentes que son madres y proporcionarles capacitación sobre sus derechos sexuales y reproductivos.
- **Crear mecanismos de denuncia para los casos de embarazo derivados de una violación.** Ofrecer a las víctimas de una violación atención médica adecuada, incluida la píldora del día después y profilaxis pre exposición (PrEP), cuando proceda.
- **Considerar la posibilidad de crear centros especiales de salud materna para los embarazos de alto riesgo** en las zonas rurales, donde las tasas de embarazo adolescente y de violencia sexual son elevadas. En Nicaragua, las “casas maternas” proporcionan acceso a la salud materna y a espacios seguros para mujeres de todas las edades con embarazos de alto riesgo en zonas rurales donde el acceso a servicios de salud materna es complicado.⁵⁵
- **Poner en marcha servicios de extensión comunitaria para llegar a las niñas y adolescentes en situación de mayor marginación** mediante visitas a domicilio y consultas telefónicas. La telemedicina ha sido de especial importancia en el contexto de la pandemia de Covid-19, que ha creado obstáculos adicionales para el acceso a la atención sanitaria.
- **Vincular la prestación de servicios de salud con la participación comunitaria** en materia de educación integral en sexualidad y DSSR dirigida a las niñas y adolescentes que son madres, a sus familias y maridos/ parejas, así como a la comunidad en general.

- ¹UNFPA, 2015, [Girlhood not motherhood](#).
- ²UNICEF, 2021, [Child marriage global database](#).
- ³Malhotra, A., y Elnakib, S., 2021, [Evolution in the evidence base on child marriage 2000–2019](#), Programa Mundial para Acelerar la Acción para Poner Fin al Matrimonio Infantil de UNFPA-UNICEF.
- ⁴OMS, 2020, [Adolescent pregnancy fact sheet](#).
- ⁵Mathur S, Greene M. y Malhotra A., 2003, [Too young to wed: The lives, rights, and health of young married girls](#), Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer.
- ⁶Naciones Unidas, 2013, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, [Adolescent fertility since the International Conference on Population and Development \(ICPD\) in Cairo](#) (publicación de la ONU); Bransky, R., Enoch, J., Long, C. y Bennett-Clemmow, A., 2017, [Child Marriage in Sierra Leone, Guinea, Nicaragua and Indonesia: Cultural roots and girl centred solutions](#), Global summary, Purposeful Productions; y Fry, D., Hodzi, C. y T. Nhenga., 2016, [Addressing social norms that underpin violence against children in Zimbabwe: Findings and strategic planning document](#), Harare: Ministerio de Servicios Públicos, Trabajo y Bienestar Social.
- ⁷Bajracharya, A., Psaki, S. R. and Sadiq, M., 2019, [Child marriage, adolescent pregnancy and school dropout in South Asia](#), report by the Population Council for the United Nations Children's Fund Regional Office for South Asia, Kathmandu, Nepal.
- ⁸Yakubu, I., Salisu, W. J., 2018, "Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: A systematic review", *Reprod Health* 15, 15.
- ⁹Liang, M., et al., 2019, "The state of adolescent sexual and reproductive health", *Journal of Adolescent Health*, 65.
- ¹⁰UNFPA, 2021, [State of World Population 2021](#).
- ¹¹Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, 2020, [Fertility among very young adolescents aged 10-14 years](#) (ST/ESA/SER.A/448).
- ¹²IPPF, 2019, [Stolen lives: A multi-country study on the health effects of forced motherhood on girls 9-14 years old](#); and Gómez, P. I., Molina, R., y Zamberlin, N., 2011, [Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe](#).
- ¹³Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, 2020, *op. cit.*
- ¹⁴UNFPA, 2021, [Impact of COVID-19 on family planning: What we know one year into the pandemic](#).
- ¹⁵UNICEF, 2021, [COVID-19: A threat to progress against child marriage](#), UNICEF, Nueva York.
- ¹⁶OMS, 2016, [Global health estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015](#), Geneva; y Ganchimeg, T., et al., 2014, "Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study", *BJOG*, 121(Suppl. 1):40-44.
- ¹⁷UNFPA, 2015, *op. cit.*
- ¹⁸UNICEF, 2014, [Ending child marriage: Progress and prospects](#), Nueva York: UNICEF.
- ¹⁹Govender, D., Naidoo, S. y Taylor, M., 2020, [I have to provide for another life emotionally, physically and financially: Understanding pregnancy, motherhood and the future aspirations of adolescent mothers in KwaZulu-Natal South, Africa](#).
- ²⁰MSI Reproductive Choices, 2021, [Her body, her future: The role of reproductive choice in girls' access to education](#).
- ²¹Plan International, 2019, *op. cit.*; and Human Rights Watch, 2018, [Leave no girl behind In Africa, discrimination in education against pregnant girls and adolescent mothers](#)
- ²²Human Rights Watch, 2018, *op. cit.*
- ²³*Ibid*; y Kennedy, D., 2017, [Jamaica's policy for the school reintegration of school-age mothers: How are we doing and where do we need to go?](#) ECHIDNA Global Scholars Program.
- ²⁴Human Rights Watch, 2019, [Dominican Republic: Policies fuel teen pregnancy. Girls need comprehensive sexuality education, health services, safe abortion](#).
- ²⁵Bajracharya, A., Psaki, S. R. y Sadiq, M., 2019, *op. cit.*
- ²⁶Rose, P., 2021, [Exploring the school to work transition for adolescent girls: Summary](#), REAL Centre, Universidad de Cambridge.
- ²⁷Women Deliver y The Population Council, 2019, [Having a child before becoming an adult: Exploring the economic impact in a multi-country analysis](#)
- ²⁸Liu, N., et al., 2018, "Intergenerational teen pregnancy: a population-based cohort study", *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol 125:13.
- ²⁹Human Rights Watch, 2018, *op. cit.*; y Kennedy, D., 2017, *op. cit.*
- ³⁰Atuyambe, L., Mirembe, F., Johansson, A., et al., 2005, [Experiences of pregnant adolescents - voices from Wakiso district, Uganda](#), *African Health Sciences*, 5(4), 304-309; Govender, D., Naidoo, S. y Taylor, M., 2020, *op. cit.*; y Kumar, M., Huang, K. Y., Othieno, C. et al., 2017, "Adolescent Pregnancy and Challenges in Kenyan Context: Perspectives from Multiple Community Stakeholders", *Global Social Welfare* 5, 11–27 (2018).
- ³¹Plan International, 2019, *op. cit.*
- ³²*Ibid*; Govender, D., Naidoo, S. y Taylor, M., 2020, *op. cit.*
- ³³Bajracharya, A., Psaki, S. R. y Sadiq, S. R., 2019, *op. cit.*
- ³⁴Malhotra, A. y Elnakib, S., 2021, [Evolution in the evidence base on child marriage 2000-2019: Executive Summary](#), Programa Mundial para Acelerar la Acción para Poner Fin al Matrimonio Infantil de UNFPA-UNICEF.
- ³⁵Gunawardena, N., Fantaye, A. W., Yaya, S., "Predictors of pregnancy among young people in sub-Saharan Africa: A systematic review and narrative synthesis", *BMJ Global Health*, 4:e001499; Organización de los Estados Americanos (OEA), 2016, [Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará](#); y World Vision, 2019, [The violent truth about adolescent pregnancy](#).
- ³⁶IPPF, 2019, *op. cit.*; y Organización de los Estados Americanos (OEA), 2016, *op. cit.*
- ³⁷Raj, A. y Boehmer, U., 2013, "Girl child marriage and its association with national rates of HIV, maternal health, and infant mortality across 97 countries", *Violence Against Women*, 19(4).
- ³⁸Stoner, M. C. D., Rucinski, K. B., Edwards, J. K., et al., 2019, [The relationship between school dropout and pregnancy among young women in South Africa: a HPTN 068 analysis](#).
- ³⁹Govender, D., Naidoo, S. y Taylor, M., 2020, *op. cit.*; Ipas Centroamérica, 2013, [Atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual en Nicaragua](#); y Gunawardena, N., Fantaye, A. W. y Yaya, S., 2019, *op. cit.*
- ⁴⁰Rizzo, T., Puri, M. y Petroni, S., 2018, [Reproductive coercion in Nepal](#), Washington, DC: Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer.
- ⁴¹Chandra-Mouli, V., et al., 2014, "Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access", *Reproductive Health*, 11.
- ⁴²IPPF, 2019, *op. cit.*
- ⁴³Hodgkinson, S. C., Colantuoni, E., Roberts, D., Berg-Cross, L. y Belcher, H. M., 2010, "Depressive symptoms and birth outcomes among pregnant teenagers", *Journal of Paediatric and Adolescent Gynaecology*, 23(1), 16–22; Govender, D., Naidoo, S. y Taylor, M., 2020, *op. cit.*; e IPPF, 2019, *op. cit.*
- ⁴⁴Tull, K., 2020, [Consequences for adolescents when they become pregnant, and become mothers](#), K4D Helpdesk Report 882. Brighton, Reino Unido: Instituto de Estudios para el Desarrollo; e IPPF, 2019, *op. cit.*
- ⁴⁵FLACSO Guatemala, 2019, [Vidas silenciadas, una tragedia de la que nadie se habla](#); y UNFPA El Salvador, 2019, [¿Sin opciones? Muertes maternas por suicidio](#).
- ⁴⁶IPPF, 2019, *op. cit.*
- ⁴⁷Hodgkinson, S. C., Colantuoni, E., Roberts, D., Berg-Cross, L. y Belcher, H. M., 2010, *op. cit.*; y Govender, D., Naidoo, S. y Taylor, M., 2020, *op. cit.*
- ⁴⁸UNICEF, 2020, [Addressing the needs of adolescent and young mothers affected by HIV in Eastern and Southern Africa](#)
- ⁴⁹*Ibid*.
- ⁵⁰UNICEF, Ministerio de Educación de Guyana, 2018, [Reintegration of adolescent mothers into the formal school system](#); y Kennedy, D., 2017, *op. cit.*
- ⁵¹Ipas Centroamérica, 2013, *op. cit.*
- ⁵²Human Rights Watch, 2018, *op. cit.*
- ⁵³Kanesathasan, A., Mills, E. and Ramirez-Ferrero, E., 2020, [Key Insights for First-Time Parent Programs](#), Washington, DC: Evidence to Action (E2A) Project
- ⁵⁴Ipas Centroamérica, 2013, *op. cit.*

NOVENTA PORCIENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES OCURREN EN EL CONTEXTO DE UNA UNIÓN

APOYO PARA NIÑAS Y ADOLESCENTES UNIDAS, QUE SON MADRES Y/O ESTÁN EMBARAZADAS

Girls Not Brides es una alianza global constituida por más de 1.500 organizaciones de la sociedad civil de más de 100 países, comprometidas con poner fin al matrimonio infantil y posibilitar que las niñas puedan desarrollar su pleno potencial.



La Alianza Global para Terminar
con el Matrimonio Infantil

Publicado en febrero 2022
Girls Not Brides

Seventh Floor
65 Leadenhall Street
Londres
EC3A 2AD
Reino Unido

☎ 0203 725 5858

📞 0207 603 7811

🌐 www.girlsnotbrides.es

✉ info@GirlsNotBrides.org

📺 GirlsNotBrides

📘 www.facebook.com/GirlsNotBrides/

Girls Not Brides es una empresa limitada por garantía (Reg. N° 8570751) y una organización benéfica registrada en Inglaterra y Gales (Reg. N° 1154230).