



**INTERNATIONAL WOMEN'S
HEALTH COALITION**

**333 SEVENTH AVENUE
6TH FLOOR
NEW YORK, NY 10001**

WWW.IWHC.ORG

**T +1.212.979.8500
F +1.212.979.9009**

SIN ATENCIÓN NI INFORMACIÓN: LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE ADOLESCENTES JÓVENES

LAS REALIDADES:

- En varias naciones, una cuarta parte o más de niños y niñas inician su actividad sexual antes de los 15 años, a menudo involuntariamente.
- En numerosos países en desarrollo, la iniciación sexual temprana de las chicas ocurre dentro de matrimonios arreglados. Esto casi nunca ocurre con los varones.
- Estén casadas o no, las jóvenes sexualmente activas son particularmente vulnerables a infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y embarazo inseguro.
- Todas las personas jóvenes necesitan información y habilidades que les permitan protegerse contra los daños y tomar decisiones libres, informadas y responsables en lo concerniente a su vida sexual y reproductiva.
- En las escuelas es raro, pero esencial, el acceso temprano y universal a la educación exacta e integral sobre la sexualidad.
- Los servicios de salud raras veces reconocen o satisfacen las necesidades de las y los adolescentes jóvenes antes, o incluso después, de que inician su actividad sexual.

Adolescentes de 10 a 14 años de edad conforman el 9 por ciento de la población mundial y hasta el 15 por ciento en algunos países de ingresos bajos y medios.³ Reconocer las realidades de las vidas de las y los adolescentes jóvenes—y particularmente su necesidad de conocer sus cuerpos, así como sus derechos y responsabilidades sexuales—es crucial para sentar las bases de una transición segura desde la adolescencia hasta la vida adulta. Sin embargo, los comentarios sobre la salud y las conductas sexuales y reproductivas de adolescentes o personas adultas jóvenes a menudo se refieren a quienes se encuentran entre los 15 a 19 ó 15 a 24 años, y es para estos grupos de mayor edad que típicamente se diseñan programas y políticas. Este cuadernillo informativo, centrado en aquellos aspectos de las vidas sexuales y reproductivas de adolescentes jóvenes que no reciben atención ni información, procura iluminar el diseño de políticas y la programación para esta crucial nueva generación.

¿POR QUÉ CENTRAR LA ATENCIÓN EN ADOLESCENTES JÓVENES?

La adolescencia temprana marca el inicio de la pubertad, con todos los cambios fisiológicos y emocionales que este periodo entraña, como el rápido crecimiento físico, el surgimiento de excitación e intereses sexuales, además de la maduración del cuerpo sexual. Es un tiempo de intensa socialización de actitudes y conductas marcadas por el género. Niños y niñas de esta edad tienen una elevada capacidad para el entusiasmo, la energía y el idealismo; está aumentando su competencia social e intelectual. A la vez, se enfrentan a varios riesgos para su salud sexual y reproductiva cuya naturaleza, causas y consecuencias son profundamente determinadas por el género.

- En la mayoría de los países en desarrollo, las chicas están ahora madurando físicamente a edades más tempranas que antes, debido a mejoras en su nutrición y sus condiciones de vida. En lugares tan diversos como Brasil, Chile, República Dominicana, México, Venezuela, Egipto, Irán, India, Indonesia y Tailandia, niñas de estratos socioeconómicos más altos están empezando a menstruar a una edad promedio de 12.5 años o menor—la misma edad (o incluso más temprana) que de las jóvenes europeas y norteamericanas.⁴ Los primeros signos visibles de la maduración sexual, como el crecimiento de los senos, pueden aparecer ya a los nueve o diez años.⁵
- El inicio de la menstruación es un indicador muy deficiente de la preparación fisiológica o psicológica de una niña para el coito. Su crecimiento esquelético y muscular aún no está completo, y por lo general es *después* del inicio de la menstruación que suele ocurrir el aumento de peso y altura, el desarrollo pleno de la pelvis, los senos y el útero, así como la maduración y lubricación del cuello uterino y la vagina.
- El coito previo a la maduración plena de una niña puede ser muy doloroso—especialmente si es forzado—debido al diámetro más pequeño, la corta profundidad y falta de elasticidad y lubricación de la vagina, además del impacto emocional que puede ocasionar cuando se recurre a la violencia. Las abrasiones y rasgaduras incrementan el riesgo de que una niña contraiga ITS tales como sífilis, el virus del papiloma humano (VPH) y el VIH de un compañero sexual infectado.⁶
- El embarazo precoz, antes de que los huesos pélvicos y el canal de nacimiento se desarrollen plenamente, expone a las niñas a riesgos más elevados de tener un aborto espontáneo en los primeros meses de la gestación y a complicaciones obstétricas como hipertensión inducida por el embarazo, un trabajo de parto prolongado y obstruido, rasgaduras vaginales, fístula obstétrica, hemorragia posparto y muerte materna.⁷ También es causa de parto prematuro, bajo peso al momento del nacimiento, muerte fetal y muerte del recién nacido.
- En promedio, los varones inician la pubertad y entran a la fase de desarrollo de máximo crecimiento en altura y peso corporal, como también en capacidad cognitiva, alrededor de 1.5 años más tarde que las niñas.⁸ La primera eyaculación conciente de los niños, entre los 13 y 15 años de edad, por lo general se considera un indicador de la pubertad masculina, equivalente al inicio de la menstruación en las niñas. Los fuertes impactos hormonales de testosterona durante la pubertad afectan la conciencia y excitación sexuales de los varones y se asocian a nociones socialmente construidas acerca de la dominación y toma de riesgos masculinas en maneras complejas que se refuerzan unas a otras.⁹
- Adolescentes jóvenes de ambos sexos, pero especialmente las niñas, son vulnerables a violaciones de sus derechos sexuales por parte de sus pares y personas adultas, incluyendo miembros de sus propias familias. Al mismo tiempo, el deseo de que la sociedad les acepte, combinado con nociones de infalibilidad, conduce a algunos, sobre todo los varones, a involucrarse en conductas sexuales y otros comportamientos de riesgo con una impresionante desconsideración de las consecuencias para sí mismos/as y otras personas.

ADOLESCENTES JÓVENES – ¿QUIÉNES SON?

Definimos como *adolescentes jóvenes* a todas las niñas y los niños entre los 10 y 14 años de edad. Algunos informes se refieren a este grupo como *adolescentes muy jóvenes*, mientras que otros hacen diferentes distinciones.¹ En el caso de las niñas, la Organización Panamericana de la Salud califica como *preadolescencia* las edades de 9 a 12 años y *adolescencia temprana* las comprendidas entre 12 y 14 años, en comparación con los 10 – 13 y 13 – 15 años para los varones.² Sin embargo, los datos estadísticos casi nunca son presentados de esta manera. Por conveniencia, aquí utilizamos los 10 a 14 años para referirnos a la adolescencia temprana, entendiendo que la naturaleza, momento y ritmo del desarrollo sexual, emocional, cognitivo y corporal varían entre mujeres y hombres, en las poblaciones y los grupos sociales, como también de una persona a otra.

La suposición de que niños y niñas menores de 15 años son “demasiado jóvenes”, y por lo tanto no necesitan información ni servicios en materia de salud sexual y reproductiva, ignora estas realidades y les niega a los conocimientos y habilidades prácticas que necesitan para protegerse a sí mismos/as y proteger a sus parejas contra ITS/VIH, embarazos, aborto o parto inseguro, así como abuso sexual o violencia. Las y los adolescentes jóvenes tienen el derecho a recibir información, educación y servicios de salud integrales, además de otros apoyos sociales y legales, durante esta etapa altamente formativa de sus vidas.

INICIO TEMPRANO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

Son escasas las evidencias de lo que las y los adolescentes saben, sienten, creen y hacen (o de lo que se les hace) en lo concerniente a sus cuerpos e intereses sexuales emergentes. La investigación sobre actitudes y conductas sexuales es sumamente delicada e incluso tabú en algunos países, y con frecuencia madres y padres, docentes, formuladores de políticas, proveedores de cuidados de salud y otros guardianes de la sociedad se oponen a esas indagaciones. Aun así, han surgido algunos hallazgos interesantes.

- Estudios cualitativos realizados en diversos lugares han revelado que los varones adolescentes, y a veces las chicas, consideran las actividades sexuales participativas que incluyen sexo oral o anal como “juego”, “diversión” o “nada especial”.¹⁰ Más aun, las niñas y algunos niños son especialmente vulnerables a la coerción sexual durante la adolescencia.¹¹ Las normas de género referidas a la conducta masculina también pueden alentar a los varones a ser perpetradores a esta edad. La exposición a coerción y violencia sexuales, que se asocia a tensiones y privaciones sociales, económicas y personales en la familia y la comunidad, puede contribuir a episodios subsiguientes de relaciones sexuales no consensuadas y desprotegidas, múltiples parejas sin protección, ITS/VIH, embarazo no deseado, una autoestima dañada y otras consecuencias físicas, sociales y emocionales negativas.¹²
- Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) llevadas a cabo en unos 60 países en desarrollo muestran que *el 25 por ciento o más de las jóvenes entre 15 y 19 años iniciaron el coito vaginal heterosexual antes de los 15 años* (casi todas ellas dentro del matrimonio) en Níger, Guinea, la República Centroafricana, Mozambique y Bangladés, así como el 10 por ciento o más (dentro o fuera del matrimonio) en numerosos países del África subsahariana, India, una gran parte de América Latina y el Caribe, además de Suecia y los Estados Unidos.¹³
- Entre varones de 15 a 19 años, *el 25 por ciento o más tuvo coito antes de los 15 años* en Gabón (48 por ciento), Mali, Zambia, Malawi, Kenia y Namibia, como también en Haití, Nicaragua, Jamaica, Brasil y los Estados Unidos; el 10 por ciento o más lo tuvo en muchos otros países. Estudios realizados en Jamaica, Brasil y los Estados Unidos revelan cifras sustanciales de varones pertenecientes a hogares de bajos ingresos que tuvieron relaciones sexuales (o afirmaron haberlas tenido) a los 12 años o antes.¹⁴
- Adicionalmente, por lo menos una de cada diez chicas entre 15 y 19 años ya estaba casada o viviendo en unión informal a la edad de 14 años o menos en Níger, Bangladés, India, Nepal, la República Dominicana y Nicaragua, lo cual las exponía a un riesgo particularmente alto de embarazos precoces que representaban una amenaza para su vida.

Elevadas proporciones de adolescentes de ambos sexos entre 15 y 19 años de edad tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años en algunas regiones y naciones del mundo
(promedios y rango en los países dentro de la región)

	Coito H		Coito M		Matrimonio M		Parto		H/M #países
África Occidental y Central	11%	4-48%	20%	3-30%	8%	0-27%	3%	0-7%	12/15
Este y Sur de África	14	0-39	14	3-28	5	0-14	2	0-5	12/15
Norte de África y Medio Oriente	1	0-1	1	1-2	1	1-2	0	0-0	2/5
Repúblicas de Asia Central	6		0	0-1	0	0-0	0	0-0	1/4
Sur y Sureste de Asia	3	0-20	5	0-26	5	0-26	1	0-6	3/8
América Latina y el Caribe	16	15-34	10	5-14	4	2-10	1	1-3	5/8

H = Hombres
M = Mujeres

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud (DHS)

¿QUÉ SABEN LAS Y LOS ADOLESCENTES JÓVENES?

La mayoría de investigaciones que indagan acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de adolescentes jóvenes (usualmente entre los 12 y 14 años) en materia de sexualidad y reproducción revela una generalizada falta de información, habilidades y preparación cognitiva para las relaciones sexuales entre los grupos más jóvenes.¹⁵ Aunque adolescentes de mayor edad también necesitan más información sobre su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, las y los menores presentan mayores probabilidades de tener:

- una comprensión limitada de los significados de algunas preguntas que les fueron formuladas, así como una considerable desinformación acerca de varias prácticas sexuales y los riesgos que éstas conllevan;
- niveles más bajos de información y numerosas nociones erróneas sobre las formas de prevenir el embarazo y los métodos anticonceptivos;
- información proveniente de adolescentes igualmente desinformados/as o de hermanos/as o primos/as un tanto mejor informados/as, y no de fuentes mediáticas o personas adultas de confianza;
- muchos conocimientos sobre el VIH/SIDA pero muy pocos acerca de los síntomas, vías de transmisión y prevención del VIH y otras ITS;
- una limitada comprensión del concepto de salud reproductiva y bajos niveles de información sobre anatomía y fisiología reproductiva;
- un uso muy infrecuente del condón y escaso conocimiento de dónde obtenerlo o cómo utilizarlo correctamente entre adolescentes que son sexualmente activos/as;

- una mayor tendencia, en varones jóvenes, a mencionar las presiones de sus amigos, la gratificación personal o la curiosidad, en vez de los vínculos con sus novias, como la razón para tener relaciones sexuales;
- una mayor probabilidad, entre niñas y niños más jóvenes, de que su actividad sexual hubiera sido iniciada contra su voluntad o por coerción de una persona mayor;
- un mayor apego a los roles y normas de género tradicionales en torno a la conducta sexual; y
- una menor sensación de auto-eficacia en lo concerniente al derecho a decidir sobre sus propios cuerpos.

Adolescentes jóvenes de ambos sexos en prácticamente todos los países y grupos sociales desean aprender acerca de los cambios que sus cuerpos están experimentando, sus capacidades sexuales y reproductivas, como también del amor y las relaciones románticas. Por ejemplo, un programa de Educación en Salud Reproductiva para adolescentes de 12 años y mayores en Bangladés reveló que tanto los varones como las chicas querían saber sobre la menstruación, el embarazo, las ITS y el VIH, la planificación familiar, el deseo sexual masculino y femenino, el amor romántico y la elección de pareja, aun cuando a muchas personas jóvenes se les escogerá una pareja.¹⁶

RESPUESTAS POLÍTICAS Y PROGRAMÁTICAS

Los acuerdos internacionales afirman que *todas* las personas adolescentes—incluyendo las más jóvenes—tienen el derecho a recibir servicios, orientación y asesoramiento claramente apropiados para ese grupo de edad sobre la salud sexual y reproductiva que les permitan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable.¹⁷ La educación formal e informal debería promover relaciones basadas en la igualdad de género y el respeto mutuo, además de posibilitar que las y los adolescentes se protejan contra embarazos tempranos y no deseados, ITS/VIH, así como el abuso sexual y la violencia.

De conformidad con tales acuerdos, el acceso de las y los adolescentes a información y servicios *no deberá ser restringido* por barreras legales, regulatorias o sociales discriminatorias basadas en la edad o el estado civil, ni por las actitudes negativas de los proveedores de cuidados de salud. Todos los programas deben resguardar el derecho de las y los adolescentes a la privacidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento informado.

Educación sobre la sexualidad: En las escuelas y otros ámbitos, incluidos los programas extraescolares, se necesita urgentemente una educación efectiva, integral y continua sobre la sexualidad que se base en los principios de los derechos humanos y la igualdad de género y que responda a las preguntas de las y los adolescentes jóvenes. Entre los métodos adicionales de comunicación y aprendizaje se encuentran los medios impresos (especialmente las revistas populares para jóvenes); programas de radio y televisión dirigidos a adolescentes; líneas telefónicas para preguntas y respuestas, así como la Internet.

- La educación sobre la sexualidad y las relaciones basada en un currículo debería iniciar temprano en la escuela primaria e intensificarse en los niveles más altos de ésta y de la educación media.¹⁸ A los 12 años, más del 85 por ciento de la totalidad de niñas y niños en los países en desarrollo ya están en la escuela.¹⁹ Sin embargo, la asistencia puede disminuir rápidamente después de esa edad, lo cual profundiza las desigualdades basadas en el género, los medios económicos del hogar y la residencia rural-urbana.²⁰
- Los programas que hacen énfasis en la abstinencia sexual como una opción positiva para niñas y niños menores de 15 años (asumiendo que tal opción sea posible) también deberían brindar información precisa y no prejuiciosa sobre la prevención de ITS/VIH y del embarazo.

- Los currículos apropiados a la edad que van dirigidos a niños y niñas *antes* de que inicien su actividad sexual deben abordar no sólo los aspectos fisiológicos de la sexualidad y la reproducción, sino también los emocionales de las relaciones íntimas, las diversas expresiones sexuales y la autoestima, además de enseñar habilidades para la negociación y la toma de decisiones.²¹
- Las y los adolescentes menores de 15 años necesitan información, habilidades prácticas y apoyos familiares, sociales y legales que les hagan posible tomar decisiones informadas—inclusive rechazar el matrimonio forzado—y protegerse contra todas las formas de acoso, coerción y violencia sexuales en sus familias, escuelas y comunidades. Tanto los varones como las niñas requieren de espacios seguros donde puedan hacer preguntas, hablar entre sí y con personas adultas de confianza y obtener la información y el apoyo necesarios para reforzar los cambios positivos en sus actitudes y conductas.

Servicios de salud sexual y reproductiva: Los proveedores de cuidados de salud sexual y reproductiva—como anticoncepción, pruebas y consejería para ITS y VIH, condones y atención del aborto—con frecuencia se rehúsan a servir a adolescentes jóvenes (o cualquier persona soltera) y pueden negarles estos servicios por completo.²² En algunos casos, esta discriminación se basa en políticas que restringen el acceso de menores de edad, sin consentimiento parental, a los servicios de salud; en otros, tiene sus raíces en los valores culturales, la falta de conciencia respecto a las necesidades y negación de éstas, o los temores de los propios proveedores.

- Los límites entre el derecho de las y los adolescentes a tomar sus propias decisiones y el derecho de madres y padres a tomarlas por sus hijas e hijos son disputados casi en todas partes. Aun así, las evidencias sugieren que negar información y servicios cruciales a las personas jóvenes no les protege contra los daños. Por el contrario, incrementa la probabilidad de que su iniciación sexual, si llegara a ocurrir o cuando sucede, sea desprotegida.²³
- Las solicitudes de información, servicios o productos—incluyendo los condones y otros métodos de anticoncepción—que las y los adolescentes jóvenes hacen a los proveedores de cuidados de salud, o a abastecedores tales como boticarios, indican que tienen la capacidad para tomar decisiones responsables y se les debería respetar sin discriminación por motivos de edad, género o estado civil.²⁴

Otras respuestas políticas y programáticas: Las intervenciones encaminadas a promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes jóvenes son necesarias en diversos lugares—no sólo en las escuelas y los servicios de salud sino además en los niveles nacional y estatal del gobierno, en las comunidades, barrios y familias. Es una prioridad urgente la eliminación de todas las formas de abuso sexual y tráfico de niñas y niños, dondequiera que ocurran, y del matrimonio forzado e infantil. Casi en todas partes se necesita prestar una mayor atención a especificar las necesidades de diversos grupos de jóvenes con el fin de diseñar e implementar programas integrales que desarrollen sus habilidades e incrementen su seguridad en sí mismas/os, su base de conocimientos y capacidad personal; es también necesaria la capacitación de docentes, trabajadores sociales, proveedores de cuidados de salud, personal encargado de velar por el cumplimiento de la ley y otros en la comunidad para que respondan eficazmente a las necesidades y preocupaciones de adolescentes jóvenes.²⁵ La documentación meticulosa de esos esfuerzos—incluyendo investigaciones de línea de base y evaluaciones sistemáticas de sustancia, procesos y resultados—puede ayudar a construir la base de evidencias para la siguiente generación de políticas y programas de salud sexual y reproductiva, de la cual dependerá el futuro de tantas personas adolescentes jóvenes.

RECONOCIMIENTOS

La información aquí presentada fue compilada y analizada por Ruth Dixon-Mueller, quien también es autora de este informe. Adrienne Germain, Beth Fredrick, Kate Bourne, Jennifer Kidwell y Cami Hilsendager colaboraron en la preparación del cuadernillo. Agradecemos a las revisoras Ann E. Biddlecom, Instituto Guttmacher, Estados Unidos; Shehu Idris, Centro Internacional para Salud Reproductiva y Derechos Sexuales (INCRESE), Nigeria; Yara Jarallah, integrante de la Coalición de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, Palestina; Shireen Jejeebhoy, Consejo de Población, Nueva Delhi; Laura Villa Torres, Coalición de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, México.

REFERENCIAS

- ¹ Erica Chong, Kelly Hallman, and Martha Brady, *Investing When It Counts: Generating the Evidence Base for Policies and Programmes for Very Young Adolescents, Guide and Tool Kit* (New York: Population Council, 2006), <http://www.popcouncil.org/pdfs/InvestingWhenItCounts.pdf>.
- ² Pan American Health Organization (PAHO), *Youth: Choices and Change* (Washington, DC: PAHO, 2005). <http://publications.paho.org/product.php?productid=786>.
- ³ Population Council, "A summary of selected DHS data on very young adolescents," <http://www.popcouncil.org/gfd/gfdcountries.html> (incluye cuadros individuales por país).
- ⁴ Anne-Simone Parent *et al.*, "The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity," *Endocrine Review* 24, no. 5 (2003): 668-693, <http://edrv.endojournals.org/cgi/content/full/24/5/668>; Cynthia B. Lloyd, ed., *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries* (Washington DC: National Academies Press, 2005), <http://www.advocatesforyouth.org/PUBLICATIONS/growingupglobal/index.htm>.
- ⁵ J. M. Tanner. *Growth at Adolescent*, 2nd ed. (Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1962).
- ⁶ M. Elizabeth Duncan *et al.*, "First coitus before menarche and risk of sexually transmitted disease," *The Lancet* 335 (Feb. 10, 1990): 338-340.
- ⁷ Cynthia B. Lloyd, ed, *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries* (Washington DC: National Academies Press, 2005), <http://www.advocatesforyouth.org/PUBLICATIONS/growingupglobal/index.htm>.
- ⁸ Ver notas 2 y 5 *supra*.
- ⁹ J. Richard Udry, "Biological limits of gender construction," *American Sociological Review* 65, no. 3 (2000): 443-457, http://www.nocensorship.us/gender_construction.html.
- ¹⁰ Elizabeth Eggleston, Jean Jackson, and Karen Hardee, "Sexual attitudes and behavior among young adolescents in Jamaica," *International Family Planning Perspectives* 25, no. 2 (1999): 78-84, <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2507899.html>; Rajani and Mustafa Kudrati, "The varieties of sexual experience of the street children of Mwanza, Tanzania," in *Learning About Sexuality: A Practical Beginning*, ed. Sondra Zeidenstein and Kirsten Moore (New York: The Population Council, 1996); Yvonne Szasz, "Masculine identity and the meanings of sexuality: A review of research in Mexico," *Reproductive Health Matters* 6, no. 12 (1998): 97-104, http://www.rhmjournal.org.uk/PDFs/12_szasz.pdf; Lisa Remez, "Oral sex among adolescents: Is it sex or is it abstinence?" *Family Planning Perspectives* 32, no. 6 (2000): Special Report, <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3229800.html>.
- ¹¹ Shireen J. Jejeebhoy, Iqbal Shah, and Shayan Thapa, *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries* (London: Zed Books, 2005), <http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexwithoutconsent/index.html>.
- ¹² *Ibidem*.

-
- ¹³ Macro International. Demographic Health Surveys, “Statcompiler,” <http://www.measuredhs.com>; Shusheela Singh, Deirdre Wulf, Renee Samara e Yvette P. Cuca, “Diferencias según sexo en el momento de la primera relación sexual: Datos de 14 países”, *International Family Planning Perspectives* 26, no. 1 (2000): 21-28 & 43, <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2602100.html>.
- ¹⁴ Eggleston, Jackson, and Hardee, “Sexual attitudes and behavior,” 78-84; Fatima Juárez and Teresa Castro Martin, “Partnership Dynamics and Sexual Health Risks among Male Adolescents in the Favelas of Recife, Brazil,” *International Family Planning Perspectives* 32, no. 2 (2006): 62-70, <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3206206.html>; Deborah A. Cohen *et al*, “Where and when do youths have sex? The Potential Role of Adult Supervision” [Southern United States] *Pediatrics* 110, no. 6 (2002), <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/110/6/e66>.
- ¹⁵ Ver nota 13 *supra*. Eggleston, Jackson, and Hardee, “Sexual attitudes and behavior,” 78-84; Juárez and Castro Martin, “Partnership Dynamics and Sexual Health Risks among Male Adolescents in the Favelas of Recife, Brazil,” 62-70, <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3206206.html>; Ann K. Blanc and Ann A. Way, “Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries,” *Studies in Family Planning* 29, no. 2 (1998): 106-116; Alan Guttmacher Institute (AGI), *Adolescent Sexual and Reproductive Health in Burkina Faso: Results from the 2004 National Survey of Adolescents*, Occasional Report no. 21 (New York: AGI, 2006); *Ghana* (no. 22), <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/06/08/or22.pdf>, *Malawi* (no. 24), <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/07/25/or24.pdf>; and *Uganda* (no. 25), <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/08/14/or25.pdf>.
- ¹⁶ Sabina Faiz Rashid, “Communicating with rural adolescents about sex education: experiences from BRAC, Bangladesh,” in *Towards Adulthood: Exploring the Sexual and Reproductive Health of Adolescents in South Asia*, ed. Sarah Bott, Shireen J. Jejeebhoy, Iqbal Shah and Chander Puri (Geneva: World Health Organization, 2003), http://www.who.int/reproductive-health/publications/towards_adulthood/30.pdf.
- ¹⁷ Párrafos acerca de la adolescencia en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994, y la revisión de cinco años por la Asamblea General de las Naciones Unidas; así como de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995, y la revisión de cinco años por la Asamblea General de las Naciones Unidas.
- ¹⁸ Deborah Rogow and Nicole Haberland, “Sexuality and relationships education: Toward a social studies approach,” *Sex Education* 5, no. 4 (2005): 333-344, https://www.popcouncil.org/pdfs/SE_5_4.pdf; Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS), *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education, Kindergarten through 12th Grade*, 3rd ed. (New York: SIECUS, 2004), <http://www.siecus.org/pubs/guidelines/guidelines.pdf>.
- ¹⁹ Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2007: El desarrollo y la próxima generación* (Washington, DC: Banco Mundial, 2007), <http://go.worldbank.org/AR3D4L0E40>.
- ²⁰ Ver nota 6 *supra*.
- ²¹ Andrea Irvin, *Positively Informed: Lesson Plans and Guidance for Sexuality Educators and Advocates* (New York: International Women’s Health Coalition, 2004), <http://www.iwhc.org/resources/positivelyinformed>; UNAIDS Inter-Agency Task Team on Young People; David A. Ross, Bruce Dick, and Jane Ferguson, eds., *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries* (Geneva: World Health Organization, 2006), http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_938_eng.pdf; Douglas Kirby, B. A. Laris, and Lori Roller, *Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics* (Washington, DC: Family Health International and YouthNet, 2006), <http://www.etr.org/recapp/programs/SexHIVedProgs.pdf>.
- ²² Karl L. Dehne and Gabriele Riedner, *Sexually Transmitted Infections among Adolescents: The Need for Adequate Health Services* (Geneva: World Health Organization, 2005). http://www.who.int/reproductive-health/publications/stis_among_adolescents/index.html.

-
- ²³ Douglas Kirby, National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*, 2001, http://www.teenpregnancy.org/resources/data/report_summaries/emerging_answers/default.asp.
- ²⁴ Rebecca Cook y Bernard M. Dickens, “El reconocimiento de ‘la evolución de las facultades’ de los adolescentes para tomar decisiones en cuanto a su salud reproductiva”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 70, no. 1 (2000): 13-21, http://www.law.utoronto.ca/documents/reprohealth/SP05_adolescentess.doc.
- ²⁵ UNAIDS Inter-Agency Task Team on Young People; David A. Ross, Bruce Dick, and Jane Ferguson, eds., *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries*. (Geneva: World Health Organization, 2006), http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_938_eng.pdf; Sue Alford, Nicole Cheetham, and Debra Hauser, *Science and Success in Developing Countries: Holistic Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV & Sexually Transmitted Infections* (Washington, DC: Advocates for Youth, 2005), <http://www.advocatesforyouth.org/programsthatwork/developing/index.htm>; Judith Bruce and Amy Joyce, eds., *The Girls Left Behind: The Failed Reach of Current Schooling, Child Health, Youth-Serving and Livelihoods Programs for Girls Living in the Path of HIV* (New York: The Population Council, 2006).

PARA MÁS INFORMACIÓN:

Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres
333 Seventh Avenue
Nueva York, NY 10001
Estados Unidos
212.979.8500
communications@iwhc.org
www.iwhc.org