

SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (SDSR) EN LA ADOLESCENCIA:

PERSPECTIVAS DEL ESTUDIO
DE COHORTE OPCIONES
REALES, VIDAS REALES





Una adolescente de camino a la escuela en Vietnam.

© Plan International

CONTENIDO

01 INTRODUCCIÓN	3	4.2 La mitigación del riesgo es priorizada sobre el bienestar sexual	37
1.1 Alcance y objetivo de la investigación	8	4.2.1 <i>El diálogo sobre SDSR como estrategia de mitigación de riesgos</i>	37
1.2 Preguntas de la Investigación	8	4.2.2 <i>El riesgo es individualizado</i>	39
1.3 Trabajo de Plan Internacional sobre SDSR	8	4.3 Normas sociales y de género	42
02 METODOLOGÍA	9	4.3.1 <i>Las normas y roles que influyen en el diálogo entre cuidador(a)-adolescente sobre SDSR</i>	42
2.1 Recopilación de Datos	10	4.3.2 <i>Normas sobre el embarazo</i>	42
2.2 Marco conceptual	11	4.3.3 <i>Normas en torno a GBV</i>	45
2.3 Método de Análisis	13	4.3.4 <i>Heteronormatividad y homofobia</i>	47
2.3.1 <i>Revisión de la Literatura</i>	13	4.4 Lo(a)s cuidadore(a)s se sienten desequipado(a)s	48
2.3.2 <i>Análisis de Datos Primarios</i>	15	4.5 Dinámica intergeneracional de la SDSR	50
2.4 Limitaciones en la metodología	15	4.5.1 <i>Impacto de las experiencias personales de lo(a)s cuidadore(a)s en el diálogo sobre SDSR</i>	50
2.5 Ética y salvaguarda	16	4.5.2 <i>Rompiendo el círculo</i>	52
03 ANÁLISIS DE LA LITERATURA	17	4.6 Cambios generacionales	53
3.1 Generalidades de la literatura sobre las normas sociales y de género	18	4.6.1 <i>Cambios percibidos en el comportamiento de las niñas</i>	53
3.1.1 <i>Normas de Género</i>	19	4.6.2 <i>Cambios en sus comunidades</i>	54
3.1.2 <i>Redes sociales, e influencia social</i>	19	4.6.3 <i>Los matrimonios aún persisten</i>	55
3.2 La importancia de las normas sociales y de género para la SDSR de las niñas	20	4.7 Recomendaciones hechas por cuidadore(a)s y niñas	57
3.2.1 <i>Definiendo la SDSR</i>	20	4.7.1 <i>Lo que dicen lo(a)s cuidadore(a)s</i>	57
3.2.2 <i>Las normas de la SDSR</i>	20	4.7.2 <i>Qué dicen las niñas</i>	58
3.3 Análisis de las políticas de SDSR para las niñas adolescentes en cada país de la cohorte	21	05 CONCLUSIÓN	59
3.3.1 <i>Latinoamérica y el Caribe</i>	22	06 RECOMENDACIONES	61
3.3.2 <i>África Occidental y Oriental</i>	25	07 ANEXOS	64
3.3.3 <i>Sudeste de Asia</i>	28	Anexo 1	65
04 HALLAZGOS	31	Anexo 2	68
4.1 Edad y menarquia: puntos de partida para el diálogo sobre SDSR	32	Anexo 3	69
4.1.1 <i>“Aún no”</i>	32		
4.1.2 <i>“Ahora es una mujer”</i>	33		
4.1.3 <i>Orientación sexual de las niñas</i>	36		

RECONOCIMIENTOS

Nuestro sincero agradecimiento a las niñas y sus familias en Benín, Brasil, Camboya, República Dominicana, El Salvador, Filipinas, Togo, Uganda, y Vietnam por compartir sus opiniones y tiempo a lo largo de estos años, sin los cuales esta investigación no hubiera sido posible.

Las Oficinas de País de Plan Internacional en Benín, Brasil, Camboya, República Dominicana, El Salvador, Filipinas, Togo, Uganda, y Vietnam han supervisado toda la recopilación de datos. A lo largo de los años, muchas personas han estado involucradas en esta recopilación de datos, pero especialmente queremos agradecer a nuestro más reciente grupo de puntos focales para este estudio: Roland Djagaly en Benín; Fabiane Sereno, y Raila Alves en Brasil; Chankrisna Sawada en Camboya; Olga Figueroa en República Dominicana; Yesenia Segovia en El Salvador; Manny Madamba en Filipinas; Abdoul Baki Labodja en Togo; Christopher Kugonza, y David Aziku en Uganda; y Trung Truong Vu en Vietnam. Un agradecimiento adicional a Abibou Mamadou en Benín, Celina Rosales, y Anabel Berenice Amaya en El Salvador, Joseph Badabadi en Togo; y Dai Luu Quang en Vietnam.

Este informe ha sido escrito por Jenny Rivett, e Isobel Fergus.

Un enorme agradecimiento a las siguientes personas por su retroalimentación y recomendaciones sobre el reporte: Terry Roopnaraine, Bekky Ashmore, Lilli Loveday, Jacqueline Gallinetti, Joanna Shepherd, Jessie Freeman, Anjelia San Buenaventura, Raila Alves, Manny Madamba, Yesenia Segovia, Roland Djagaly, David Aziku, Chankrisna Sawada, Mono Mariano, Christopher Kugonza, y Claudia Ulferts.

A partir del 2021, el estudio está siendo financiado generosamente por las Oficinas Nacionales de Plan Internacional en Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Irlanda, Suiza, Suecia, y el Reino Unido, y es gestionado por Plan Internacional Global Hub. Previo al 2021, el estudio fue gestionado y manejado por Plan Internacional Reino Unido.

Todos los nombres utilizados en este informe son pseudónimos y las fotos utilizadas no son de las niñas participantes en el estudio.

Editora: Anna Brown

Diseño: Out of the Blue

Ilustraciones: © Hazel Mead 2020 – All rights reserved

Una adolescente de Uganda cosechando sus alubias para dejarlas listas para la venta.

© Plan International

01

INTRODUCCIÓN



Una adolescente de 15 años y su hermano en Camboya buscan fruta en el bosque.

© Plan International

Desde el 2007, el estudio longitudinal y cualitativo, *Real Choices, Real Lives (RCRL [por sus siglas en inglés para Opciones Reales, Vidas Reales])* ha estado monitoreando la vida de las niñas¹ y sus familias en 9 comunidades alrededor del mundo (vea a la Figura 1). En el 2021, 118 niñas y sus familias participaron en este estudio que las ha estado monitoreando desde que nacieron en el 2006, y continuará recopilando datos hasta diciembre del 2024, para entonces, las niñas tendrán 18 años.

El estudio busca documentar, desde la perspectiva de las niñas y sus familias, los factores sociales, económicos, culturales, e institucionales que influyen en la vida de las niñas y en sus oportunidades a lo largo de ella. Este estudio tiene el claro compromiso de descubrir las causas fundamentales de la desigualdad de género, haciendo preguntas sobre las creencias, valores, y expectativas que buscan descifrar cómo se crean, mantienen, o cambian en el tiempo las normas y comportamientos sociales sobre género.

El estudio ya ha recopilado datos de 14 años, brindando una visión única dentro del ciclo de vida de las niñas y las opciones, decisiones, y realidades que definen su vida. Las niñas en el estudio están entrando ahora a la adolescencia tardía, una etapa particularmente vulnerable en que las expectativas con respecto al género son más pronunciadas. Al igual que con muchas otras niñas, lo(a)s cuidadore(a)s de las niñas en la cohorte del estudio esperaban que ellas cambiaran su comportamiento al experimentar la menarquia. Esta expectativa sugiere que lo(a)s cuidadore(a)s no están reconociendo los años de adolescencia como un período único y vulnerable en relación a la salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR).

01 DEFINICIÓN DE SDSR

La Comisión Guttmacher-Lancet sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos define la SDSR como “un estado de bienestar físico, emocional, mental, y social en relación a todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción, no simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción, o dolencias. Todas las personas tienen derecho a tomar decisiones que rijan sus cuerpos y a tener acceso a los servicios que respalden ese derecho. Lograr la salud sexual y reproductiva depende de la realización de los derechos sexuales y reproductivos, los cuales se basan en los derechos humanos de todas las personas para:

- que se respete su integridad corporal, privacidad y autonomía personal;
- definir libremente su propia sexualidad, incluyendo la orientación sexual y la identidad y expresión de género;
- decidir si ser sexualmente activo(a) y cuándo serlo;
- elegir a sus parejas sexuales;
- tener experiencias sexuales seguras y placenteras;
- decidir si casarse, cuándo hacerlo, y con quién;
- decidir si, cuándo y de qué manera tener uno o más hijos y cuántos hijos tener
- tener, a lo largo de su vida, acceso a la información, recursos, servicios, y apoyo necesarios para lograr todo lo anterior, libres de discriminación, coerción, explotación y violencia”.



1. Reconocemos que “género” es un concepto multidimensional que influye de muchas formas en las identidades y expresiones de las personas, y que la identidad de género va más allá del campo binario de “hombre” y “mujer” (aunque para efectos de ese estudio “niñas” se usa como un término sombrilla). En este sentido, la mayoría de participantes en este estudio fueron asignadas como mujeres al nacer de acuerdo con las características físicas de su sexo.

Un análisis sobre la SDRS (definida en la casilla 1)² en adolescentes subrayaba que muchos países de bajo y mediano ingreso aún no han logrado progresos significativos en reducir las brechas en salud y género que puedan reducir los riesgos de resultados adversos en la SDRS de las niñas.³ El progreso hacia resultados positivos en la SDRS de las adolescentes demanda que se preste más atención a cómo cuidadores, cuidadoras, y familias impactan en la salud de sus hijos e hijas durante el curso de la vida, reconociendo la adolescencia como un período crucial de oportunidad. Se ha demostrado que cuidadores y cuidadoras tienen un rol central en la definición de las actitudes y perspectivas de las y los adolescentes y juegan un papel clave en la forma en que las normas de género se aprenden durante la infancia y adolescencia; por lo tanto, pueden ser un medio poderoso ya sea para desafiar, o bien, afianzar las normas sociales y de género.⁴

Entre los países de la cohorte, existen dinámicas de desigualdad de género tanto en el hogar como en las comunidades. Nuestro análisis muestra que las normas son perpetuadas a través de las expectativas sociales comunes sobre cómo las

niñas debieran comportarse en relación a su SDRS. Muestra además, que dichas normas son reforzadas mediante el monitoreo de los comportamientos esperados de las niñas y la aplicación de sanciones sociales de vergüenza y tabú cuando las niñas transgreden estas expectativas.

Las propias experiencias de vida de las cuidadoras, particularmente con respecto al matrimonio y el embarazo tempranos, usualmente influyen en las actitudes que asumen con respecto a la SDRS. Sin embargo, en lugar de que estas se traduzcan en un diálogo abierto entorno a sexo y relaciones, pueden resultar en un enfoque de protección que pone sobre las niñas la carga de protegerse ellas mismas del embarazo y de la violencia de género (GBV [por sus siglas en inglés]), perpetuando aún más las normas dañinas que existen dentro de las comunidades. La ausencia de conversaciones significativas y detalladas sobre SDRS deja a las niñas sin información y escasamente preparadas para lidiar con su propia salud sexual y reproductiva (SSR [por sus siglas en inglés]), lo que a menudo solo las vuelve más vulnerables a embarazos no intencionales o no deseados, matrimonios y uniones tempranas, y GBV.

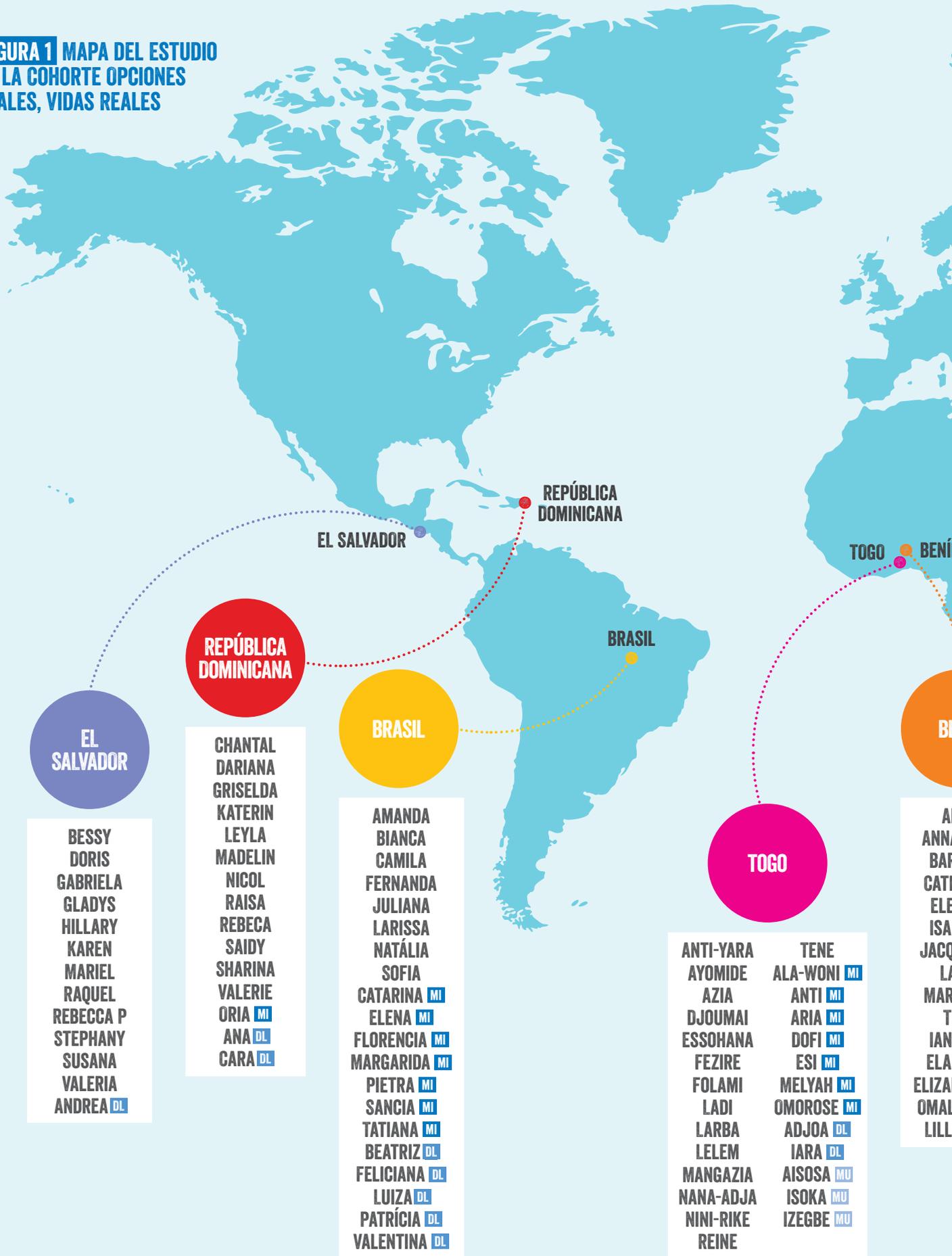


Una niña de camino a la escuela en São Luís, en el noreste de Brasil.

© Plan International

2. Starrs, A.M., Ezech, A.C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J.T., Blum, R., Coll-Seck, A.M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z.A., Say, L., Serour, G.I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., Ashford, L.S. (2018) 'Accelerate Progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission.' *The Lancet* 391: 2642-92, [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30293-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30293-9.pdf), visitado el 19 de mayo 2022.
3. Santhya, K.A., Jejeebhoy, S.J. (2015) "Sexual and reproductive health and rights of adolescent girls: evidence from low- and middle-income countries". *Global Public Health* 10: 189–221
4. Cherewick, M., Lebu, S., Su, C. et al. (2021) "Adolescent, caregiver and community experiences with a gender transformative, social emotional learning intervention". *Int J Equity Health* 20, 55, <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01395-5>

FIGURA 1 MAPA DEL ESTUDIO DE LA COHORTE OPCIONES REALES, VIDAS REALES





FILIPINAS

- CHESA
- CHRISTINE
- DARNA
- DOLORES
- JASMINE
- JOCELYN
- KYLA
- MAHALIA
- MARICEL
- MELANIE
- MICHELLE
- REYNA
- ROSAMIE
- RUBYLYN
- ANGELA **MI**
- NICOLE **MU**

CAMBOYA

- BOPHA
- DAVY
- KANNITHA
- LEAKHENA
- LINA
- MONY
- NAKRY
- REAKSMEY
- ROUMANY
- SOTHANY
- KANYA **MI**
- MEALEA **MI**
- SOKHANA **MI**
- PUTHEA **DL**

VIETNAM

- CHAU
- HANG
- HOA
- HUONG
- KIEU
- KIM
- LY
- NGUYET
- NHI
- OANH
- QUYNH
- SEN
- TAN
- THI
- THOM
- TIEN
- TRINH
- UYEN
- YEN
- MAI **DL**

UGANDA

- AMELIA
- BETI
- DEMBE
- JANE
- JOY
- JUSTINE
- MIREMBA
- NAMAZZI
- NIMISHA
- REBECCA
- SHEILA
- SHIFA
- SYLVIA
- ACHEN **MI**
- NASICHE **MU**

GUINEA

- LICE
- ABELLE
- BARBARA
- HERINE
- ANOR
- BELLE
- QUELINE
- AYLA
- MARGARET
- HEA
- NA **MI**
- INE **MI**
- BETH **MI**
- LARA **MU**
- IAN **MU**

CLAVE
MI MIGRÓ
DL DEJÓ EL ESTUDIO
MU MURIÓ

1.1 ALCANCE Y OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Este informe busca comprender las normas sociales y de género presentes en áreas clave de la SDR, incluyendo la educación sexual, pubertad, menstruación, relaciones románticas, embarazo en adolescentes, así como los matrimonios y uniones infantiles tempranos y forzados (MUITF [siglas en inglés]) y la violencia de género (GBV), tanto desde el punto de vista de las niñas, como del de sus cuidadore(a)s. Este informe utiliza el análisis longitudinal para analizar los hallazgos hasta el 2021, cuando las niñas de la cohorte cumplieron 15 años.

Este informe incluye un panorama más amplio de la literatura sobre la teoría de las normas sociales y de género, y del por qué las normas son importantes para la SDR en la adolescencia, antes de brindar el panorama de la SDR en cada uno de los países de la cohorte. La sección de [hallazgos](#) del informe se enfoca en las entrevistas de RCRL para dar a conocer la forma en que las niñas y sus cuidadore(a)s abordan y hablan sobre SDR, a la vez que identifica también las normas sociales y de género que influyen en este abordaje.

1.2 PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN

Las preguntas para esta investigación son las siguientes:

01 ¿Cuáles son las normas sociales y de género que prevalecen en la SDR de las niñas adolescentes y cómo les impactan dichas normas?

02 ¿Evolucionan estas normas sociales y de género durante el curso de vida de las niñas en la cohorte y sus cuidadore(a)s? ¿En qué forma?

¿Existen diferencias entre las creencias, actitudes, y conocimientos de las niñas adolescentes y sus cuidadore(a)s con respecto a SDR?

03 ¿Qué papel juegan las normas sociales y de género en la comunicación sobre SDR entre cuidadore(a)s y adolescentes?



Una joven recoge chiles en Uganda.

© Plan International

1.3 TRABAJO DE PLAN INTERNACIONAL SOBRE SDR

El trabajo de Plan Internacional sobre la salud y derechos sexuales y reproductivos (SDR) de las personas jóvenes se ha ido desarrollando en la última década. Plan Internacional apoya la educación integral sobre sexualidad y los servicios de SDR que incorporan la perspectiva de género y adolescencia. Nuestro trabajo está sustentado en nuestros principios de positividad sexual, transformación de género, e inclusión. Buscamos atacar las causas fundamentales de la desigualdad de género para contribuir al cambio sostenible, por ejemplo, cambiando las relaciones desiguales de poder que controlan la sexualidad femenina.

*Adolescentes que van a la escuela
en bicicleta en Camboya.*
© Plan International



02

METODOLOGÍA

2.1 RECOPIACIÓN DE DATOS

La recopilación de datos para el estudio se ha llevado a cabo anualmente por parte de los equipos de oficina de país de Plan International, ya sea que trabajen en las comunidades en donde viven las niñas o que estén dispuestos a viajar a dichas áreas (vea el [Anexo 1](#): Información detallada de ubicación de las cohortes de las niñas).

Cada ronda de recopilación de datos ha consistido de una entrevista semiestructurada con el/la cuidador(a) principal de cada niña y, a partir del 2012, cuando las niñas cumplieron 6 años, una entrevista con la niña misma. Las entrevistas se apoyan en métodos participativos adecuados para la edad. El enfoque principal de la investigación es la niña y su familia inmediata. Sin embargo, buscando analizar y comprender las normas sociales y de género, el estudio también ha incorporado una mayor evidencia para informar el análisis de la niña y su comunidad así como para comprender otras influencias más amplias.

En el 2009, llevamos a cabo grupos focales de discusión con familiares y vecino(a)s adolescentes de las niñas de las cohortes en Brasil, Uganda, y Filipinas; y luego en el 2010, en Benín, Togo, y Vietnam. En el 2011, una selección de hombres cuidadores en cada país también respondió una entrevista detallada de “historia de vida” y, en el 2012, una entrevista similar se llevó a cabo con mujeres cuidadoras.

Junto con las entrevistas se han utilizado herramientas de apoyo a la investigación, incluyendo una encuesta corta que busca capturar una sinopsis de la estructura del hogar, sus medios de vida, y la educación de sus integrantes. Cada año, las herramientas primarias de investigación han sido rediseñadas para estudiar términos adicionales, o introducir nuevas actividades; sin embargo, siempre incluyen preguntas sobre las principales áreas temáticas del estudio en lo que respecta a educación, salud, y SDR, las dinámicas de la familia y el hogar, redes sociales, y normas de género. En el 2021, las herramientas de investigación incluyeron entrevistas semiestructuradas con las niñas y sus cuidadore(a)s para explorar las principales áreas de estudio y también incorporaron el impacto de la pandemia del COVID-19 en las niñas y sus comunidades, y el uso de Internet y los medios sociales. También se utilizaron narrativas de historias de vida para discutir actitudes y experiencias en torno a la participación y toma de decisiones de las niñas en las comunidades, el matrimonio y uniones infantiles, forzadas, y violencia familiar. A ambas personas entrevistadas (cuidador(a) y niña) se les pidió que respondieran una serie de 10 declaraciones de actitud.



Estudiantes protegiéndose de la lluvia en Filipinas.

© Plan International

Las personas nombradas como puntos focales de país estuvieron a cargo de la transcripción de las entrevistas, mientras que el proceso de traducción varía entre países (Plan International Global Hub coordina la traducción de datos en Español y Francés y la traducción a otros idiomas está a cargo de los puntos focales de país). La codificación de las transcripciones y el análisis subsecuente de los datos está a cargo del equipo de Global Hub de Plan International que trabaja en el estudio.

Ubicación de las niñas de las cohortes

Las niñas situadas en Uganda, y Togo, viven en economías de bajo ingreso –según clasificaciones del Banco Mundial⁵–. La mayoría de las niñas de la cohorte están ubicadas en economías de ingreso medio-bajo (Benín, El Salvador, Filipinas, Vietnam, y Camboya).⁶ Las niñas en República Dominicana y Brasil están clasificadas como pertenecientes a una economía de ingreso medio-alto.⁷ Sin embargo, todas las niñas dentro de cada uno de los nueve países pertenecen a una muestra de las que se situaban entre los hogares más pobres de cada país. Vea el [Anexo 1](#): Tabla 3 para conocer en detalle la ubicación de dónde se encuentran situadas las niñas.

5. De acuerdo a clasificación del Banco Mundial viven con \$1,045 o menos al año en el 2020.

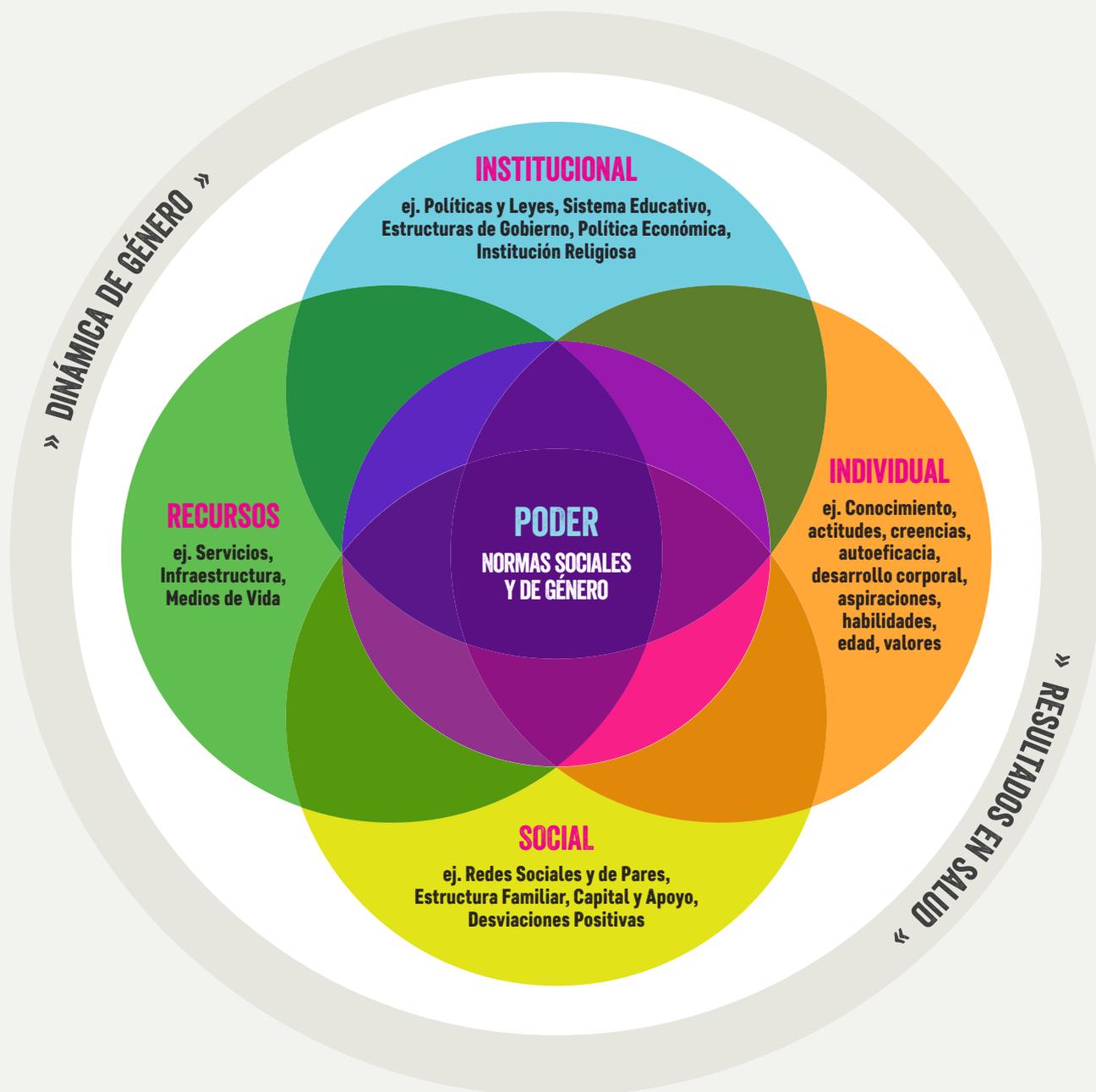
6. De acuerdo a clasificación del Banco Mundial viven con un rango de \$1,046 a \$4,095 al año en el 2020.

7. De acuerdo a clasificación del Banco Mundial viven con un rango de \$4,095 a \$12,695 al año en el 2020.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

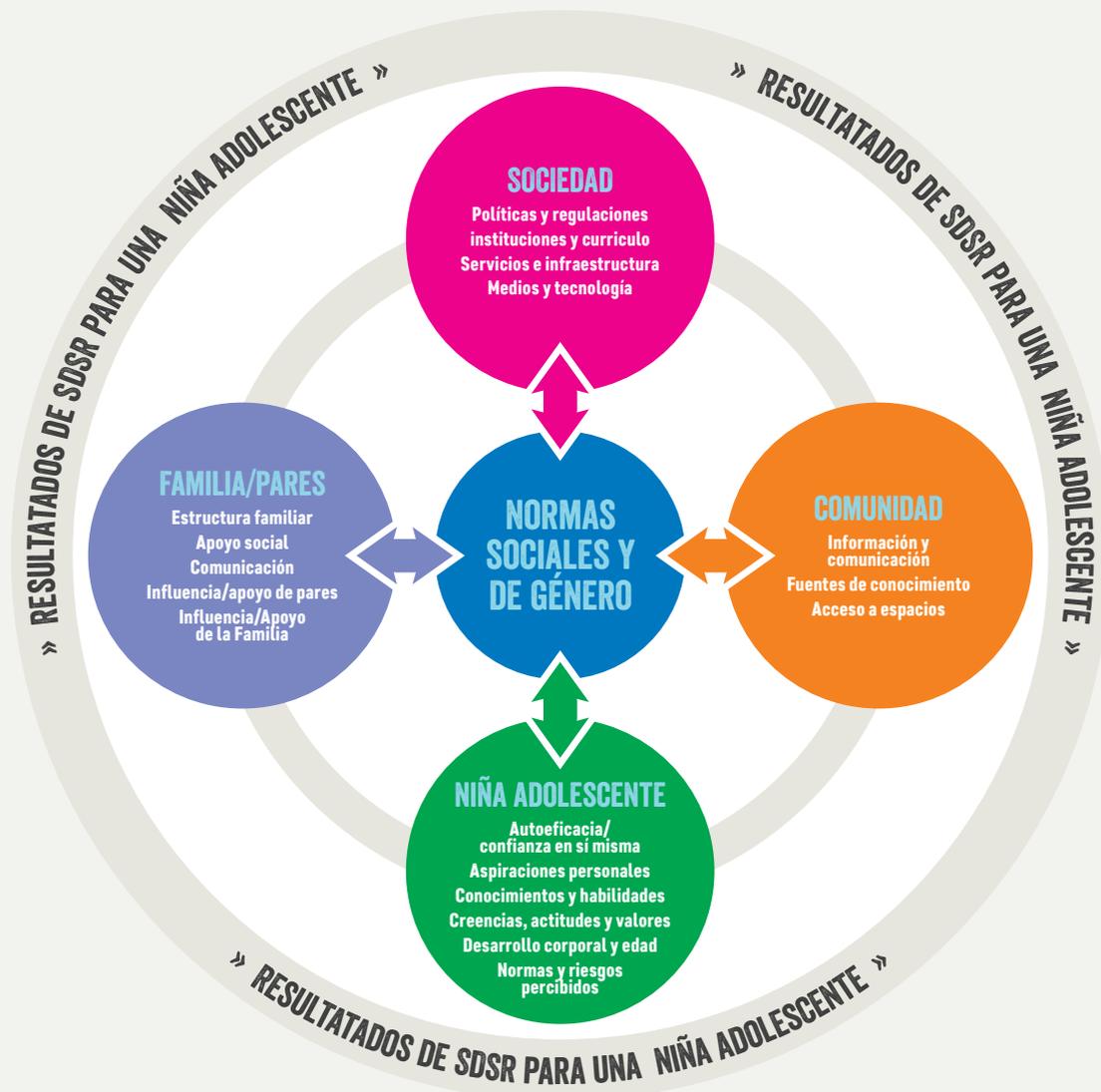
Para poder responder las tres preguntas de la investigación, hemos adaptado aún más la Figura 2: “La Flor de la Salud Sostenible”: Un marco socioecológico integrado para la influencia y cambio en la normativa, enfocado en el contexto socioecológico de una niña adolescente. (Figura 3).

FIGURA 2 LA FLOR DE LA SALUD SOSTENIBLE: UN MARCO SOCIOECOLÓGICO INTEGRADO PARA LA INFLUENCIA Y CAMBIO EN LA NORMATIVA⁸



8. Institute for Reproductive Health (2017) *The Flower for Sustained Health: An integrated socio-ecological framework for normative influence and change: A Working Paper*. Learning Collaborative to Advance Normative Change. Washington, D.C.: Georgetown University.

FIGURA 3 MARCO CONCEPTUAL ADAPTADO PROPUESTO



En primer lugar, usamos factores socio culturales que clasificamos en categorías como familia/pares, sociedad, comunidad, y la niña adolescente para demostrar que todos tienen influencia en, y son influenciados por, las normas sociales y de género (al igual que entre sí) y, por lo tanto, se refuerzan.

Cada círculo representa una categoría socioecológica. La categoría “sociedad” incluye políticas y regulaciones, instituciones, servicios e infraestructura, y medios y tecnología. La categoría “comunidad” consiste en información y comunicación, fuentes de conocimiento, y acceso a espacios. La categoría “familia y/o pares” incluye la estructura de la familia, apoyo social, comunicación, influencia/apoyo de pares, e influencia/apoyo de la

familia. La categoría “niña adolescente” consiste en autoeficacia y confianza en sí misma, aspiraciones personales, conocimiento y habilidades, creencias, actitudes y valores, desarrollo corporal y edad, y normas y riesgos percibidos.

En segundo lugar, notamos que la niña adolescente está influenciada por estos factores socioecológicos así como por las normas sociales y de género, pero ella también puede influir en ambos. El marco demuestra que las normas sociales y de género están inmersas en la ecología social, afectando la salud sexual y reproductiva y los derechos de la niña adolescente.

Vea el [Anexo 2](#): La Tabla 4 contiene el listado completo de las fuentes de datos para el marco analítico.



Adolescentes lavando en Benín.

© Plan International

2.3 MÉTODO DE ANÁLISIS

2.3.1 Revisión de la Literatura

La revisión de la literatura consistió en una amplia estrategia de búsqueda de literatura a través de búsquedas en bases de datos, rastreo y derivación de referencias, aplicando los criterios de inclusión y exclusión (vea la [Tabla 3](#)). Los artículos científicos y de revistas fueron buscados en EBSCO y Google Scholar. La estrategia de búsqueda incluyó búsquedas específicas de artículos relevantes sobre adolescencia y SDR y normas sociales y de género, que se basaron en una cadena de búsqueda predefinida. Una vez eliminados los duplicados, los títulos y resúmenes pasaron por una revisión basada en la relevancia y los criterios de inclusión y exclusión.

TABLA 1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

TEMA	INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
Población	Niñas y adolescentes ¹⁰ de 10 a 19 años en Brasil, El Salvador, República Dominicana, Benín, Togo, Uganda, Camboya, Filipinas and Vietnam. ¹¹	Estudios en países industrializados de Europa, Norte América, y Oceanía.
Tipo de Publicación	Estudios revisados por pares, literatura gris contextual, y papeles de trabajo.	
Diseño y métodos de estudio	Estudios de investigación cualitativa o de métodos mixtos.	
Fecha	<ul style="list-style-type: none"> • Artículos publicados en, o después del, 2011 y hasta diciembre 2021. • Literatura gris publicada en o después del 2016 y hasta Febrero 2021. 	Estudios publicados en o antes del 2010.
Idioma	Inglés, español, y francés.	

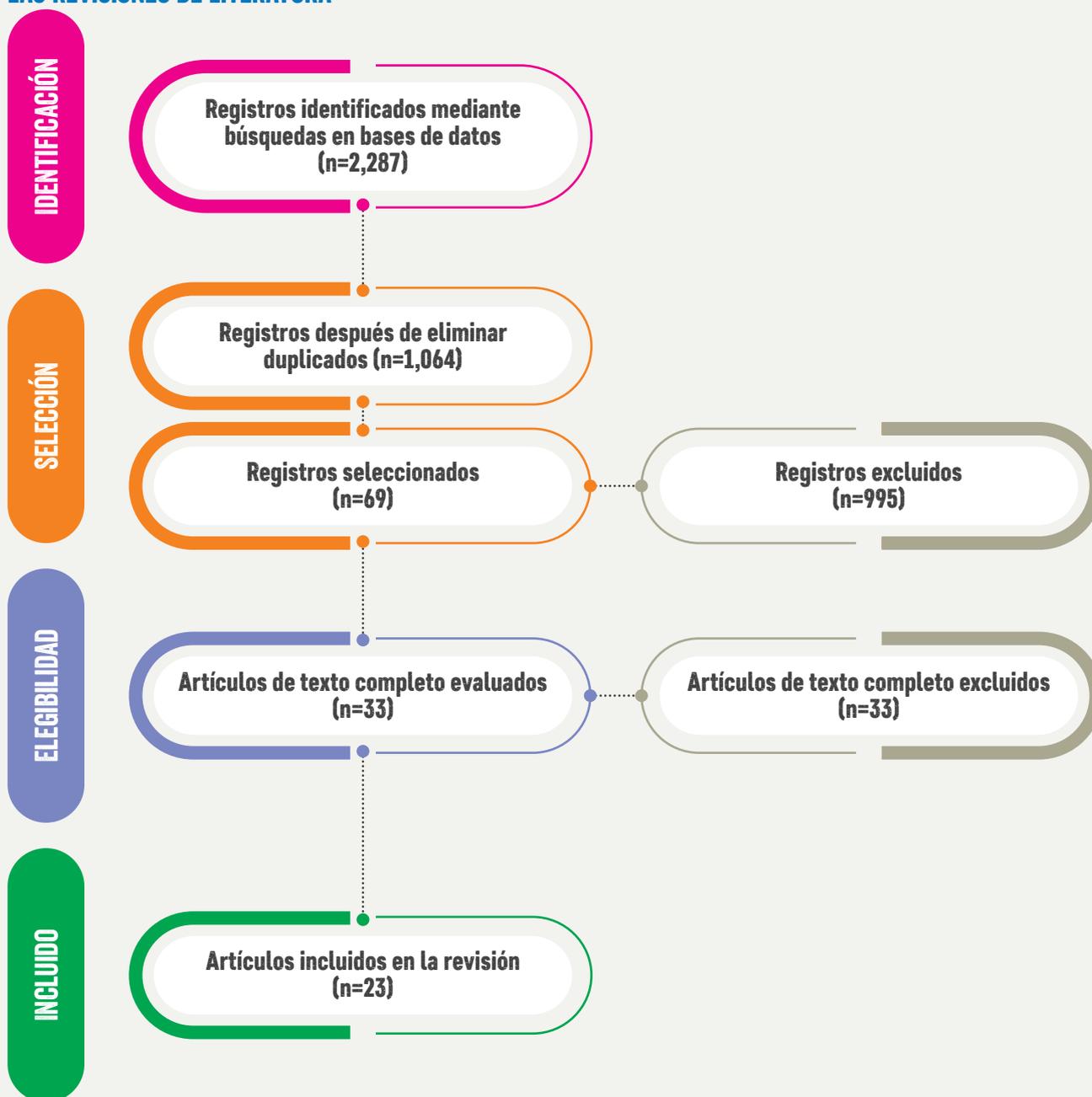
9. Cadena de búsqueda 1: TIAB = ("SDSR O salud sexual O sexo O salud reproductiva O salud en la adolescencia O planificación familiar O salud menstrual" Y femenina" O de* O para* niñas* O adolescentes* O mujeres jóvenes).

Cadena de búsqueda 2: TIAB = (Norma social" O norma de género* Y SSR O "sexual reproductiva" Y salud O SDR O "salud sexual" O "sexo O salud reproductiva" O "salud en la adolescencia" O "planificación familiar" O "actividad sexual" O "educación sexual" O relación O "relación romántica" O relaciones sexuales Y femenina" O de* O para* niñas* O adolescentes* O mujeres jóvenes). Por favor tomar nota de que algunos términos de la cadena principal de búsqueda fueron desglosados en diferentes áreas de SDR para procurar una búsqueda más precisa

10. Se incluyó literatura sobre niños de menor o mayor edad y jóvenes hombres en aquellos casos en los que las niñas adolescentes forman parte del grupo poblacional al que hace referencia dicha literatura.

11. En general, la revisión tuvo como objetivo priorizar la literatura de los países del RCRL, sin embargo, cuando se careció de literatura para un contexto específico la buscamos para contextos similares para formarnos una idea.

FIGURA 4 PANORAMA VISUAL DE BÚSQUEDA Y EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LAS REVISIONES DE LITERATURA ¹²



La búsqueda de literatura gris contribuyó principalmente a identificar brechas en la literatura, así como a proporcionar información general sobre el panorama de políticas de SDRS en cada uno de los países de RCRL. Se llevaron a cabo búsquedas específicas en Internet y se navegó en sitios web sobre SDRS y/o normas en busca de investigaciones o informes relevantes. Esto incluyó (entre otras): Gender and Adolescence: Global Evidence by the Overseas Development Institute

(GAGE - ODI [siglas en inglés para Género y Adolescencia: Evidencia Global, del Instituto de Desarrollo de Ultramar]), Organización Mundial de la Salud (OMS), Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF [por sus siglas en inglés]), Base de Datos de Derechos Sexuales, Fondo de las Naciones Unidas en Materia de Población (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Instituto Guttmacher, Plan International, and Oxfam.

12. Based on: Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. (2009) "Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement". *BMJ* 339 :b2535 doi:10.1136/bmj.b2535



Una adolescente vendiendo espinacas.

© Plan International

2.3.2 Análisis de Datos Primarios

NVivo es el software que se usa para guardar, ordenar, y analizar los datos del estudio de la cohorte. Todas las transcripciones de las entrevistas detalladas entre los años 2007 y 2021 han sido codificadas con una nomenclatura predefinida ordenada de acuerdo a las diferentes categorías del estudio; con los años, la nomenclatura ha ido evolucionando y cambiando a medida que surgen nuevos temas y se han agregado y borrado códigos de acuerdo con las necesidades. Cada año lo(a)s codificadore(a)s del estudio reciben capacitación y un documento que les sirve de orientación para la codificación con controles periódicos por parte del equipo de investigación de RCRL. Todo(a)s lo(a)s codificadore(a)s producen documentos sobre cada niña, un informe de país basado en los datos para ese año, así como el informe de calidad de datos. Durante el período de codificación se corren pruebas Kappa para verificar la consistencia en la codificación por parte de lo(a)s diferentes codificadore(a)s.

Para mantener el enfoque de ciclo de vida usado en el estudio, se analizó todo el conjunto de datos para este informe, lo que significa que se analizaron las transcripciones correspondientes a lo(a)s cuidadore(a)s entre 2007-2021, junto con las transcripciones correspondientes a las niñas a partir del 2012 al 2021. Sin embargo, se encuentran ejemplos sobre SDRS a partir de las transcripciones del 2017 en adelante (cuando las niñas están llegando a la adolescencia temprana).¹³

Para poder llevar a cabo el análisis, se llevaron a cabo consultas iniciales compuestas de NVivo, por ejemplo, combinando una consulta de búsqueda de texto y una consulta de codificación como “cambio en las expectativas de comportamiento + educación sobre SDRS”. Para algunas áreas temáticas, se llevaron a cabo consultas de codificación y los datos relevantes se leyeron, clasificaron, y analizaron. Se hicieron búsquedas específicas de texto para revisar brechas. Posteriormente, todos los hallazgos para cada consulta se agruparon dentro de las áreas principales de SDRS y se evaluaron de acuerdo con nuestro marco conceptual agrupado en tres formas: 1) presencia de una norma o potencial norma (normas empíricas y normativas y discusiones de sanciones); 2) actitudes o creencias que podrían influenciar la norma; y 3) factores socioecológicos presentes y que tienen el potencial de formar, reforzar, o transformar las normas sociales.

2.4 LIMITACIONES EN LA METODOLOGÍA

Existen varias limitaciones en el método de recopilación y análisis de datos, y en la revisión de la literatura, que deben tomarse en cuenta. Puesto que se trata de un estudio multipaís, es importante reconocer que la consistencia de los datos en toda la cohorte puede ser limitada. Recopilar los datos de nueve países en tres continentes brinda una oportunidad única para explorar cómo se comparan las realidades de las niñas de la misma edad alrededor del mundo. Sin embargo, el análisis comparativo de los datos de nueve distintos contextos culturales también plantea un desafío importante que debe tomarse cuidadosamente en cuenta. Esto puede deberse a las adaptaciones que los equipos de investigación en cada país hicieron en las herramientas de investigación para asegurarse de que fueran lo más relevantes posibles al contexto. La traducción de los datos del lenguaje local al inglés para poder ser analizados también causó cierto nivel de pérdida de información, no obstante, los puntos focales de país fueron consultado(a)s para garantizar que este riesgo se redujera al mínimo posible.

Desde el punto de vista longitudinal, el equipo investigador que cada año regresa a hablar con las niñas y sus familias puede no ser siempre el mismo que el del año anterior. A partir de los datos puede verse claramente que cuando el equipo de investigación está conformado por personas conocidas de lo(a)s participantes, y lo(a)s investigador(a)s ya tienen experiencia previa sobre el estudio, la calidad de los datos es mayor. Las herramientas de investigación son diseñadas cada año para reflejar la edad de las niñas y, cuando corresponde, para introducir nuevas áreas temáticas. Esto significa que en lugar de hacer las mismas preguntas cada año, las áreas temáticas clave se pueden discutir de distinta forma cada año, lo cual impacta en el análisis longitudinal de los datos.

13. Esto es porque las entrevistas anuales incluyeron preguntas directas a las niñas y cuidadore(a)s sobre SDRS.

Si bien hay un valor único en los datos cualitativos y longitudinales tanto de las niñas como de un miembro de su familia, en algunos casos el/la cuidador(a) entrevistado(a) puede cambiar cada año para una niña en particular. Esto puede deberse a cambios en las condiciones de vida de la niña, o la disponibilidad de los miembros de la familia al momento de la entrevista. Lo anterior presenta una limitación al análisis longitudinal; sin embargo, escuchar las perspectivas de diferentes miembros de la familia también trae ideas adicionales sobre la realidad de las niñas. Este estudio prioriza las voces de las niñas, y los puntos de vista de los niños no se recopilan directamente, lo que representa una limitación en el análisis de género. El análisis en este informe reconoce esta limitación y discute las expectativas de los niños, su comportamiento, y valores solo de acuerdo a como lo describen las niñas y sus cuidadore(a)s.

Cada año, todos los datos son codificados en NVivo de acuerdo con la misma nomenclatura, sin embargo, lo(a)s investigadore(a)s que codifican los datos cambian cada año, lo que puede afectar la consistencia de la codificación. Cada año, lo(a)s investigadore(a)s pasan por una capacitación para garantizar que la nomenclatura se use lo más similarmente posible. Sin embargo, el análisis de los datos cualitativos siempre estará limitado por cierto nivel de interpretación subjetiva.

El análisis de la literatura busca triangular los datos del estudio y fortalecer el análisis de los factores a nivel comunitario, local y nacional, en donde los datos de la niña y su cuidador(a) brindan información limitada. Debido a limitaciones de tiempo e idioma, la literatura analizada no es muy extensa. Por otra parte, cuando la literatura ha sido limitada, los puntos focales de las oficinas de país de Plan apoyan proporcionado información situacional clave sobre el contexto en el que se desarrolla el estudio.

2.5 ÉTICA Y SALVAGUARDA

Plan International UK obtuvo, por parte del Comité de Revisión de Ética de Plan International Global Hub, la aprobación ética para el proyecto completo. También se buscó, la aprobación de la ética local en países en donde era un requisito para investigaciones sociales, es decir, Brasil, y Uganda. Se nos ha otorgado una aprobación ética para el estudio continuado RCRL a través de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) en Brasil y la Universidad Makerere en Uganda.

Todas las actividades de investigación se llevan a cabo en línea con las políticas de ética y salvaguarda de Plan International. Antes de cada recopilación, todo(a)s lo(a)s investigadore(a)s deben ajustarse a estrictos códigos de conducta y a toda la capacitación recibida sobre herramientas, ética, y salvaguarda. Los principios de confidencialidad, anonimato, y consentimiento informado han sido aplicados, solicitándole anualmente a lo(a)s cuidadore(a)s su consentimiento y, a partir del 2012, también se les ha solicitado a las niñas que manifiesten su acuerdo en participar.

Tenemos un proceso de dos etapas para la salvaguarda y protección infantil: en la primera etapa, lo(s)s investigadore(a)s reportan cualquier inquietud de salvaguarda, tan pronto como esta surja, al punto focal de salvaguarda de cada país, quién da seguimiento de acuerdo con los protocolos de ese país. En la segunda etapa (y para garantizar que nada falte), el equipo de análisis que codifica los datos también completa un Informe de Protección Infantil, el cual es enviado a cada oficina de país por el equipo de investigación de RCRL para garantizar que todas las inquietudes estén siendo abordadas por la oficina de país que corresponda.

Se implementan medidas adicionales de salvaguarda para el manejo y transferencia de datos al equipo de análisis. Los equipos de la oficina de país envían las grabaciones y transcripciones al equipo de investigación de RCRL quien anonimiza los datos –ej. cambiando nombres reales por pseudónimos, eliminando nombres de lugares, etc.–. Se usan pseudónimos en lugar de los nombres reales de las niñas, y términos como “mamá de Maricel” o “hermana de Maricel” se usan al referirse a miembros de la familia. Se lleva a cabo un estricto proceso de anonimización. Se pide a las oficinas de país que borren todas las grabaciones y transcripciones de los dispositivos utilizados para la recopilación de datos.



03

ANÁLISIS DE LA LITERATURA

Adolescentes jugando al fútbol en Brasil.
©Plan International



Adolescentes en la escuela en Uganda.

©Plan International

3.1 GENERALIDADES DE LA LITERATURA SOBRE LAS NORMAS SOCIALES Y DE GÉNERO

Existe una amplia e interdisciplinaria literatura que ahonda en qué normas sociales existen y por qué las personas cumplen con ellas. Sin embargo, el consenso sobre qué normas sociales existen y cómo influyen en el comportamiento (tanto a lo interno de cada disciplina como entre ellas) es limitado. Para este informe, la definición de Cislaghi y Heise's (2020) es un buen punto de partida pues afirman que "las normas sociales son reglas de acción que las personas comparten en común en una sociedad o grupo dado; ellas definen qué se considera como comportamiento normal y aceptable dentro de los miembros de ese grupo".¹⁴

De acuerdo con la definición de Bicchieri (2005) sobre las normas sociales, existen algunos componentes clave que conforman una norma social, particularmente, que las normas sociales consisten en expectativas empíricas (lo que yo asumo que lo(a)s demás hacen) y las expectativas normativas (lo que yo asumo que lo(a)s demás esperan que yo haga).¹⁵ Bicchieri declara que las personas se ajustan a una norma social si existen expectativas tanto empíricas como normativas, en el entendido de que la mayoría de las demás personas la acepten y se ajusten a ella (y desaprobaban que no lo hicieran).¹⁶ Otro importante aspecto es que las normas sociales conllevan implicaciones sociales –es decir, recompensas cuando se siguen y sanciones cuando no¹⁷–.

Mucha de la literatura conceptualiza las normas como separadas de, y generalmente opuestas a, las actitudes personales.¹⁸ Esta es una diferencia importante de subrayar pues algunas personas pueden querer una cosa pero son presionadas por la norma a hacer lo opuesto.¹⁹ Este informe considera cuándo las personas parecen reiterar las normas prevalentes o bien, expresan actitudes personales que no se alinean con las de su familia o comunidad en general.

ACTITUD » Lo que yo creo (mi convicción).

EXPECTATIVAS EMPÍRICAS / NORMAS DESCRIPTIVAS » Lo que creo que otros hacen.

EXPECTATIVAS NORMATIVAS / NORMAS CAUTELARES » Lo que creo que lo(a)s demás esperan que yo haga.

14. Cislaghi, B. and Heise, L. (2020) 'Gender norms and social norms: differences, similarities and why they matter in prevention science.' *Sociology of Health & Illness* 42(2), ISSN 0141-9889, pp. 407–422 doi: 10.1111/1467-9566.13008, visitado el 15 diciembre 2021.

15. Bicchieri, C. (2005) *The Grammar of Society: The Nature and Dynamics of Social Norms*. Cambridge: Cambridge University Press. Doi:10.1017/CBO9780511616037, accessed 15 December 2021.

16. Ibid.

17. Mackie, G., Moneti, F., Denny, E. and Shakya, H. (2015) "What are social norms? How are they measured?" Working Paper, accessed 21 December 2021.

18. Bicchieri, C. (2005) *The Grammar of Society: The Nature and Dynamics of Social Norms*. Cambridge: Cambridge University Press, doi:10.1017/CBO9780511616037, accessed 15 December 2021.

19. Prentice, D.A. and Miller, D.T. (1996) "Pluralistic Ignorance and the Perpetuation of Social Norms by Unwitting Actors", 28, 161–209, visitado el 14 diciembre 2021.

3.1.1 Normas de Género

De acuerdo con la literatura, las normas de género son un subconjunto de las normas sociales. Existen cuatro características principales en el discurso de las normas de género:

- 01 Las normas de género son aprendidas durante la niñez a través de un proceso de socialización;²⁰ posteriormente, son reforzadas (o cuestionadas) dentro del contexto familiar, o el social más amplio.
- 02 Las normas desiguales de género reflejan y preservan las relaciones desiguales de poder que generalmente son desventajosas para las niñas y las mujeres.²¹
- 03 Las normas de género están incorporadas en, y son reproducidas por, las instituciones. Las políticas y regulaciones, los procesos de toma de decisión, y los sesgos incorporados en la forma en que operan las instituciones son una función de un sistema dado de género.²²
- 04 Las normas de género son producidas y reproducidas mediante la interacción social, a medida que las personas se involucran en prácticas que dan sentido a, se alinean con, o desafían, varias nociones de la masculinidad u hombría y de la femineidad o femineidad.²³

Las normas de género en los ambientes socioculturales de las niñas comienzan a desempeñar un papel muy significativo en la definición de su trayectoria por la adolescencia; la investigación sugiere que la etapa entre los 10 y 14 años constituye un período particularmente sensitivo en el que las normas sociales relacionadas con la edad son reforzadas de forma más estricta.^{24,25}

Es importante notar que hacemos referencia a las normas sociales y de género dentro de este conjunto particular de datos y que, dado el pequeño tamaño de la muestra, no podemos sacar conclusiones más amplias o hacer generalizaciones sobre la población total dentro de la que viven las niñas de la cohorte. Para efectos de este informe, definimos las normas sociales como:^{26, 27}

02 DEFINICIONES DE NORMAS SOCIALES Y DE GÉNERO

Normas sociales: son percepciones sobre qué comportamientos son adecuados y típicos dentro de un grupo dado de personas. Son principalmente reglas informales, a menudo no dichas ni escritas, que la mayoría de personas asimilan, aceptan, y siguen. Conllevan implicaciones sociales –es decir, recompensas cuando se cumple con ellas y sanciones cuando no–.

Normas de Género: son un subconjunto de las normas sociales. Describen cómo se espera que nos comportemos como resultado de la forma en que las demás personas perciben nuestro género.



3.1.2 Redes sociales, e influencia social

Comprender las normas sociales como las reglas no escritas que conforman el comportamiento de las personas en una comunidad dada también requiere tomar en cuenta las redes y relaciones sociales que preservan las normas y transfieren las “reglas” a la siguiente generación. Las investigaciones han encontrado que, generalmente, lo(a)s actore(a)s que reiteran discursos dominantes no identifican estas como normas sociales y, probablemente, no necesariamente han reflexionado en por qué defienden esas creencias. Al analizar las actitudes y comportamientos de varias personas en una red social como el hogar o comunidad –incluso cuando las personas expresan creencias similares o diferentes– es posible explorar más a fondo qué es lo que sostiene las normas.²⁸ Esto es de particular interés para los esfuerzos por cambiar las normas sociales que exacerbaban desigualdades –incluyendo la desigualdad de género– y perpetúan las prácticas y comportamientos dañinos –incluyendo la violencia de género–.

20. Tenenbaum, H.R., Leaper, C. (2002) “Are parents’ gender schemas related to their children’s gender-related cognitions? A meta-analysis”. *Developmental Psychology*, 38(4), 615–630. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.4.615>, visitado el 6 diciembre 2021.
21. Connell, R. and Pearse, R. (2014) “Gender Norms and Stereotypes: A Survey of Concepts, Research and Issues About Change”, UN Women Expert Group Meeting “Envisioning women’s rights in the post-2015 context”, New York, visitado el 6 diciembre 2021.
22. Cislighi, B. and Heise, L. (2020) op. cit.
23. West, C. and Zimmerman, D.H. (1987) “Doing Gender”. *Gender & Society*, 1(2), pp.125–151, visitado el 6 diciembre 2021
24. Kågesten, A., Gibbs, S., Blum, R.W. et al. (2016) “Understanding factors that shape gender attitudes in early adolescence globally: a mixed-methods systematic review”, *PLoS ONE* 11(6): e0157805.
25. Blakemore, S.J. and Mills, K.L. (2014) “Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing?” *Annual Review of Psychology* 65(1): 187–207
26. The Social Norms Learning Collaborative (2021) *Monitoring Shifts in Social Norms: A Guidance Note for Program Implementers*. April 2021. Washington, D.C.
27. Definición de normas de género tomada del sitio web: “About Norms”, <https://www.alignplatform.org/about-norms>, visitado el 4 de enero 2022.
28. Cislighi, B. and Shakya, H. (2018) “Social Norms and Adolescents’ Sexual Health: An Introduction for Practitioners Working in Low and Mid-income African countries”. *African Journal of Reproductive Health*, 22(1). pp. 38-46. ISSN 1118-4841.



Una adolescente en la República Dominicana.

©Plan International

3.2 LA IMPORTANCIA DE LAS NORMAS SOCIALES Y DE GÉNERO PARA LA SDRS DE LAS NIÑAS

3.2.1 Definiendo la SDRS

El trabajo en salud y derechos sexuales y reproductivos aborda una gama de factores que se entrecruzan, incluyendo salud menstrual, métodos anticonceptivos y planificación familiar, violencia de género, aborto, salud materna, infecciones de transmisión sexual. La SDRS también incluye el bienestar sexual, no solo con respecto a la seguridad, sino a las experiencias individuales y relacionales positivas (vea la [Casilla 1](#) en la introducción).

3.2.2 Las normas de la SDRS

Es claro que los servicios por sí solos no mejoran los resultados de salud, pero que los factores sociales, culturales y económicos tienen una fuerte influencia en la SDRS de lo(a)s adolescentes. En años recientes, la teoría sobre las normas sociales se ha aplicado por primera vez en países de bajo y mediano ingreso (LMICs [por sus siglas en inglés]) para abordar una variedad de desafíos relacionados con la salud, pero gran parte de la literatura sobre las niñas adolescentes y las normas sociales se ha enfocado en la mutilación/corte genital femenina, matrimonio infantil, y violencia de la pareja íntima.³³

Las normas en torno a SDRS generalmente están arraigadas en roles desiguales de género, pueden vincularse a expectativas relacionadas con la edad de las niñas o mujeres y los niños u hombres, y están basadas en expectativas heteronormativas sobre la sexualidad.³⁴ Cómo estas normas influyen en las personas en diferentes etapas de su vida e impactan en los resultados de SDRS para las niñas y mujeres en particular, es un área de evidencia que requiere mayor atención.³⁵ El análisis y programas basados en las normas sociales forman parte de un enfoque cada vez mayor en el período clave de la adolescencia en términos de que este período determina los resultados sexuales y reproductivos futuros de las niñas, así como su salud y bienestar actuales.³⁶ Comprender cómo las normas de SDRS se vuelven más fuertes –o potencialmente más débiles– en la vida de una niña, y quiénes o cuáles son los factores motivantes responsables de incorporar el cumplimiento con las normas, puede generar información útil para los esfuerzos por reemplazar las creencias normativas que yacen en la raíz de los resultados negativos de SDRS para las niñas.³⁷

Un factor clave en el estudio de las normas sociales es la socialización, el proceso de transferir a una persona las actitudes y comportamientos que son “aceptables” para la sociedad, y la socialización del género, que basa la transferencia de las expectativas de género a las personas según el género que les fue asignado al nacer. La teoría en el campo de la psicología indica que la socialización, o el “aprendizaje” de las normas sociales es un proceso gradual dentro del que cada día, la exposición a las actitudes, la observación de los comportamientos, y el trato con las demás personas durante la infancia y la adolescencia de una persona incorporan un cumplimiento “automático” de las normas.²⁹

Las normas sociales son sólo un factor del comportamiento, y es vital analizar las normas sociales a la par del contexto de la interacción social, institucional, cultural, y política de la vida de las personas para transformar las desigualdades de poder de género. En el caso del estudio RCRL, la agencia de las niñas es también crucial para su capacidad de hacer elecciones significativas. Las normas sociales y de género pueden restringir o mejorar su agencia. Kabeer define la agencia como la habilidad del ser humano para definir las propias opciones y actuar en consecuencia.³⁰ Esto puede tomar la forma de una negociación, decepción y manipulación, subversión y resistencia.³¹ Estas influencias sociales, institucionales, culturales, y políticas que interactúan entre sí modelan la agencia de una niña adolescente, pero la agencia ejercida por la persona también puede reproducir, modificar, o transformar estructuras.³²

29. Ibid.

30. Kabeer, N. (2020) “Three faces of agency in feminist economics: capabilities, empowerment and citizenship” in eds G. Berik and E. Kongar, *Handbook of Feminist Economics*. New York: Routledge

31. Ibid.

32. Gamage, S., Kabeer, N. and van der Meulen Rodgers, Y. (2016) “Voice and Agency: Where are we now”, *Feminist Economics*, 22:1, 1-29, DOI: 10.1080/13545701.2015.1101308

33. Cislaghi, B. and Heise, L. (2019) “Using social norms theory for health promotion in low-income countries”, *Health Promotion International*, 34, 616–23, visitado el 8 diciembre 2021.

34. Davin, C. (2021) “Social Norms Atlas: Understanding global social norms and related concepts.” *Social Norms Learning Collaborative*. Disponible en: <https://www.alignplatform.org/resources/social-norms-atlas-understanding-global-social-norms-and-related-concepts#:~:text=The%20Social%20Norms%20Atlas%20is,programs%20in%20achieving%20targeted%20outcomes>, visitado el 19 de mayo 2022.

35. Plesons, M., Patkar, A., Babb, J., Balapitiya, A., Carson, F., Caruso, B.A., Franco, M., Manzenski Hansen, M., Haver, J., Jahangir, A., Kabiru, C.W., Kisangala, E., Phillips-Howard, P., Sharma, A., Sommer, M., and Chandra-Mouli, V. (2021) “The state of adolescent menstrual health in low- and middle-income countries and suggestions for future action and research”, *Reproductive Health*, 18:31, DOI: 10.1186/s12978-021-01082-2

36. Buller, A.M. and Schulte, M.C. (2018) “Aligning human rights and social norms for adolescent sexual and reproductive health and rights”, *Reproductive Health Matters*, 26:52, 1542914, DOI: 10.1080/09688080.2018.1542914

37. Buller, A.M. and Schulte, M.C. (2018) “Aligning human rights and social norms for adolescent sexual and reproductive health and rights”, *Reproductive Health Matters*, 26:52, 1542914, DOI: 10.1080/09688080.2018.1542914

3.3 ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS DE SDR PARA LAS NIÑAS ADOLESCENTES EN CADA PAÍS DE LA COHORTE

La transformación de las normas no puede ser vista aisladamente; las prácticas y creencias se mantienen por una mezcla de factores a nivel estructural, social, e individual. Las normas sociales y las creencias culturales de las propias personas que toman decisiones definen la cultura y regulaciones dentro del estado, y las leyes pueden ser ya sea una barrera o bien un punto

de partida clave para influenciar los comportamientos sociales. Las políticas o leyes que sostienen y protegen la SDR de lo(a)s adolescentes ayudan a promover la SDR en cualquier contexto. Para poder comprender el contexto de los hallazgos, esta literatura incluye generalidades del panorama de políticas de cada país en el RCRL con respecto a la SDR.

TABLA 2 RESUMEN DE LOS INDICADORES CLAVE DE SDR PARA LOS PAÍSES DE RCRL

INDICADOR	BRASIL	REPÚBLICA DOMINICANA	EL SALVADOR	BENIN	TOGO	UGANDA	CAMBOYA	FILIPINAS	VIETNAM
Edad de Consentimiento ³⁸	14 años	18 años	18 años	18 años	16 años	18 años	15 años	16 años	18 años
Edad legal para casarse ³⁹	18 años ⁴⁰	18 años	18 años ⁴¹	18 años ⁴²	18 años para mujeres y 20 años para hombres ⁴³	18 años ⁴⁴	18 años ⁴⁵	18 años	18 años para mujeres y 20 años para hombres
Matrimonio infantil, mujeres casadas a los 18 años (% de mujeres de 20–24 años casadas o unidas) ⁴⁶	26%	36%	26%	31%	25%	34%	19%	17%	11%
Tasa de nacimientos en adolescentes (por c/1,000 mujeres de 15–19 años) ⁴⁷	59.1	94.3	69.5	83.2	89.1	118	50.2	54.2	30.9
Prevalencia anticonceptiva, cualquier método (% de mujeres en edad reproductiva, 15-19 años, casadas o unidas) ⁴⁸	80.2%	69.5%	71.9%	15.5%	23.9%	41.8%	56.3%	54.1%	77.5%
Necesidad insatisfecha de métodos de planificación familiar (% de mujeres en edad reproductiva, 15-19 años casadas o unidas) ⁴⁹	Sin datos	11.4%	11.1%	32.3%	34%	26%	12.5%	16.7%	6.1%
Violencia contra la mujer experimentada alguna vez, pareja íntima (% de población femenina de 15 a más) ⁵⁰	16.7%	28.5%	14.3%	23.8%	25.1%	49.9%	20.9%	14.8%	34.4%
Tasa de mortalidad materna (muertes por cada 100,000 nacido(a)s vivo(a)s) ⁵¹	60	95	46	397	396	375	160	121	43

38. Age of Consent (2022) "Legal Ages of Consent by Country", <https://www.ageofconsent.net/world>, visitado el 4 de mayo 2022.

39. Pew Research Centre (2016) "Marriage Laws around the world", https://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/12/2016/09/FT_Marriage_Age_Appendix_2016_09_08.pdf, visitado el 4 de mayo 2022.

40. Pueden casarse a partir de los 16 años con el consentimiento parental.

41. Aunque la ley autoriza el matrimonio a partir de los 14 años cuando tanto el niño como la niña han llegado a la pubertad, cuando la niña está embarazada, o cuando la pareja tiene un(a) hijo(a).

42. Permite el matrimonio de menores (14 a 17) con consentimiento parental, el consentimiento de las personas menores, y autorización de un(a) juez(a).

43. Aunque las personas pueden casarse antes de esas edades con el consentimiento parental.

44. La aplicación de la ley es débil con el matrimonio de niñas menores de edad por acuerdo parental común, particularmente en las áreas rurales.

45. Pueden casarse desde los 16 con permiso parental.

46. United Nations Development Programme (2020) *Human Development Report*, <https://hdr.undp.org/data-center>, visitado el 4 de mayo 2022.

47. Ibid.

48. Ibid.

49. Ibid.

50. Ibid.

51. Ibid.



3.3.1 Latinoamérica y el Caribe

BRASIL

La tasa de fertilidad en Brasil es de 1.7 niño(a)s por mujer, con una alta tasa de nacimientos entre adolescentes de 59.1 (vea la [Tabla 2](#)). Brasil tiene un sistema universal de salud pública (Sistema Único de Saúde) y lo(a)s adolescentes tienen acceso libre universal a los servicios de salud pública y anticonceptivos.⁵² La epidemia del VIH en el Brasil está clasificada como estable y el tratamiento para el VIH y los kits de autoprueba están disponibles en forma gratuita para toda persona que los necesite, siendo Brasil uno de los primeros 40 países que ofrecen autoprueba.⁵³

Desde 1996, la educación sexual ha estado incluida en el Currículo Nacional del Ministerio Brasileño de Educación como tema transversal vinculado a otras materias de la escuela.⁵⁴ Sin embargo, la educación está descentralizada, por lo que varía según el estado. De esta cuenta, cerca del 45% de escuelas tienen programas de educación sobre sexualidad.⁵⁵ Impartir educación sexual integral (CSE [por sus siglas en inglés]) en las escuelas primarias no es un requerimiento.⁵⁶

Desde el 2018, el debate en el país ha sido crítico, con retrocesos relacionados a la SDR como resultado de la influencia del conservadismo religioso en el organismo legislativo del gobierno.⁵⁷ Las iniciativas políticas han incluido reducir el abordaje sobre sexualidad y género en las escuelas.⁵⁸

De acuerdo al código penal del Brasil, el aborto no es permitido excepto cuando es para salvar la vida de la mujer, cuando el embarazo es resultado de una violación, o bajo otros contados motivos. Sin embargo, el sistema de salud del Brasil ha aumentado el número de clínicas de salud y hospitales en donde el aborto está disponible para las mujeres que encajan dentro de dichas excepciones escritas en el código penal.⁵⁹ Aún y así, pocas mujeres logran tener acceso a dichos abortos no punibles, pues el personal médico y hospitales generalmente solicitan una autorización judicial para llevar a cabo el procedimiento.⁶⁰ La incidencia de abortos no seguros es alta.

La aprobación de la ley “Maria da Penha” del 2001, buscaba luchar contra la violencia de la pareja íntima, pero su implementación se ha atrasado.⁶¹ En el 2019, 1 millón de casos de violencia de la pareja íntima y 5,100 casos de femicidio estaban pendientes ante las cortes.

En el 2013, Brasil legalizó el matrimonio entre personas del mismo sexo, las parejas LGBTIQ+ tienen derecho a adoptar, y el cambio de género es legal.⁶² En el 2019, la corte suprema también prohibió la violencia y discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género, pero la violencia y discriminación contra la población LGBT continúa.⁶³ La Procuraduría General de Derechos Humanos reportó a Human Rights Watch que entre enero y junio 2020, recibió 1,134 denuncias de violencia, discriminación, y otros abusos contra la población LGBT.⁶⁴

52. Sexualrightsdatabase.org (2022) “Sexual Rights Database”, <https://sexualrightsdatabase.org/countries/403/Brazil>, visitado el 14 de marzo 2022.

53. Avert (2022) “HIV and AIDS in Brazil”, <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/latin-america/brazil>, visitado el 23 de marzo 2022.

54. Quaresma da Silva, D., Ulloa Guerra, G. and Sperling, C. (2013) “Sex education in the eyes of primary school teachers in Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, Brazil”, *Reproductive Health Matters*, 21(41), 114-123, DOI: [10.1016/S0968-8080\(13\)41692-0](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(13)41692-0)

55. Sexualrightsdatabase.org (2022) op. cit.

56. United Nations Development Programme (2020) *Human Development Report*, <https://hdr.undp.org/en/countries/profiles/BRA>, visitado el 23 de marzo 2022.

57. Reis Brandão, E., da Silva Cabral, C. (2019) “Sexual and reproductive rights under attack: the advance of political and moral conservatism in Brazil”, *Sexual and Reproductive Health Matters*: 27(2), 76-86, DOI: [10.1080/26410397.2019.1669338](https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1669338)

58. Ibid.

59. Human Rights Watch (2022) *Human Rights Watch: Women’s Human Rights: Abortion*, <https://www.hrw.org/legacy/women/abortion/brazil.html>, visitado el 23 de marzo 2022.

60. Ibid.

61. Human Rights Watch (2021) “Brazil Events of 2020”, <https://www.hrw.org/world-report/2021/country-chapters/brazil>, visitado el 4 de mayo 2022.

62. Equaldex (2022) “LGBT Rights in Brazil”, <https://www.equaldex.com/region/brazil>, visitado el 4 de mayo 2022.

63. Johnson, A. (2021) “Epidemic of Violence: Brazil shocked by barbaric gang rape of gay men”. *The Guardian*, 9 June, <https://www.theguardian.com/global-development/2021/jun/09/epidemic-of-violence-brazil-shocked-by-barbaric-gang-rape-of-gay-man>, visitado el 4 de mayo 2022.

64. Human Rights Watch (2021) “Brazil Events of 2020”, <https://www.hrw.org/world-report/2021/country-chapters/brazil>, visitado el 4 de mayo 2022.

REPÚBLICA DOMINICANA

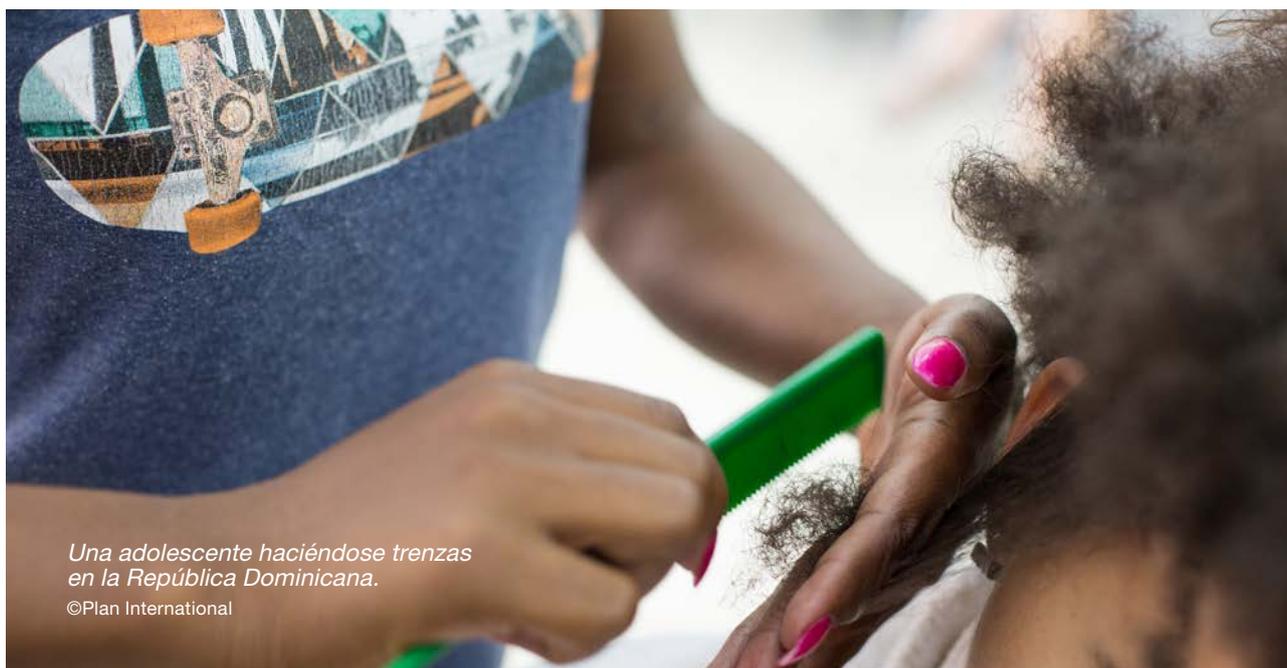
La tasa de fertilidad de República Dominicana es 2.4 nacimientos por mujer, sienta la tasa de embarazo en adolescentes la más alta de Latinoamérica y el Caribe (vea [Tabla 2](#)). El gobierno ha desarrollado una estrategia nacional para reducir la tasa de embarazos en adolescentes, pero sigue siendo alta. República Dominicana no ha implementado la educación sexual integral en las escuelas. Algunas escuelas ofrecen talleres sobre SDRS pero no hay un abordaje consistente obligatorio. Esto deja a los niños y a las niñas viviendo su bienestar y relaciones sexuales sin suficiente información. En muchas partes del país, no hay lugar para que las niñas accedan a servicios de SSR confidenciales, no estigmatizantes, adaptados para adolescentes.⁶⁵

La República Dominicana ha manejado exitosamente la epidemia del VIH. Se estima que 70,000 habitantes viven con VIH, siendo los subgrupos tales como poblaciones clave y migrantes los que más están en riesgo.⁶⁶ El país ha logrado un progreso sustancial en la inscripción de pacientes a la terapia antirretroviral, y para el 2019 el número de pacientes en tratamiento había aumentado en 63% con respecto a los últimos cinco años.⁶⁷

La tasa de mortalidad materna en República Dominicana es casi el doble del promedio regional (vea [Tabla 2](#)), la tasa de mortalidad neonatal es alta, 19.4% por cada 1,000 nacido(a)s vivo(a)s.^{68,69} Las autoridades dominicanas se han comprometido a eliminar las muertes maternas prevenibles con la meta de lograr 70 muertes por cada 100,000 nacido(a)s vivo(a)s.⁷⁰

El aborto está prohibido en República Dominicana sin excepción, lo que aumenta los riesgos de salud y seguridad de las mujeres y niñas afectadas. Se estima que, cada año, 25,000 mujeres y niñas son tratadas en el sistema público de salud por complicaciones derivadas de abortos espontáneos, estas complicaciones resultan en al menos el 8% de las muertes maternas.⁷¹

En el 2020, República Dominicana reportó la mayor incidencia de muertes de mujeres en manos de su pareja o anterior pareja (1.0 por cada 100,000 mujeres).⁷² Las actividad entre personas del mismo sexo es legal, pero el matrimonio entre personas del mismo sexo no está reconocido.⁷³ Las personas LGBTQ+ están sujetas a violencia y discriminación basadas en su orientación sexual e/o identidad de género.⁷⁴



Una adolescente haciéndose trenzas en la República Dominicana.

©Plan International

65. Human Rights Watch (2019) 'I felt like the world was falling down on me': Adolescent Girls Sexual and Reproductive Health and Rights in the Dominican Republic', <https://www.hrw.org/report/2019/06/18/i-felt-world-was-falling-down-me/adolescent-girls-sexual-and-reproductive>- visitado el 15 de marzo 2022.
66. AIDS Healthcare Foundation (2022) Dominican Republic - HIV/AIDS Testing - AIDS Healthcare Foundation, <https://www.aidshealth.org/global/dominican-republic/#:~:text=In%202018%2C%20an%20estimated%2070%2C000,compared%20to%20men%20at%201%25>, visitado el 13 de marzo 2022.
67. PEPFAR (2019) "Dominican Republic Country Operational Plan", https://2017-2021.state.gov/wp-content/uploads/2019/09/Dominican-Republic_COP19-Strategic-Directional-Summary_public.pdf, visitado el 17 de marzo 2022.
68. The United Nations Population Fund (2018) "Dominican Republic 2018", https://www.unfpa.org/sites/default/files/DO_UNEPA_Results_07_27.pdf, visitado el 17 de marzo 2022.
69. United Nations Department of Economic and Social Affairs (2022) *SDG Global Database*, <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database>, visitado el 23 de marzo 2022.
70. Human Rights Watch (2022) "It's Your Decision, It's Your Life", <https://www.hrw.org/report/2018/11/19/its-your-decision-its-your-life/total-criminalization-abortion-dominican-republic>, visitado el 14 de marzo 2022.
71. Ibid.
72. United Nations Gender Equality Observatory for Latin America and the Caribbean (2020) "Women's deaths at the hands of their intimate partner or former partner", <https://oig.cepal.org/en/indicators/womens-deaths-hands-their-intimate-partner-or-former-partner>, visitado el 4 de mayo 2022.
73. Equaldex (2022) "LGBT Rights in Dominican Republic", <https://www.equaldex.com/region/dominican-republic>, visitado el 4 de mayo 2022.
74. Human Rights First (n.d.) Fact sheet, <https://www.humanrightsfirst.org/sites/default/files/dominican-republic-fact-sheet.pdf>



Adolescentes jugando al fútbol en El Salvador.

©Plan International

EL SALVADOR

Existen varias leyes en El Salvador que mencionan la educación sexual como un derecho y necesidad. Adicionalmente, el Ministerio de Educación revisó su currículo para integrar la educación sobre sexualidad en todos los niveles, pero no tiene la autoridad para convertirla en un mandato y estandarizarla pues no es una ley.^{75,76}

El Salvador tiene muchos instrumentos legales que subrayan la importancia de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres jóvenes, incluyendo su acceso a servicios. De acuerdo con la Guía Técnica para la Provisión de Servicios de Planificación Familiar, los y las adolescentes son el grupo que merece “atención especial” con respecto a la anticoncepción, y declara que este segmento de la población debiera poder tener acceso a dichos servicios desde los 10 años de edad.⁷⁷ Sin embargo, a pesar de las protecciones legales, las investigaciones demuestran que a veces existe desconexión entre la ley y la práctica.⁷⁸ La tasa de fertilidad en el Salvador es de 2.2 niño(a)s por mujer, con un alta tasa de nacimientos en adolescentes de 69.5 (vea la [Tabla 2](#)). La prestación de servicios es a discreción, y algunas clínicas se rehúsan prestar sus servicios si no cuentan con el consentimiento parental cuando la persona es menor de 18 años.⁷⁹

El Salvador prohíbe el aborto en todos los casos y la terminación del embarazo puede enviar a una mujer a la cárcel hasta por ocho años. En algunos casos, el/la Juez(a) puede encontrar a la mujer culpable de homicidio agravado, lo que puede significar una pena de hasta 50 años. Los anteriores intentos por descriminalizar el embarazo en El Salvador no han tenido éxito, incluyendo dos propuestas, en el 2018, para permitir el aborto bajo ciertas excepciones, pero lo(a)s legisladore(a)s no las llevaron a votación.⁸⁰ En el 2021, hubo un fallo histórico en la Corte Interamericana de Derechos Humanos (máximo órgano judicial de derechos humanos en las Américas), cuando la corte responsabilizó al gobierno salvadoreño por la muerte de Manuela, una mujer que en el 2008 fue sentenciada a 30 años de prisión por homicidio agravado después de sufrir una emergencia obstétrica que resultó en la pérdida de su embarazo.⁸¹ Manuela murió en prisión de cáncer cervical, después de recibir inadecuado diagnóstico y tratamiento médico. En un fallo que aplica a los países de Latinoamérica y el Caribe bajo la jurisdicción de la Corte Interamericana, el personal de salud ya no puede referir a una mujer para la aplicación de la ley cuando esta acuda a un hospital en busca de atención por aborto u otros servicios de salud reproductiva.⁸²

Las tasas de violencia de género son extremadamente altas. En el 2017, un estudio nacional encontró que el 67% de las mujeres han sufrido alguna forma de violencia, incluyendo violación sexual, violencia de la pareja íntima (IPV [por sus siglas en inglés]), y abuso por parte de miembros de su familia.⁸³

La actividad entre personas del mismo sexo es legal en El Salvador, pero el matrimonio y uniones civiles entre personas del mismo sexo están prohibidos. Un informe de Human Rights Watch confirma el reconocimiento del propio gobierno salvadoreño de que la población LGBT enfrenta “tortura, tratamiento inhumano y degradante, uso excesivo de fuerza, arresto ilegal y arbitrario, y otras formas de abuso, mucho del cual es cometido por los agentes de seguridad pública”.⁸⁵

75. Sexualrightsdatabase.org. (2022) “Sexual Rights Database”, <https://sexualrightsdatabase.org/countries/468/El%20Salvador>, visitado el 14 de marzo 2022.

76. Rios, L. (2019) “Can sex education make a difference amid El Salvador’s violent, conservatism?” NBC [online], 19 July, <https://www.nbcnews.com/news/latino/can-sex-education-make-difference-amid-el-salvador-s-violence-n1026201>, visitado el 4 de mayo 2022.

77. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2008) “Guía Técnica de Atención en Planificación”.

78. IPPF (2014) “Sobreprotegidos y desatendidos. Un estudio multipaís sobre las barreras legales para acceso de la gente joven a los servicios de salud sexual y reproductiva”, http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_coram_el_salvador_report_es_web.pdf, visitado el 16 de marzo 2022.

79. Ibid.

80. Al Jazeera (2021) “The abortion cases that could force El Salvador to loosen its ban”, <https://www.aljazeera.com/news/2021/3/14/the-abortion-cases-that-could-force-el-salvador-to-loosen-its-ban>, visitado el 16 de marzo 2022.

81. Centre for Reproductive Rights (2012) “Manuela v. El Salvador (Inter-American Court of Human Rights)”, <https://reproductiverights.org/case/manuela-v-el-salvador-inter-american-court-of-human-rights/>, visitado el 15 de marzo 2022.

82. Ibid.

83. Nugent, C. (2019) “Violence Against Women in El Salvador Is Driving Them to Suicide - Or to the U.S. Border”, Time Magazine, 14 May, <https://time.com/5582894/gender-violence-women-el-salvador/>, visitado el 4 de mayo 2022.

84. Equaldex (2022) “LGBT Rights in Dominican Republic”, <https://www.equaldex.com/region/dominican-republic> visitado el 4 de mayo 2022.

85. Human Rights Watch (2021) “‘I’m Lucky to Still Be Alive’ Violence and Discrimination Against LGBT People in El Salvador”, https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2021/03/%E2%80%99I%2E%80%99m%20Lucky%20to%20Still%20Be%20Alive%E2%80%9D.pdf visitado el 4 de mayo 2022.



3.3.2 África Occidental y Oriental

BENÍN

En el 2004, Benín adoptó el Código de la Persona y la Familia, el cual busca eliminar la discriminación contra las mujeres y las niñas, y abolir las disposiciones discriminatorias del derecho consuetudinario de Dahomey, incluyendo la poligamia y la edad para el matrimonio.⁸⁶ Sin embargo, mucho(a) s ciudadano(a)s confían en las tradiciones orales por lo que el cumplimiento de las leyes del legislativo puede ser lento en algunas comunidades que funcionan de acuerdo al “derecho vivo”.⁸⁷

Desde el 2018, la Educación Sexual Integral se ha incluido en el currículo de la escuela secundaria.⁸⁸ La educación sobre VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual es obligatoria dentro del currículo de estudios de los niveles primario, secundario, y terciario pero la ley exige que exista consulta previa con padres y madres sobre el contenido y materiales.⁸⁹

Las normas sociales y culturales también impiden el acceso a información y servicios de SSR para adolescentes y jóvenes. El porcentaje de adolescentes que ya han tenido sexo antes de los 15 años se sitúa en 12% para las mujeres y el 6.2% para hombres.⁹⁰ El gobierno de Benín brinda apoyo directo para anticonceptivos, y la planificación familiar está incluida dentro del Paquete Mínimo de Servicios que el gobierno requiere que cada centro de salud proporcione.⁹¹ Sin embargo, sólo el 9.3% de las mujeres entre 15 y 19 años reportan usar un método moderno de anticoncepción.⁹² Los métodos más prevalentes son los condones masculinos (3.5%), inyectables (2%), implantes (0.9%), píldoras anticonceptivas orales (0.5%), y esterilización femenina (2.4%).⁹³

En el 2020, el VIH se redujo a 0.9% de 1.4% en el 2001.⁹⁴ El número de adolescentes entre 10 y 19 años que viven con VIH es 2,600 mujeres y 2,200 hombres.⁹⁵

El porcentaje de adolescentes menores de 15 años que están casado(a)s o unido(a)s es del 9% para las mujeres, y 0.4% para los hombres.⁹⁶ El porcentaje de niñas de 15 a 19 años que en los últimos 12 meses denunciaron violencia física fue 13%, y violencia sexual 3%.

Vea información sobre el aborto en Benín en la sección 4.2.2: [Casilla 4](#).

Benín no criminaliza la actividad entre personas del mismo sexo, pero el matrimonio entre personas del mismo sexo no es legal –sin embargo, no hay protección legal contra la discriminación basada en la orientación sexual e identidad de género⁹⁷–. Las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo no son generalmente aceptadas en Benín.

86. Sexualrightsdatabase.org (2022) “Sexual Rights Database”, <https://sexualrightsdatabase.org/countries/482/Benin>, visitado el 14 de marzo 2022.

87. Ibid.

88. IPPF (2021) “Adapting Family Planning in Times of Crisis: Bringing Comprehensive Sexuality Education Online in Benin”, <https://africa.ippf.org/resource/adapting-family-planning-services-times-crisis-bringing-comprehensive-sexuality-education> visitado el 14 de marzo 2022.

89. Sexualrightsdatabase.org (2022) op. cit.

90. World Health Organization and Human Reproduction Programme Research for Impact (2021) “Benin Contraception within the context of adolescents and reproductive lives: Country Profile” https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hrp/adolescents-srh-country-factsheets-2021.pdf?sfvrsn=62aec9d5_17, visitado el 26 de abril 2022.

91. Guttmacher Institute (2015) “Contraceptive Use in Benin”, <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-benin-contraception.pdf> visitado el 15 de marzo 2022

92. Guttmacher Institute (2016) “Contraceptive Failure Rates in the Developing World: An Analysis of Demographic and Health Survey Data in 43 Countries.”

93. Ibid.

94. World Bank (2022) “Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49) - Benin | Data”, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.AIDS.ZS?locations=BJ> visitado el 24 de marzo 2022.

95. World Health Organization and Human Reproduction Programme Research for Impact (2021) “Benin Contraception within the context of adolescents and reproductive lives: Country Profile”. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hrp/adolescents-srh-country-factsheets-2021.pdf?sfvrsn=62aec9d5_17, visitado el 26 de abril 2022.

96. Ibid.

97. Equaldex (2022) “LGBT Rights in Benin”, <https://www.equaldex.com/region/benin>, visitado el 4 de mayo 2022.

TOGO

En el 2020, Togo tenía una población de 8.2 millones de habitantes.⁹⁸ La medida en que las leyes y regulaciones del país garantizan a mujeres y hombres de 15 años en adelante el pleno e igual acceso al cuidado, atención y educación en salud sexual y reproductiva se situó en 73% en el 2019.⁹⁹ Sin embargo, las leyes y regulaciones no se cumplen totalmente debido a un subfinanciado sistema de salud.¹⁰⁰

El porcentaje de adolescentes que reportan tener sexo a la edad de 15 años es 10% para las niñas y 9% para los niños. En comparación, el 19% de mujeres, y el 7% de hombres reportaron estar sexualmente activos en el último mes.¹⁰¹ Una ley del 2007 sobre salud reproductiva¹⁰² ofrece a adolescentes el acceso a servicios de anticoncepción y posaborto. De acuerdo con el Banco Mundial, la prevalencia en el uso de anticonceptivos se mantuvo en 24% en el 2017.¹⁰³ La necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos fue de 49% para las niñas casadas o unidas, y de 61% para las no casadas ni unidas.¹⁰⁴ El número de adolescentes que vive con VIH es 4,700 mujeres y 3,700 hombres.

Los indicadores clave de salud sexual y reproductiva están mejorando. La tasa total de fertilidad se redujo de 4.5 en el 2015, a 4.2 nacimientos por mujer en el 2019.¹⁰⁵ Desde hace unos años, la tasa de partos en adolescentes se está reduciendo (vea la [Tabla 2](#)).¹⁰⁶ La tasa de mortalidad materna también se está reduciendo (vea la [Tabla 2](#)).¹⁰⁷

Las leyes y regulaciones no obligan a impartir educación sexual en las escuelas.¹⁰⁸ La falta de currículo y el bajo presupuesto para las necesidades de educación sexual, así como la poca conciencia por parte de las autoridades de salud y educación sobre la necesidad de educación sexual implica que el currículo de educación prácticamente no exista dentro del sistema nacional de educación formal e informal y de capacitación vocacional.¹⁰⁹

El porcentaje de adolescentes que reportan estar casado(a)s o unido(a)s antes de los 15 años es 6.4% para mujeres y 0.4% para hombres.¹¹⁰ El porcentaje de niñas de 15 a 19 años que reportan violencia física en los meses pasados es 11% y violencia sexual 1%.

Adolescente escuchando una lección en Togo.

© Plan International



En Togo la mutilación genital femenina fue prohibida por ley en 1998, pero aún se practica, principalmente entre las familias de las minorías étnicas y familias nómadas, y mayormente en la Región Central, en donde el 17% de las mujeres entre 15 y 49 años reportan haber sido mutiladas.¹¹¹ Esta práctica cultural ha disminuido significativamente, de una prevalencia general de escisión del 10% entre mujeres de 45 a 49 años y una prevalencia de 2% entre las niñas de 15 a 19 años.¹¹² No obstante, también está la probabilidad de subregistro.

El aborto en Togo está permitido sobre la base de la salud o de fundamentos terapéuticos, como el caso de violación, incesto, y malformación fetal.¹¹³ Las personas LGBTQ+ enfrentan discriminación institucional y cultural pues las relaciones entre personas del mismo sexo aún son ilegales y altamente estigmatizadas.¹¹⁴

98. World Bank (2022) "World Development Indicators", <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators>, visitado el 14 de marzo 2022.

99. UN Stats (2022) <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/countryprofiles/TGO#goal-5>, visitado el 8 de marzo 2022.

100. GIZ (n.d.) "ProSanté: strengthening the health system", <https://www.giz.de/en/worldwide/70760.html>, visitado el 19 de marzo 2022.

101. World Health Organization and Human Reproduction Programme Research for Impact (2021) "Togo Contraception within the context of adolescents' and reproductive lives: Country Profile", https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hrp/adolescents-srh-country-factsheets-2021.pdf?sfvrsn=62aec9d5_17, visitado el 26 de abril 2022.

102. Guttmacher Institute (2008) "Development in Laws on Induced Abortion: 1998-2007", <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2008/developments-laws-induced-abortion-1998-2007>, visitado el 19 de marzo 2022.

103. World Bank (2022) "World Development Indicators", <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators>, visitado el 14 de marzo 2022.

104. World Health Organization and Human Reproduction Programme Research for Impact (2021) "Togo Contraception within the context of adolescents' and reproductive lives: Country Profile", https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hrp/adolescents-srh-country-factsheets-2021.pdf?sfvrsn=62aec9d5_17, visitado el 26 de abril 2022.

105. World Bank (2022) "World Development Indicators", <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators>, visitado el 14 de marzo 2022.

106. UNDP (n.d.) *Human Development Reports*, <https://hdr.undp.org/data-center>, visitado el 14 de marzo 2022.

107. Ibid.

108. UNDESA (2022) "SDG Indicators Database", <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/countryprofiles/TGO#goal-5>, visitado el 14 de marzo 2022.

109. Plan International Togo, "Country Strategy 2019-2023"

110. World Health Organization and Human Reproduction Programme Research for Impact (2021) op. cit.

111. Plan International Togo, op. cit.

112. Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire - MPDAT/Togo, Ministère de la Santé - MS/Togo and ICF International, 2015. Enquête Démographique et de Santé au Togo 2013-2014. Rockville, Maryland, USA: MPDAT, MS and ICF International.

113. Centre For Reproductive Rights (2022) "The World's Abortion Laws", <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/?country=TGO>, visitado el 24 de marzo 2022.

114. Ibid.

UGANDA

El Instituto Guttmacher resalta varias brechas en los servicios de SSR para mujeres adolescentes en Uganda, indicando que se estima que 648,000 mujeres entre los 15 y 19 años están sexualmente activas y no quieren descendencia en los próximos dos años, pero entre este grupo, más del 60% tiene insatisfecha su necesidad de anticonceptivos modernos.¹¹⁵

El marco Nacional de Educación sobre Sexualidad es la política central para la educación sobre sexualidad en Uganda.¹¹⁶ Sin embargo, los contenidos de este marco están centrados en valores religiosos y culturales.¹¹⁷ El marco subraya la abstinencia sexual. Todos los grupos etarios aprenden sobre educación sexual de alguna forma. Sin embargo, el currículo, bajo cada sección, solo incluye temas considerados adecuados para la edad. Por ejemplo, el objetivo “apreciar la importancia de la virginidad y a abstinencia sexual” inicia a partir de los seis años en adelante.¹¹⁸

La Encuesta Demográfica y de Salud de Uganda (DHS [por sus siglas en inglés]), año 2016, indica que la población adolescente hace su incursión a la vida sexual a temprana edad; entre las personas de 20 a 29 años de edad el 11% de los hombres y el 18% de las mujeres dijeron que habían iniciado su actividad sexual antes de los 15 años.¹¹⁹ La actividad sexual temprana sin protección, y los altos niveles de embarazo en adolescentes (vea [Tabla 2](#)) también contribuyen a la mortalidad materna y neonatal.¹²⁰ El personal de salud generalmente tiene puntos de vista estigmatizados sobre las niñas adolescentes y madres, las cuales tienen dificultades en el acceso a servicios de SSR.¹²¹

Las tasas de mortalidad materna siguen siendo altas (vea [Tabla 2](#)), debido a la atención obstétrica inadecuada, bajo alfabetismo, y normas culturales que llevan a comportamientos de búsqueda de salud inadecuados.¹²²

Uganda tiene 1.4 millones de personas que viven con VIH, en donde las niñas y mujeres jóvenes son desproporcionadamente más afectadas, con un total de 62,000 niñas entre los 10 y 19 años que son VIH positivas.¹²³ Las actividades entre personas del mismo sexo están criminalizadas. Las leyes punitivas y las actitudes estigmatizantes hacia los hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajador(a)s sexuales, y personas que se inyectan drogas implican que estos grupos que son los más vulnerables a infectarse tienen muchas menos probabilidades de tener acceso a servicios para VIH.¹²⁴

El porcentaje de niñas casadas o unidas es 7% (antes de los 15 años) y 0% para los hombres (vea en la [Tabla 2](#) las cifras para antes de los 18 años).¹²⁵ En los últimos 12 meses, el porcentaje de niñas en edades de 15 a 19 que reportan violencia física es el del 23%, y violencia sexual 5%.

Para obtener información sobre el aborto en Uganda vea la sección 4.2.2: [Casilla 4](#).



Una niña cuida de sus arbolitos en Uganda.
©Plan International

115. Guttmacher Institute (2019) “In Uganda, Sexual and Reproductive Health Services fall short for adolescents”, <https://www.guttmacher.org/news-release/2019/uganda-sexual-and-reproductive-health-services-and-information-fall-short>, visitado el 24 de marzo 2022.

116. Sexualrightsdatabase.org (2022) “Sexual Rights Database”, <https://sexualrightsdatabase.org/countries/457/Uganda>, visitado el 24 de marzo 2022.

117. Ministry of Education and Sports (2018) “National Sexuality Education Framework”, <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/s3.sourceafrica.net/documents/119376/UNFPA-68-090518.pdf>

118. Ibid.

119. Uganda Bureau of Statistics (UBOS) and ICF (2018) Uganda Demographic and Health Survey 2016, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR333/FR333.pdf>, visitado el 14 de marzo 2022.

120. Plan International Uganda, Country Strategy 2017–2021

121. Ibid.

122. World Bank (2022) “World Development Indicators”, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=UG>, visitado el 14 de marzo 2022.

123. Be in the know (2020) “At a glance: HIV in Uganda”, <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/Uganda>, visitado el 14 de marzo 2022

124. Ibid.

125. United Nations Development Programme (2020) Human Development Report, <https://hdr.undp.org/data-center>, visitado el 4 de mayo 2022.



VIETNAM
CAMBOYA
FILIPINAS

3.3.3 Sudeste de Asia

CAMBOYA

Camboya tiene una población total de 16.7 millones,¹²⁶ de la cual, cerca de 5.9 millones tienen 17 años o menos.¹²⁷ Camboya ha adoptado políticas y programas en áreas clave para mejorar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y ha logrado progresos en mejorar la salud materno infantil en las áreas rurales.¹²⁸

El Paquete Mínimo y Complementario de Actividades de Servicios de Salud de Camboya enumera los servicios a ser prestados por los hospitales y que incluyen el cuidado de salud materna (incluyendo la emergencia obstétrica y cuidado de el/la recién nacido(a)), planificación familiar, aborto, tratamiento del VIH/SIDA e ITSs, y prevención, detección, y tratamiento del cáncer de cérvix.¹²⁹

El porcentaje de adolescentes que ya han tenido sexo a la edad de 15 años es de 1.4% en mujeres y 0.3% en hombres, mientras que el 12.4% de mujeres adolescentes entre los 10 y 19 años reportan haber estado sexualmente activas en el último mes, comparado con el 4% de hombres adolescentes.¹³⁰ El 15% de las niñas adolescentes de 15 a 19 años que están casadas o unidas reportan necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos.¹³¹

La tasa de mortalidad materna por cada 100,000 nacido(a)s vivo(a)s ha disminuido de 472 en el 2005 a 160 en el 2021 (vea la [Tabla 2](#)). La tasa de fertilidad está reduciéndose a 2.5 nacimientos por mujer en el 2019 (vea la tasa de partos de adolescentes en la [Tabla 2](#)).¹³² Sin embargo, el porcentaje de adolescentes que han dado a luz varía mucho entre provincias.¹³³

Este año, el Ministerio de Educación de Camboya comenzó a implementar un enfoque más holístico para la educación en salud, brindando información sobre temas de salud sexual que son más integrales que las actuales clases de biología.¹³⁴ El currículo incluye atención al bullying y a la discriminación de LGBTIQ.¹³⁵

La prevalencia del VIH entre la población en general (15 a 49 años) ha disminuido constantemente a lo largo de la última década.¹³⁶ El número de adolescentes (de 10 a 19 años) que viven con VIH es 1,800 mujeres y 1,800 hombres.¹³⁷

La porción de niñas casadas o unidas, menores de 15 años es 2%, y 0% para los niños (vea en la [Tabla 2](#) las tasas para menores de 18).¹³⁸ En los últimos doce meses, 3% de las niñas de 15 a 19 años reportaron violencia física y 0.2%, violencia sexual.

El aborto en Camboya es legal a solicitud dentro de las primeras 12 semanas de embarazo.¹³⁹

126. World Bank (2022) "World Development Indicators", <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=UG>, visitado el 14 de marzo 2022.

127. UNICEF (2018) *A Statistical Profile of Child Protection in Cambodia*, <https://www.unicef.org/cambodia/media/711/file>, visitado el 24 de marzo 2022.

128. UNFPA (2019) "Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage", https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SRHR_an_essential_element_of_UHC_2020_online.pdf

129. UNFPA (2019) "Sexual and Reproductive Health and Rights: An essential element of universal health coverage", <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SRHR.pdf>, visitado el 10 de marzo 2022.

130. World Health Organization and Human Reproduction Programme Research for Impact (2021) "Cambodia Contraception within the context of adolescents' and reproductive lives: Country Profile", https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hrp/adolescents-srh-country-factsheets-2021.pdf?sfvrsn=62aec9d5_17, visitado el 26 de abril 2022.

131. Ibid.

132. World Bank (2022) "World Bank Development Indicators", <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=KH>, visitado el 10 de marzo 2022.

133. UNICEF (2018) op. cit.

134. VOA Khmer (2020) "Education Ministry to Incorporate Mental Health, Sex Education into Curriculum", <https://www.voacambodia.com/a/education-ministry-to-incorporate-mental-health-sex-education-into-curriculum-/5638955.html>

135. Ibid.

136. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2015) *2014 HIV and AIDS Estimates*, UNAIDS.

137. UNAIDS (2020) "Trends of new HIV infections", <http://aidsinfo.unaids.org>, visitado el 16 de abril 2022.

138. World Health Organization and Human Reproduction Programme Research for Impact (2021) "Cambodia Contraception within the context of adolescents' and reproductive lives: Country Profile".

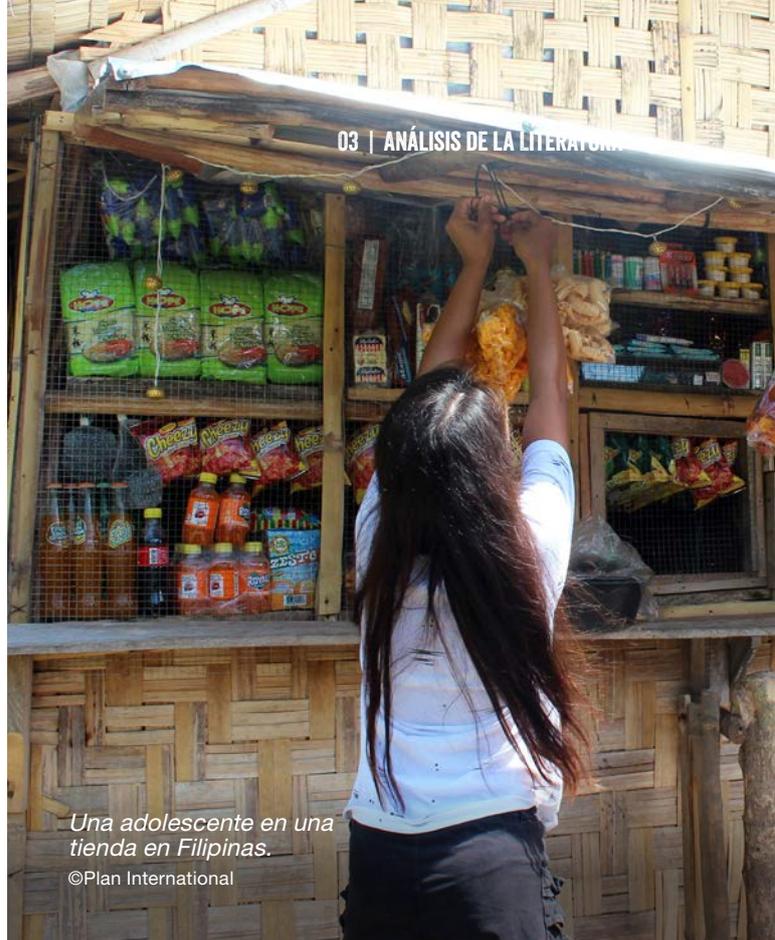
139. Centre For Reproductive Rights (2022) "The World's Abortion Laws", <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/?country=KHM>, visitado el 24 de marzo 2022.

FILIPINAS

La fuerte influencia de los valores cristianos y las normas sociales hacen difícil para las mujeres y las niñas tomar el control de su salud sexual en Filipinas.¹⁴⁰ En el 2012, el gobierno aprobó una ley (The Responsible Parenthood, Reproductive Health and Population and Development Act [Ley de Paternidad Responsable, Salud Reproductiva y Población y Desarrollo]) que brinda acceso gratuito o subsidiado a métodos anticonceptivos, educación sexual, y cuidado materno. Sin embargo, la píldora anticonceptiva de emergencia es considerada como “abortifaciente” y no está permitida por el Philippines National Drug Formulary System [Sistema Nacional de Formulario de Medicamentos de Filipinas].¹⁴² La porción de adolescentes de 15 a 19 años cuya necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos fue 28% para las casadas o unidas y de 62% para las no casadas ni unidas.

De acuerdo a la Ley, la educación sobre sexualidad adecuada para la edad es obligatoria para las edades de 10 a 19 años en escuelas sin afiliación religiosa, no obstante, solo si se cuenta con el consentimiento parental.¹⁴³ El país tiene la tasa más alta de embarazo en adolescentes de toda Asia (vea la e [Tabla 2](#)).¹⁴⁴

Recientemente, en marzo del 2022, Filipinas elevó la edad de consentimiento de 12 a 16 años.¹⁴⁵ La porción de niñas que reportan haber tenido sexo alguna vez es 12% para aquellas en edades de 15 a 19 años y de 2% para las menores de 15 años.¹⁴⁶ Filipinas también tiene la tasa de crecimiento de epidemia de VIH más rápida de Asia y la región del Pacífico, con un 237% de aumento de casos nuevos de VIH al año entre el 2010 y el 2020.¹⁴⁷ El gobierno aprobó una Ley con el objetivo de abordar problemas de SDRS tales como embarazo en adolescentes, muertes relacionadas con el embarazo, y aumento del VIH/SIDA. Sin embargo, muchas personas en la sociedad civil argumentan que la ley no va lo suficientemente lejos y que debiera brindar información adecuada sobre salud reproductiva a las y los adolescentes sin condicionantes.¹⁴⁸



Una adolescente en una tienda en Filipinas.

©Plan Internacional

En Filipinas, el aborto es ilegal bajo cualquier circunstancia.¹⁴⁹ Sin embargo, aún es común que se lleve a cabo, pero en condiciones inseguras, lo que contribuye a la alta tasa de mortalidad materna (vea la [Tabla 2](#)).¹⁵⁰

La porción de niñas menores de 15 años, casadas o unidas es del 2% (vea en la [Tabla 2](#) las cifras para antes de los 18).¹⁵¹ La porción de niñas en edades de 15 a 19 años que en los últimos 12 meses ha reportado violencia física es 6%, y violencia sexual, 1%.

La actividad sexual entre personas del mismo sexo es legal, pero el matrimonio entre personas del mismo sexo no es legal en Filipinas.¹⁵² Las personas LGBTIQ+ aún experimentan discriminación, bullying y, a veces, violencia pues no hay una ley nacional contra la discriminación que ofrezca protección. Muchas personas LGBTIQ+ no pueden reclamar sus derechos básicos, pueden ser discriminadas en el trabajo y, además se les niega el acceso a servicios.¹⁵³

140. UNESCO, UNFPA, UNAIDS, UNDP and Youth Lead (2013) *Young People and the Law in Asia and the Pacific: A review of laws and policies affecting young people's access to sexual and reproductive health and HIV services*, p.19

141. Sexualrightsdatabase.org (2022) "Sexual Rights Database", <https://sexualrightsdatabase.org/countries/475/Philippines>, visitado el 14 de marzo 2022.

142. UNFPA, WHO and Inter-agency Working Group on SSR and HIV Linkages (2021) "Sexual Reproductive Health and Rights Infographics Snapshot – Philippines", <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349696/WHO-SRH-21.157-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, visitado el 17 de marzo 2022.

143. Amnesty International (2012) "Reproductive rights gains for women in the Philippines", <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2012/12/imperfect-philippines-health-law-still-fresh-start-women-s-rights/>, visitado el 24 de marzo 2022.

144. UNDESA (2019) "World Population Prospects: The 2019 Revision", Rev 1. New York, <https://population.un.org/wpp/>, visitado el 30 de abril 2022.

145. Reuters (2022) "Philippines raises age of sexual consent from 12 to 16", <https://www.nbcnews.com/news/world/philippines-raises-age-sexual-consent-12-16-rcna18939>, visitado el 4 de mayo 2022.

146. World Health Organization and Human Reproduction Programme Research for Impact (2021) "The Philippines Contraception within the context of adolescents' and reproductive lives: Country Profile", https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hrp/adolescents-srh-country-factsheets-2021.pdf?sfvrsn=62aec9d5_17, visitado el 26 de abril 2022.

147. National HIV/AIDS & STI Surveillance and Strategic Information Unit of the Department of Health – Epidemiology Bureau (2020) *A Briefer on the Philippine HIV Estimates*, https://doh.gov.ph/sites/default/files/publications/A%20Briefer%20on%20the%20PH%20Estimates%202020_08232021.pdf, visitado el 24 de marzo 2022.

148. Amnesty International (2012) op. cit.

149. Centre For Reproductive Rights (2022) "The World's Abortion Laws", <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/?country=PHL>, visitado el 24 de marzo 2022.

150. UNFPA, WHO and Inter-agency Working Group on SSR and HIV Linkages (2021) "Sexual Reproductive Health and Rights Infographics Snapshot – Philippines", <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349696/WHO-SRH-21.157-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, visitado el 17 de marzo 2022.

151. World Health Organization and Human Reproduction Programme Research for Impact (2021) "Philippines Contraception within the context of adolescents' and reproductive lives: Country Profile", https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hrp/adolescents-srh-country-factsheets-2021.pdf?sfvrsn=62aec9d5_17, visitado el 26 de abril 2022.

152. Stonewall (2018) *Global Workplace Briefing: The Philippines*, https://www.stonewall.org.uk/system/files/philippines_global_workplace_briefing_2018.pdf, visitado el 4 de mayo 2022.

153. Ibid.

VIETNAM

Vietnam tiene uno de los marcos legales más progresivos para la SDR en Asia a través de la aprobación de la Estrategia Nacional de Población y Salud Reproductiva (2001-2020).¹⁵⁴ En las últimas décadas, el país ha logrado un sustancial progreso en mejorar los resultados de salud sexual y reproductiva, y fue uno de los únicos nueve países que lograron la meta de los ODMs en el 2015 con respecto a la reducción de la mortalidad materna.¹⁵⁵ En el 2019, esta permaneció en 43 por cada 1,000 nacido(a)s vivo(a)s –aún y así, esta tasa es dos o tres veces más alta entre las minorías étnicas¹⁵⁶–.

Datos del UNFPA revelan que el 70% de mujeres casadas usan algún método anticonceptivo, y existen varios métodos modernos disponibles.¹⁵⁷ Sin embargo, muchas campañas de planificación familiar no abordan el creciente número de jóvenes vietnamitas que están sexualmente activas antes del matrimonio, pues las relaciones sexuales premaritales son consideradas un tabú.¹⁵⁸

En Vietnam a la educación sobre sexualidad la llaman educación sobre población, y la ordenanza sobre Población del 2003 exige que se brinde en todos los grados de las instituciones educativas estatales.¹⁵⁹ Sin embargo, las organizaciones de la Sociedad Civil reportan que no hay educación integral sobre sexualidad. Las políticas y prácticas de Vietnam sobre educación sexual no incluyen el abordaje obligatorio de la orientación sexual y la identidad de género.¹⁶⁰

El aborto es legal en Vietnam, cuyo entorno en materia de política de aborto es, en gran medida, sin restricciones.¹⁶¹ Entre el 2015 y el 2109, la tasa de abortos aumento en 16% y la porción de embarazos no intencionales o no deseados que terminaron en aborto subió del 64% al 75%.¹⁶²

La actividad sexual entre personas del mismo sexo es legal en Vietnam.¹⁶³ En el 2014, la Asamblea Nacional eliminó de la lista de relaciones prohibidas las uniones entre personas del mismo sexo.¹⁶⁴ En el 2015, la Asamblea Nacional actualizó el Código Civil para eliminar de la ley la prohibición a las personas transgénero de cambiar su género legal; sin embargo, no ofreció un procedimiento transparente y accesible para poder hacerlo.¹⁶⁵ Niños, niñas, y personas adultas jóvenes de las minorías sexuales y de género en Vietnam sufren estigma y discriminación.

154. Centre for Creative Initiatives in Health and Population (n.d.) "Country Profile on Universal Access to Sexual and Reproductive Rights in Vietnam", <https://arrow.org.my/wp-content/uploads/2017/04/Country-Profile-on-SRR-Vietnam.pdf>, visitado el 29 de marzo 2022.

155. UNFPA Vietnam (n.d.) "Sexual and Reproductive Health", <https://vietnam.unfpa.org/en/node/15212>, visitado el 29 de marzo 2022.

156. Ibid.

157. UNFPA Vietnam (n.d.) op. cit.

158. Ibid.

159. Sexualrightsdatabase.org (2022) "Sexual Rights Database", <https://sexualrightsdatabase.org/countries/416/Viet%20Nam>, visitado el 29 de marzo 2022.

160. Human Rights Watch (2020) "My Teacher said I had a disease: Barrier to the Right to Education for LGBT Youth in Vietnam", <https://www.hrw.org/report/2020/02/13/my-teacher-said-i-had-disease/barriers-right-education-lgbt-youth-vietnam>, visitado el 4 de mayo 2022.

161. Centre For Reproductive Rights (2022) "The World's Abortion Laws", <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/?country=VNM>, visitado el 29 de marzo 2022.

162. Guttmacher Institute (2022) "Vietnam country profile", <https://www.guttmacher.org/geography/asia/viet-nam>, visitado el 29 de marzo 2022.

163. Equaldex (2022) "LGBT Rights in Vietnam", <https://www.equaldex.com/region/vietnam>, visitado el 4 de mayo 2022.

164. Human Rights Watch (2020) "My Teacher said I had a disease: Barrier to the Right to Education for LGBT Youth in Vietnam", <https://www.hrw.org/report/2020/02/13/my-teacher-said-i-had-disease/barriers-right-education-lgbt-youth-vietnam>, visitado el 4 de mayo 2022.

165. Ibid.



04

HALLAZGOS

Adolescentes tomándose de los manos en Togo.
©Plan International



Una adolescente en El Salvador juega al fútbol en la playa.

©Plan International

Cuando los hallazgos son relevantes a la cohorte completa o sólo a personas entrevistadas y países específicos lo hemos dejado indicado, de lo contrario los hallazgos presentan instancias en las que varias personas, en varios países, declararon puntos de vista/opiniones similares, o bien, los puntos de vista/opiniones se alinearon frecuentemente en la base de datos.

4.1 EDAD Y MENARQUIA: PUNTOS DE PARTIDA PARA EL DIÁLOGO SOBRE SDSR

Entre los datos de la cohorte se evidencian actitudes dominantes sobre la educación en SDSR, las cuales son definidas por lo que lo(a)s cuidadore(a)s consideran “adecuado” e “inadecuado” que las niñas sepan sobre SDSR y el momento en que es aceptable que aprendan sobre ello. A lo largo de los datos longitudinales, lo(a)s cuidadore(a)s indican que creen que hablarles a las niñas sobre SDSR es importante y necesario –no obstante, estas conversaciones surgen en ciertos momentos adecuados en la vida de una niña–.

4.1.1 “Aún no”

Es notable que a lo largo de la niñez y adolescencia temprana de las niñas, sus cuidadore(a)s dicen que aún son “muy jóvenes” para aprender sobre SDSR, ya sea porque piensan que no es relevante a su edad, o porque creen que no es adecuado o aceptable que aprendan. Un punto clave en la vida de una niña, y que lo(a)s cuidadore(a)s citan como el momento en que empezarán o permitirán la discusión sobre SDSR, es la menarquia o primer ciclo menstrual. Sobre la menstruación, alguno(a)s cuidadore(a)s indican que *intentan* asumir un enfoque positivo discutiendo el tema con las niñas, pero sólo cuando las niñas ya están menstruando en lugar de hacerlo con anticipación para prepararlas para esa experiencia. Lo(a)s cuidadore(a)s consideran que las discusiones sobre la menstruación son irrelevantes o inadecuadas por lo que hay que esperar hasta que la niña tenga su

primer período. Por ejemplo, en el 2017, la madre de Ly (11 años) en Vietnam, dijo que cuando Ly tuviera su primer período sí intentaría hablarle sobre la menstruación, pero que “*no podía*” explicárselo aún. Una madre en Togo tuvo una opinión similar:

“Djoumai está más informada que en años anteriores porque yo le estado dando gradualmente parte de la información desde que empezó con sus períodos.”

MADRE DE DJOUMAI, TOGO, 2021

Cuando lo(a)s cuidadore(a)s reportan tener comunicación con las niñas sobre SDSR, los temas que abordan generalmente no son integrales. La higiene menstrual y la conductas “adecuadas” durante la menstruación –incluyendo evitar ciertas actividades, espacios, ropa, y alimentos– son algunos de los temas con los que lo(a)s cuidadore(a)s se sienten cómodo(a)s para hablar con las niñas. En algunos casos, esta es considerada como información que las niñas deben recibir antes de iniciar la menstruación, aunque en otros, sólo es considerada relevante cuando las niñas ya han comenzado su primera menstruación. Sin embargo, queda claro que aún en los casos en que las niñas han comenzado a menstruar, el razonamiento sobre la edad adecuada para discutir sobre SDSR sigue siendo citado por mucho(a)s cuidadore(a)s.

Justificaciones similares expresan lo(a)s cuidadore(a)s con respecto a otros aspectos de la SDSR. Las conversaciones en torno al sexo no están normalizadas entre los países de la cohorte. Si bien, alguno(a)s cuidadore(a)s indica(n) que es un tema del que intentan hablar más adelante, nuevamente, en varios casos, sigue estando atado a la idoneidad de la edad; el tema ha sido considerado irrelevante a su edad. Incluso en el caso de Folami (Togo, 2021) que tiene 15 años y tuvo un bebé el año pasado, su madre aún piensa que ella es muy joven para saber todo sobre SDSR. Sin embargo, su madre sí trata de hablar con ella sobre evitar un segundo embarazo.

Los datos longitudinales demuestran que, a menudo, lo(a)s cuidadore(a)s citan una edad “apropiada” para hablar con a las niñas sobre SDSR que es un poco mayor que la edad actual de la niña –cualquiera que sea la edad actual de la niña–. Por ejemplo, en el 2016, cuando Andrea (El Salvador) tenía 10 años. Su bisabuela dijo que hablar sobre SDSR “*aún no aplicaba*” pero que cuando Andrea “*tenga 11 años entonces sí, porque estará entrando a la adolescencia*”. La abuela de Ayomide, en Togo, dijo algo similar en el 2017 cuando Ayomide tenía 11 años:

“Yo no le hablo a ella sobre temas relacionados al sexo porque aún está muy joven. Esperaré a que tenga entre 12 y 14 años, cuando entre en la adolescencia.”

ABUELA DE AYOMIDE, TOGO, 2017

Esta es una coincidencia notable entre cuidadore(a)s y niñas en los datos longitudinales con respecto a la edad en que las niñas dicen que les gustaría, o debieran, recibir educación sobre SDSR; también ellas se refieren a la edad “apropiada” como aquella que es unos años mayor a su edad actual, o la edad que asocian con convertirse en adultas –en algunos casos a los 18, en otros, a los 20–. Esto puede ser un indicador de las normas presentes en las comunidades y los mensajes trasladados a las niñas por sus cuidadore(a)s en los que el sexo es considerado como un tema del que es inadecuado hablar hasta que las niñas sean mayores. Este es el caso en la mayoría de los países de la cohorte, hasta que en las últimas rondas de recopilación de datos, a la edad de 14-15 años, muchas de las niñas en los países de Latinoamérica y el Caribe consideraron esta información como necesaria y relevante para ellas. En contraste, las niñas en Togo, Benín, y Uganda, particularmente, continúan identificando mayores edades como el momento adecuado:

“Yo no creo que sea una buena idea, aún como niñas y niños. Creo que debemos comenzar a hablar sobre estas cosas cuando tengamos 15 años porque ya seremos grandes y estaremos en la escuela secundaria.”

THEA, 11, BENÍN, 2017

“Yo sé que talvez no sea posible, pero 18 años es la edad más adecuada para que las niñas aprendan sobre esto. [¿Por qué?] Porque a los 18 años ya ella habrá cursado al menos todas clases de la secundaria básica. De lo contrario, podría resultar teniendo relaciones con un hombre, quedar embarazada, y este sería el final de sus estudios.”

BETI, 15, UGANDA, 2021

El ejemplo de Beti indica que, al igual que las actitudes expresadas por mucho(a)s de lo(a)s cuidadore(a)s de la cohorte, ella asocia el aprendizaje sobre SDSR con estar sexualmente activa. Por lo tanto, las normas en torno a cuándo es “adecuado” que las niñas sean sexualmente activas influyen en cuándo es aceptable que ellas aprendan sobre SDSR –lo que está dejando a las niñas sin información ni preparación–.

4.1.2 “Ahora es una mujer”

Entre los datos de la cohorte, existe una fuerte asociación entre la menarquia y el inicio de la edad fértil de la mujer y, por lo tanto, una esperada disposición de la niña para comenzar a portarse

como mujer adulta. Tanto las niñas como sus cuidadore(a)s se refieren “al cambio” como un momento crucial e inevitable en la vida de una niña, en el que ya no es considerada niña sino “mujer joven” o “mayor de edad”. La adolescencia raras veces es reconocida como un período único de transición en sí mismo, y la menarquia marca entonces el cambio inmediato de niña a mujer. La madre de Andrea, en El Salvador, refiere que las amigas de Andrea que “ya *tuvieron su cambio*” (es decir, comenzaron a menstruar) ahora son “*como mujeres jóvenes*”. (El Salvador, 2017).

“Ella cumplirá 13 este sábado, pero no es una señorita [es decir, mujer joven] aún, apenas es una niña, aún no ha menstruado.”

ABUELA DE JULIANA, BRASIL, 2019

Con este irrevocable cambio vienen las nuevas expectativas sociales de que las niñas se ajustarán a los comportamientos considerados aceptables y que dejarán de hacer ciertas actividades que solían disfrutar. Una madre de la cohorte en El Salvador comparte que espera que su hija se comporte como una dama ahora y que debe aprender a “sentarse adecuadamente”. Muchas de las niñas de la cohorte repiten estas expectativas normativas; explicando lo que las demás personas esperan de ellas cuando empiezan a menstruar:

“Si ya estuviera menstruando, ya no debiera jugar con los niños tan seguido. Debemos ser más refinadas cuando ya somos mayores.”

EDWINA, 12, FILIPINAS, 2018

Mientras que algunas niñas repiten estos discursos dominantes sin comentar al respecto, otras indican que han luchado en con estas reglas pero que sienten la precisión social de cambiar su comportamiento. La experiencia de Rosemie, por ejemplo, muestra el nivel de sensibilidad a las sanciones sociales a las que las niñas están sujetas cuando no se ajustan a las normas o comportamientos “aceptables”:

“Ahm, es duro. Porque antes no existía tal cosa. Tú eres joven, puedes jugar, puedes divagar. Ya no más, porque es vergonzoso que te digan ‘tú ya eres una señorita, y sigues jugando afuera’. Entonces las demás personas lo oyen. Es vergonzoso.”

ROSAMIE, 15, FILIPINAS, 2021



Para lo(a)s cuidadore(a)s, el desarrollo físico de las niñas es considerado una señal para que ello(a)s comuniquen sus alertas sobre evitar a los niños y los hombres –y en el caso de la madre de Jane, que es más explícita, evitar las relaciones sexuales–:

“Yo siempre le digo que a su edad, y ahora que su cuerpo ha empezado a desarrollar, no debe relacionarse con niños u hombres porque fácilmente puede quedar embarazada. También le digo que aunque el busto empieza a crecer y su cuerpo está cambiando, ella debe enfocarse en sus estudios porque involucrarse en asuntos sexuales es para mayores de edad.”

MADRE DE JANE, UGANDA, 2021

Las niñas mismas muestran un cambio en el tiempo con relación a sus actitudes hacia las relaciones románticas, ellas critican a sus pares que ven que tienen relaciones en la adolescencia temprana, luego, a medida que crecen, comentan cada vez menos sobre las relaciones de sus pares, y algunas de ellas indican que ellas mismas tienen, o han tenido una relación.

Un aspecto medular en la discusión sobre la menstruación, como punto de partida al cambio significativo para las niñas, es la preocupación de sus cuidadore(a)s sobre los riesgos a los que ello(a)s consideran que ahora están expuestas las niñas. El embarazo es el más prominente de estos riesgos en todos los datos de la cohorte, en donde la menstruación parece estar asociada en algunos casos con un “cuerpo de mujer” que puede –o se espera que pueda– tener hijo(a)s:

“... ella definitivamente tiene que cambiar sus modales y ser más cuidadosa porque si ahora ella juega con cualquier hombre se embaraza, porque ahora es una mujer y esto me preocupa.”

MADRE DE AMELIA, UGANDA, 2018

“Yo le digo a ella que ahora hay mucho peligro ... Es porque existe el riesgo de que quede embarazada, eso es demasiado, ya ella tiene cuerpo de mujer, ya menstruó, el riesgo es que quede embarazada por salir y que alguien le haga algo malo.”

MADRE DE LARISSA, BRASIL, 2017

En muchos casos, lo(a)s cuidadore(a)s vinculan el miedo al embarazo con la violencia de género (GBV) más que con el resultado de las relaciones sexuales consensuadas. Alguno(a)s, como la

madre de Amelia en Uganda (2018), argumentan la preocupación de que debido a los cambios físicos que conlleva la pubertad, los hombres ahora considerarán a las niñas como adultas, aumentando su riesgo de experimentar acoso y otras formas de GBV. La madre de Rosemie, en Filipinas, expresa preocupación acerca de que el desarrollo de su hija le ha traído una “buena figura” que atraerá a “chicos malos” (2017). Las niñas mismas reportan el impacto que el acoso ha tenido en su bienestar y como se sienten con respecto a sus cuerpos. Por ejemplo, en el 2021, Sheila (15 años) en Uganda, explicaba que los cambios en su cuerpo la hacían “sentir mal” debido a las reacciones que recibía de los hombres, quienes asumían que debido a su apariencia ya estaba lista para las relaciones sexuales, a las que ella se refiere como “amoríos”.

A medida que el cuerpo de las niñas madura, se exponen a muchas formas de acoso callejero, tales como silbidos e insultos por parte de niños y hombres adultos. Los ejemplos aumentan a medida que entran a la adolescencia tardía, lo cual es una preocupación cada vez mayor para lo(a)s cuidadore(a)s. Este comportamiento de los niños y los hombres es normalizado y referido como parte inevitable de la experiencia de la adolescencia y edad adulta de las niñas:

“Algunos niños cuando crecen se vuelven un poquito difíciles, ellos quieren, ellos molestan, ellos quieren tocarlas.”

ABUELA DE BESSY, EL SALVADOR, 2018

Las niñas reportan frecuentes casos de atención no deseada, manoseos y toqueteos de sus compañeros, con poca capacidad de evitar lo que está pasando. Reportan experimentar o presenciar acoso y violación por parte de los niños en la escuela, particularmente contra las niñas cuyos cuerpos han desarrollado: *“Una niña tiene pechos grandes. Cuando pasó por donde estaban los niños uno de ellos le agarró sus pechos”*. (Reyna, 12 años, Filipinas, 2018). Esto causa ansiedad y a algunas les lleva a evitar entablar amistad con los niños porque ellas *“se sienten nerviosas y temerosas de ellos”*. (Nakry, 11 años, Camboya, 2017).

Algunas niñas reportan que se les ha dicho que no le digan a nadie que han comenzado a menstruar, particularmente a niños y hombres, lo que nuevamente indica que las normas que asocian la pubertad y menstruación con la edad fértil de la mujer crean suposiciones sobre la madurez sexual de la mujer: *“[Qué debieras hacer cuando ya tienes tu período?] No demostrarlo ante los niños”*. (Dolores, 11 años, Filipinas, 2017).

Para Narky (2018), la menstruación también significa estar aislada de sus padres y amistades, pues la mandan a dormir a una habitación aparte para que nadie vea sus períodos. Dice que su relación con sus amigos ha cambiado desde que sus períodos iniciaron:

“Realmente cambia. Ya casi no estoy con ello(a)s ... Mis amiga(o)s también se alejan de mi cuando tengo sangrado vaginal.”

NAKRY,12, CAMBOYA, 2018

En el Salvador, la madre de Gabriela le dijo que no le dijera a nadie sobre su período y dice que su mismo padre no sabe que ha comenzado a menstruar. Gabriela está preocupada por cómo las demás personas la tratarán si lo descubren. Esto no solo significa que haya vergüenza vinculada a la menstruación, sino que también existen sanciones sociales para quienes no se ajustan a las normas que definen qué comportamientos son “aceptables” por parte de las niñas que menstrúan –las cuales ahora son consideradas “adultas”–. Aquí la inferencia es que con la menstruación, las normas han aumentado su influencia sobre el comportamiento de las niñas mediante el temor a las sanciones y aislamiento.

“Ma papá no sabe, sólo mi mamá ... Ella me dijo que cuando pasara le dijera solo a ella y a nadie más ... Porque no es algo que le debas decir a todo el mundo porque entonces ya sabrán y todo eso. [¿Qué podría pasar si se enteran?] Podrían burlarse de mí, dirían ‘ella ya no es una niña, ya creció, y no jugaremos con ella’ y todo eso.”

GABRIELA, 12, EL SALVADOR, 2018

Aunque alguno(a)s cuidadore(a)s como la madre de Barbara en Benín (2021), reportan decirles a las niñas explícitamente que el riesgo de embarazo es la razón por la que deben cambiar ciertos comportamientos, a menudo las propias niñas discuten este consejo en términos más ambiguos. Esto puede indicar, ya sea que las niñas prefieren no hablar abiertamente sobre el sexo y el embarazo, o que en realidad no están seguras de la justificación detrás de estas nuevas restricciones sobre la forma en que ellas pasan su tiempo y con quién lo hacen.

Alguno(a)s cuidadore(a)s también hablan sobre las expectativas de que con la menstruación vienen cambios inherentes al comportamiento de las niñas para los cuales deben prepararse. La madre de Dariana, en República Dominicana (2017), por ejemplo, dice que cuando una niña comienza a menstruar, empezará a comportarse como “una mujercita” y que por eso es probable que pronto “se enamore de un joven”. En El Salvador, la madre de Gabriela (2017), asociaba la menstruación con un punto decisivo para comportamientos más rebeldes y se preocupaba de que su hija se volviera como otras niñas que hacían lo que querían y ya no escuchaban a sus padres.

Si bien la menstruación está asociada con la transición del cuerpo de niña al de una mujer, otro aspecto de preocupación para lo(a)s cuidadore(a)s con respecto a este cambio es que las niñas

siguen siendo inexpertas e “inocentes”. De esta forma, alguno(a)s cuidadore(a)s discuten cómo esta brecha en la madurez física y psicológica aumenta la vulnerabilidad de las niñas a la potencial manipulación de otras personas, particularmente, de los niños y hombres que puedan “engañarlas”.

“Cuando las mujeres comienzan a tener su menstruación, esperan poder embarazarse, por lo que me preocupa que ella esté jugando con algunos niños y conciba, o que los niños la engañen con regalos y luego quede embarazada o contraiga alguna enfermedad.”

MADRE DE NAMAZZI, UGANDA, 2020



Una adolescente que regresa a casa de la escuela en la República Dominicana. ©Plan International

4.1.3 Orientación sexual de las niñas

En los datos de la cohorte, la discusión sobre las relaciones románticas o sexuales de las niñas es heteronormativa y está dominada por la preocupación de lo(a)s cuidadore(a)s sobre la edad a la que las niñas entablarán relaciones con los niños, y lo que esto pueda significar para su futuro. En los países de la cohorte latinoamericana, caribeña, y del África Occidental y Oriental, las relaciones románticas están fuertemente asociadas con embarazos, casamientos, o uniones. En la mayoría de los casos –incluyendo los países al sudeste de Asia, en donde el embarazo y el matrimonio se mencionan menos que las consecuencias del “amor” para las adolescentes– una preocupación clave es que la educación de las niñas se verá negativamente afectada por una relación romántica. Esto puede deberse a un embarazo, a la pérdida de interés en la escuela o que se distraiga de ella, o que la pareja obligue o manipule a la niña para que deje la educación:



“¿Tienes alguna preocupación sobre Mirembe?” Ella puede verse provocada por los jóvenes a su alrededor, ahora que ella ha comenzado con sus períodos ... Estoy preocupado de que sea provocada por los niños y ya no estudie, pues quiero que continúe con sus estudios.”

PADRE DE MIREMBA, UGANDA, 2019

La discusión sobre la sexualidad es relativamente limitada en los datos de la cohorte y, en algunos casos el término “sexualidad” es interpretado o utilizado por lo(a)s participantes en forma diferente a su definición oficial.¹⁶⁶ Una minoría de cuidadore(a)s –más evidentemente en Togo– reconoce la sexualidad de las niñas, sobre todo cuando expresan sus preocupaciones sobre las amistades del sexo opuesto. Esto se basa en una expectativa de que las niñas innatamente se sentirán atraídas por los niños y los hombres y que eso, inevitablemente, las llevará a relaciones sexuales. Cuando en otros países de la cohorte lo(a)s cuidadore(a)s han reconocido la sexualidad de las niñas, esta vuelve a ser abordada solo en términos de la heterosexualidad y en relación a las preocupaciones de que inicien las relaciones sexuales a una edad muy joven, y en cómo esto podría potencialmente impactar su futuro:

“Estoy un poco preocupada porque Doris es muy ... cómo puedo decir esto... siempre que ve niños adolescentes, se inquieta, entonces no sé si es por lo mismo que le interesan los niños, por lo que me asusta que complique las cosas muy pronto.”

MADRE DE DORIS, EL SALVADOR, 2018

Sin embargo, la mayoría describe a las niñas como objetos de deseo masculino, más que como personas que también tienen deseos sexuales. Las niñas en sí no hablan abiertamente sobre sus preferencias sexuales y, a la fecha, no se les ha preguntado directamente acerca de ello en el estudio.¹⁶⁷ En Camboya y Filipinas, algunas niñas expresan ansiedad por su futuro, habiéndoseles dicho que en algún punto los hombres se interesarían en ellas –se cree que esto es de una vía, algo impuesto a las niñas les guste o no–:

“Creo que puedo terminar el 12do grado. [¿Estás preocupada de que haya algún obstáculo que evite que lo logres?] Sí. Me preocupa que me comprometan con alguien. [¿Qué te hace pensar eso?] Me preocupa que los hombres se enamoren de mí cuando crezca.”

LINA, 12, CAMBOYA, 2018

“Yo sé que cuando ya eres una joven, alguien comenzará a sentirse atraído hacia ti. [¿Quién?] Hombres ...”

RUBYLYN, 15, FILIPINAS, 2021

Si bien las preocupaciones de lo(a)s cuidadore(a)s en torno del embarazo, la reputación de las niñas, y la distracción de los estudios, como los principales riesgos de la sexualidad de las niñas, dominan los datos, lo(a)s cuidadore(a)s también comparten preocupaciones sobre qué implica si las adolescentes no demuestran ninguna expresión de sexualidad. No obstante, el deseo de prevenir o evitar, hasta donde sea posible, cualquier actividad sexual, tanto en los niños como en las niñas, en algunos casos lo(a)s cuidadore(a)s expresan que la integración con los niños es necesaria para que las niñas no se “vuelvan lesbianas”. A veces, las mismas niñas hacen eco de esta preocupación. Michelle, en las Filipinas describe cómo la amistad de una niña con los niños puede ser interpretada de dos formas contradictorias sobre su sexualidad:

166. La legislación en Togo y Uganda criminaliza a las personas LGBT. En El Salvador los matrimonios y uniones entre personas del mismo sexo están prohibidas. En Benín, Camboya, República Dominicana, Filipinas, y Vietnam la legislación nacional no reconoce el matrimonio entre personas del mismo sexo. En Brasil el matrimonio entre personas del mismo sexo es legal.

167. Esto se debe a varios factores incluyendo restricciones de tiempo para entrevistas multitemáticas, sensibilidades culturales al discutir ciertos temas, y la edad de quienes participan. Esto será integrado en futuras rondas de recopilación de datos.

“ [¿Tienes amigos hombres?] Ninguno. [¿Por qué no tienes amistades que sean hombres?] No me gustan los niños, me gustan las niñas. [¿Por qué no te gustan amistades que sean hombres?] Porque otras personas podrían pensar ... [¿Qué podrían pensar?] Pueden pensar que soy lesbiana [¿En qué estás pensando?] Mi madre pensaría que tengo novio” . ”

MICHELLE, 13, FILIPINAS, 2019

03 LA INFLUENCIA DE LA RELIGIÓN

Aunque la mayoría de cuidadore(a)s no necesariamente hablan del sexo como inmoral en términos religiosos, sí sigue siendo considerado un tabú y es disfrazado como lenguaje de protección en lugar de como concepto de bienestar sexual.^{168,169} Sin embargo, en algunos países de la cohorte, las instituciones religiosas han tenido una influencia clave en el enfoque de lo(a)s cuidadore(a)s hacia la sexualidad de las niñas, particularmente en Benín, Togo, Filipinas, y República Dominicana.

La abuela de Lelem en Togo (2021), usa las enseñanzas de la iglesia para definir su propia comunicación con sus nieto(a)s sobre el sexo. La madre de Alice, en Benín, cree que debido a las enseñanzas de su iglesia, Alice tiene toda la información que necesita sobre SDR. La misma Alice (12 años, Benín, 2018), explica qué le han enseñado sobre SDR en la iglesia: “[¿Cómo crees que las niñas debieran aprender sobre sexo y embarazo?] *Nuestra iglesia nos enseña que las niñas deben permanecer vírgenes hasta que se casen*”. Ladi, en Togo (2021), reporta que le hablaron de SDR en la escuela Coránica.

Los vínculos entre la “inmoralidad” del sexo en términos de la religión no se mencionan, excepto por algunos casos en las Filipinas, República Dominicana, Uganda, y Benín, en donde el sexo está explícitamente prohibido y se resalta la importancia de la virginidad y la castidad:

“ Dios siempre recompensa la paciencia. Cuando te casas, Dios quiere que seas pura, una virgen. Yo siempre le hablo a ella de eso, le digo: ‘Siempre que vamos a un evento, nos invitan a la iglesia, o si hay una boda.’ Le digo: ‘Mira, ella se casó, puedes ver por qué ella se casó en una iglesia? Porque es pura. ”

MADRE DE DARIANA,
REPÚBLICA DOMINICANA, 2020

4.2 LA MITIGACIÓN DEL RIESGO ES PRIORIZADA SOBRE EL BIENESTAR SEXUAL

En general, las niñas en la cohorte hablan de educación en SDR como una herramienta necesaria para mitigar los riesgos que ellas asocian con la pubertad y el sexo. No se discute sobre el bienestar sexual, o las actitudes positivas hacia la salud sexual o el placer en los datos de la cohorte, lo que puede ser una reflexión de cómo este tema se aborda en las escuelas, familia, y entre miembros de la comunidad, así como en las instituciones religiosas en donde reportan que reciben información sobre SDR.

4.2.1 El diálogo sobre SDR como estrategia de mitigación de riesgos

Para lo(a)s cuidadore(a)s que ven cierto nivel de educación sobre SDR como necesario para las niñas, generalmente su razonamiento para esto es garantizar que las niñas se puedan proteger ellas mismas del embarazo y la GBV.

“ Generalmente, también le explico a ella sobre la vida cuando va creciendo. Le digo sobre lo que debe hacer y cómo protegerse cuando llegue a la pubertad. Le digo que tiene que tratar de cuidarse a sí misma. ”

MADRE DE OANH, VIETNAM, 2018

168. Como lo es la autoestima sexual, autoeficacia sexual, autoconcepto sexual, agencia sexual, excitación sexual, deseo y placer, satisfacción sexual, asertividad imagen corporal positiva, comunicación en las relaciones, y ansiedad y efectos negativos. [Fragmento traducido al español para efectos de este informe].

169. Plan International, Rutgers and Karolinska Institute (2021) *Young people's perspective of sexual wellbeing and consent: A Literature Review*, https://plan-international.org/uploads/2021/12/young_peoples_perspectives_of_sexual_wellbeing_and_consent_-_a_literature_review.pdf, visitado el 4 abril 2022.



Una adolescente embarazada en Togo.
©Plan International

De la misma forma, la razón más importante por la que las niñas quieren saber más sobre SDRS es para evitar las consecuencias negativas del sexo, tales como el embarazo no intencional o no deseado, y las infecciones de transmisión sexual, y “que sucedan otras cosas malas”. Ellas creen que pueden protegerse mejor si están más informadas:

“ Me gustaría tener más información sobre sexualidad, me ayudará cuando empiece a salir con los jóvenes. Sabría cómo evitar el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. ”

THEA, 15, BENÍN, 2021

En algunos casos, particularmente en los países de la cohorte del África Occidental y Oriental, lo(a)s cuidadore(a)s comparten estar motivado(a)s a hablar sobre y sexualidad y pubertad por temor a que las niñas puedan ser “engañadas” o “desviadas del camino” por jóvenes u otros pares si permanecen desinformadas. Algunas niñas reiteran este razonamiento: “*Sí, se les debe dar [a las jóvenes] tanta información como sea posible para que puedan evitar ser engañadas por los jóvenes*”. (Isabelle, 15 años, Benín, 2021). Para Isabelle en Benín, estar más informada sobre SDRS también incluye estar preparada para responder al acoso sexual por parte de jóvenes y hombres en su comunidad.

En algunos casos como el de Tene, en Togo, las niñas reiteran discursos similares a los de sus cuidadore(a)s en torno al papel que la educación sobre SDRS juega en la enseñanza a las niñas sobre cómo comportarse adecuadamente: “*Sí, me enseñará cómo comportarme adecuadamente*”. [¿Crees que las niñas deben aprender sobre el sexo y pubertad?] *Sí, para que sepan lo que es bueno hacer y lo que es malo*”. (Tene, 15 años, Togo, 2021). Para lo(a)s cuidadore(a)s que sí preparan a las niñas para la menstruación antes de que empiecen con sus períodos, el prepararlas para la menstruación y para los cambios corporales, también suele estar fuertemente ligado al riesgo.

Alguno(a)s cuidadore(a)s y niñas discuten sobre el sexo con protección pero, comparado con la abstinencia, raras veces se refleja en las respuestas como una estrategia de mitigación de riesgos relacionados al sexo. Cuando Stephany en el Salvador le preguntó a su madre sobre métodos anticonceptivos, su madre dijo que se sorprendió y que no supo qué decir. Sin embargo, la curiosidad de Stephany terminó llevándolas a una conversación sobre métodos anticonceptivos en la que su madre le explicó que ella usaba “la píldora” y cómo funcionaba, pero que Stephany no tenía permitido usarla aún, pues todavía era una niña (12 años); pero su madre le confirmó a Stephany que podía usarla cuando fuera mayor y estuviera en una relación. No obstante, el diálogo entre Stephany y su madre ilustra cómo, a pesar de que existen algunas reservas entre lo(a)s cuidadore(a)s a hablar abiertamente sobre temas de SDRS, ello(a)

s están dispuesto(a)s a hacerlo, aún y cuando el tema se considera difícil de abordar. Discusiones como esta también preparan potencialmente el camino para que cuando Stephany sea sexualmente activa se sienta más cómoda de acudir a su madre en busca de consejo y para promover más diálogos positivos a futuro.

Sólo tres niñas mencionaron la anticoncepción cuando se discutía si se les debía enseñar sobre sexo y pubertad. Las tres (Natália en Brasil, Chesa en Filipinas, y Tan en Vietnam, 2021) compartieron que los condones eran una forma en la que las niñas se cuidaban mejor, pudiendo evitar el embarazo y las infecciones de transmisión sexual.

4.2.2 El riesgo es individualizado

Como se ha demostrado, usar el diálogo sobre SDR como estrategia de mitigación contra los resultados “negativos” de la SDR para las niñas es común en toda la cohorte. Esta información y consejos que se comunican a las niñas sobre cómo evitar riesgos es muy individualizada; las niñas reportan haber sido instruidas para reducir sus movimientos, alejarse de niños y hombres, cambiar su apariencia, vestimenta, y comportamiento, todo, para proteger su seguridad física y reputación:

“ Mi madre me dijo: Tú tienes que cuidarte mucho a ti misma, mucho cuando tengas tu período... porque a veces cuando ... Algunas veces dicen que debemos tener cuidado con nuestro cuerpo debido a los hombres borrachos. ”

VALERIA, 11, EL SALVADOR, 2017

Incluso, a medida que las niñas de la cohorte entran a la adolescencia, aún se considera tabú hablar sobre sexo con ellas, y las normas sociales en relación a las conversaciones sobre el sexo continúan siendo rígidas. A medida que las niñas se hacen mayores, las normas que regulan la sexualidad de las niñas adolescentes se combinan con actitudes conservadoras que se oponen a que las niñas se vuelvan sexualmente activas antes del matrimonio.¹⁷⁰ Esto está demostrado por las opiniones de lo(a)s cuidadore(a)s que se enfocan predominantemente en la abstinencia y en alejarse de los niños y los hombres: *“los padres las motivan a abstenerse porque decirles más es empujarlas a tener sexo”*. (Madre de Amelia, Uganda, 2021).

(i) Embarazos no intencionales o no deseados

El alto valor atribuido a la abstinencia generalmente se menciona en términos de ser por protección a las niñas, por lo que limita su movilidad. El consejo clave de lo(a)s cuidadore(a)s para que las niñas eviten el embarazo es evitar a los niños y no permitir que nadie las “toque”. El lenguaje utilizado por lo(a)s cuidadore(a)s y las niñas comunica un sentido de temor sobre los posibles resultados que la pubertad

conlleva y resalta la responsabilidad de las niñas en mitigar los riesgos que los niños y los hombres claramente representan para ellas.

Alguno(a)s cuidadore(a)s, como la madre de Dariana, en República Dominicana (2018), se enfocan en reducir la interacción de las niñas con sus pares que ella considera que son mala influencia –aquellas que ya están en una relación y que son mal vistas por su inadecuado comportamiento, y que pueden representar un riesgo para las niñas si hacen lo mismo–. La madre de Jacqueline, en Benín (2021), ha tomado un enfoque similar, pues la propia Jacqueline (15) explica: *“Yo he crecido un poco desde que te vi la última vez y he comenzado con mis períodos. Mi madre me dice que deje de ver a ciertas amigas que ella no prueba, ellas eran amigables con los niños”*.

Lo(a)s cuidadore(a)s quieren que las niñas demuestren “comportamientos adecuados” para evitar embarazos no intencionales o no deseados, haciendo recaer principalmente sobre las niñas toda la responsabilidad de no quedar embarazadas, y ninguna sobre los niños y los hombres. Una creencia muy común es que las niñas debieran enfocarse en sus estudios e ignorar el acercamiento de los niños para evitar el embarazo temprano y asegurar su futuro:

“ La compañera graduanda de mi hija no se graduó porque quedó embarazada. Él [el novio] tampoco se graduó. Por eso, siempre les digo que terminen su educación porque miren nuestra vida, nosotros no estudiamos. ”

MADRE DE MARICEL, FILIPINAS, 2021

“ Sí, yo he hablado con ella sobre eso [sexo y adolescencia], sí lo he hecho. Es un tema que trae muchos problemas y lo que ella dice es ‘yo no, papá, yo quiero estudiar’. Hacemos algunas bromas, yo le digo que ella no vaya a tener novio, especialmente ahora que ella está mayor, ‘no lo haré papá, yo quiero continuar mi camino’ pero depende de ella. ”

PADRE DE KAREN, EL SALVADOR, 2018

Sin embargo, la madre de Saily (2018) toma un enfoque levemente diferente, reconociendo que es imposible separar totalmente a las niñas de los niños y que la amistad con los niños es aceptable *“siempre y cuando haya respeto”*. Ella indica que prohibirle a Saily que interactúe con los niños no es realista pero que sí le aconseja que no sea *“tan confiada”*, que no se deje que la toquen, y que no les permita *“que crucen la línea”*. (Madre de Saily, República Dominicana, 2018).

170. Buller, A.M., Schulte, M.C. (2018) “Aligning human rights and social norms for adolescent sexual and reproductive health and rights”, *Reproductive Health Matters*, 26(52), 38-45, DOI: 10.1080/09688080.2018.1542914

04 DISCUSIÓN SOBRE EL ABORTO EN BENÍN Y UGANDA

Raras veces lo(a)s cuidadore(a)s o las niñas hablan del aborto, posiblemente porque es ilegal o restringido legalmente en todos los países de la cohorte, excepto en Vietnam, Benín, y Camboya. Tampoco hay preguntas directas sobre ello debido a las restricciones legales y sensibilidades que giran en torno a él en la mayoría de los países de la cohorte. Por lo tanto, no es claro qué normas o actitudes están en juego con respecto al aborto, pero en Uganda y Benín las personas entrevistadas refieren algunas discusiones sobre el aborto:

“Una de mis compañeras de clase, que tenía 14 años, hizo amistad con un joven a través de Facebook. Cuando se conocieron, tuvieron relaciones sexuales y ella quedó embarazada. Ella quiso abortar, pero sus padres y los padres del joven no la dejaron, así que conservó a su bebé.”

THEA, 15, BENÍN, 2021

“Le agradezco a Dios que al final ella [hermana de Joy] no estuvo tentada a abortar a su bebé. Si lo hubiera hecho, yo realmente no me hubiera enterado de que ella durmió con un hombre.”

ABUELA DE JOY, UGANDA, 2021

Las personas entrevistadas compartieron historias de niñas que murieron cuando trataban de abortar, indicando que el aborto no es considerado una opción segura: “Mi hermana tenía una amiga que murió recientemente mientras abortaba”. (Amelia, 15 años, Uganda, 2021). El aborto en Uganda es legal en circunstancias limitadas, pero debido a leyes confusas y complejas sobre el aborto, las adolescentes están forzadas a buscar opciones no seguras para hacerlo. Cada año, 85,000 mujeres aproximadamente reciben tratamiento por complicaciones derivadas de abortos inseguros y otras 65,000 más experimentan complicaciones pero no buscan tratamiento médico.*

“Si ellas tomaran sus propias decisiones, sería fatal para ellas. Aquí en el vecindario tenemos el caso de una niña que ella decidió casarse con mi cuñado. Cuando la niña resultó embarazada, el esposo la convenció con su primer esposa que abortara y la niña murió.”

TÍA DE MARGARET, BENÍN, 2021

En el 2021, el parlamento de Benín votó para legalizar el aborto en la mayoría de las circunstancias. La medida ha sido pionera en la región y va más allá del objetivo de la política detrás del Protocolo Maputo**. El Ministerio de Salud estimó que el 15% de las muertes maternas en el país son resultado de abortos inseguros***. Es ampliamente reconocido que la nueva ley podría potencialmente salvar la vida de miles de mujeres, pero deben tomarse medidas para que la implementación de la ley sea totalmente llevada a cabo y aceptada dentro de las comunidades. Como indica Catherine (16) en el 2022: “Escuché en la escuela que el gobierno aprobó leyes promoviendo el aborto, esto me entristeció mucho porque, al abortar, los niños y las niñas son asesinados.”

*The Center for Reproductive Rights, the International Women’s Human Rights Clinic (IWHRC) at Georgetown Law, and the O’Neill Institute for National and Global Health Law (O’Neill Institute) at Georgetown Law (2016) Facing Uganda Law on Abortion . Available at: <https://www.reproductiverights.org/sites/default/files/documents/Uganda-Abortion-Law-Experiences.pdf>, accessed 8 April 2022.

** Partners for Reproductive Justice (2019) ‘Benin strengthens reproductive health and rights for women and girls’. Available at: <https://www.ipas.org/news/benin-strengthens-reproductive-health-and-rights-for-women-and-girls/>, accessed 8 April 2022.

***Ibid



(ii) Violencia de Género - GBV

En el 2009, se llevaron a cabo grupos focales de discusión con familiares y vecino(a)s adolescentes de las niñas de la corte en Brasil, Uganda, y Filipinas y, en el 2010, en Benín, Togo, y Vietnam. Durante estas discusiones y en las continuas transcripciones de las entrevistas, la prevalencia de violencia sexual – predominantemente, la violación– surgió frecuentemente como amenaza específica experimentada por las niñas en su vida cotidiana, demostrando que es una preocupación a nivel de país entre muchos de los países de la cohorte. En el 2007 y 2008, mucho(a)s abuelo(a)s enfatizaron sentir mucha ansiedad acerca del riesgo de violencia sexual contra los miembros femeninos de la familia. Las preocupaciones y ansiedades en torno a los riesgos de la violencia empeoraron en los años posteriores de los datos. Al igual que con el acoso, la amenaza de la violencia sexual se subraya como un riesgo en aumento a medida que las niñas de la comunidad crecen. Comienza a hacerse referencia a ello con mayor frecuencia entre los 10 y 15 años en comparación con las entrevistas de cuando las niñas tenían 10 años o menos:

“ Yo le digo a Nakry, ‘Ya eres madura, así que tienes que cuidar tu cuerpo’. Yo le digo que use brasier, pero no puede. Le digo que ya no sea infantil. Lo(a)s aldeano(a)s locales también les dicen a sus hijas que usen brasier. Me da miedo que Nakry sea violada. ”

MADRE DE NAKRY, CAMBOYA, 2017

“ Porque no se sienten seguras cuando están solas debido a estas razones, hay muchos pandilleros en estos días, algunos hombres tratan de violarlas, tratan de agarrarlas por la fuerza, a veces no podemos defendernos. ”

HILLARY, 15, EL SALVADOR, 2021

La cantidad de casos e historias de acoso y violencia sexual en sus comunidades significó que lo(a)s cuidadore(a)s y las niñas también asumieran responsabilidad individual para evitar que ocurra la violencia sexual. En respuesta al peligro cada vez mayor a medida que crecen, las niñas reportaron sentir como si tuvieran que cambiar su propio comportamiento cuando alcancen cierta edad para poder protegerse ellas mismas.

Incluso en casos de violación, se consideraba que era un riesgo que la niña tenía que ver cómo hacer para evitarlo, y lo(a)s cuidadore(a)s describían las expectativas normativas con respecto a lo que una niña debía y no debía hacer para evitar la violencia sexual *“Ella debe evitar movilizarse tarde en la noche, no debiera movilizarse más allá de las 6:00pm por la tarde, porque puede ser violada en el camino”*. (Madre de Rebecca, Uganda, 2021).



Tanto las niñas, como sus cuidadore(a)s, han desarrollado estrategias para ayudar a superar los niveles de violencia y acoso presentes en las comunidades. Lo(a)s cuidadore(a)s y las niñas mismas han desarrollado medidas de protección que incluyeron la restricción a los movimientos de las niñas (particularmente, en ciertos momentos del día), viajar en grupos o con compañía y evitar totalmente a los hombres. En algunos países, nombraron áreas a las que las niñas no tenían permitido ir: en Uganda, el centro comercial, salones de baile, y el pozo (de noche), fueron nombradas como áreas a las que las niñas no debían ir; en Filipinas, se mencionó la playa local; y, en Camboya, un bosque cercano: *“La niñas no pueden salir de noche o las violan”*. (Davy, 13 años, Camboya, 2019).

Sin embargo, dentro de todas las estrategia, la carga de protegerse de la violación y de otras formas de violencia y acoso sexual recae en la niñas. La narrativa es muy similar a las discusiones entorno al embarazo temprano, en donde la responsabilidad de “evitar” la violencia y “protegerse” recae sobre las niñas: *“si una niña no se protege a sí misma de la violencia y el abuso, se meterá en problemas”*. (Sylvia, 15 años, Uganda, 2021). En Uganda también hubo comentarios de algunas niñas que decían que tenían que ser fuertes físicamente para luchar cuando ocurriera la violencia sexual. “[¿Es importante para las niñas estar fuertes y en buena condición física?] *Sí, porque puede ayudarles cuando están en problemas, por ejemplo, si talvez alguien quiere violarla, ella puede luchar contra él”*. (Amanda, 12 años, Uganda 2018). Alguno(a)s cuidadore(a)s incluso han aconsejado a sus hijas no ir solas a los baños en el colegio para evitar el riesgo de violencia sexual.

4.3 NORMAS SOCIALES Y DE GÉNERO

4.3.1 Las normas y roles que influyen en el diálogo entre cuidador(a)-adolescente sobre SDSR

Hubo claros roles de género establecidos entre cuidadores y cuidadoras en relación a hablarle a las niñas sobre SDSR. En la mayoría de los países de la cohorte, las madres y otras cuidadoras femeninas dan información sobre la menstruación, y la precaución con respecto a los niños y el sexo parece ser la norma. Los padres que participan en el estudio generalmente se remiten a las madres de las niñas cuando son consultados sobre SDSR e indican que esto está ligado a los roles tradicionales de género, diciendo que este es un “tema de mujeres”. Los padres indicaron que ellos, como hombres, no sabían sobre dichos temas y que era más fácil para las mujeres hablar de estas cosas. También existe la creencia de que las normas que dictan qué es “aceptable” abordar con los hombres o con las mujeres también limitan la comunicación padre-adolescente sobre SDSR. Alguno(a)s participantes explicaron que era considerado inadecuado para los cuidadores hablarles a sus hijas –y en algunos casos a sus hijos– sobre SDSR.

Hermanas, tías, y primas también son mencionadas como fuentes de información comunes y aceptables para las niñas. La abuela de Dembe (2021) explica que en Uganda la familia extendida es tradicionalmente la principal comunicadora de información sobre SDSR:

“Es una antigua práctica que sea siempre la tía de la niña quien le hable sobre sexo y pubertad. [¿Por qué es así?] Creo que solo es nuestra cultura y también porque los padres sienten vergüenza de hablar con sus hijo(a)s, pero en estos días algunos padres sensibles hablan con sus hijas e hijos sin involucrar a nadie más.”

ABUELA DE DEMBE, UGANDA, 2021

También parece que la sensibilidad hacia las normas sociales influye en la forma en que alguno(a)s cuidadore(a)s hablan sobre la SDSR:

“Yo no sé si otros padres hablan alguna vez con sus hijas porque raras veces hablan sobre ello. Por otra parte, como madre, creo que si me pongo a hablar de sexo con mi hija, me temo que las demás personas se reirán de mí.”

MADRE DE NAKRY, CAMBOYA, 2021

4.3.2 Normas sobre el embarazo

Las niñas adolescentes que están o han estado embarazadas son vistas como transgresoras de las normas culturales y sociales y, por ende, son juzgadas como una “inadecuada” o “mala influencia”, tanto por lo(a)s cuidadore(a)s como por las niñas mismas. Lo(a)s cuidadore(a)s y las niñas describen a las niñas que han quedado embarazadas como descarriadas y de conducta inadecuada: “A ella le gustaba fumar, apostar, así que talvez por eso quedó embarazada”. (Tía de Darna, Filipinas, 2021). Este tipo de actitud parecía encajar entre las normas de que las niñas que quedaban embarazadas lo merecían de una forma u otra:

“Mi vieja amiga –es haragana–. Ella no hace tareas pero espera y las copia de alguien más. Se embarazó el año pasado, ya durmió con un joven.”

NANA-ADJA, 15, TOGO, 2021

En Uganda, las niñas, y a veces lo(a)s cuidadore(a)s percibían que esas niñas que quedaron embarazadas se involucraban en el sexo porque eran desobedientes, o porque ellas o sus familias “codiciaban” los bienes materiales. Lo(a)s cuidadore(a)s ahí decían que las niñas “seducían a los hombres” para recibir bienes y dinero y las niñas hicieron eco de estos sentimientos: “Algunas de ellas tienen poco raciocinio porque mientras estén en su casa, sus padres proveerán todo, pero a la oferta de un chapatti [una especie de pan], algunas niñas se dan al sexo”. (Amelia, 15 años, Uganda, 2021). Varias niñas respondieron que no quisieran ser como las niñas que quedaron embarazadas a temprana edad. Sin embargo, un estudio de Plan International encontró que para muchas niñas en Uganda recibir regalos o dinero de sus novios o parejas era una expectativa normal de estar en una relación y mejoraba el bienestar sexual.¹⁷¹

“Hay cuatro categorías de personas en esta comunidad a las que no quiero parecerme. [¿Qué hacen?] Hay niñas que duermen con niños, algunas de ellas se casaron a temprana edad, algunas quedaron embarazadas, y otras se fugaron.”

REBECCA, 15, UGANDA, 2021

Las niñas también asociaron a aquellas que quedaron embarazadas con otras personas problemáticas en la comunidad, como los “borrachos”.

171. Plan International, Rutgers and Karolinska Institute (2021) *Young people's perspective of sexual wellbeing and consent: A Literature Review*, https://plan-international.org/uploads/2021/12/young_peoples_perspectives_of_sexual_wellbeing_and_consent_-_a_literature_review.pdf, visitado el 4 abril 2022.

La madre de Rebecca (Uganda, 2019) comparte que incluso en los casos de violación que resultaron en embarazo o infecciones de transmisión sexual (ITSs) es de la niña de quien la comunidad se reirá. Folami (Togo, 2021) quien tuvo un bebé el año pasado también menciona las sanciones negativas incurridas por desviarse de las expectativas de la comunidad sobre esperar hasta el matrimonio para tener un bebé; estas toman la forma de chisme y aislamiento entre las niñas en su comunidad. Ella cita que ahora solo se junta con niños pues ellos tienden menos al chisme y a causar problemas. El que ya no tuviera relaciones con las niñas en su comunidad significaba para la madre de Folami (2021) tener la preocupación adicional de que quedara embarazada por segunda vez.

La madre de Folami (2021) también compartió que ha tratado de apoyar a Folami a que continúe estudiando y le ofreció cuidar a su bebé mientras asistía a la escuela: *“Le pedí que regresara a la escuela y que yo vería al bebé pero para mi gran sorpresa, ella se negó categóricamente”*. Las experiencias de estigma social de Folami,

parecían pesar más que el apoyo de su madre y sus oportunidades potenciales de continuar la escuela. Las normas comunitarias en torno al estigma y la vergüenza parecían representar más dificultades para Folami que tener a su bebé.

Ejemplos como el de Folami se ven en todos los datos de la cohorte de África. El embarazo es visto como el fracaso moral individual de la niña embarazada, y esto conlleva sanciones sociales de vergüenza para la niña y la familia. Lo más valioso es mantener el honor. Sin embargo, en los otros países de la cohorte era más común que las personas consideraran esta situación como “triste” debido al efecto que esto tendría en los resultados educativos y las aspiraciones de la niña:

“Elas continúan estudiando pero ya no es lo mismo, porque pronto se embarazarán y no se quedarán en la escuela.”

MADRE DE SHARINA, REPÚBLICA DOMINICANA, 2018



Una adolescente en Filipinas mira a través de la ventana de su casa..

©Plan International

05 EXPERIENCIAS DEL EMBARAZO, ASPIRACIONES Y PUNTOS DE VISTA DE LOS PADRES



Al mes de marzo del 2022, cuatro de las niñas de la cohorte estaban embarazadas o habían tenido un(a) hijo(a). Folami (Togo) y Griselda (República Dominicana) tuvieron bebés a los 14, Hillary de 14 y Doris de 15 (El Salvador) están embarazadas.

Tanto Griselda como Folami describen un gran cambio en sus vidas después de haber tenido a sus bebés. Ambas ven menos a sus amistades y han aumentado sus responsabilidades en casa. Folami dice que su bebé le ha ayudado a crecer física y mentalmente. Sin embargo, también expresa que lamenta haber quedado embarazada pues aún estaría en la escuela. Griselda dice que tenía temor cuando lo descubrió pero que es más feliz con su nueva vida y disfruta de ser mamá. También dice que económicamente está mejor pues se mudó a vivir con su pareja.

Folami, Hillary, y Doris abandonaron la escuela. Sin embargo, Doris ya la había dejado antes de quedar embarazada. Griselda no pudo asistir a la escuela por el embarazo y está atrasada pero ha decidido reinscribirse en la escuela –escuela nocturna, pues la escuela no le permite regresar durante el día–. Griselda expresa que la posibilidad de estudiar a distancia durante la pandemia del COVID-19 le ha facilitado mucho las cosas y que le gustaría continuar con las clases en línea. Su amiga cercana o su esposo cuidan a su bebé cuando ella está recibiendo clases.

Doris dice que ella está feliz desde que supo que estaba embarazada, pero que es difícil: ella y el padre de su bebé se han separado; ella está en el séptimo mes de su embarazo. Ella dice que cuando él supo que ella estaba embarazada la dejó por alguien más. Doris dice que al principio estaba molesta, pero que ahora quiere ser madre solera y cree que será fácil pues no tendrá que hacer cosas para su esposo.

Hillary no mencionó su embarazo durante la entrevista.

Aspiraciones

Las aspiraciones de Folami cambiaron desde su embarazo y ahora prefiere aprender un oficio y volverse costurera como su madre. Su madre desea que Folami permanezca en la escuela y se convierta en directora.

Hillary no tenía aspiraciones claras para el futuro y dijo que tal vez le gustaría trenzar cabellos.

En el 2021, antes de quedar embarazada, Doris dijo que a cinco años ella visualizaba una unión y maternidad.

El nacimiento del hijo de Griselda parece haberla vuelto más determinada: *“Yo quiero salir adelante para hacer algo de mi vida”*. Ella es ambiciosa y quiere ser doctora, potencialmente, cirujana. Dijo que su amiga, que es doctora la inspiró. Mientras tanto, dice que estudiará y trabajará en una casa de apuestas para salir adelante. Ella se ve en cinco años con su casa propia, trabajo y, tal vez, yendo a la universidad.

Dinámica Familiar

La madre de Folami lamenta que quedara embarazada pero menciona efectos positivos como que ahora ella la escucha más y tienen más paciencia. Su madre la apoya y ayuda a cuidar a su bebé.

Griselda también parece tener una familia que la apoya, aunque su hermana está triste de que haya tenido un bebé. Su padre le da dinero para su bebé y su madre biológica la ayuda y aconseja, pero vive lejos. También tiene aún una relación cercana con su abuela. Sin embargo, su madrastra (quien se ha ido a España para trabajar pero envía transferencias) ya no le habla desde el embarazo.

La madre de Hillary expresa lamentar el embarazo porque ahora ella ya no terminará su educación, pero dice que está creciendo y está más enfocada desde que se casó. Ella también dice que está principalmente triste porque Hillary solía ayudarla con el trabajo de la casa y a cuidar a su hermano menor. Hillary también tenía un trabajo y daba la mitad de sus ingresos a la familia. La madre de Hillary dice que ella está bien en su unión y trae alimento a la familia para ayudarles.

La madre de Doris estaba enojada cuando se enteró pero está empezando a aceptar el embarazo.

4.3.3 Normas en torno a GBV

En muchas discusiones, el acoso fue algo que era normalizado en muchas comunidades y muchas de las niñas intentan encogerse de hombros como si fuera algo común: *“Tú sabes cómo son los hombres cuando ya se han tomado un par de tragos, les dicen de todo a las mujeres”*. [¿Crees que sucede por los tragos?] *Sí, principalmente* [risas]. *¿No te han acosado?*” (Griselda, 12 años, República Dominicana, 2018). Algunas veces, las normas dañinas de género fueron reforzadas por las niñas y sus cuidadore(a)s. En muchas ocasiones, parecía como si la gente pensara que el acoso, y a veces la violencia, eran algo que las niñas permitían que sucediera: *“Las niñas deben controlar a dónde van y aprender cómo comportarse para evitar ser víctimas de la violencia”*. (Alice, 15 años, Benín, 2021). Incluso cuando lo(a)s cuidadore(a)s habían discutido previamente sobre la prevalencia de la violencia sexual y el acoso presentes en sus comunidades, se seguía considerando que las niñas podían evitar ser manoseadas y acosadas. Las niñas también hicieron eco de que podían evitar la GBV demostrando los comportamientos adecuados y estando bien informadas: *“Mi maestro(a) incluso me enseñó cómo evitar el embarazo, y la violación. Es muy importante para nosotras estar bien informadas porque evita que seamos violadas”*. (Davy, 12 años, Camboya, 2018).

También hubo evidencia de una cultura de actitudes dañinas hacia las niñas, que a menudo confundía la violencia sexual con el embarazo temprano (por defecto) y culpaba a las niñas por las acciones de sus perpetradores. El padre de Annabelle (Benín, 2018) mencionó que las mujeres provocaban a los hombres vistiéndose con pantalón de lona o vestidos cortos y usando pintalabios.

La violencia sexual era vista como algo que traía vergüenza a la niña: *“Por ejemplo, si la niña es violada, tal vez no lo denuncien porque es vergonzoso”*. (Madre de Amelia, Uganda, 2017). También era visto como algo vergonzoso para su familia en lugar de ser algo que recayera en el perpetrador: *“Hubo una niña de 15 años que se metió en problemas de embarazo y su abuelo sintió vergüenza de ella porque había sido violada por tres niños. Por lo tanto, me preocupé cuando ella iba llegando a esa edad”*. (Abuelo de Tien, Vietnam, 2018).

Las normas dañinas en torno a la violencia de la pareja íntima (IPV [por sus siglas en inglés]) también estuvieron presentes en algunos países de la cohorte y estas surgieron a lo largo de los diferentes años de recopilación de datos. En Benín y Uganda, las rígidas normas de género se demuestran cuando se espera que la mujer obedezca a su esposo y pida su permiso para ciertas actividades. Cuando ellas se apartan de estas expectativas, son sancionadas. La Madre de Isabelle (Benín 2015) menciona que su esposo la golpearía si le ella le hiciera preguntas sobre las finanzas del hogar, tales como los ahorros, pues esto es considerado de dominio masculino. Ella confirma que la comunidad apoyaría esta reacción pues la mujer no debe hacer preguntas a su esposo. La violencia se usaba como una forma de ejercer control y garantizar que la mujer no se desviara de los roles esperados

de género de la sociedad *“Algunas familias en nuestra comunidad experimentan dicha violencia, especialmente entre esposo y esposa –por ejemplo, cuando una esposa no le pide permiso para ir a algún lado y se va–”*. (Madre de Beti, Uganda, 2021).

Las normas comunitarias sobre las dinámicas de género en donde los hombres manejan las finanzas del hogar, y los comportamientos dañinos masculinos en donde los hombres tienen varias parejas, parecían aumentar las experiencias de violencia entre la cohorte:

“El año no ha sido muy bueno para mí como persona. Mi esposo quería perseguirme. Me golpeó. Quiere que me vaya de esta casa. Él se casó con otra mujer. Sin embargo, yo hago todo el trabajo de la granja. Cuando cultivo maíz, él se lo lleva ... Me sacó de la tienda de la familia y puso a esa otra mujer con la que se casó. Sin embargo, el dinero con el que empezamos esa tienda nos lo dio mi propia madre.”

MADRE DE SHEILA, UGANDA, 2012

La madre de Namazzi (Uganda, 2017) también describe varios encuentros violentos con su pareja, quien se casó con otra mujer. Ella explica cómo su jardín fue dado a la nueva esposa para sembrar alimentos y cuando ella se quejó sobre esto, le pegaron, así que dejó de quejarse. Un par de años después, en otra entrevista, ella continúa culpándose así misma:

“Sí, él va a regresar porque nunca nos divorciamos, y yo aún lo considero a él mi esposo. Los hombres son difíciles de entender ... Yo creo que se cansó de mis continuos desafíos de salud, de estar enferma.”

MADRE DE NAMAZZI, UGANDA, 2021

Las creencias discriminatorias que valoran a la mujer como esposas y madres más que como personas, están presentes en la cohorte. La madre de Namazzi se vio a sí misma como no estar a la altura de los ideales de la feminidad debido a su larga enfermedad, y vio esta como una explicación aceptable de por qué su esposo era violento y, al final, la dejó.

Estas normas dañinas en torno a la violencia son exacerbadas por las sanciones comunitarias cuando las mujeres pierden su “honor” por ser dejadas por sus esposos: *“Usualmente escucho a los hombres amenazando a sus esposas ... Yo siento pena por estas mujeres porque no es honorable que las echen fuera y vuelvan a ser solteras”*. (Madre de Eleanor, Benín, 2017). Normas como esta hacen que sea difícil para las mujeres ir a las autoridades para denunciar violencia y, a la postre, hace que sea muy difícil para ellas dejar a sus parejas violentas.



06 LA FALTA DE JUSTICIA INSTITUCIONAL

Las normas en torno a la GBV entre los países de la cohorte a menudo fueron reforzadas por la falta de justicia para las niñas: *“Las niñas que han experimentado violencia no reciben justicia. Los derechos de las niñas y los niños en esta comunidad no son protegidos”*. (Dembe, 15 años, Uganda, 2021). Las respuestas en Uganda apuntaban a frustraciones con las autoridades con respecto a la violencia sexual en sus comunidades, diciendo que las autoridades están al tanto, pero que no hacen nada y las violaciones contra las niñas han empeorado durante el período del COVID-19. La madre de Joy (2021) también enfatizó que los padres no dan seguimiento a este tipo de casos: *“A algunos padres y cuidadore(a)s no les importa dar seguimiento a estos casos [en relación a la violación de una niña de 15 años en la comunidad] hasta el punto de decir ‘ya he tenido suficiente de esta niña’”*. No está claro si padres y cuidadore(a)s no dan seguimiento porque saben que no se hará nada, o por la vergüenza y estigma en torno a la violencia sexual en estas comunidades.

Shifa (15 años, Uganda, 2021) compartió una historia en la que una niña fue embarazada por su cuñado pero no se tomó ninguna acción en contra de él; en lugar de eso, la regresaron a la casa de sus padres. Aunque lo(a)s cuidadore(a)s y las niñas sí indican que hay algunos sistemas implementados para lidiar con dichas situaciones, estos sistemas revelaron una clara brecha en su implementación, en la que crímenes como la violación, que debieran ser tratados por la policía, eran vistos como “problemas de mujeres”, por lo que se dejaban a cargo de conciliadoras mujeres.

De igual forma una de las familias en la cohorte de Asia indicaba falta de acción por parte de las autoridades, pues archivaron una denuncia que les fue presentada en contra de un hombre anciano en el pueblo que había abusado sexualmente de una niña de la cohorte y su hermana. El padre (2012) explicó la respuesta

de las autoridades locales al respecto: *“Ellos solo sugirieron...que sólo nos olvidáramos pues el anciano no era realmente de ahí y que había regresado a su ciudad natal”*.

A veces hubo ejemplos de justicia para las niñas pero, de acuerdo a los datos, fueron muy eventuales. Por ejemplo, en El Salvador, dos cuidadore(a)s hablaron sobre casos de abuso sexual contra las niñas, en los que los perpetradores fueron llevados a la justicia y encarcelados, no obstante uno(a) de lo(a)s cuidadore(a)s expresó sorprenderse con este resultado.

Alguno(a)s cuidadore(a)s en El Salvador, dijeron que no acudían a las autoridades por temor a represalias por parte de las maras. La madre de Susana (2014) compartió una historia en la que casi muere asfixiada en manos de su pareja pero dijo que no llamó a la policía porque era un riesgo muy grande debido a la presencia de maras en el área. En lugar de eso sus vecino(a)s lo sacaron y ella ya no lo ha visto desde entonces. En el 2019, El Salvador tenía la segunda tasa más alta de femicidios en Latinoamérica, y la historia de Susana demuestra los desafíos de denunciar la GBV. De forma similar, la madre de Karen (El Salvador, 2021) describe la presencia de maras que “saben todo” como una razón para no informar una atemorizante situación en la que alguien le envía videos de Karen en Facebook y amenazan a Karen: *“me dijeron que sabían en dónde estudiaba y todo ... yo le dije a su maestro(a) que si su padre o yo no veníamos por ella, no la dejara salir. Nos asustamos un poco. Esto ocurrió durante unos seis meses”* [¿Lo han denunciado a la policía?] *“No, porque me temo que si es alguien que conocemos y lo denunciemos pueda pasarle algo a la niña”*.

En muchos países de la cohorte, las leyes dirigidas a proteger a la mujer y la niña son inefectivas. Sin embargo, el acceso a la justicia debe ser parte de una socialización más amplia de las normas en torno a la violencia contra mujeres y niñas.

4.3.4 Heteronormatividad y homofobia

Las actitudes homofóbicas sobresalen en los datos, en donde tanto cuidadore(a)s como niñas usan terminología derogatoria para describir a personas que no se ajustan a las normas aceptables de género. De esta forma, no siempre queda claro si lo(a)s participantes se están refiriendo a la identidad sexual de un individuo o están demostrando una fuerte relación entre sexualidad y roles de género en la que la transgresión de las normas es entendida como un indicativo de homosexualidad. Esto es particularmente visible en los datos de la cohorte de Filipinas y Vietnam, en donde las niñas describen a algunas amistades y miembros masculinos de la familia como “gay”.

En el 2012, la madre de Christine (Filipinas), describe cómo el comportamiento del hermano de Christine se interpreta como un indicativo de su sexualidad:

“Para mí, él no es gay; sólo se mueve como gay. Él no parece ser gay. Le pregunté si era gay. [¿Y no lo es?] No. sólo parece ser gay porque es muy bueno para bailar... La gente lo ve; su cuerpo es gay.”

MADRE DE CHRISTINE, FILIPINAS, 2012

Ella discute las acciones que han tomado para evitar que el hermano de Christine se vuelva homosexual, por ejemplo, enseñarle a ir en busca de agua para que no se vuelva “gay”.

En el 2018, ella repite estas actitudes con Christine: *“Ella se baña y cepilla su pelo. Pero no es muy complicada. [¿No lo era antes?] En realidad no, era como una lesbiana. [¿Cómo?] Ella actúa como niño”*.

La misma Christine repite algunas de estas ideas en el 2021: “[¿Qué piensas de Jen en la historia?] *Lesbiana*. [¿Por qué dices que Jen es lesbiana?] *Sí, porque le gusta jugar basquetbol*. [¿No hay niñas que jueguen basquetbol en el barangay [división territorial en Filipinas]?] *No, solo veo niños*”. (Christine, 15 años, Filipinas, 2021).

Para Amelia en Uganda, una niña vestida con ropa tradicional de niños y que juega con los niños significa que pueda ser identificada como transgénero por otras personas en la comunidad: *“Tal vez, hasta cierto punto, le ayuda porque un niño puede tenerle miedo pensando que es transgénero. [¿De qué forma le ayuda?] Los niños no la molestan mucho”*. (Amelia, 15 años, Uganda, 2021).



Existe la percepción generalizada de que la homosexualidad es negativa y que es algo que lo(a)s cuidadore(a)s deben evitar durante la crianza de los niños y las niñas. En algunos casos, también parece haber confusión entre la identidad de género y la sexualidad, en la que lo(a)s cuidadore(a)s interpretan el comportamiento de las niñas –y también el de los niños– como un indicio de su sexualidad cuando desafían las normas de género. Las mismas niñas de la cohorte no revelaron ningún cuestionamiento sobre su identidad de género ni etiquetaron su orientación sexual durante las entrevistas. El padre de Dariana (República Dominicana, 2019) señala que es responsabilidad de los padres monitorear aquellos comportamientos de sus hijas que, en su opinión, puedan llevarlas a un cambio en su sexualidad, insistiendo que los niños deben ser niños y las niñas deben ser niñas. Para él, permitirles a las niñas que se comporten como niños u hombres es como se convierten en “homosexuales” y los padres deben vigilar estos comportamientos.

De igual forma, en el 2021, la madre de Reyna en Filipinas dijo que Reyna le había dicho que se sentía identificada como niño –Reyna no menciona esto en ninguna de sus entrevistas–. Existe la creencia de que ser “niño” significa ser “lesbiana” y que esto puede “cambiarse”.

“Ella nos dijo algo, aún y así no estamos de acuerdo. [¿Qué dijo?] Que ella era un niño (Risas). [¿Reyna? ¿Cómo se los dijo?] ¡Ay! Yo no creo que ella sea así, pero no puedo hacer nada si en realidad está siendo así, una lesbiana, pero todo lo que pueda hacer para cambiarla, lo haré. Porque las personas así ... usted puede cambiar ya sea como hombre o mujer, esa enfermedad está en su mente ... Bueno, tal vez solo está siguiendo a su hermana que también es lesbiana... Sólo le dijo una vez a su mamá que... ella dijo que es lesbiana y que tiene novia...ahj!”

PADRE DE REYNA, FILIPINAS, 2021

A pesar de decir que trataría de cambiar a Reyna, la mayor preocupación para el padre de Reyna parece estar fundamentada en su creencia de que las relaciones sexuales traen implicaciones en términos de tener hijo(a)s. Las normas culturales de que los niños y las niñas cuidarán de sus padres cuando estén mayores, y las preocupaciones de que su hija sufra sin tener hijo(a)s que la cuiden cuando sea una anciana.

Preocupado por el bullying, el padre de Fernanda le aconseja cambiar su apariencia para estar más de acuerdo con lo que es considerado “aceptable” para las niñas:

“[¿Prefiere usar camisetas de niño?] Sí. Camisetas, porque le gusta jugar mucho a la pelota, y la gente ha empezado a decir cosas. [¿Sobre ella?] Sí, porque sólo quiere usar eso, y entonces yo le digo, hija, usted es una señorita ahora, trate de usar ropa bonita. Porque las otras niñas han comenzado a hablar, le dicen cosas, como, ‘hey, niña, vas a ser lesbiana?’¹⁷² Y ella se enoja”.

PADRE DE FERNANDA, BRASIL, 2018

En Vietnam (2014 y 2015), algunas de las niñas de la cohorte describen interpretaciones similares de lo que es un comportamiento “inaceptable” para los niños y las niñas. Estos tipos de actitudes comienzan cuando las niñas son jóvenes (8-9 años). Trinh, y Oanh, comparten comentarios estereotipados sobre género, tales como que solo los niños pueden jugar fútbol, las niñas que juegan fútbol son lesbianas y los niños que juegan a saltar o con ositos de peluche son “gay”. Hang (2014) también demuestra estos sentimientos: *“Yo creo que sólo las mujeres juegan con muñecas, así que si los niños juegan con muñecas, deben ser gays y no haré amistad con ellos”*. Los comentarios de Hang indican que estos tipos de opiniones son algo que ella ha escuchado más que algo que comprenda, pues cuando se le preguntó qué significaba la palabra gay ella no pudo explicarlo y dice que solo lo sabe por la televisión.

En la República Dominicana, lo(a)s participantes discuten cómo los niños que llevan a cabo los quehaceres de la casa son etiquetados, o temen ser etiquetados, como gay. Durante una entrevista de historia de vida, el padre de Leyla describe sus experiencias:

“Lavar platos ... decían que yo era gay, porque yo lavaba, cocinaba, y cuidaba de mi hermano, y vendía cosas en la tienda. [¿Cuántos años tenías en ese momento?] De 7 a 9 años”.

PADRE DE LEYLA, REPÚBLICA DOMINICANA, 2011

La madre de Dariana también habla sobre cómo estas normas han impactado en su hijo y cómo ella desafía esas expectativas:

“Yo tengo al niño lavando platos, también barriendo el piso dentro de la casa, pero él llora, me dice ‘no soy gay’. Yo le digo que hacer los quehaceres de la casa no es sólo para niñas ... Le digo ‘el día que termines la escuela y te mudes a tu propia casa te vas a pudrir por la suciedad en tu casa’ entonces se calma. Él tiene 11 años.”

MADRE DE DARIANA, REPÚBLICA DOMINICANA, 2015

4.4 LO(A)S CUIDADORE(A)S SE SIENTEN DESEQUIPADO(A)S



Está claro que, si bien por una parte existen distintos contextos políticos y culturales y normas prevalentes en los nueve países de la cohorte que están influenciando las actitudes y comportamientos de lo(a)s cuidadore(a)s con respecto a la educación en SDSR, por la otra, lo(a)s cuidadore(a)s también experimentan retos comunes cuando se trata de comunicarse con sus hijas acerca de la SDSR: ¿Qué debo decirle? ¿Cuándo debo decirle? ¿Cuál será el resultado de que ella reciba esta información?

Usualmente lo(a)s cuidadore(a)s se encuentran navegando entre tabúes sociales en torno a la discusión sobre el sexo. Cuando explican por qué no han hablado con sus hijas sobre SDSR, lo(a)s cuidadore(a)s explican que temen que al hablarles de sexo a sus hijas las estén motivando a tener sexo. Mientras más crezca la niña, más conscientes parecen estar lo(a)s cuidadore(a)s de que este pueda no ser un enfoque efectivo. No obstante, es posible ver aquí el principal desafío que mucho(a)s enfrentan: su propia falta de conocimiento sobre SDSR. La hermana de Roumany, la tía abuela de Bopha, en Camboya, comentan a cerca de las limitaciones que “otro(a)” cuidadore(a)s experimentan en relación al diálogo sobre SDSR:

“Usualmente no hay una prohibición a hablar sobre eso, pero tiene que ver con nuestro propio conocimiento y timidez.”

HERMANA DE ROUMANY, CAMBOYA, 2021

“Creo que el 90% [de cuidadore(a)s] no han hablado nunca a sus hijas sobre sexo y pubertad porque no han tenido educación y no saben sobre el tema. Incluso, nunca conocieron esa información y no estuvieron interesado(a) pues se iban al campo a trabajar”

TÍA ABUELA DE BOPHA, CAMBOYA, 2021

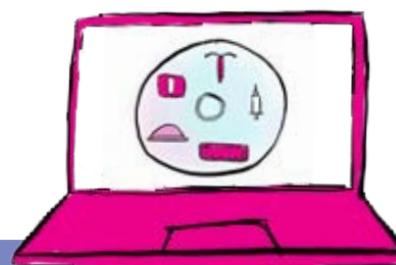
172. Nota del traductor: él usa la palabra “sapatão”, que en Portugués Brasileiro es un insulto sexual..

La madre de Nguyet admite que se siente como si lo(a)s adolescentes están más informado(a)s que sus padres sobre estos temas, lo que pareciera reducir su confianza en sí misma y tener un impacto significativo en cómo y qué le comunica a Nguyet: *“Para ser honesta, yo soy mamá, pero acerca de eso no sé tanto como lo(a)s chico(a)s de hoy en día; ello(a)s saben más”*. (Madre de Nguyet, Vietnam, 2018).

Para alguno(a)s cuidadore(a)s de la cohorte, la educación sobre SDR en la escuela es vista como complemento a la información que ello(a)s comunican a sus hijas, mientras que otro(a)s sugieren que debido a que consideran que las niñas han aprendido acerca de eso en la escuela, ya no es necesario que ello(a) aborden el tema de SDR con sus hijas:

“Yo nunca le he hablado sobre salud sexual y reproductiva, pero ella si ha aprendido sobre eso en la escuela ... El conocimiento que tiene es suficiente. Yo quiero que mi hija sepa más para que pueda cuidarse y protegerse a sí misma... Yo nunca le he hablado sobre salud sexual porque creo que es innecesario. Además que ella se avergüenza y no se atreve a hablar.”

MADRE DE NAKRY,
CAMBOYA, 2021



07 LA INTERNET COMO FUENTE CLAVE EN VIETNAM

En el 2021, niñas y cuidadore(a)s en Vietnam hablan sobre el papel que la Internet y los medios sociales juegan informando a las niñas sobre la SDR. Hang (2021) explica que ella ha llevado a cabo investigaciones en línea sobre la menstruación para una presentación en la escuela: *“...en la Internet, yo aprendo principalmente qué hacer en el caso de una mujer que tiene su período...”*.

Thom (2021) describe que aunque le han enseñado sobre SDR en la escuela, ella prefiere aprender sobre eso en casa con la Internet debido a la amplitud de información a la que puede tener acceso ahí: *“yo voy ... busco en la Internet y tomo la información que es adecuada para mí [¿Por qué prefieres la Internet y no tu maestra o madre?] Porque encuentro información bastante amplia en la Internet, más amplia que mis preguntas”*. La madre de Thom está al tanto de que ella obtiene información en línea sobre SDR pero piensa que es información básica y que no es suficiente. En el pasado (2019), la madre de Thom reporta usar información en línea como autoayuda para enseñarle a Thom: *“[¿En dónde cree que ella encuentra información sobre su salud y su cuerpo?] Conmigo ... ella me pregunta a menudo ‘¿por qué pasa esto?’ ... Cuando estoy ocupada, descargo información de la Internet ... La dejo que la lea...entonces ella aprende ... puede protegerse a sí misma”*.

En el 2021, el padre de Hoa también reportó usar la Internet para obtener información educativa sobre SDR: *“Mi esposa a menudo habla confidencialmente con nuestra hija, a diario, y confía en ella. Mi*

esposa le cuenta historias sobre pubertad y salud reproductiva cuando cuenta otras historias de la vida diaria. [¿En dónde obtiene usualmente esta información?] “Usualmente, obtenemos la información de la Internet”.

La madre de Sen, en el 2021, no está Segura de que a Sen le hayan enseñado en la escuela y aunque habla con ella sobre SDR, cree que Sen no quiere hablar con sus padres sobre este tema y no está totalmente segura de que obtenga la información necesaria. Ella cree que Sen accede a esa información desde su teléfono celular, pues las niñas prefieren aprender sobre eso de cualquier otra fuente.

Para algunos padres (hombres), la Internet parece ser un buen recurso, aunque no una alternativa suficiente para abordar temas sensibles con sus hijas: *“Ahora lo(a)s niño(a)s son muy flexibles, y hay suficiente información en la Internet. Debe haber clases de sexo y de salud reproductiva en la escuela. [¿Existen actividades en la comunidad para que ella obtenga esta información?] No, no las hay. Ella obtiene esta información principalmente en la escuela o en la Internet. [¿Cree usted que ella tiene suficiente información sobre su salud y su cuerpo?] No creo que tenga suficiente información. Ella ya está desarrollando ... Es bueno que los padres hablen con sus hijas sobre estos temas. Sin embargo, de hecho, creo que es difícil para los padres hablar con sus hijo(a)s. A mí me es un poco difícil hablar con mi hija...”*. (Padre de Hoa, Vietnam, 2021).

4.5 DINÁMICA INTERGENERACIONAL DE LA SDSR

4.5.1 Impacto de las experiencias personales de lo(a)s cuidadore(a)s en el diálogo sobre SDSR

Para muchas cuidadoras, la prioridad es garantizar que sus hijas no repitan las experiencias negativas que ellas mismas enfrentaron cuando fueron adolescentes o jóvenes adultas. Otras, reportan que los comportamientos relacionados a las relaciones románticas han cambiado para peor de cuando ellas eran adolescentes. Lo que queda claro es que la mayoría de las cuidadoras consideran su enfoque de crianza, incluyendo los consejos que dan y las restricciones que imponen, como un factor importante para los resultados de sus hijas.

Sin embargo, existen varias cuidadoras que discuten sus propias experiencias negativas de no haber estado preparadas para la menstruación, pero tampoco les dan a sus propias hijas información alguna al respeto. Está claro que algunas cuidadoras se sienten ellas mismas no preparadas, incluso como adultas, para discutir este tema y no están seguras de qué decirles a las niñas: *“Fue un poco difícil para mí porque no sabía que a esa edad ... no esperaba que a ella le viniera [su período] pues aún estaba muy pequeña”*. (Madre de Sharina, República Dominicana, 2018). La madre de Valerie (2017) en la República Dominicana, describe no haber tenido la experiencia de una madre que la criara ni de haber tenido a nadie a quién acudir para que la aconsejara sobre SDSR, lo que a la postre le afectó en cómo ella trasladó sus consejos a su propia hija: *“Cuando mi hija desarrolló, yo ni siquiera lo noté. Cuando tuvo su período no me di cuenta”*. La madre de Jocelyn (2019) también comparte que no se dio cuenta la primera vez que su hija menstruó porque Jocelyn se lo ocultó, lo que ella asume que fue por vergüenza.

Historias como esta demuestran la necesidad de contar con varias vías para que las niñas hablen de SDSR. En el 2017, Patricia, en Brasil (11), demuestra la importancia de la educación sobre SDSR en la escuela, en aquellos casos en que lo(a)s miembros de la familia no quieren o no pueden, por sí mismo(a) s preparar a las niñas para la menstruación:

“ [Y cuando sucedió, sabías lo que estaba pasando?] Si, yo sí sabía...No, ella (mi mamá) no me había hablado (sobre eso). [¿Pero sí sabías lo que era la menstruación?] Si...mi maestra, en la escuela, ella nos había explicado. [¿Y qué le dijiste a tu mamá?] Que tuve mi período...Ella se sorprendió. ”

PATRICIA, 11, BRASIL, 2017

Un factor influyente en el enfoque de SDSR de las cuidadoras es que no querían que sus hijas repitieran sus propias experiencias, específicamente, sobre matrimonios o uniones tempranas, forzadas y embarazo adolescente. En el 2019, Green, y otras, indicaban que las normas en relación al MUITF pueden afectar negativamente a una mujer, tanto física como mentalmente de formas que tienen consecuencias más diversas y trascendentales. Algunas cuidadoras compartieron experiencias de partos traumáticos que no pueden olvidar. Muchas de las madres y cuidadoras expresaron lamentarse de esas experiencias como resultado del matrimonio infantil o embarazo temprano y querían resultados diferentes para sus hijas o familiares mujeres:

“ Yo era inocente, no fui a la escuela y por eso me casé muy pronto. Quiero que Essohana vaya más lejos en sus estudios antes de que sea esposa. ”

MADRE DE ESSOHANA, TOGO, 2018

“ Yo tuve a mi primera hija cuando tenía casi 13...Él tendría unos 50 y algo cuando me juntaron con él, él tenía como 8 hijo(a)s ... No quiero que ella, Valeria, tenga la misma experiencia, no, porque la realidad es que sufres, la pasas mal. ”

MADRE DE VALERIE, REPÚBLICA DOMINICANA, 2018

Muchas cuidadoras generalmente asociaron la desdicha con haberse casado jóvenes: *“Yo no quiero que sea miserable como yo. Me casé tempranamente porque dejé la escuela anticipadamente”*. (Madre de Sen, Vietnam, 2021). Las cuidadoras también correlacionaron el matrimonio con el fin de ciertas libertades que están potencialmente vinculadas a normas en torno a la maternidad y a lo que es aceptable que las madres hagan cuando están casadas. En Filipinas, la madre de Christine (2021) se lamentaba de haberse casado tempranamente y dijo que era importante que Christine disfrutara antes, pues una vez casada, ya *“no tendría permitido hacer cosas”*.

Las consecuencias negativas del matrimonio temprano y el embarazo adolescente fueron frecuentemente mencionadas como una consecuencia de dejar las oportunidades educativas:

“ Yo le digo todo el tiempo, porque la juventud de estos días se deja llevar por sus sentimientos, se casan, y todo lo que pasa es que dejan de lado su educación. ”

MADRE DE SHARINA, REPÚBLICA DOMINICANA, 2017



Una madre y su hija en Uganda.

©Plan International

En Latinoamérica y el Caribe, las niñas de la Cohorte también demostraron estar conscientes de esto y, por lo general, estuvieron de acuerdo con las descripciones que sus madres hacían sobre la consecuencias negativas para su educación:

“ Yo creo que fue muy malo para ella... tenerme a los 15... ella ni siquiera había terminado sus estudios, no fue a la universidad antes de tener una relación. ”

JULIANA, 12, BRASIL, 2018

Lo(a)s cuidadore(a)s enfatizaron cuánto deseaban que sus hijas tuvieran éxito, y mejores perspectivas de vida, y veían el matrimonio y el embarazo como barreras para ello. Esta postura a veces parecía influenciar el enfoque protector que tenían para con sus hijas en términos de las relaciones con los hombres. Lo(a)s cuidadore(a)s percibían las relaciones con los hombres como un riesgo y, por ello, esta percepción perpetúa las normas de género en el sentido de que están monitoreando los comportamientos de sus hijas y restringiendo sus movimientos.

“ Cuando mi mamá me crio, ella estaba trabajando así que me dejaba sola. Así es como tuve novio a muy temprana edad y luego me fui a vivir con él. Después yo lo lamenté. Por eso le digo a Hillary que ella debe tener cuidado y no relacionarse con los jóvenes porque ella es muy joven ... Por eso digo que es diferente, porque yo no salgo a trabajar para no dejarla sola. Si yo la dejo sola, estoy segura de que hará algo peor. ”

MADRE DE HILLARY, EL SALVADOR, 2018

Mucho(a)s de lo(a)s cuidadore(a)s también compartieron sus anteriores experiencias de violencia y abuso sexual y, en algunos casos las mismas niñas de la cohorte habían presenciado abuso sexual o lo habían sufrido. Lo(a)s cuidadore(a)s expresan temores sobre que sus hijas tengan similares experiencias negativas y la confianza es limitada, incluso entre sus propios familiares. Esto fue particularmente evidente en las cohortes de Latinoamérica y El Caribe, y en las de Asia: “Como madre yo siempre le aconsejo. Le digo que ‘no dejes que nadie te ponga una mano encima, en tus partes, ni siquiera tu papá’”. (Madre de Madelin, República Dominicana, 2016). En Vietnam, el abuelo de Uyen también le advierte sobre no confiar en los parientes y que no deje que un primo la lleve a la escuela por temor a que la violen. Alguno(a)s cuidadore(a)s en la cohorte de Latinoamérica y el Caribe también expresaron preocupación cuando las madres de las niñas estaban saliendo con un nuevo hombre, pues esto parecía traer un nuevo peligro. Por ejemplo, cuando Saida tenía cinco años, su abuela comentaba estos temores:

“ Escucho en las noticias que los esposos violan a la hija de la esposa porque no son los padres, incluso muchos papás violan a sus propias hijas, y por eso me da temor que ella viva con su mamá. Yo tengo ese temor, por lo que quiero que siempre viva conmigo, porque yo la cuido ”

ABUELA DE SAIDY, REPÚBLICA DOMINICANA, 2012

La abuela de Susana (El Salvador, 2021) también expresaba su preocupación sobre la forma en que el nuevo novio de la mamá de Susana veía a sus nietas. Ella notó que un día en su casa, él había agarrado a Susana inadecuadamente e indicó “*a mi edad no te equivocas*”. Ella notó en la reacción de Susana que algo no estaba bien y que su madre no se había dado cuenta porque estaba intoxicada. Tres días después la abuela acordó con la familia del lado paterno de Susana que se haría cargo de las niñas.

Lo(a)s cuidadore(a)s en todos los países de la cohorte, excepto por Togo, hablaron de experiencias de violencia por parte de la pareja íntima. En Vietnam y parte de la cohorte de Latinoamérica, el alcohol es mencionado como un factor que eleva la violencia masculina: “Hubo violencia doméstica porque yo estaba tomado y no podía controlarme, pero raras veces pasó ... me siento triste y avergonzado”. (Padre de Hoa, Vietnam, 2013). Sin embargo, está claro que las normas sociales están presentes y sólo actúan como un catalizador de la violencia (vea la [sección 4.3.3](#)).

Alguno(a)s de lo(a)s cuidadore(a)s de la muestra también mencionan estar expuesto(a)s a la violencia de la pareja íntima (IPV [por sus siglas en inglés]) en el hogar. En el 2011 y 2012, alguno(a)s cuidadore(a)s reportaron en sus entrevistas de historia de vida, haber experimentado una infancia violenta con dinámicas desiguales de poder en el hogar. Posteriormente, lo(a)s cuidadore(a)s describen entrar ello(a)s mismo(a)s en relaciones violentas:

“Solían pelear, él tomaba mucho y le pegaba a mi mamá. Ellos no se respetaban entre sí, y nos asustaba a mis hermanos, hermanas y a mí cuando ellos peleaban porque solían amenazarse el uno al otro con matarse. [¿Fuiste a la escuela, cuántos años tenías cuando terminaste la escuela?] Sí, estudié hasta que cumplí 13...estaba empezando el 7mo. grado cuando empecé a salir con alguien. Desde entonces mi vida cambió porque el solía pegarme y era muy celoso”

MADRE DE RAQUEL, EL SALVADOR, 2012

La vivencia de las normas desiguales de género y la exposición a la violencia en la infancia parece después perpetuar la transmisión intergeneracional de la violencia en su vida.

Cabe notar que aunque lo(a)s cuidadore(a)s describen sus propias experiencias negativas y expresan temores por sus hijas en torno al embarazo adolescente, MUIF, y GBV, raras veces esto se traduce en una discusión abierta con las niñas que fomente relaciones íntimas positivas, el sexo, o los métodos anticonceptivos.

4.5.2 Rompiendo el círculo

Sin embargo, un reducido número de cuidadore(a)s sí discuten enfoques más positivos para comunicarse con las niñas sobre la SDSR, de una forma que generalmente está relacionada al deseo de romper el ciclo generacional de las experiencias negativas.

Algunas cuidadoras, particularmente en Vietnam, explican que sus madres no les hablaron sobre la menstruación cuando eran jóvenes, pero que veían la importancia de discutir sobre ello con sus hijas, enfocando el tema de forma diferente a como lo hizo la generación anterior:

“Sí, cuando nos bañamos juntas, yo le muestro qué cambios podría tener y le hablo de la menstruación, y le digo cómo cuidar su cuerpo. En el 6to. grado, algunas niñas ya tienen su período pero Huong no. Mi madre no me dijo porque estaba ocupada con sus negocios.”

MADRE DE HUONG, VIETNAM, 2017

La madre de Thom (Vietnam, 2021) también intenta normalizar los períodos con su hija, diciéndole que son un “fenómeno común” y “nada que dé miedo”. Algunas cuidadoras, del Brasil, Vietnam, y El Salvador, también describen tomar un enfoque positivo para discutir y preparar a las niñas para la menstruación. A menudo, estas cuidadoras hacen referencia al miedo y ansiedad que saben que las niñas puedan llegar a experimentar cuando se enfrenten a su primer período y quieren evitar esto para que sepan qué esperar:

“Ella tiene miedo porque ya le pasó a su hermana, entonces tiene miedo. Pero yo le digo que no, que es normal. Les sucede a todas las niñas, y ellas aprenden a usar tampones.”

MADRE DE FERNANDA, BRASIL, 2017

Sin embargo, en muchos casos la información que quieren comunicar a las niñas sobre la menstruación puede perpetuar los mitos asociados con los períodos, tal y como lo describe la madre de Natália en el Brasil:

“Creo que ello(a)s [la escuela] deben enseñarles, explicarles, porque hay muchas de ellas que tienen miedo ¿cierto? Porque nosotros(a)s en realidad no sabemos nada, entonces, de repente aparece y todo el mundo se asusta, ¡santa Madre! Pero aquí, en casa, yo siempre les digo ¿verdad? Cómo va a ser cuando les venga, y que cuando suceda me digan, porque entonces no puedes comer esto o aquello.”

MADRE DE NATÁLIA, BRASIL, 2017

En lo que respecta a la madre de Hillary, en el Salvador, su arrepentimiento por haberse unido a los 13 años, cuando entonces fue objeto de abuso, influye en cómo ella se comunica con su hija sobre los temas de SDSR. Esto llevó a la madre de Hillary a hablar más abiertamente con su hija:





Una adolescente de 14 años que se dirige al muelle donde trabaja transportando personas a través del río.

©Plan International

“Hoy lo lamento, es decir...Con mi esposo, solíamos pelear...Incluso estuve tentada a dejar la casa que me dieron por la forma en que me trataba...Yo le digo que se cuide, que no debe irse a vivir con nadie tan joven. Eso es lo que le aconsejo, y se lo digo mucho, frecuentemente se lo digo, para que no le ponga atención a ningún hombre que la quiera engañar. Porque yo le digo que ella se podrá ir a vivir con alguien o casarse cuando tenga 20 años o más... Que se cuide para que llegue a esa edad porque yo era realmente muy joven cuando me fui a vivir con alguien y eso crea sufrimiento...Porque hay hombres malos que te dicen que no puedes hacer nada, y yo le digo a ella que lo mejor para ella es que lo piense muy bien, que estudie para que pueda llegar a grande, a ser adulta.”

MADRE DE HILLARY, EL SALVADOR, 2016

La madre de Stephany (El Salvador, 2018) también indica que desde muy joven (13 años) se involucró en una relación, porque nunca tuvo a nadie que le hablara y la aconsejara. Ella hace énfasis en que ahora aconseja a su hija que tenga sus relaciones mucho tiempo después de que ella las tuvo. De igual forma, la madre de Juliana (Brasil, 2017) destaca la importancia de la comunicación abierta con su hija sobre las relaciones y el noviazgo para que evite tomar decisiones que después pueda lamentar, relacionando sus propias experiencias negativas a la falta de cercanía y poca comunicación por parte de su propia madre. Ella indicó que su madre nunca le habló de SDRS, particularmente, nunca abordó lo relacionado a las relaciones íntimas, y aunque su madre le brindó “todo lo que ella necesitaba”, explicó que esa falta de apoyo por parte de su madre durante su propia adolescencia es lo que ahora la lleva a tratar de sentarse a platicar de estos temas con Juliana (11 años).

4.6 CAMBIOS GENERACIONALES

4.6.1 Cambios percibidos en el comportamiento de las niñas

Los ejemplos de Vietnam, Togo, Uganda, y República Dominicana demuestran que no todo(a) s lo(a)s cuidadore(a)s están preocupado(a)s de que sus hijas repitan las mismas experiencias que ello(a)s, más bien critican los cambios negativos que han notado en la sociedad y que pueden llevar a las niñas a tomar “malas” decisiones. La madre de Sen (Vietnam, 2016) menciona diferencias en el comportamiento adolescente de cuando ella misma lo era:

“El comportamiento de cada generación es diferente, por lo que debemos vigilarlo ... Si ahora les damos mucha libertad a las niñas, andarán con novios inmediatamente. Nosotras éramos iguales a esa edad pero la juventud de aquella época no se atrevía a cruzar los límites, ahora sí.”

MADRE DE SEN, VIETNAM, 2016

En Togo, la abuela de Lelem, hace comentarios similares sobre los cambios generacionales en el enfoque de lo(a)s adolescentes hacia las relaciones:

“Las niñas ya no les presentan sus novios a sus padres. Este es un cambio negativo; en el pasado el joven venía a la casa de sus futuros suegros para que pudieran conocerlo, y él se comportaba respetuoso cuando los encontraba en la calle.”

ABUELA DE LELEM, TOGO, 2021

Alguno(a)s cuidadore(a)s ven los cambios generacionales en los métodos de crianza como un factor clave que influye en resultados negativos. La madre de Sheila en Uganda (2021) indica que los actuales métodos de crianza más relajados para con las niñas les está permitiendo entablar relaciones a una edad más temprana ya que se les dan muchas libertades. La abuela de Saily (República Dominicana, 2017) hace eco a esto con similares puntos de vista:

“... cuando yo estaba creciendo, las niñas nunca salían sin su mamá. En estos días las madres las dejan salir solas. Antes no les datan tantos permisos para salir con los jóvenes. Yo no críe a las mías así, lo siento, pero no puedo criarlas de esa forma ... Y no les di a mis hijas permiso para ir y venir como quisieran... Después de las 6:00pm, Saily está aquí conmigo ... Yo no me puedo ir a acostar y dejar a Saily en la calle; eso es lo que en estos tiempos está pasando cada vez más con las niñas, ellas quedan embarazadas a los 12, 13 años porque sus madres las dejan salir cuando quieren.”

ABUELA DE SAIDY, REPÚBLICA DOMINICANA, 2017

El padre de Hoa (Vietnam, 2018) sugiere que ha habido cambios en la sociedad con respecto a la sexualidad de las niñas y las mujeres, indicando que ahora mucho(a)s jóvenes tienen sexo a una edad temprana; por eso, le prohíbe a Hoa que se junte con los jóvenes. La madre de Azia (Togo, 2021) también hace la reflexión de que las mujeres y las niñas en estos días son muy libres sexualmente: *“Un cambio negativo ha sido que las niñas y las mujeres están familiarizadas con la promiscuidad sexual y un amor al dinero que devalúa a la mujer”*. Ella parece atribuir el problema a que las niñas intercambian sexo por dinero, sin reconocer que la pobreza y vulnerabilidad económica de las niñas son el centro del problema.



Una joven cuelga la ropa para secar afuera de su casa en la República Dominicana.

©Plan International

4.6.2 Cambios en sus comunidades

Lo(a)s cuidadore(a)s también enfatizaron como una preocupación, los cambios generacionales en su comunidad y el aumento de la violencia. Tanto cuidadore(a)s como niñas hacen referencia a la comunidades como lugares peligrosos en donde se sienten inseguras; ellas confiesan que no están seguras debido a problemas de acoso y violación sexual, la amenaza de violencia sexual: *“Anteriormente, yo podía decir que sí, que estaban seguras. Ahora no es seguro que una mujer camine sola, especialmente en la noche”*. (Padre de Michelle, Filipinas, 2021). Aunque en la mayoría de los casos, esto fue en el contexto de los espacios públicos, en otros casos, las niñas y cuidadore(a)s también mencionaron que las escuelas y hogares no se libraban de la GBV: *“La violencia doméstica sucede mucho. Las violaciones ocurren muy seguido en estos días”*. (Madre de Amanda, Brasil, 2018). Esto fue particularmente evidente en las cohortes de Latinoamérica y el Caribe, y Uganda.

“Peor, y mientras más vieja me hago, se pone aún peor. En los tiempos en que yo estaba creciendo nunca vi a un hombre matar a una mujer. Y ahora lo ves todos los días. O a un hijo siendo violento con su madre.”

MADRE DE LEYLA, REPÚBLICA DOMINICANA, 2012

Los países en Latinoamérica y el Caribe también mencionan la presencia de pandillas, o maras, que hacen que las comunidades sean inseguras.

Las normas y comportamientos, particularmente en torno a los matrimonios infantiles y forzados parecen haber cambiado de cuando que lo(a)s cuidadore(a)s eran jóvenes, y estos cambios son reconocidos en los primeros años de vida de las niñas. La existencia generalizada de normas que prohíben el matrimonio antes de los 18 años en los países de la cohorte,¹⁷³ así como la inclusión de esta prohibición en distintas especificidades de los acuerdos internacionales, demuestra que han ocurrido cambios en la norma con respecto al MUITF:¹⁷⁴ *“El matrimonio forzado está abolido y la escisión de las niñas jóvenes está prohibida, haciendo que el parto sea más sencillo”*. (Tío de Mangazia, Togo, 2009).

De forma alternativa, la presencia y conocimiento de la legislación ha actuado como un catalizador para permitir que comunidades y personas desafíen y cuestionen la práctica del MUITF. La educación fue el principal factor de impulso citado con los cambios respecto al matrimonio, lo cual concuerda con la investigación cualitativa que establece correlaciones entre los años de educación y la edad en el primer

173. En muchos países de la cohorte, la edad legal para casarse es 18 años, pero hay excepciones a esta regla en Brasil (16, con consentimiento de padres o representante legal), Togo y Camboya (pueden casarse a partir de los 16 con consentimiento de sus padres y en circunstancias especiales).

174. Greene, M.E. and Stiefvater E. (2019) *Social and gender norms and child marriage: A reflection on issues, evidence and areas of inquiry in the Field.* Disponible en: https://www.alignplatform.org/sites/default/files/2019-04/align_child_marriage_thinkpiece.pdf, visitado el 5 de mayo 2022.

matrimonio.¹⁷⁵ La madre de Margaret en Benín mencionó cambios en el 2009: *“Las oportunidades son que las niñas ahora van a la escuela y son libres de escoger a su esposo”*. Las personas entrevistadas en Vietnam también indicaron la influencia de diferentes medios de comunicación que brindan más información, llevando a una reducción en los MUITF. En Benín, una persona entrevistada se refiere al empoderamiento de la mujer relacionado al conocimiento y participación en la toma de decisiones, lo que parece haber ayudado al cambio en la norma en torno a la práctica del matrimonio forzado:

“ En el pasado, padres y madres no discutían cosas con sus hijos e hijas y hubo muchos casos de matrimonio forzado. Ahora, las mujeres están mucho más informadas y pueden tomar decisiones. Padres y madres también hablan mucho más con sus hijas y ellas les piden consejo antes de tomar una decisión. Esto es algo muy bueno para las niñas y las mujeres. ”

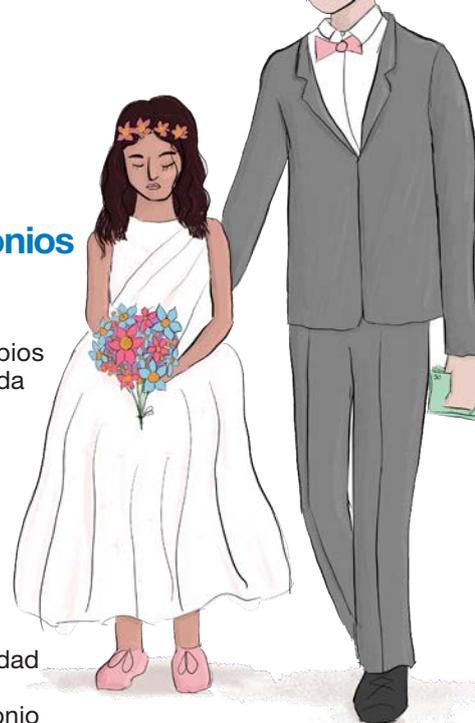
MADRE DE THEA, BENÍN, 2021

La actitud prevalente, tanto entre las niñas como en sus cuidadore(a)s en todos los contextos, fue contra el matrimonio forzado y temprano: *“No es correcto porque no debemos obligar a las niñas a casarse a temprana edad”*. (Lina, 15 años, Camboya, 2021). Todo(a)s lo(a)s cuidadore(a)s y las niñas desaprobaron la historia de una niña que fue casada por sus padres a los 14 años debido a problemas económicos y no habían escuchado de casos como este en su comunidad. Alguno(a)s de lo(a)s cuidadore(a)s tuvieron respuestas particularmente emotivas sobre la historia, dejando claro que no era algo que solo las leyes prohibieran, sino que ello(a)s mismo(a)s estaban en total desacuerdo: *“¡Estoy enojado! Tú no fuerzas a tu hijo o hija a casarse, ¿por qué? Solo porque ya no puedes pagar su alimento? Aiza [la niña de la historia] es demasiado joven”*. (Padre de Reyna, Filipinas, 2021).

Muchas niñas en Vietnam, y algunas de las niñas en Camboya y El Salvador, estaban al tanto del papel que juegan los derechos y usaron lenguaje basado en derechos al referirse a la historia del matrimonio temprano. Estaban familiarizadas con las legalidades en torno al matrimonio temprano y su derecho a rehusarse a ser obligadas a casarse: *“Porque es contra ley obligar a una niña a casarse porque hay otras formas de superar estos problemas”*. (Susana, El Salvador, 2021). Esta conciencia apunta potencialmente a evidenciar el impacto de la políticas a nivel estructural, o de los programas gubernamentales y no gubernamentales, relacionados con el MUITF en estos países.

4.6.3 Los matrimonios aún persisten

Sin embargo, aunque las familias hablaron de cambios contra esta práctica, queda claro que aún existe en algunas de las comunidades. En las pláticas, usualmente se hacía referencia a esto como algo que había pasado en “otras” comunidades pero “no aquí”. El trabajo empírico sobre la efectividad de los marcos legales en la prevención del matrimonio infantil apunta a cambios, incluyendo el uso de excepciones legales sobre la edad legal mínima.¹⁷⁶ No obstante, aún en países como Vietnam, El Salvador, y Filipinas, en donde no hay excepciones legales, parecía haber una brecha entre la política y la práctica. Por ejemplo, muchas personas entrevistadas en Vietnam dijeron que pensaban que el matrimonio forzado sucedía en la “áreas montañosas”.



En algunos casos, hubo diferencias entre cómo lo(a)s cuidadore(a)s y la niña respondían al respecto. Por ejemplo, la madre de Darna (Filipinas, 2021) compartió que no había casos de matrimonio forzado en su comunidad como el de la niña de la historia, únicamente ejemplos de matrimonios tempranos: *“si el/la niño(a) quiere casarse no pueden impedirselo. A veces hay casos como ese”*. Sin embargo, Darna contradujo esta declaración durante su entrevista:

“ Tengo esta compañera, ella quería estudiar para aprender más. En ese entonces estábamos tan solo en 6to. Grado, pero sus padres eran pobres y no tenían para comer, como la historia de Anabel. Entonces la casaron con un hombre de 37 años, ella tenía 17. El hombre tenía dinero, tierras, así que sus padres la casaron con él. Ella obedeció lo que sus padres decían aún y cuando no quería. Cuando nos chateamos, ella me cuenta que quiere estudiar. Yo estaba muy triste porque éramos muy cercanas. ”

DARNA, 15, FILIPINAS, 2021

No es claro si la madre de Darna en verdad desconocía la situación de la amiga de Darna o si no quiso mencionar que tales casos sucedieran dentro de la comunidad.

175. Kamal, S.M., Hassan, C.H., Alam, G.M. and Ying, Y. (2015) “Child marriage in Bangladesh: trends and determinants”, *Journal of Biosocial Science* 47(1): 120–139

176. Greene, M.E. and Stiefvater E. (2019) ‘Social and gender norms and child marriage: A reflection on issues, evidence and areas of inquiry in the Field.’ Disponible en: https://www.alignplatform.org/sites/default/files/2019-04/align_child_marriage_thinkpiece.pdf, visitado el 5 de mayo 2022.

Algunas veces hubo reconocimiento de la existencia del matrimonio temprano en sus propias comunidades, usualmente, haciendo referencia a algunas normas descriptivas presentes en la comunidad:

“Aquí la mayoría de las niñas de 13 en adelante, comienzan a casarse, a tener novio”

MADRE DE DARIANA, REPÚBLICA DOMINICANA, 2014

“Yo creo que siempre ha sido así aquí, no ha cambiado para mejor, sigue siendo igual. Sí, porque la mayoría de niños y niñas deciden unirse desde muy temprana edad.”

MADRE DE STEPHANY, EL SALVADOR, 2021

El matrimonio temprano, como “opción” entre las adolescentes, fue mencionado más frecuentemente como un problema en las comunidades que el matrimonio forzoso. Esto fue predominantemente mencionado en Filipinas, El Salvador, Camboya, y República Dominicana, pero también hubo algunos ejemplos en Vietnam. Lo(a)s cuidadore(a)s compartieron historias de jóvenes que se enamoraron, se casaron, y dejaron la escuela. Las niñas mismas, usualmente confirmaban este tipo de historias compartiendo ejemplos de cuando sus compañeros y compañeras se habían casado.

“Es lo mismo, pero los niños y las niñas se casan por amor, y tienen 15 o 16, y sus padres no les fuerzan.”

LINA, 15, CAMBOYA, 2021

“Hay [un caso en la comunidad], pero no era su familia la que insistía en que se casara, era ella [la niña] la que decidió casarse.”

DOLORES, 15, FILIPINAS, 2021

En la cohorte de Latinoamérica y el Caribe, las uniones con hombres mayores fueron mencionadas con mayor frecuencia que las de dos personas “que se enamoran”:

“Ella se fue con un joven, ella [Hillary] tiene 14 años, sí, y él 25 ... Es la segunda vez que ella se une con alguien, pero ahora ella está bien, este la cuida bien, él es más joven que el primero.”

ABUELA DE HILLARY, EL SALVADOR, 2021

Era claro que algunas niñas se involucraban en matrimonios informales por elección propia, porque percibían que un hombre mayor podría potencialmente sostenerlas y posiblemente aprovecharon la oportunidad como una estrategia contra la pobreza. Dos niñas (una en El Salvador, y la otra en República Dominicana) mencionaron vivir con más comodidad desde que se unieron a sus parejas.

En la República Dominicana y El Salvador la edad legal para el matrimonio es 18 años, sin excepciones. No obstante, la continua presencia del MUITF apunta hacia problemas con el sistema legal que no aplica la legislación sobre MUITF. Fundamentalmente, las uniones informales, que no son reconocidas por la iglesia o el estado, usualmente quedan más allá del alcance administrativo de las agencias gubernamentales, creando lagunas para evitar sanciones.¹⁷⁷

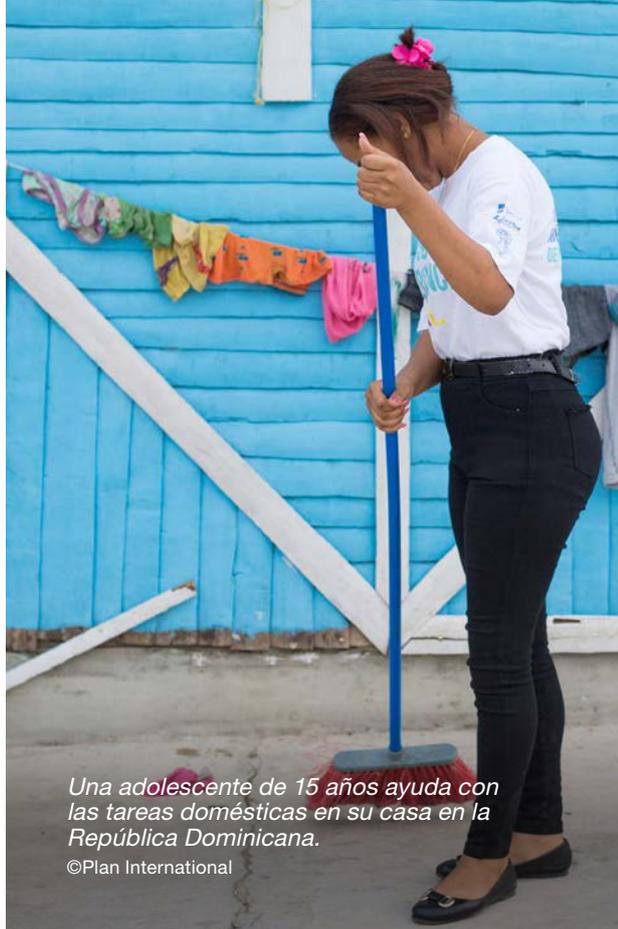
“Algunas de ellas [se casan] con jóvenes de su misma edad, pero otras también se unen con hombres mucho mayores. No, nadie hace nada, sus madres tratan de conseguir ayuda ... la policía dice que si ella se fue por su propia voluntad, ellos no pueden hacer nada, aunque sea menor de edad.”

GLADYS, 15, EL SALVADOR, 2021

El COVID-19 también se mencionó como otro factor en la prevalencia del MUITF en sus comunidades, alguno(a)s cuidadore(a)s y niñas citaron que muchas niñas se habían unido a su pareja durante la pandemia y, consecuentemente, algunas quedaron embarazadas: “*En mi comunidad hay muchas niñas que abandonaron la escuela y sus padres las forzaron a casarse jóvenes debido al COVID-19*”. (Southany, 15 años, Camboya, 2021).

Fue muy raro ver en los datos que las niñas o lo(a)s cuidadore(a)s discutieran la justificación detrás del problema del matrimonio temprano. Sólo Uyen en Vietnam (15 años en el 2021) hizo referencia a factores socioeconómicos como una razón detrás de esto: “*Si hay mucha gente pobre en una comunidad, las niñas se verán forzadas a casarse tempranamente, como Mai [la niña de la historia]. Si hay mucha gente rica en una comunidad, la situación será diferente*”. En general, hubo falta de comprensión sobre las desigualdades estructurales de género que llevaban al MUITF en las comunidades. Sólo uno(a)s cuanto(a)s cuidadore(a)s reconocieron la capacidad y vulnerabilidad de las niñas en las primeras etapas de la adolescencia como un factor clave del problema en relación a sus opciones en torno al matrimonio temprano.

177. Greene, M.E.A. (n.d.) *A Hidden Reality for Adolescent Girls: Child, Early and Forced Marriages and Unions in Latin American and the Caribbean*. Regional Report. Plan International in the Americas and the United Nations Population Fund (UNFPA), Regional Office for Latin America and the Caribbean.



Una adolescente de 15 años ayuda con las tareas domésticas en su casa en la República Dominicana.

©Plan International

Ha habido un progreso generacional sobre las actitudes hacia el MUITF entre las comunidades de la cohorte. En general, parece que lo que perpetúa los continuos casos de MUITF dentro de las comunidades es la falta de voluntad entre muchas familias e instituciones para intervenir y evitar el MUITF, en lugar de aceptarlo como algo que sucede.

4.7 RECOMENDACIONES HECHAS POR CUIDADORE(A)S Y NIÑAS

4.7.1 Lo que dicen lo(a)s cuidadore(a)s

En el 2021, se les preguntó a lo(a)s cuidadore(a)s qué creían que podría ayudarles a hablar de SDSR con sus hijas. Un tema común en sus respuestas fue un reconocimiento de que generalmente lo(a)s cuidadore(a)s necesitaban apoyo para superar los retos que experimentaban cuando se comunicaban con sus hijas sobre SDSR. Alguno(a)s cuidadore(a)s citaron que ello(a)s querían apoyo de organizaciones relevantes para aumentar su propio conocimiento sobre SDSR y para que les ayuden a desarrollar métodos positivos de comunicación con las adolescentes –para alguno(a)s cuidadore(a)s esto fue una recomendación clave–. La tía abuela de Bopha (Camboya, 2021) indicó que los padres necesitaban que les enseñaran para poder conocer sobre SDSR. Ella mencionó usar varios medios de comunicación para transmitir mensajes; también dijo que lo(a)s maestro(a)s debieran comunicarse más frecuentemente con los padres sobre qué decir en torno a SDSR. La madre de Miremba describe el apoyo de terceros como un factor que empodera a los padres para comunicarse con sus hijo(a)s:

“ Los padres deben ser sensibilizado(a)s sobre cómo hablarle a sus hijos e hijas sobre sexo y pubertad para empoderarlo(a)s y que les hablen a sus hijas. Porque cuando tú estás dispuesta a hablarle a una niña, y ella está dispuesta a comprender lo que tú le estás diciendo, ella puede cambiar para convertirse en una mejor persona. ”

MADRE DE MIREMBA, UGANDA, 2021

En algunos casos, lo(a)s participantes sugirieron que lo(a)s propi(a)s cuidadore(a)s necesitaban cambiar su forma de hablar sobre SDSR con las niñas. Al mismo tiempo, reconocieron los retos encontrados por muchos adultos en términos de su propio conocimiento, tabúes sociales, y dudas sobre qué debían decirles a sus hijas:

“ Yo creo que deben abrir sus mentes, porque una vez que tienes una niña que está entrando a la pubertad, tú tienes que decirle cómo son las cosas ... Ellas necesitan más confianza y más afecto. ”

MADRE DE SHARINA, REPÚBLICA DOMINICANA, 2021

Alguno(a)s, como la madre de Djoumai, identifican la necesidad de los padres de desafiar las normas que limitan la comunicación sobre SDSR: “Yo creo que los padres deben hablarle a sus hijo(a)s sobre sexo y pubertad y romper el tabú en torno a eso”. (Madre de Djoumai, Togo, 2021). La abuela de Joy (Uganda, 2021) sugiere buscar apoyo de otros padres y brindarse apoyo colectivo entre sí; ella también reconoce desafiar las normas y animar a los padres a hablar con sus hijas.

Otras personas, sin embargo, creen que las niñas deben ser informadas directamente por organizaciones externas o grupos de personas con el conocimiento y recursos necesarios para enseñarle a las niñas sobre estos temas. Se percibe de alguno(a)s cuidadore(a)s que se sentirían más cómodo(a)s con eso que abordando estos temas sensibles ello(a)s mimo(a)s: “A los padres les ayudaría que hubiera reuniones para niñas sobre el sexo y pubertad, para concientizarlas sobre cómo deben comportarse a esa edad”. (Madre de Essohana, Togo, 2021). El involucramiento de otro(a)s miembros de la familia extendida también se ve como una ayuda para que los padres aborden temas sensibles, pues las personas entrevistadas pensaron que otro(a)s miembro(a)s de la familia podrían sentirse más cómodo(a)s, que los padres, de hablar con las niñas sobre estos temas.

4.7.2 Qué dicen las niñas

Al ser consultadas sobre lo que saben acerca de la pubertad, las niñas de la cohorte están generalmente conscientes de que ellas experimentarán algunos cambios durante la adolescencia. Para algunas, los cambios en sus cuerpos son vistos negativamente –particularmente cuando han desarrollado antes que sus compañeras–. Varias niñas también expresaron ansiedad sobre la menstruación, lo cual se basa en la desinformación y mitos que perpetúan las asociaciones negativas con los períodos y limitan la comprensión de las niñas sobre su salud sexual y reproductiva:

“Me da miedo que alguien lo note. Tengo miedo de ser perseguida por los niños. Yo [a menudo] oía que el primer sangrado vaginal podía matar un árbol. A las niñas se les aconsejó no secar su ropa al aire libre, o se les lanzaría un hechizo. Entonces, yo no me atrevo a secar mi ropa al aire libre, ni de día ni de noche.”

NAKRY, 12, CAMBOYA, 2018

Al ser consultadas, la mayoría de las niñas de la cohorte dicen que les gustaría saber más sobre SDSR y que sienten que su actual nivel de conocimiento no es suficiente. Esto es particularmente notable en los datos del 2021, mientras que en los años anteriores era común escuchar de las niñas decir que les gustaría saber más, pero que lo veían más como algo a futuro que como algo que necesitaran en el presente. Algunas niñas dijeron que no querían más información, ya sea porque eran “tímidas” o porque se sentían incómodas con el tema, o, como el caso de Folami (15, Togo, 2021), porque sentían que ya tenían experiencia y sus mamás les había dicho lo suficiente. Sin embargo, Folami sí pensó que otras niñas debían aprender más: “No, mi madre me ha enseñado suficiente. [¿Crees que deba enseñarseles a las niñas sobre sexo y pubertad?] Sí, para que las niñas no cometan errores que terminen en embarazo, lo cual les impediría asistir a la escuela, como yo de hecho”.



Quando se trata de las fuentes preferidas de información sobre SDSR, la preferencia más común de las niñas es la madre u otras cuidadoras, lo cual puede ser resultado de los roles percibidos como “aceptables” en el hogar: “Para mí, mi tía con quien vivo debiera hablarme sobre estas cosas. Los padres también debieran hablarle a sus hijos e hijas, para que no aprendan información falsa de otras personas”. (Margaret, 15 años, Benín, 2021). Esto cambia en algunos casos con el tiempo, aumenta ligeramente con la edad, en donde la escuela o lo(a)s “maestro(a)s” pasan a ser la preferencia para abordar estos temas con las niñas. Aunque una combinación de ambas fuentes, es decir, miembros de la familia y maestro(a)s, es citada como un buen escenario para algunas niñas a los 15 años, las mismas niñas comparten que hablar de esto con un(a) maestro(a) sería extraño e incómodo.

Si bien los miembros de la familia pueden ser preferido(a)s a lo(a)s maestro(a)s, para las niñas cuyo(a)s cuidadore(a)s no han hablado con ellas sobre SDSR, la escuela es su principal fuente de conocimiento y les ayuda a cerrar brechas importantes:

“[Okay ¿Quién crees que debe enseñarles a las niñas sobre sexo y pubertad?] Bueno, sus padres. [¿Solo sus padres?] Yo creo que sí. [¿Qué piensas de la escuela?] También. Pero principalmente los padres. [Por ejemplo, solo te hablaron de esto en la escuela; tu mamá y tu papá no te hablaron de esto.] No. [Entonces, en tu caso, si la escuela no te hubiera hablado de esto, tú no sabrías, no tendrías ninguna información sobre esto?] No ... No sé si ello(a)s están esperando el momento correcto o algo así. Pero yo no sabría nada si no me hubieran hablado de eso en la escuela.”

RAISA, 15, REPÚBLICA DOMINICANA, 2021

Las enfermeras, y fuentes médicas de información también fueron citadas por algunas niñas en Togo, Uganda y Camboya entre los mejores lugares para que les enseñen sobre SDSR.

A young girl
daughter on her
©Plan International



05

CONCLUSIÓN

Una adolescente de Benín camina por la carretera con su bebé en la espalda.
©Plan International

Tanto las niñas como sus cuidadore(a)s consideran la SDRS como importante y una parte natural de la adolescencia por la que deben pasar. Sin embargo, las reflexiones del estudio RCRL demuestran que en la mayoría de los casos las niñas están desinformadas y mal preparadas para lidiar de forma positiva con su salud sexual y reproductiva.

La falta de acceso a información sobre SDRS que lo(a)s cuidadore(a)s experimentan, aunada a currículos deficientes o inexistentes para la educación integral sobre sexualidad, solo limitan las opciones que las niñas puedan tener para navegar por su SSR durante la adolescencia. Las rígidas normas culturales y de género priorizan la educación en SSR en la casa y escuela como medios únicos para evitar el embarazo y la violencia, excluyendo de forma efectiva toda discusión sobre el bienestar sexual de las niñas.



Una adolescente practicando poner un condón en un pepino en una clase de educación sexual en Vietnam.

©Plan International

Aunque cada país tiene su propio y distintivo contexto cultural y de política legal, toda nuestra investigación tuvo lugar en comunidades pobres rurales y semirurales. Fue evidente que muchas de las dificultades que las niñas enfrentaban eran un reflejo de los efectos combinados de la pobreza y las normas desiguales de género. Existen similitudes importantes entre las actitudes, normas, y prácticas en relación a género, edad, y sexualidad, que permiten que las normas dañinas de género que controlan la sexualidad de las niñas y defienden ideales dañinos sobre la feminidad y la masculinidad, prevalezcan entre las comunidades de la cohorte. Estas normas dan lugar al estigma y a la violencia de género que tienen un impacto significativo en la vida de muchas de las niñas y sus cuidadoras dentro del estudio.

Es claro que las normas sociales y de género continúan siendo una influencia clave en la comunicación cuidador(a)-adolescente sobre SDRS, y que lo(a)s cuidadore(a)s tienen actitudes conservadoras en relación a la SSR de las niñas. A pesar de expresar asociaciones negativas con sus propias experiencias de SDRS como adolescentes, las cuidadoras enfrentan dificultades cuando se trata de cambiar la narrativa comunicada a las niñas sobre sus cuerpos y sexualidad. Los cuidadores son excluidos de la educación de las niñas sobre SDRS y luchan por superar las normas de género que desalientan su participación en el diálogo con las adolescentes sobre su SSR. Las mismas niñas hacen eco de las creencias y actitudes de lo(a)s cuidadore(a)s en torno a SDRS. Ellas comienzan a monitorear su propio comportamiento así como el de sus compañeras, repitiendo diálogos sobre cómo debe comportarse una niña, asegurando así que los ciclos de estigma y vergüenza continúen siendo reproducidos para las niñas que transgreden cualquiera de estas expectativas societales.

A lo largo del curso de vida de las niñas estas normas sociales y de género evolucionan para volverse más rígidas, y a medida que las niñas entran en la última etapa de la adolescencia, son monitoreadas de cerca. La menarquía continúa siendo un punto clave de inflexión para que lo(a)s cuidadore(a)s comiencen a hablar sobre SDRS, pero también marca el momento en que lo(a)s cuidadore(a)s creen que tienen que manejar más estrictamente la sexualidad y comportamientos de las niñas.

Está claro que las normas sociales y de género siguen siendo una influencia clave en la comunicación cuidador(a)-adolescente en torno a SDRS y lo(a)s cuidadore(a)s tienen actitudes conservadoras con respecto a la SSR de las niñas. Las opciones de las niñas están determinadas y limitadas por las expectativas y creencias culturales sobre cómo su vida sexual debe desarrollarse. Promover los derechos de las niñas a la SSR requiere del diálogo intergeneracional a la par del desarrollo y reforzamiento de las normas sociales de apoyo, así como de políticas y programas que garanticen que las niñas puedan tomar decisiones informadas sobre su SDRS y que tengan su propia agencia sexual.



06

RECOMENDACIONES

Una madre joven con su hija en Brasil .
© Plan International

En primer lugar, debe tenerse en cuenta que los contextos dentro del estudio RCRL varían enormemente, y cada recomendación debe ser adaptada y aplicada de acuerdo a los diferentes contextos, tanto entre como dentro de los países.

A partir de los hallazgos, es claro que las niñas quieren más información por parte de sus cuidadore(a)s sobre SDSR y lo(a)s cuidadore(a)s quieren más apoyo para poder comunicarse efectivamente con sus hijas adolescentes sobre SDSR. Un punto de partida para mejorar la SDSR de las niñas adolescentes es un entorno de políticas favorables, pero esto debe coincidir con normalizar las discusiones abiertas y honestas sobre la salud sexual y reproductiva, tanto en los contextos de educación formal como informal y en el discurso comunitario.

LOS GOBIERNOS NACIONALES DEBEN:

- **Garantizar** el acceso a servicios de SDSR de calidad y asequibles con inclusión de las perspectivas de género y adolescencia, incluyendo los que prevengan y respondan a la GBV. Estos deben ser desarrollados e implementados en consulta con las niñas adolescentes, incluyendo aquellas que son sobrevivientes de la violencia sexual, y niñas que están casadas y/o criando, e incluir el acceso a métodos anticonceptivos mejorados para las adolescentes en contextos rurales.
- **Desarrollar, implementar, y monitorear** políticas que creen un ambiente favorable en el que las madres adolescentes puedan aprender en un espacio seguro que sea flexible a sus necesidades, eliminando políticas que, ya sea implícita o explícitamente, excluyen de la escuela a estas niñas, y brindando apoyo oportuno, con sensibilidad a la adolescencia, a las niñas que están embarazadas o criando.
- **Fortalecer** la prevención y respuesta a la GBV y a las prácticas dañinas, incluyendo el MUITF de adolescentes con personas adultas, incorporando un enfoque basado en derechos y transformador de género que reconozca tanto la agencia de las adolescentes como la necesidad de transformar las normas dañinas y prácticas que impulsan diferentes formas de violencia.
- **Fortalecer** la educación sexual integral (CSE) e incluirla en los primeros años de la escuela para responder a la edad y etapa de lo(a)s estudiantes usando enfoques positivos sobre el sexo que promuevan la comprensión del género, incluyendo diversas orientaciones sexuales, identidades de género, expresiones de género y/o características de género (SOGIESC [*siglas en inglés para orientación sexual, identidad de género, expresión de género, y características de género*]).¹⁷⁸ Debe incluir un enfoque por etapas que sea adaptable y conozca las normas específicas contextuales y comunitarias presentes, para que los gobiernos y ministerios de educación puedan trabajar para superar los retos que surjan con la implementación de la CSE en cada contexto.
- **Motivar** “todo un enfoque escolar” hacia la CSE. Los programas de CSE deben incluir actividades para informar a lo(a)s cuidadore(a)s sobre los objetivos y contenido de la CSE y desarrollar su apoyo.

LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES Y ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL (NGOS Y CSOS [RESPECTIVAS SIGLAS EN INGLÉS]) DEBEN:

- **Apoyar** a lo(a)s cuidadore(a)s para que se involucren activamente en la SDSR de sus hijos e hijas desarrollando conocimiento y esfuerzos de apoyo para mejorar la comunicación niña/niño-cuidador(a) en torno a la GBV y la sexualidad, incluyendo la socialización sobre las diversas SOGIESC. Las personas jóvenes primero buscan apoyo e información con sus cuidadore(a)s y necesitan sentir que pueden pedir ayuda sin que haya vergüenza o confusión de ninguno de los dos lados. Esto implica brindar oportunidades para el diálogo entre y dentro de las generaciones para discutir las experiencias entorno a la SDSR.

178. Plan International (2021) Translating CSE commitments into action. Disponible en: <https://plan-international.org/publications/translating-cse-commitments-into-action/>, visitado el 23 de mayo 2022

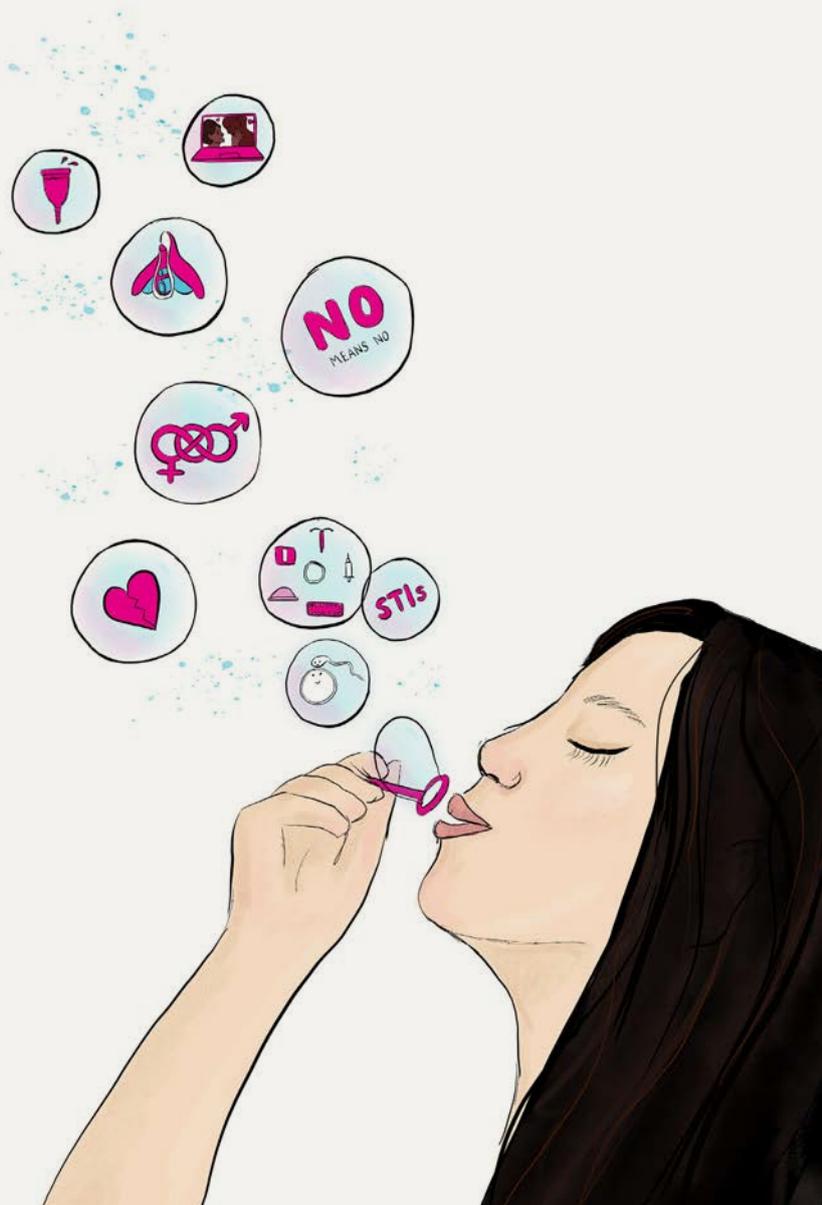
Las normas y valores que reducen el estima en torno a la SDRS deben promoverse para mejorar los resultados de salud. Las normas sociales y de género están arraigadas en todas las comunidades de RCRL y continúan influenciando los enfoques de lo(a)s cuidadore(a)s con respecto a la SDRS en relación con los comportamientos esperados de las relaciones y la actividad sexual. Las normas en torno a GBV demuestran que aunque puedan existir políticas para evitar y responder a la GBV, estas no siempre son reforzadas o monitoreadas adecuadamente considerando las perspectivas de género y edad. Todo(a)s lo(a)s actore(a)s deben compartir la responsabilidad de desafiar las normas sociales y de género.

LAS ENTIDADES DONANTES DEBEN:

- **Garantizar** que la inversión interinstitucional de largo plazo esté enfocada en los esfuerzos por cambiar las normas de género que enfocan la sexualidad, agencia, y autonomía corporal de lo(a)s adolescentes en relación con los problemas críticos de SDRS que están afectando a las jóvenes adolescentes, incluyendo GBV y MUITF.

NGOS Y CSOS DEBEN:

- **Facilitar** diálogos intergeneracionales que se enfoquen en transformar las normas negativas sociales y de género a la vez que busquen aquellas que sean positivas; desafiando mitos y tabúes en torno a la menstruación, las relaciones íntimas, y la identidad de género, y la sexualidad; normalizando las discusiones sobre el sexo, métodos anticonceptivos, y bienestar sexual; y desafiando las normas que estigmatizan el uso de métodos anticonceptivos y solamente promueven la abstinencia. Se debe fortalecer la concientización sobre las relaciones entre MUITF, GBV, sexualidad adolescente, y embarazo prematuro, y en cómo estos problemas son perpetuados por las normas sociales.
- **Implementar** intervenciones en las escuelas y comunidades que busquen reducir el estigma y la discriminación contra las niñas embarazadas o que están criando y las que han sido sobrevivientes de la violencia sexual, y que en lugar de eso les ayuden a tener acceso a servicios de SSR prestados con empatía y apoyo.
- **Involucrar** al padre y compañeros en la SDRS de las niñas promoviendo actitudes equitativas de género que busquen mejorar los resultados de la SDRS y promuevan relaciones positivas. Los hombres y los niños deben ser involucrados para que evalúen críticamente las normas que giran en torno a las opiniones sobre la masculinidad y la feminidad y que ponen sobre los hombros de las mujeres toda la carga del cuidado de la salud sexual y reproductiva de las niñas.
- **Promover** cambios en la norma mediante una combinación de intervenciones que incluyan el uso de los medios de comunicación, así como la provisión de una gama de fuentes de información sobre SDRS para que las y los jóvenes puedan consultarlas.



Jóvenes caminando en Uganda.
©Plan International



07

ANEXOS

ANEXO 1

TABLA 3 INFORMACIÓN DETALLADA DE UBICACIÓN DE LAS NIÑAS DE LA COHORTE

LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE			
PAÍS	UBICACIÓN	NOMBRE DE LAS NIÑAS	INFORMACIÓN DE UBICACIÓN
BRASIL	Codó, Maranhão	<ul style="list-style-type: none"> • Bianca • Camila • Gabriela • Natália 	Cuatro de las niñas viven en São Luís, la capital de la provincial de Maranhão, y cuatro viven en Codó (tres de ellas en el área rural y una en una comunidad semiurbana). Todas tienen acceso a escuela y viven cerca de ella, pero debido a la pandemia y la huelga de educación pública, están en gran desventaja con respecto a su educación.
	São Luís, Maranhão	<ul style="list-style-type: none"> • Fernanda • Juliana • Larissa • Sofia 	<p>Algunas familias dependen de la agricultura para vivir y el resto tiene trabajos informales como venta de productos en el mercado, pintar, empleado(a)s no registrado(a)s, y asistencia del gobierno.</p> <p>En estas dos áreas hay un gran número de matrimonios infantiles y embarazos en adolescentes. Las niñas que viven en São Luis tienen acceso a Internet, pero es inestable, y las niñas en Codó no tienen acceso a un teléfono celular porque no hay señal en la región, además que tienen una economía pobre.</p>
REPÚBLICA DOMINICANA	Provincia de Azua y Provincia de San Juan	<ul style="list-style-type: none"> • Dariana • Nicol • Chantal • Griselda • Katerin • Leyla • Madelin • Raisa • Rebeca • Saidy • Sharina • Valerie 	<p>Azua</p> <p>Con respecto a los medios de vida, las comunidades dependen de la agricultura, especialmente del cultivo de tomate y banano. Una de las comunidades es zona cafetalera. Tienen clínicas rurales para el cuidado primario de la salud, tienen también electricidad pero el agua es limitada. El nivel de violencia entre las familias es alto. Las niñas mencionaron ser de familias de bajos ingresos. Todas tienen acceso a educación primaria, pero no todas lo tienen a educación secundaria y tienen que viajar varios kilómetros para poder ir a estudiar. El acceso a Internet no es gratuito, es pagado y de todas formas es limitado debido a los malos niveles de conectividad. Durante la pandemia, los niveles de escolaridad decayeron en estas áreas y la deserción escolar fue común debido a la falta de conectividad en línea y mal acceso.</p> <p>San Juan</p> <p>Las comunidades son áreas rurales agrícolas. En estas comunidades los hombres generalmente se dedican a la agricultura y ganadería y las mujeres, principalmente, al trabajo doméstico. Todas las comunidades tienen acceso a educación primaria y secundaria, clínicas rurales, agua potable, energía eléctrica, Internet a través de teléfonos celulares, y centros de servicio legal y del orden (estaciones de policía). Las niñas participantes en el estudio viven en comunidades seguras, en las que tienen libertad de locomoción sin temor a ser dañadas física o mentalmente.</p>
EL SALVADOR	Departamento de La Libertad	<ul style="list-style-type: none"> • Hillary • Bessy • Valeria • Karen • Mariel • Rebeca • Susana • Gabriela • Stephany • Doris • Gladys • Raquel 	Las niñas participantes en el estudio viven en el departamento de La Libertad, en El Salvador. Algunas de las familias viven en áreas remotas a la cuales es difícil ingresar en tiempo de lluvia. Otras viven en área semiurbanas. Debido a la ubicación geográfica de las comunidades, existe el riesgo permanente de inundaciones y deslizamientos de tierra debido a las fuertes lluvias durante la respectiva estación anual. Tanto la sequía como las inundaciones afectan los cultivos y cosechas. Esto obliga a las familias a buscar alternativas de empleo, generalmente, haciendo trabajos manuales, o diversos oficios, lo que impacta directamente en las finanzas familiares, por lo que continúan con acceso limitado a saneamiento y agua potable. Las familias están ubicadas en zonas costeras que son más propensas al tráfico y explotación sexual comercial, deserción escolar; esto empeoró con la pandemia, afectando principalmente a niños, niñas, y adolescentes. Las maras están presentes en las áreas, y las familias que participan en el estudio viven en constante temor por su seguridad personal. Algunas de las madres de las niñas son sobrevivientes de la violencia sexual. Las niñas en el estudio viven con su familia extendida y, en su mayoría, son sostenidas por sus abuelo(a)s. El acceso a conectividad e Internet es complicado porque la señal en el área es débil, y la calidad de los teléfonos es mala.

ÁFRICA OCCIDENTAL Y ORIENTAL

PAÍS	UBICACIÓN	NOMBRE DE LAS NIÑAS	INFORMACIÓN DE UBICACIÓN
BENÍN	Couffo departamento en la región centro sur a 120 km de la capital	<ul style="list-style-type: none"> • Alice • Annabelle • Barbara • Catherine Eleanor • Isabelle • Jacqueline • Layla • Margaret • Thea 	Las niñas viven en un área semiurbana, caracterizada por una fuerte actividad agrícola complementada por el comercio de productos alimenticios, y la crianza de ganado y aves de corral. Los niveles educativos de los niños y las niñas son un bastante altos, pero en lo que respecta a deserción, las niñas son las que usualmente dejan la escuela. El área es propensa al tráfico infantil. Las normas sociales desfavorables son características del área en donde viven las niñas, particularmente en relación a la violencia sexual y MUITF.
TOGO	Cotonou	<ul style="list-style-type: none"> • Azia • Djoumai • Essohana • Fezire • Reine • Anti –Yara • Ayomide • Ladi • Larba • Lelem • Mangazia • Nana-Adja • Nini-Rike • Tene 	Las niñas viven en comunidades rurales con bajos estándares de vida y dependientes de la agricultura. En los años recientes, las sequías se han vuelto más frecuentes, lo que ha causado dificultades para dichas comunidades. Los niveles educativos son bajos y el acceso a Internet es limitado debido a la falta de recursos. La religión dominante es el islam.
UGANDA	Ubicado en la región central oriental, a 144 km de la capital, Kampala.	<ul style="list-style-type: none"> • Amelia • Beti • Dembe • Jane • Joy • Justine • Mirembe • Namazzi • Nimisha • Rebecca • Sheila • Shifa • Sylvia 	Todas las niñas que participan en el estudio están ubicadas en comunidades rurales que dependen de la agricultura como fuente de alimento e ingresos. En la región, la caña de azúcar se cultiva principalmente para su venta por parte de la mayoría de las familias. Últimamente, estas comunidades han experimentado sequías prolongadas que podrían llevarlas a sufrir inseguridad alimentaria. El nivel educativo es bajo en todas estas comunidades, y el embarazo adolescente y la deserción escolar son comunes. No hay acceso a Internet debido a la falta de infraestructura. La religión dominante es la cristiana.

SUDESTE DE ASIA

PAÍS	UBICACIÓN	NOMBRE DE LAS NIÑAS	INFORMACIÓN DE UBICACIÓN
CAMBOYA	Provincia de Tboung Khnum	<ul style="list-style-type: none"> • Roumany • Davy • Puthea • Kannitha • Mony 	Las niñas y sus familias son de dos pueblos dentro de un mismo municipio o comuna. La mayoría de las personas se dedican a la agricultura. Recientemente, a consecuencia del COVID-19 los ingresos de las personas se han reducido debido a que los precios de mercado están muy bajos. Generalmente, la educación es accesible y la mayoría de los niños y las niñas estudian la escuela secundaria superior. Sin embargo, esto depende de la situación económica de las familias. Desde la pandemia, la tasa de deserción escolar está aumentando, y más personas están migrando a otras provincias o a la ciudad para ganar dinero. El acceso a Internet es limitado, y el COVID-19 implicó que lo(a)s estudiantes tuvieran que estudiar en línea, pero mucho(a)s no pudieron tener acceso a Internet.
CAMBOYA	Provincia de Siem Reap	<ul style="list-style-type: none"> • Bopha • Lina • Leakhana • Nakry • Reaksmeay • Sothany 	Las niñas viven en comunidades rurales, en donde la mayoría de sus habitantes trabajan en la agricultura. La provincia es hogar de muchos templos que son populares para turistas. En general, la educación es accesible y la mayoría de niños y niñas estudian la escuela secundaria superior. Sin embargo, esto depende de la situación financiera de la familia. El acceso a Internet es limitado.
FILIPINAS	Provincia de Samar del Norte en la región de Visayas Oriental	<ul style="list-style-type: none"> • Jocelyn • Melanie • Dolores • Rubylyn 	Las cuatro niñas viven en un área rural en la provincia de Samar del Norte, en Filipinas. Por décadas, muchas áreas dentro de la misma provincia han sido afectadas por el conflicto armado entre las fuerzas de gobierno y los grupos rebeldes comunistas, causando desplazamientos entre tres comunidades de Samar del Norte. La tasa de pobreza es alta, pues se encuentra entre las provincias más pobres del país. El área también es extremadamente vulnerable a amenazas como tifones, deslizamientos, tsunamis, terremotos, inundaciones, sequías, y los impactos del cambio climático, tales como elevaciones de nivel del mar. La agricultura es el principal recurso económico del área. La educación básica es limitada, al menos una quinta parte de niños y niñas de 6 a 16 años no estaban en la escuela. Muchos hogares no tienen acceso al suministro de agua potable y algunas tampoco tienen acceso a baños/sanitarios. La conectividad de Internet es mala.
FILIPINAS	Ubicada al noreste de la provincia de la Isla Masbate al sureste de la región de Luzón	<ul style="list-style-type: none"> • Maricel • Reyna • Rosamie • Jasmine • Chesa Darna • Mahalia • Christine • Michelle • Kayla 	Las niñas están ubicadas en el área rural de la provincia insular de Masbate. La tasa de pobreza es 4.27% (2015) y las principales fuentes de recursos son el maíz, pescado, coco, y ganado. La región es altamente vulnerable a tifones, inundaciones, sequías, y es susceptible a los peligros del cambio climático. Con frecuencia, estos eventos naturales ocasionan severos daños a la propiedad, infraestructura, y pérdidas en los medios de vida como la agricultura. Cerca del 55% de los niños y niñas asisten a la escuela primaria, y solo una quinta parte llegan a la escuela secundaria. La presencia de un grupo comunista rebelde en el área impide el crecimiento y desarrollo económicos del área. Cerca del 91% de la población es miembro de la Iglesia Católica Romana.
VIETNAM	Ubicada en la parte central de la Provincia de Quang Ngai El nombre de los distritos es Son Tinh, y Nghia Han	<p>Distrito de Son Tinh</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ly • Uyen • Tan • Sen <p>Distrito de Nghia Hanh</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kim • Quynh • Yen • Huong • Tien 	<p>La provincia de Quang Ngai es la menos urbanizada y la segunda más pobre en la Costa Sur Central.</p> <p>Distrito de Son Tinh: Las comunidades se dedican principalmente a la agricultura, pesca, e industria forestal.</p> <p>Distrito de Nghia Hanh: En un área predominantemente agrícola que queda lejos de las áreas urbanas. Sus residentes siguen una forma tradicional de vida con fuertes lazos familiares. Hay una alta tasa de desempleo, muchos hombres y mujeres jóvenes se desplazan a las provincias del sur en busca de trabajo.</p>

ANEXO 2

TABLA 4 DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE DATOS PARA EL MARCO ANALÍTICO

ESFERA SOCIOECOLÓGICA	FUENTE
SOCIEDAD	
Leyes, Políticas, y Regulaciones	Datos Secundarios: Revisión de las leyes, políticas, y regulaciones relativas a la SDSR en cada país de la cohorte.
Instituciones y currículos (incluyendo líderes de instituciones)	Datos Secundarios: Revisión del Marco Nacional para la Educación sobre Sexualidad en cada país de la cohorte y de todo cambio clave en el currículo, posición de lo(a)s líderes con respecto a la educación sexual y temas de sexualidad. Datos Primarios: Toda discusión por parte de la niña y su cuidador(es) o cuidadora(s) sobre educación sexual y currículos no formales, implementación en la escuela local.
Servicios e infraestructura	Datos Secundarios: Revisión de los servicios de SDSR a nivel nacional /regional en cada país de la cohorte. Datos Primarios: Toda discusión relacionada a servicios de SDSR, por parte de la niña y su(s) cuidador(es) o cuidadora(s) (incluyendo la prestación de, acceso a, costo, experiencia de, conocimientos básicos sobre salud de adolescentes, características de las instalaciones, equidad y no discriminación, etc.).
Medios y tecnología	Datos Primarios: Toda discusión por parte de la niña y su(s) cuidador(es) o cuidadora(s) sobre los medios o tecnología relacionada con la SDSR.
COMUNIDAD	
Información y Comunicación	Datos Primarios: Toda discusión por parte de la niña y su(s) cuidador(es) o cuidadora(s) sobre cómo la SDSR es abordada en la comunidad de las niñas de la cohorte.
Fuentes de conocimiento	Datos Primarios: Toda discusión por parte de la niña y su(s) cuidador(es) o cuidadora(s) sobre quién brinda conocimiento sobre SDSR y en qué espacios se discute esto en la comunidad de las niñas de la cohorte.
Acceso a espacios	Datos Primarios: Toda discusión por parte de la niña y su(s) cuidador(es) o cuidadora(s) sobre el acceso de los miembros de la comunidad a estos espacios (quién sí/quién no tiene acceso, qué normas dictan el acceso) en la comunidad de la niña de la cohorte.
Líderes en la comunidad	Datos Primarios: Toda discusión sobre la influencia de lo(a)s líderes de la comunidad en relación a la SDSR.
NIÑA ADOLESCENTE	
<ul style="list-style-type: none"> • Autoeficacia y autoconfianza • Aspiraciones personales • Conocimiento y habilidades • Creencias, actitudes, y valores • Desarrollo corporal y edad • Normas y riesgos percibidos 	Datos Primarios: Toda discusión por parte de la niña de la cohorte o de su(s) cuidador(es) o cuidadora(s) sobre las creencias, actitudes, desarrollo, percepciones, conocimiento, habilidades, y aspiraciones de la niña con respecto a la SDSR.
FAMILIA/COMPAÑERO(A)S	
<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de la familia • Apoyo social • Comunicación • Influencia/apoyo de compañero(a)s • Influencia/apoyo familiar 	Datos Primarios: Toda discusión por parte de la niña de la cohorte o de su(s) cuidador(es) o cuidadora(s) sobre el apoyo que las niñas reciben de su familia, redes sociales, relaciones, y comunicación relacionada con SSR.

CLAVE: ● PARTICIPÓ ● TEMPORALMENTE AUSENTE ● MURIÓ ● MIGRÓ ● DEJÓ LOS ESTUDIOS ● AÚN NO FORMABA PARTE DEL ESTUDIO

NOMBRE	RESUMEN DEL CONTEXTO DEL HOGAR (2021)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
LARISSA	Madre (conserje, 33), abuelo (desempleado; ha solicitado su pensión, 66). El abuelo tuvo un derrame el año pasado pero recibió atención médica dentro del sistema de salud pública. Abuela (retirada, 59), tía (estudiante, 22), tío (conductor, 36) y hermano (6). La familia recibió asignación por Emergencia del COVID-19. Larissa está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
LUIZA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
MARGARIDA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
NATÁLIA	Padre (trabajador del campo, 56), madre (costurera, 51), hermano (estudiante, 18), sobrino (8) y hermana (niñera, 20). Su hermano (23) dejó el hogar porque se casó. La familia recibe asignación familiar [Bolsa Família]. Natália está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PATRÍCIA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PIETRA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SANCIA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SOFIA	Padre (pintor, 35 años), madre (ama de casa, 35 años) y hermanos (13 y 8 años). La familia recibe asignación familiar [Bolsa Família] y también asignación por Emergencia del COVID-19. Sofia está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
TATIANA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
VALENTINA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

REPÚBLICA DOMINICANA

ANA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CARA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CHANTAL	Abuela (ama de casa, 50), madre (ama de casa, 31), tía (14), hermana (10) y hermanos (2 años y 14 meses). El padre se fue ilegalmente a Puerto Rico hace casi tres años y les manda remesas a domicilio. La familia recibe apoyo en alimentos y energía eléctrica solar a través del programa de Solidaridad del gobierno. Chantal está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DARIANA	Padre (agricultor, 37), madre (ama de casa, 35) y hermana. Su familia recibe apoyo del Programa de Solidaridad del gobierno. Dariana está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

CLAVE: ● PARTICIPÓ ● TEMPORALMENTE AUSENTE ● MURIÓ ● MIGRÓ ● DEJÓ LOS ESTUDIOS ● AÚN NO FORMABA PARTE DEL ESTUDIO

NOMBRE	RESUMEN DEL CONTEXTO DEL HOGAR (2021)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
GRISELDA	Esposo de Griselda (panadero) e hijo de Griselda (8 meses). Madrastra trabaja en el exterior. Padre y madre divorciados –la madre mantiene contacto con Griselda–.Griselda está inscrita en la escuela pero debido a su embarazo está atrasada en sus clases.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
KATERIN	Padre (recolector de chatarra, 35), madre (trabajadora doméstica, 35) y hermanas (9, 12). Katerin no va a la escuela porque no quiere asistir.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
LEYLA	Madre (desempleada, 36), padrastro (agricultor, 38) hermanos (conductor de camiones de agua, 21), hermano (asistente de camiones de agua, 18), hermanos (5 y 3 años, 5 meses) y hermana (20) y cuñada. La abuela de Leyla vive en España y envía transferencias. Leyla está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
MADELIN	Padre (carpintero, 45), madre (ama de casa, 35) y hermano (8). La familia recibió apoyo pospandemia por parte del gobierno durante un año. Madelin está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
NICOL	Padre (oficial de transporte público, 45), madre (ama de casa, 37), hermano (ayudante en expendio de gasolina, 20) y hermana (10). Su familia recibe apoyo del Programa de Solidaridad del gobierno.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
RAISA	Padre (encuestador, 36), madre (ama de casa, 35), hermana (5) y gemelo(a)s (2). Recientemente, Raisa fue diagnosticada con Artritis Reumatoide Juvenil. Raisa está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
REBECA	Padre (comerciante, 49), madre (comerciante, 39) y hermanas (20, 17). La familia recibe apoyo en alimentos, gas, y energía eléctrica con el Programa de Solidaridad del gobierno. También recibieron apoyo pospandemia por parte del gobierno. Rebeca está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SAIDY	Abuela (agricultora, 61). Su hermano se mudó a Santo Domingo a vivir con su padre. Madre (35) no vive en la casa y ya no puede contribuir para ayudar a Saidy. El padre de Saidy le da una cantidad de dinero a la abuela para apoyar a Saidy. Su tío trabaja en comida rápida en Nueva York y le envía dinero a casa para apoyar a la familia. La familia recibe apoyo en alimentos y gas, con el Programa de Solidaridad del gobierno.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SHARINA	Padre (agricultor, 35), madre (ama de casa, 29), hermanas (13, 5) y hermano (9). La familia recibe apoyo en alimentos y gas, con el Programa de Solidaridad del gobierno. Sharina está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

CLAVE: ● PARTICIPÓ ● TEMPORALMENTE AUSENTE ● MURIÓ ● MIGRÓ ● DEJÓ LOS ESTUDIOS ● AÚN NO FORMABA PARTE DEL ESTUDIO

NOMBRE	RESUMEN DEL CONTEXTO DEL HOGAR (2021)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VALERIE	Padre (agricultor), madre (ama de casa, 37), hermanos (17, 13, 11) y hermana (9). Hermano (19) recientemente dejó el hogar. La familia recibe apoyo en alimentos y gas, con el Programa de Solidaridad del gobierno. Valerie está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

EL SALVADOR

ANDREA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
BESSY	Abuelo (agricultor, 52), abuela (ama de casa, 59), Bisabuela (no trabaja, 73) y hermana (17). Durante el año, la familia recibió tres veces apoyo por parte del gobierno debido a la pandemia. Bessy está inscrita en la escuela. Bessy ha sido diagnosticada con hipertensión arterial.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DORIS	Madre (trabajadora en un centro de jardinería, 31) y hermano (9). La familia recibe transferencias de una tía en los EE.UU. El primo de Doris (19) dejó el hogar recientemente para vivir con su pareja. Actualmente, Doris no está asistiendo a la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
GABRIELA	Padre (conductor/motorista, tuvo que suspender el trabajo debido a fractura en el pie, 37), madre (comerciante y trabajadora doméstica, 30) y hermana (13). La familia recibió apoyo financiero del gobierno durante la pandemia. Gabriela está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
GLADYS	Madre (comerciante, 31), padrastro (propietario de un molino, 31), hermanastro (12) y hermana (7). La familia recibe transferencias de dos tías y dos primos desde los EE.UU para fines determinados. La familia recibió apoyo financiero y alimentos por parte del gobierno durante la pandemia. Gladys está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
HILLARY	Madre (ama de casa, 29), Padre (agricultor, 34), hermanos (16 años y 18 meses) y hermanas (12, 7). Hillary dejó recientemente el hogar para vivir con su pareja. La familia recibió apoyo en alimentos durante la pandemia. Recientemente, la hermana de Hillary ha estado enferma con tifoidea. Hillary ha dejado la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
KAREN	Madre (trabajadora doméstica, 32), padre (mesero 35) y hermana (4). Karen está inscrita en la escuela	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
MARIEL	Abuelo (recolector de ostras, 69), abuela (ama de casa, 63) y primo(a) (17). El padre trabaja en los EE.UU como pintor y envía transferencias cada mes. Mariel está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

CLAVE: ● PARTICIPÓ ● TEMPORALMENTE AUSENTE ● MURIÓ ● MIGRÓ ● DEJÓ LOS ESTUDIOS ● AÚN NO FORMABA PARTE DEL ESTUDIO

NOMBRE	RESUMEN DEL CONTEXTO DEL HOGAR (2021)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
RAQUEL	Padre (policía, 45), abuela (ama de casa, 76), tía (costurera, 50), tía (ama de casa, 42), hermana (11) y primo(a)s (21, 11, 11). La familia recibió asistencia en alimentos por parte del gobierno durante la pandemia. Raquel está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
REBECCA	Tía (ama de casa, 24), tío (mesero, 25), primo(a)s (6,3). Tío envía transferencias desde los EE.UU en raras ocasiones. Recibieron apoyo financiero y asistencia en alimentos por parte del gobierno durante la pandemia. A Rebecca no se le permitió inscribirse en la escuela por haber perdido el año repetidamente.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
STEPHANY	Padre (asistente de albañil, 34), madre (ama de casa, 30) y hermano (9). La familia recibe asistencia periódica en alimentos por parte del gobierno. Actualmente, Stephany está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SUSANA	Abuela (comerciante, 60), padre (panadero, 33), madrastra (ama de casa, 20), tío (38, conductor), hermana (10), hermano (1) y primo(a) (18). Una prima que es trabajadora doméstica en los EE.UU envía transferencias en ocasiones especiales. La familia recibe asistencia periódica en alimentos por parte del gobierno y también recibió un apoyo único debido a la pandemia. Susana está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
VALERIA	Abuela (costurera, 61), tías (comerciantes, 33, 19), tío (trabajo temporal, 24), tío político (pescador, 30), tío político (comerciante, 23), hermana (2), hermano (5) y primo(a)s (13, 5). La familia recibe asistencia periódica en alimentos por parte del gobierno y también recibió un apoyo único debido a la pandemia. Valeria tuvo que dejar temporalmente la escuela para vivir con su tía durante la pandemia.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

CAMBOYA

BOPHA	Padre (agricultor/trabaja en construcción, 39), madre (agricultora, 32), hermana (13), hermano (10). Tía es maestra de escuela primaria en el mismo pueblo, hace transferencias a la familia durante el año. Bopha está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DAVY	Padre (agricultor, 53), madre (agricultora, 41), hermano (agricultor, 18), cuñada (agricultora, 19), hermanos (13 y 10). Hermano y tío en el pueblo de hicieron transferencias a la familia para apoyar al abuelo enfermo antes de su muerte. Davy está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
KANNITHA	Madre (jornalera, 52). La Madre se ha divorciado del padre de Kannitha. Hermana (comerciante, 22). Cuñado (agricultor, 26), cuñado (comerciante, 23), hermana (ama de casa, 20). Kannitha está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
KANYA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

CLAVE: ● PARTICIPÓ ● TEMPORALMENTE AUSENTE ● MURIÓ ● MIGRÓ ● DEJÓ LOS ESTUDIOS ● AÚN NO FORMABA PARTE DEL ESTUDIO

NOMBRE	RESUMEN DEL CONTEXTO DEL HOGAR (2021)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
LEAKHENA	Padre (policía, 50), madre (agricultora, 41), hermana (18). Su hermano, hermana, cuñado se han ido del hogar. Tío es servidor civil en el pueblo, le da transferencias a la familia cada mes. Leakhena está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
LINA	Padre (agricultor, 37), madre (trabajadora del hogar, 34), hermano (16), hermanas (14 y 9), prima (17), abuela (agricultora, 62). Lina está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
MEALEA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
MONY	Padre (agricultor, 35), madre (agricultora, 34), hermano menor (6).	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
NAKRY	Padre (no trabaja y tiene discapacidad, 51), madre (vende abarrotos, 45), hermanos (13 y 5), hermanas (16 y 10). Nakry ha recibido una beca del gobierno para estudiar.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PUTHEA	Datos no retenidos para 2021,	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
REAKSMEY	Padre (agricultor, 60), madre (agricultora, 60), hermano (11). La familia recibe mensualmente apoyo financiero por parte del gobierno. Reaksmeay está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ROUMANY	Abuela (63), hermana (trabaja en una fábrica, 21), cuñado (agricultor, 26) y sobrino (6 meses). El hermano está en Phnom Penh repara autos y envía transferencias cada mes. La familia recibió apoyo financiero por parte del gobierno mensualmente durante la pandemia. Recientemente, Roumany ha estado enferma de neumonía. Roumany está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SOKANHA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SOTHANY	Padre (agricultor, 36), madre (agricultora, 34), hermana (8). Sothany está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
THEARIKA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

FILIPINAS

ANGELA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CHESA	Padre (agricultor, 43), madre (ama de casa, 40), hermanas (21 y 5), hermanos (16 y 12). La familia recibe transferencias mensuales de un tío que es administrador de ganado en Taiwán. También reciben una transferencia condicionada de efectivo cada dos meses por parte del Departamento de Bienestar Social y Desarrollo y recibieron una donación única de fertilizante por parte del Departamento de Agricultura. Chesa está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

CLAVE: ● PARTICIPÓ ● TEMPORALMENTE AUSENTE ● MURIÓ ● MIGRÓ ● DEJÓ LOS ESTUDIOS ● AÚN NO FORMABA PARTE DEL ESTUDIO

NOMBRE	RESUMEN DEL CONTEXTO DEL HOGAR (2021)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
CHRISTINE	Padre (agricultor, 48), madre (ama de casa, 41), hermano (recolector de gusanos que vende para cebo/carnada, 19), hermano (5), abuela (82), primo(a) (18). La familia recibe una transferencia condicionada de efectivo cada dos meses por parte del Departamento de Bienestar Social y Desarrollo. Christine está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DARNA	Tío (concejal de la aldea del distrito 62), tía (ama de casa, 62), primo(a) (10). La familia recibe transferencias mensuales de un primo que es marinerero, y transferencias eventuales de un(a) primo(a)s que es cajero(a) Abu Dhabi. Darna está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DOLORES	Padre (agricultor, 38), madre (ama de casa, administra una pequeña tienda, 33), hermanas (12 y 10). Dolores está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
JASMINE	Padre (pescador, 44), madre (agricultora y hace Nipa [casa nativa de los pueblos indígenas de Filipinas], 43), sobrina (5). Jasmine y su hermana (17) se mudaron recientemente a la casa de su abuela por preocupaciones de seguridad debido a que su casa propia pueda colapsar durante un tifón. También reciben una transferencia condicionada de efectivo cada dos meses por parte del Departamento de Bienestar Social y Desarrollo y recibieron una donación única de fertilizante por parte del Departamento de Agricultura. También recibieron un apoyo único de artículos de socorro durante la pandemia. Jasmine está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
JOCELYN	Padre (conductor, 48), madre (ama de casa, 46), hermanos (17, 12, y 8). Hermana (20) recientemente dejó de trabajar como cajera en Manila y envía transferencias dos veces al mes. Jocelyn está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
KYLA	Padre (pastor, 51), madre (pastora, 56), hermana (desempleada, 22), hermana (estudiante, 20) y sobrina (1). Hermana (vendedora, 25) recientemente dejó el hogar para trabajar en Manila y envía dinero al hogar cuando se le solicita. Kyla está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
MAHALIA	Padre (agricultor/pescador, 56), madre (ama de casa, 56), hermanos (24, 20 y 18), hermana (16). La familia recibió dos veces apoyo del gobierno durante el confinamiento. Mahalia está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
MARICEL	Padre (cuidador en un centro turístico, 60), madre (cuidadora en un centro turístico, 40), hermana (18). La familia recibía transferencias de sus hermanos y hermana que estaban en la ciudad, pero durante la pandemia perdieron sus trabajos. La familia recibe una transferencia de efectivo cada dos meses por parte del Departamento de Bienestar Social y Desarrollo. Maricel está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

CLAVE: ● PARTICIPÓ ● TEMPORALMENTE AUSENTE ● MURIÓ ● MIGRÓ ● DEJÓ LOS ESTUDIOS ● AÚN NO FORMABA PARTE DEL ESTUDIO

NOMBRE	RESUMEN DEL CONTEXTO DEL HOGAR (2021)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
MELANIE	Padre (empleado del gobierno, 47), hermana (17), hermano (14). Madre recientemente dejó el hogar para trabajar como empleada doméstica in Manila. Hermana (18) se fue para trabajar como niñera en un municipio cercano, y hermana (20) se fue porque se casó. La familia recibe una transferencia de efectivo cada dos meses por parte del Departamento de Bienestar Social y Desarrollo. Melanie está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
MICHELLE	Padre (agricultor, 48), madre (ama de casa, 47), hermano (vendedor, 21), hermana (cajera, 23) hermanas (19, 13 y 10). La familia recibe una transferencia de efectivo cada dos meses por parte del Departamento de Bienestar Social y Desarrollo. Michelle está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
NICOLE	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
REYNA	Padre (agricultor, 58), madre (ama de casa, 47), hermana (ama de casa, 24), hermano (estudiante, 21), hermana (estudiante, 18). Otros tres primos viven en el hogar (7, 4 y 4). Hermana (29) está autoempleada en Manila envía dinero al hogar cada mes para sus hijos. Reyna está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ROSAMIE	Padre (agricultor, 52), madre (ama de casa, 46), cuñada (empleada del gobierno local, 29), hermanas (19, 11) y sobrino (2). La familia recibe una transferencia de efectivo cada dos meses por parte del Departamento de Bienestar Social y Desarrollo. Rosamie está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
RUBYLYN	Padre (trabaja en construcción, 47), madre (ama de casa, 38), hermana (10). La familia recibe una transferencia de efectivo cada dos meses por parte del Departamento de Bienestar Social y Desarrollo. Rubylyn está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
VIETNAM																	
CHAU	Padre (agricultor, 37), madre (agricultora, 43), hermanas (12 y 10), hermano (5). Chau está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
HANG	Padre (agricultor, 46), madre (oficial de la comuna, 39), hermano (11). Hang está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
HOA	Padre (agricultor, 46), madre (agricultora, 51), hermano (trabajador independiente 22). Hoa está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
HUONG	Padre (líder de cooperativa en el pueblo, 48), madre (agricultora, 43), hermano (15), abuelo paterno (retirado, 83). Huong está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

CLAVE: ● PARTICIPÓ ● TEMPORALMENTE AUSENTE ● MURIÓ ● MIGRÓ ● DEJÓ LOS ESTUDIOS ● AÚN NO FORMABA PARTE DEL ESTUDIO

NOMBRE	RESUMEN DEL CONTEXTO DEL HOGAR (2021)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
KIEU	Padre (reparador de autos, 37), madre (jornalera, 36) y hermano (12). Kieu dejó la escuela porque querían que repitiera el año, ella se quedó atrás por el COVID-19 y no quiere repetir.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
KIM	Padre (presidente de la comuna, 47), madre (sastre, 46), hermano (estudiante, 21). Kim está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
LY	Madre (jornalera; madre soltera, 52). Ly está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
MAI	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
NGUYET	La madre de Nguyet murió. Ella vive con su tío (agricultor, 44), abuelo (72), tía (44), primo(a) (trabajador independiente, 24), primo(a) (11), hermana (personal de ventas, 18), hermana gemela (15) y sobrina (2). Nguyet está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
NHI	Padre (agricultor, 44), madre (agricultora, 42), hermano (estudiante, 19). La familia recibió compensación del gobierno por haber perdido sus cerdos debido a la fiebre porcina. Nhi está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
OANH	Padre (agricultor independiente, 46), madre (jornalera, 40), hermana (12). Hermana mayor (22) trabaja en Japón y envía transferencias cada mes. Oanh está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
QUYNH	Padre (agricultor, 51), madre (maestra de preescolar, 46), abuela (84), abuelo (85) y hermano (estudiante, 18). La familia recibe seguro de salud por parte del gobierno. Quynh está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SEN	Padre (conductor/motorista, 45), madre (ama de casa, 42), hermano (11), hermana (10). Hermano (enrolado en el ejército, 22). La familia recibe seguro de salud por parte del gobierno. Sen está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
TAN	Padre (agricultor, 43), madre (agricultora, 39), hermana (41), hermano (6). La familia recibe seguro social por parte del gobierno. Tan está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
THI	Padre (jornalero, 38), madre (vendedora de seguros, 36), hermana (16), hermanos (5 y 1). La familia recibe apoyo financiero por parte del gobierno para energía eléctrica. Thi está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
THOM	Padre (electricista/plomero, 45), madre (contadora, 37), hermana (5). Thom está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
TIEN	Abuela (80), abuelo materno (85). Madre (49) trabaja en la ciudad de Ho Chi Minh y envía dinero al hogar para Tien. El abuelo recibe pensión del gobierno. Tien está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

CLAVE: ● PARTICIPÓ ● TEMPORALMENTE AUSENTE ● MURIÓ ● MIGRÓ ● DEJÓ LOS ESTUDIOS ● AÚN NO FORMABA PARTE DEL ESTUDIO

NOMBRE	RESUMEN DEL CONTEXTO DEL HOGAR (2021)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TRINH	Padre (agricultor, 41), madre (agricultora, 36) hermanas (10 y 7), hermano (5). La familia recibe apoyo financiero por parte del gobierno para electricidad y seguro de salud por parte del gobierno. Trinh está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
UYEN	Madre (no trabaja, 47), abuelo (83). Abuela murió este año. Tía es empleada del gobierno en la ciudad y envía transferencias al hogar cada pocos meses. Abuelo recibe pensión del gobierno. Uyen está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
YEN	Padre (albañil, 45), madre (albañil, 38), hermano (14). Yen está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

BENÍN

ALICE	Padre (pastor y agricultor, 45), madre (vende frijoles, 43), dos hermanos (21, estudiante), hermana (18) y primo(a) (11). Su hermana (24) se casó recientemente y dejó el hogar. Una niña pequeña (7) que estaban hospedando recientemente regresó con sus padres. Recientemente, Alice tuvo malaria y fiebre y tuvo que ir al hospital. Alice está inscrita en la escuela pero está dos años atrasada para su edad.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ANNABELLE	Padre (conductor/motorista de taxi, 47), madre (comerciante, 42), hermano, (estudiante, 23), hermanos (12, 8), hermana (19). Recientemente, la madre ha estado en el hospital con hipertensión arterial y diabetes. Annabelle está inscrita en la escuela y va adelantada en sus clases.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
BARBARA	Padre (sastre, 59), madre (modista/costurera, 44), hermanos (estudiantes, 19 y 12). Recientemente, el padre ha estado hospitalizado con hipertensión arterial. Barbara está inscrita en la escuela pero está un año atrasada para su edad.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
OMALARA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CATHERINE	Padre (pintor decorador, 46), madre (comerciante, 43), hermanos (estudiantes, 17, 11 y 8). Catherine está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
IANNA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ELEANOR	Madre (agricultora y comerciante, 54), abuela (96) y hermana (17), una cuñada (20). Recientemente, su hermano (20) dejó la escuela para vivir con el hermano mayor para aprender a hacer adoquines. Eleanor dejó la escuela esta año.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

CLAVE: ● PARTICIPÓ ● TEMPORALMENTE AUSENTE ● MURIÓ ● MIGRÓ ● DEJÓ LOS ESTUDIOS ● AÚN NO FORMABA PARTE DEL ESTUDIO

NOMBRE	RESUMEN DEL CONTEXTO DEL HOGAR (2021)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ISABELLE	Tía (comerciante, 39), tío (modisto, 25), primo (aprendiz de sastre, 23) y primos (estudiantes, 21 y 18), prima (13). Su tío (47) que trabaja para Benin Electric Power Company fue trasladado a Benin del norte. Recientemente, Isabelle estuvo en el hospital debido a malaria. Isabelle está inscrita en la escuela pero está tres años atrasada.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
LILLIAN	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ELAINE	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
JACQUELINE	Padre (gerente de tienda, 40), madre (comerciante, 34), dos hermanas (10, 8), hermanos (7, 4 y 3). Su hermano mayor ha dejado la escuela. Su padre y hermano mayor (7 años) se han ido para estar tiempo parcial con el abuelo paterno cerca de la tienda que él administra. Jacqueline está inscrita en la escuela pero está atrasada un año.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
LAYLA	La jefa de Layla (vendedora, 49), esposo de la jefa (51, encuestador de puerta en puerta), hijos varones de su jefa (estudiantes, 30 y 21) y (estilista, 19). Las cuñadas de su jefa (especialista en cómputo, 28) y (estudiantes, 16, 10 y 4). Nuera de la jefa (estudiante, 19). Sobrina de su jefa (13) y nieta de su jefa (1 mes). Layla ha dejado la escuela y es empleada doméstica de tiempo completo.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
MARGARET	Tío (maestro de escuela primaria, 43), de lunes a viernes vive en otra ciudad. Tía (comerciante y agricultora, 42) prima (16). La tía de Margaret ha estado enferma con hipertensión y la abuela ha estado en el hospital con diabetes e infecciones. Margaret está inscrita en la escuela pero esta cinco años atrasada.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
THEA	Madre (comerciante, 46), abuela (comerciante 67), tía (16) tres hermanos (aprendices, 21 y estudiante 17) y primo (8). Padre fallecido. Su hermano (20) ha completado sus estudios en la secundaria superior de agricultura y ha dejado el hogar para hacer una pasantía. Un(a) primo(a) de 5 años, también se ha retirado recientemente para vivir con sus padres. Thea está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ELIZABETH	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

CLAVE: ● PARTICIPÓ ● TEMPORALMENTE AUSENTE ● MURIÓ ● MIGRÓ ● DEJÓ LOS ESTUDIOS ● AÚN NO FORMABA PARTE DEL ESTUDIO

NOMBRE	RESUMEN DEL CONTEXTO DEL HOGAR (2021)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TOGO																	
ADJOA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ALA-WONI	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
AYOMIDE	Abuelo (agricultor, 76), otro abuelo (agricultor, 73), abuela (ama de casa, 60), medio hermano (7). Padre y madre ausentes. Primo(a) (14) se fue recientemente del hogar. Ayomide dejó la escuela recientemente porque sus padres no podían pagarla.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ANTI-YARA	Padre (agricultor, 35), madre (ama de casa, 40) y hermana (9). Su hermano dejó el hogar para continuar estudiando en otra parte. El padre ha estado enfermo por tres meses debido a que perdió su trabajo como constructor. Anti-Yara está inscrita en la escuela pero está dos años atrasada en su grado.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
MANGAZIA	Familia polígama. Padre (agricultor, 33), madre (27), dos madrastras (ambas 29), hermanos y medio hermanos (carpintero,19), profesor coránico (18) y estudiantes (12, 10), hermanas y medio hermanas (8,7). Mangazia está inscrita en la escuela pero no está en el grado correcto para su edad.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
MELYAH	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ADJOA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
REINE	Abuelo (agricultor, 80), abuela (ama de casa, 60), tía (ama de casa, 39), hermano (7), una hermana (14), un tío (26), primos (19 y 7), prima (11), sobrina (19) y sobrino (16). Su tía que vive en Nigeria envía transferencias a la familia. Madre y padre están ausentes. Recientemente, Reine ha tenido malaria y está inscrita en la escuela pero está un año atrasada.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ARIA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ISOKA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
LARBA	Padre (pintor, 38), madre (comerciante, 30), hermanos (3 y 1) y hermana (18 y 9). Su hermana (7) se fue recientemente para vivir con su tía en Benín. Recientemente, Larba y su hermano tuvieron malaria. Larba está inscrita en la escuela pero está un año atrasada para su edad.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
AISOSA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ESI	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

CLAVE: ● PARTICIPÓ ● TEMPORALMENTE AUSENTE ● MURIÓ ● MIGRÓ ● DEJÓ LOS ESTUDIOS ● AÚN NO FORMABA PARTE DEL ESTUDIO

NOMBRE	RESUMEN DEL CONTEXTO DEL HOGAR (2021)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ESSOHANA	Madre (comerciante, 45) dos hermanos (sastres, 30 y 27), cuñadas (comerciantes, 20, 19) y hermana (modista/costurera, 18). Essohana está inscrita en la escuela pero está un año atrasada para su edad.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
AZIA	Madre (58), padre (80), hermanos (25,18), tres medio hermanos (16,14,13), cuñada (28), hermana (22). Recientemente, su hermano (35) se fue a vivir a otra casa. La familia recibe transferencias del medio hermano de Azia dos veces al año. Azia ha estado enferma durante tres debido a un absceso. Azia está inscrita en la escuela pero está dos años atrás para su edad.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
IARA	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DOFI	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
FOLAMI	Abuela (ama de casa, 61), tío (agricultor, 52), tía (comerciante, 40), madre (modista/costurera, 32), tres hermanas menores (9,7,4) y el hijo de Folami. Folami y su madre se mudaron recientemente a este hogar. Recientemente, Folami tuvo malaria. Ella dejó la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
NINI-RIKE	Nini-Rike vive en un hogar polígamo con 18 personas incluyendo: padre (40), madre (35), hermano (carpintero,18), hermanos (12, 7, 6) y hermanas (8, 7, 4). Recientemente, Nini-Rike tuvo sarampión. Recientemente, el padre se casó y una madrastra tuvo un(a) bebé. Nini-Rike dejó la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
LELEM	Tío (trabajador comunitario de salud, 43), padre (agricultor, 46), abuela (comerciante, 60), tía (modista/costurera 35), tía (ama de casa, 32), primas (15 y 13). Sus padres están divorciados; su madre se volvió a casar pero la visita periódicamente. La hermana gemela de Lelem, otra abuela, y un tío murieron el año pasado. Lelem está inscrita en la escuela pero está dos años atrasada.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
DJOUAI	Padre (agricultor, 56), madre (comerciante, 42), tío (agricultor, 38), hermano (albañil, 23), hermano (trabajador, 27), hermanas (comerciantes, 38 y 26) y hermana (crianza de animales, 21). Tío (69) en Alemania trabajando en el puerto y envía transferencias. Recientemente, Djoumai tuvo malaria y está inscrita en la escuela pero no está en el grado correcto para su edad.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
TENE	Madre (ama de casa, 43), tía (estudiante, 20), hermanos (aprendiz de soldador, 25; pintor, 22; electricista, 18) y primo (2). Hermana (30) es trabajadora doméstica in Arabia Saudita y envía transferencias cada tres meses. Recientemente, Tene tuvo malaria y está inscrita en la escuela pero no está en el grado correcto para su edad.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

CLAVE: ● PARTICIPÓ ● TEMPORALMENTE AUSENTE ● MURIÓ ● MIGRÓ ● DEJÓ LOS ESTUDIOS ● AÚN NO FORMABA PARTE DEL ESTUDIO

NOMBRE	RESUMEN DEL CONTEXTO DEL HOGAR (2021)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
OMOROSE	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
NANA-ADJA	Nana-Adja vive en un hogar polígamo con 14 personas. Padre (soldador, 50), madre (ama de casa, 44), otra esposa (ama de casa, 45), tío (soldador, 20), tío (aprendiz de soldador), medio hermano (electricista, 21), medio hermanos (estudiantes, 15, 12, 11, 10 y 9), medio hermana (modista/costurera, 17), hermana (6). dos de sus hermanos emigraron el año pasado, uno fue a Nigeria para trabajar como plomero y el segundo a Costa de Marfil para trabajar como soldador. Nana-Adja está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
FEZIRE	Padre (comerciante, 40), madre (comerciante, 30) tío (conductor/motorista de mototaxi, 35), hermanos (estudiantes, 20, 15 y 12), cuñada (ama de casa, 21), hermanas (8 y 2) y primos (8 y 6 meses). Fezire tuvo malaria. Fezire está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
LADI	Ladi vive en un hogar polígamo con 17 personas, entre ellas el padre (comerciante, 50), madre (ama de casa, 35), abuela (ama de casa, 80), tíos (comerciantes, 50, 29; conductor/motorista de mototaxi, 30), madrastra (30, ama de casa) y hermanas (estudiantes, 18 y 14). Ladi tuvo malaria. Ladi está inscrita en la escuela pero está dos años atrasada de acuerdo a su edad.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
IZEGBE	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ANTI	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

UGANDA

AMELIA	Padre (tendero, 62), madre (tendera, 55), hermanos (estudiantes 20, 17 y 5) y hermanas (estudiantes, 24 y 18). Recientemente, dejaron el hogar otros miembros de la familia: tío (30) se fue a su nuevo hogar, hermanastras (28, 26 y 24) y hermanastro (19) también se fueron a su nuevo hogar. Amelia tuvo malaria. Amelia está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
BETI	Padre (maestro, 53), madre (agricultora, 43), abuela (agricultora, 65), hermanos (estudiantes, 20 y 9), hermanas (estudiantes, 18, 8, 6 y 4). Recientemente, su hermano (24) se fue para entrenar en el ejército. Beti tuvo malaria. Beti está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

CLAVE: ● PARTICIPÓ ● TEMPORALMENTE AUSENTE ● MURIÓ ● MIGRÓ ● DEJÓ LOS ESTUDIOS ● AÚN NO FORMABA PARTE DEL ESTUDIO

NOMBRE	RESUMEN DEL CONTEXTO DEL HOGAR (2021)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DEMBE	Dembe se fue este año de la casa de su tía para ir a vivir a casa de su abuela. Hay 22 personas en este hogar: abuela (59), tías (20, 20), hermano (7), hermanastros (14, 5, 5 y 5), primos (10, 8, 7, 2 y 3 meses), sobrino (3), hermana (15), hermanastras (9, 8, 5, 5) y sobrinas (9 y 2 meses). Cinco tíos y una tía viven y trabajan en otras partes de Uganda y envían transferencias. Recientemente, el padre de Dembe falleció. Dembe está inscrita en la escuela pero repitió un año.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
JANE	Normalmente, Jane vive con su hermana en otra ciudad pero actualmente vive con su padre (agricultor, 52), madre (agricultora, 44), hermanos (agricultor, 18 y estudiantes 11, 9, 7 y 5), cuñada (17) y sobrinas (2 y 3 meses). Jane está inscrita en la escuela pero ha repetido un año.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
JOY	Abuelo (tendero, 62), abuelastra (agricultora, 47), tías (18,13 y 3), tío (24, 7 y 6) y primo(a) (8 meses). Recientemente, un tío (28) dejó el hogar para trabajar, y una tía se fue también porque se casó. Anteriormente, Joy ha estado enferma con malaria cerebral. Recientemente, Joy abandonó la escuela para casarse.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
JUSTINE	Padre (veterinario, 52), madre (agricultora, 49), hermanos (33 y 17), hermana (18) y primos (15 y 6). Recientemente, uno(a)s primo(a)s (4 y 7 meses) regresaron a vivir con sus padres para empezar la escuela. Justine ha estado enferma con malaria. Justine está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
MIREMBA	Padre (agricultor, 38), madre (agricultora, 39), hermano (estudiante, 14) y hermanas (19; agricultoras, 17 y estudiante, 17). Miremba tuvo malaria. Ella está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
NAMAZZI	Madre (agricultora, 45). El padre dejó a la familia por otra mujer. Su hermana recientemente dejó el hogar para ir a vivir con su esposo. A veces, su hermano (23) en Kampala envía transferencias. Namazzi tuvo malaria. Namazzi está inscrita en la escuela pero no está en el grado correcto para su edad.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
NASICHE	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
NIMISHA	Padre (agricultor, 56), madre (agricultora, 52), hermanos (estudiantes, 18 y 16), sobrinos (6 y 3) y hermana (12). Su hermano recientemente dejó el hogar para trabajar en otra parte. Nimisha ha estado enferma de malaria y una condición dermatológica durante tres meses. Nimisha está inscrita en la escuela.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
REBECCA	Padre (agricultor, 39), madre (agricultora, 34), hermanos (6, 4, 4 y 2) y hermanas (12,10, 8, 6 y 2). Actualmente, está inscrita en la escuela pero está dos años atrasada y sus padres no pueden pagar la matrícula.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

CLAVE: ● PARTICIPÓ ● TEMPORALMENTE AUSENTE ● MURIÓ ● MIGRÓ ● DEJÓ LOS ESTUDIOS ● AÚN NO FORMABA PARTE DEL ESTUDIO

NOMBRE	RESUMEN DEL CONTEXTO DEL HOGAR (2021)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
SHEILA	La madre (35) está divorciada. El padre de Sheila murió y ella se volvió a casar pero él la dejó a ella y a sus hijo(a)s. Medio hermanas (4 y 18 meses). Hermano (15) se fue de la casa para trabajar. Actualmente, Sheila está inscrita en la escuela pero está dos años atrasada y sus padres no pueden pagar la matrícula. Dos de sus tíos murieron recientemente.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SHIFA	Hogar polígamo incluye madre (40). Ella también vive con hermanos (8 y 6), hermanas (15, 4 y 18 meses). El padrastro y abuelo de Shifa murieron. Tres de sus hermanas y un hermano dejaron el hogar para trabajar cerca de Kampala y envían transferencias. Shifa está inscrita en la escuela pero repitió el año.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
SYLVIA	Padre (agricultor, 53), madre (agricultora, 43), tío (agricultor, 32), hermanas (12, 9, 4 y 15 meses) y primo(a) (11). Dos hermanos dejaron el hogar para trabajar. Sylvia tuvo malaria y está inscrita en la escuela pero no está en el grado correcto para su edad.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
ACHEN	Datos no retenidos para 2021.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●



Una niña y su hermana transportan agua a su casa en Benin.

©Plan International



Acerca de Plan International

Nos esforzamos en fomentar los derechos de los niños y la igualdad de las niñas en todo el mundo. Reconocemos el poder y el potencial que tiene cada uno de los niños. Sin embargo, la pobreza, violencia, exclusión y discriminación a menudo socavan este potencial. Las niñas son las más afectadas por esta realidad. Como organización independiente por el desarrollo humanitario, trabajamos con los niños, los jóvenes y nuestros socios para abordar las profundas causas de los problemas que sufren las niñas y todos los niños vulnerables. Defendemos los derechos de los niños desde su nacimiento hasta su vida adulta y los preparamos para afrontar las crisis y las adversidades. Fomentamos cambios en la práctica y en las leyes a escala local, nacional y mundial con nuestra experiencia y conocimientos. Desde hace más de 80 años, forjamos sólidas alianzas para niños y tenemos presencia activa en más de 75 países.

Plan International

Sede internacional

Dukes Court, Duke Street, Woking,
Surrey GU21 5BH, Reino Unido

Tel: +44 (0) 1483 755155

Fax: +44 (0) 1483 756505

Correo electrónico: info@plan-international.org

plan-international.org

Publicado en 2022. Texto © Plan International

-  facebook.com/planinternational
-  twitter.com/planglobal
-  instagram.com/planinternational
-  linkedin.com/company/plan-international
-  youtube.com/user/planinternationaltv