



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/098.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Maternidad en menores de edad. ¿Datos o consecuencia?**

Autores M^a Rosana López Fernández, M^a Isabel Cervilla Fornes, M^a Victoria Cervilla Fornes

Centro/institución Hospital Santa Ana

Ciudad/país Motril (Granada), España

Dirección e-mail Sadare33@msn.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Cuando una niña se queda embarazada, su presente y futuro cambian radicalmente, y rara vez para bien. Puede terminar su educación, se desvanecen sus perspectivas de trabajo y se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión y la dependencia¹.

Las niñas más vulnerables, y las que tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones o morir por el embarazo y el parto, tienen 14 años o menos.

Un menor de edad es legalmente un individuo que aún no ha alcanzado la edad adulta. La minoría de edad comprende toda la infancia y a menudo, la adolescencia o parte de ella. En muchos países occidentales, la mayoría de edad se alcanza a los 18 o 21 años. Un menor de edad sería por tanto aquella persona que, por razón de su edad biológica, no tiene todavía plena capacidad de obrar.

Adolescencia según la Organización Mundial de la Salud es el periodo de la vida en el cual un individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica, fija sus límites entre los 10 y 20 años².

El embarazo en las niñas menores de edad, tiene un alto riesgo de complicaciones tanto para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, y por tanto conlleva un gran problema psicosocial, debido principalmente al inicio precoz de las relaciones sexuales y las conductas de riesgo³.

El embarazo en adolescentes es una de las grandes preocupaciones nacionales, no solo por las repercusiones organizativas que conlleva, sino también por los relevantes trastornos psicoemocionales, sociales y económicos que afectan al desarrollo personal de la madre, su pareja y su hijo⁴.

Según la Organización Mundial de la Salud, la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años de edad. Una de las razones para evitar el embarazo en menores de 18 años de edad es por los peligros que pueden producirse debido a que no se ha completado el desarrollo óseo, ni la madurez suficiente del canal del parto y del sistema reproductor en general.

Como el embarazo en adolescentes es el resultado de diversas fuerzas subyacentes sociales y económicas, y otras fuerzas, la prevención requiere estrategias multidimensionales orientadas a la ampliación de los medios de acción de las niñas y adaptadas a cada población de niñas en particular, especialmente, las marginalizadas y más vulnerables.

Muchas de las medidas tomadas por los gobiernos y la sociedad civil que han reducido la fecundidad adolescente fueron diseñadas para lograr otros objetivos, tales como mantener a las niñas en la escuela, prevenir la infección por VIH o terminar con el matrimonio infantil. Estas medidas también pueden desarrollar el capital humano, información o destrezas de manera que las niñas estén facultadas para tomar decisiones en la vida, y defender o proteger los derechos humanos básicos de las niñas.

Abordar el embarazo en adolescentes desde una perspectiva de derechos humanos significa trabajar con los gobiernos para eliminar los obstáculos que impiden que las niñas gocen de sus derechos. Para ello, hace falta tratar las causas subyacentes, como el matrimonio infantil, la violencia y la coacción sexual, y la falta de acceso a la educación y a la salud sexual y reproductiva, que incluye métodos anticonceptivos e información. Pero los gobiernos no pueden hacer esto solos. Las otras partes interesadas y garantes de derechos, como maestros, padres y dirigentes de la comunidad, también tienen una función importante.

Las investigaciones muestran que abordar el embarazo no planeado en adolescentes requiere enfoques holísticos y, como los desafíos son grandes y complejos, ninguna organización o sector puede enfrentarlos sin la participación de otros.

Solo trabajando en cooperación entre sectores y en colaboración con las mismas adolescentes se pueden eliminar las limitaciones a su progreso.

Para mantener a las niñas saludables y seguras y reafirmar su trayectoria de vida⁵, se necesitan inversiones integrales, estratégicas y con objetivos para abordar las múltiples fuentes de vulnerabilidades, que varían según la edad, capacidades, grupos de ingresos, lugares de residencia y muchos otros factores. También se necesitan esfuerzos deliberados para reconocer las circunstancias diversas de las adolescentes e identificar a las niñas con un riesgo más alto de embarazo adolescente y malas consecuencias para su salud reproductiva. Se necesitan programas multisectoriales, a fin de crear recursos globales para las niñas, en salud, educación y subsistencia, y también para facultarlas a través de redes de seguridad social y mejorar su posición en el hogar, en la familia, en la comunidad y en las relaciones⁶.

Existen intervenciones menos complejas pero igualmente estratégicas que también pueden hacer la diferencia. Por ejemplo, ofrecer transferencias monetarias condicionales a las niñas para que puedan permanecer en la escuela.

Muchos países han tomado medidas con el objetivo de prevenir el embarazo en adolescentes⁷, y en algunos casos apoyar a las niñas embarazadas. Pero muchas de las medidas hasta el momento se tratan principalmente de cambiar el comportamiento de la niña, de modo que no abordan los factores determinantes subyacentes, como la desigualdad de género, la pobreza, la violencia y la coacción sexual, el matrimonio infantil, las presiones sociales, la exclusión de oportunidades educativas y laborales, y las actitudes negativas y los estereotipos con respecto a las niñas adolescentes, ni tienen en cuenta el papel que cumplen los niños y los hombres.

La experiencia de los programas efectivos indica que lo que se necesita es un cambio transformador: dejar las intervenciones con un enfoque muy limitado a las niñas o a la prevención del embarazo, e implementar enfoques más amplios que desarrollen el capital humano de las niñas, se centren en su capacidad de tomar decisiones sobre su vida (incluidos los temas de salud sexual y reproductiva) y presenten oportunidades reales a las niñas de modo que no consideren la maternidad como su único destino. Este nuevo paradigma debe apuntar a las circunstancias, las condiciones, las costumbres, los valores y las fuerzas estructurales que perpetúan los embarazos en adolescentes por un lado y aíslan y marginalizan a las niñas embarazadas por otro. Las niñas necesitan acceso a servicios e información de salud sexual y reproductiva, y un alivio con respecto a las presiones económicas y sociales que demasiado a menudo conducen al embarazo y a la pobreza, la salud precaria y el potencial humano frustrado que resultan del embarazo.

Se deben realizar esfuerzos adicionales para llegar a las niñas de menos de 15 años cuyas necesidades y vulnerabilidades son particularmente importantes. Los esfuerzos para prevenir embarazos en niñas menores de 15 años o para apoyar a las adolescentes mayores que están embarazadas o que han dado a luz pueden ser inadecuados e irrelevantes para las adolescentes más jóvenes. Las adolescentes más pequeñas tienen vulnerabilidades especiales, y se ha hecho muy poco para comprender los enormes desafíos a los que se enfrentan y darles una respuesta.

Cuando una niña queda embarazada o tiene un hijo, su salud, educación, potencial de obtener ingresos y todo su futuro pueden estar en peligro, y puede quedar atrapada en una vida sumida en la pobreza, la exclusión y la impotencia.

El efecto que sufre la madre joven se suele transmitir a su hijo, que empieza su vida con una desventaja, con lo que se perpetúa un ciclo intergeneracional de marginalización, exclusión y pobreza.

Aunque el embarazo puede afectar la vida de la niña en formas numerosas y profundas, la mayoría de las investigaciones cuantitativas se han centrado en los efectos sobre la salud, la educación y la productividad económica.

- El *efecto sobre la salud* incluye los riesgos de muerte, enfermedades y discapacidad de la madre, que incluyen fístula obstétrica, las complicaciones de un aborto en condiciones de riesgo, infecciones de transmisión sexual, como el VIH, y riesgos para la salud del lactante.

- El *efecto sobre la educación* incluye la interrupción o terminación de la educación formal, que conlleva la pérdida de oportunidades para desarrollar todo su potencial.

- El *efecto económico* está estrechamente relacionado con el efecto sobre la educación e incluye la exclusión del empleo remunerado y la subsistencia, mayores costos para el sector de la salud y la pérdida de capital humano.

Los adolescentes configuran el presente y el futuro de la humanidad. Según las oportunidades y las opciones que tienen durante este período de la vida, pueden ingresar a la adultez como ciudadanos empoderados y activos, o estar desvalorizados, sin poder de opinión e inmersos en la pobreza. Cuando ocurre un embarazo en adolescente, puede desbaratar el desarrollo saludable de la niña y evitar que desarrolle todo su potencial y que goce de sus derechos humanos básicos. El impacto puede repercutir en toda su vida y afectar a la próxima generación.

Las intervenciones que tienen el poder de reducir la vulnerabilidad al embarazo temprano, en particular en las niñas más pobres, marginales y menos educadas, son aquellas que se basan en principios de equidad, igualdad y derechos. Las inversiones en niñas, para desarrollar su capital humano y su participación, pueden producir retornos

económicos y sociales enormes, para los individuos, sus familias, comunidades y naciones.

Las niñas necesitan acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva. También necesitan librarse de las presiones económicas y sociales que, muy frecuentemente, se traducen como un embarazo y la pobreza, la mala salud y el potencial humano no desarrollado que éste conlleva. Las niñas que han quedado embarazadas necesitan apoyo, no un estigma.

El involucramiento de todos los interesados, familias, comunidades, escuelas, proveedores de salud y otros, es esencial para provocar el cambio al reconfigurar las normas sociales, las tradiciones y las prácticas que perpetúan el embarazo en adolescentes y comprometen el futuro de las niñas. La cooperación entre todos los interesados puede movilizar la voluntad política y conseguir inversiones para el empoderamiento de las niñas adolescentes y el desarrollo de su participación.

Todos tienen un papel que jugar. Los medios y las industrias del entretenimiento pueden ayudar a través de imágenes positivas de niñas adolescentes y mujeres. Los gobiernos pueden volver a dedicarse a la eliminación del matrimonio infantil y la violencia por razón de género. Los padres deben ser conscientes de los mensajes de discriminación por razón de género que les transmiten a sus hijos. Los líderes de la opinión, los líderes de comunidades, los docentes y los proveedores de salud deben reforzar los mensajes de que todos los niños tienen el mismo valor y tienen derechos a la salud, a la educación, a la participación y a la igualdad de oportunidades.

Los hacedores de políticas deben involucrar a las niñas, y a los niños, en el diseño, la aplicación y la evaluación de medidas diseñadas para ayudar a las niñas a prevenir el embarazo o a administrar sus vidas si quedan embarazadas. Es imperativo hablar con las niñas y escucharlas, y comprender en profundidad sus necesidades, desafíos y vulnerabilidades.

Las medidas para prevenir el embarazo deben adoptarse en múltiples niveles. Las intervenciones excesivamente específicas no son suficientes, y los esfuerzos centrados en cambiar el comportamiento de las niñas no logran reflejar la naturaleza multidimensional del desafío. Mantener a las niñas en trayectorias de vida seguras, saludables y positivas requiere inversiones integrales, estratégicas y dirigidas a las adolescentes que aborden las múltiples fuentes de sus vulnerabilidades, que varían según la edad, el grupo de ingresos y el lugar de residencia, y muchos otros factores. También requiere esfuerzos deliberados para reconocer las diversas circunstancias de las adolescentes e identificar a las niñas que corren un mayor riesgo de embarazo en adolescentes y malos resultados de salud reproductiva. Estos programas multisectoriales son necesarios para desarrollar los recursos de las niñas globalmente (en lo relativo a salud, educación y subsistencias), pero también para empoderar a las niñas a través de redes de apoyo social y aumentar su estatus en el hogar, en la familia, en la comunidad y en las relaciones.

Estos programas no deberían atravesar sólo sectores, sino también funcionar en varios niveles de influencia, desde lo individual y la comunidad hasta el nivel del gobierno nacional. Dichas inversiones requerirán una cantidad significativa de tiempo y recursos. Pero si llegan a las niñas de forma temprana, pueden mejorar significativamente la vida de las niñas y aumentar su contribución a las familias y comunidades.

Metodología

Hemos realizado un estudio retrospectivo analizando los partos que han tenido lugar en el Hospital Santa Ana (Motril) en niñas menores de 18 años de edad en los últimos cinco años, periodo comprendido desde el año 2009 al 2013. También hemos revisado los casos de partos en menores de edad en los últimos 21 años, puesto que son los años de los cuales disponemos de información del cmbd de manera informatizada. Realizamos también una revisión bibliográfica para comparar nuestros datos con otros estudios, y así estudiar diferentes variables.

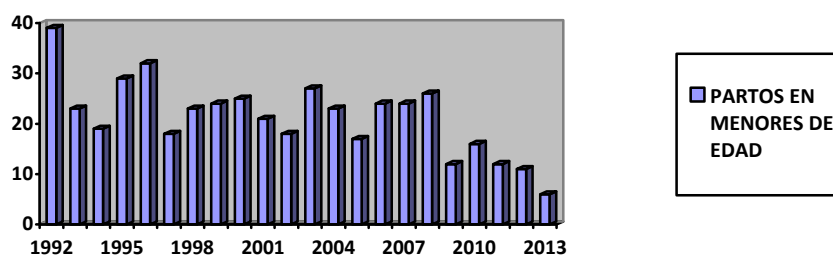
Las variables estudiadas han sido: antecedentes obstétricos, morbilidad durante el embarazo, tipo de parto y peso al nacer. Para ello hemos analizado 57 historiales médicos y consultado las bases de datos del cmbd para saber el número de partos en menores en el periodo estudiado.

El conjunto mínimo básico de datos de Andalucía (CMBD Andalucía) es un registro administrativo que contiene un conjunto de variables clínicas, demográficas y administrativas que resumen lo acontecido a un usuario en un episodio de asistencia hospitalaria. Proporciona información básica sobre el usuario, sobre el centro y unidad que lo atienden y sobre su proceso asistencial.

Resultados

De una manera más general podemos ver los partos en menores de edad que se han producido en el Hospital de Santa Ana de Motril en los últimos 21 años, especificados por año:

Año 1992 (39 casos), año 1993 (23 casos), año 1994 (19 casos), año 1995 (29 casos), año 1996 (32 casos), año 1997 (18 casos), año 1998 (23 casos), año 1999 (24 casos), año 2000 (25 casos), año 2001 (21 casos), año 2002 (18 casos), año 2003 (27 casos), año 2004 (23 casos), año 2005 (17 casos), año 2006 (24 casos), año 2007 (24 casos), año 2008 (26 casos), año 2009 (12 casos), año 2010 (16 casos), año 2011 (12 casos), año 2012 (11 casos), año 2013 (6 casos).



Para nuestro estudio hemos analizado una muestra de los últimos 5 años, periodo que comprende desde el año 2009 al 2013, y estos son los resultados obtenidos.

- Las edades que tenían las pacientes en el momento del parto ha sido de: el 60% de las pacientes tenía 17 años en el momento del parto, el 23% de las pacientes tenía 16 años y el 16% de las pacientes tenía 15 años.
- Los antecedentes obstétricos de las menores fueron: el 88% de las mujeres eran primerizas, el 9% habían sufrido abortos anteriores y el 3% de las pacientes tenían partos anteriores.

- La situación en la cual se encontraba la menor en cuanto a relación con su pareja, y donde irían a vivir ella y su bebe después del parto fueron: el 41% de las pacientes no tenía pareja, el 29% vivía con su pareja, el 17% vivía con la pareja y los padres y el 12% de las pacientes vivían con la pareja y los suegros.
- Las complicaciones inducidas por el embarazo y que se han dado con mayor frecuencia han sido: el 45% de las pacientes tuvieron anemia, el 4% tuvieron hipertensión del embarazo, el 23% tuvieron una rotura prematura de membranas, el 5% sufrieron una infección del tracto urinario, el 1% tuvieron hipotiroidismo, y el 21% de las pacientes eran portadoras del estreptococo agalactiae (SGB +).
- Los partos terminaron de manera eutócica el 70% de los casos, el 15% de los partos terminaron con ventosas, en el 13% terminaron en cesárea y el 2% de los partos terminaron en fórceps.
- Los partos que finalmente tuvieron que terminar de manera instrumental, fueron debido a varias causas: 7 de los partos fueron para abreviar el expulsivo, 3 de ellos por no progresión del parto, 2 de los casos por riesgo de pérdida de bienestar fetal y 2 porque el feto venía de nalgas.
- Según las semanas de gestación que se alcanzaron en el momento del parto, podemos distinguir: el 60% de los partos fueron a término, el 31% de los partos fueron post término y el 9% de los partos fueron partos prematuros.
- El peso de los bebes al nacimiento fue de:
 - ❖ Peso de 2000 kg a 2499 kg el 7% de los neonatos.
 - ❖ Peso de 2500 kg a 2999 kg el 22% de los neonatos.
 - ❖ Peso de 3000 kg a 3499 kg el 42% de los neonatos.
 - ❖ Peso de 3500 kg a 4000 kg el 28% de los neonatos.
- De todas las pacientes estudiadas en nuestra muestra, 15 de ellas eran emigrantes y 42 eran españolas.
- 5 de las adolescentes consumían tabaco y una de ellas consumía cannabis.
- Un dato importante es que solo 6 niñas decidieron inhibir la lactancia materna en el momento del parto y 51 niñas se fueron a casa con una lactancia materna establecida.
- Una de las pacientes tenía claro que quería dar a su hijo en adopción.

Discusión

La idea de que el embarazo en las niñas adolescentes se asocia a mayor tasa de mortalidad es una evidencia pero en nuestro estudio no hemos tenido ni un solo caso con complicaciones graves ni para la madre ni para el recién nacido.

Está claro y es evidente que las mujeres que no han alcanzado una madurez plena y que son menores de edad están menos preparadas emocionalmente para dar a luz a un bebe que una mujer adulta.

Los datos que nos muestran la disminución que ha tenido el embarazo en menores de edad en los últimos 5 años son muy importantes pero también creemos que deja a debate otra nueva problemática que es la importancia de la educación sanitaria en este ámbito.

Alrededor del 19% de las jóvenes en países en desarrollo se quedan embarazadas antes de los 18 años de edad.

Todos los años 2 millones de los 7,3 millones de partos de adolescentes menores de 18 que ocurren en los países en desarrollo son partos de niñas menores de 15 años.

20.000 niñas dan a luz todos los días en el mundo.

Se producen 70.000 muertes en adolescentes todos los años por complicaciones del embarazo y de los partos.

Se realizan 3,2 millones de abortos inseguros entre adolescentes cada año.

El 95% de los partos en adolescentes ocurren en países en desarrollo.

En España entre un 60-70% de los embarazos en la adolescencia son no deseados. Esto lleva a un aumento de interrupciones voluntarias del embarazo en los últimos años, siendo un 14% del total en menores de 20 años.

Todos los datos que hemos recogido de las bibliografías científicas nos muestran como son de evidentes las consecuencias negativas del embarazo en las niñas menores de edad.

Conclusiones

Creemos que el dato más importante es como a partir del año 2009, la incidencia de partos desciende a la mitad en el número de casos, en proporción a años anteriores, manteniéndose esta bajada hasta el día de hoy. Pensamos que esta disminución ha sido influida por las medidas políticas que se han introducido en los últimos años, como es el uso de la píldora del día después de venta en farmacias sin ningún control médico ni sanitarias, la ley del aborto en menores de 16 años, etc. Medidas que a nuestro parecer son las causantes de la disminución de los embarazos en menores de edad, pero que requieren un refuerzo fundamental en la educación para la salud en esta población por parte del personal sanitario. Ya que aunque las cifras en este respecto van descendiendo puede claramente elevar la incidencia de otros problemas de salud derivados de su mal uso y control, y sin vigilancia sanitaria.

Otro de los datos importantes es que en el año 2013 solamente fueron 6 las niñas que dieron a luz en el Hospital de Motril, que es un dato muy relevante, hemos visto como a poco a poco el número de partos ha ido disminuyendo.

El embarazo en las niñas menores de edad supone un serio problema psicosocial, tiene un elevado riesgo de morbilidad materna, fetal y neonatal.

El factor de riesgo materno asociado a la gestación en las mujeres menores de edad en el Hospital Santa Ana de Motril que se ha dado con mayor frecuencia ha sido la anemia con un 60% de los casos.

El 67% de los partos que se produjeron lo hicieron por vía vaginal y sin tener que utilizar ayuda instrumental.

Es interesante ver como en la muestra que hemos analizado para nuestro estudio, no ha habido ningún caso de ninguna niña menor que 15 años de edad.

El año que más partos se produjeron en mujeres adolescentes fue en el año 1992 con 39 casos, multiplicando la cifra casi por 6 si lo comparamos con el año 2013.

Las niñas embarazadas necesitan apoyo y no estigmas. Los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil, las comunidades, las familias, los líderes religiosos y las mismas adolescentes tienen una función importante para llevar a cabo el cambio. Todos ganaran si se alimentan las vastas oportunidades que representan estas niñas, llenas de vida y esperanza.

La mayoría de los embarazos en adolescentes ocurren en países en desarrollo. La evidencia de 54 países en desarrollo indica que los embarazos en adolescentes ocurren con cada vez menos frecuencia, principalmente, en niñas menores de 15 años, pero la disminución en los últimos años ha sido lenta.

En países en desarrollo y desarrollados, los embarazos en adolescentes son más probables entre niñas de hogares de ingresos más bajos, niñas con niveles de educación más bajos y niñas que viven en zonas rurales.

Los embarazos en adolescentes no son un problema exclusivo de los países en desarrollo. Cada año, se informan cientos de miles de embarazos en adolescentes en países de ingresos altos y medios. Y algunos de los patrones de los países en desarrollo también son relevantes en los países desarrollados: las niñas de hogares de ingresos bajos, de zonas rurales, con menos educación o que dejaron la escuela, o que pertenecen a una subpoblación de minorías étnicas, inmigrantes o grupos marginalizados son más proclives a quedar embarazadas. En países en desarrollo, hay más embarazos en adolescentes dentro del matrimonio, mientras que en países desarrollados, ocurren cada vez más fuera del matrimonio.

Los factores determinantes del embarazo en adolescentes son complejos, provienen de muchas direcciones, tienen muchas dimensiones y varían considerablemente entre regiones, países, grupos etarios y de ingresos, familias y comunidades.

Hay leyes nacionales que impiden a las niñas acceder a los métodos anticonceptivos. A veces, las costumbres y actitudes de la comunidad obstaculizan su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva o condonan la violencia contra ellas si logran acceder a esos servicios. Algunas familias fuerzan a las niñas a contraer matrimonio, un matrimonio en el que no tendrán el poder de negarse a tener hijos. Hay escuelas que no ofrecen educación sexual, de modo que las niñas deben basarse en la información (con frecuencia, inadecuada) que les dan los padres sobre sexualidad, embarazo y métodos anticonceptivos. En algunos casos, la pareja se niega a usar preservativo o le prohíbe que use otro método anticonceptivo. Y a veces, la familia o su marido mayor consideran, erróneamente, que la menarquía es signo de que la niña está preparada para tener hijos. Sin importar cuánto desee reclamar su niñez, ir a la escuela y desarrollar todo su potencial, las fuerzas que conspiran contra la niña pueden ser arrolladoras.

El embarazo en adolescentes es un síntoma de la falta de inversión en el capital humano de las niñas y de las presiones sociales y las desigualdades estructurales que dificultan que las niñas tomen decisiones acerca de su salud, comportamiento sexual, relaciones, matrimonio y procreación, y que determinan en gran medida si serán capaces de aprovechar completamente las oportunidades de educación, empleo y participación política.

Por lo tanto, prevenir el embarazo requiere eliminar las numerosas barreras que imposibilitan que los adolescentes desarrollen todo su potencial y la capacidad de gozar de sus derechos. Allancar el camino para una transición segura y exitosa hacia la adultez comprende involucrar a las niñas, y a los niños, en la adopción de decisiones desde el nivel individual hasta el nivel de formulación de políticas, y así permitirles adquirir las aptitudes y el poder para expresar sus perspectivas y prioridades.

Las acciones que respaldan esta transición de la adolescencia a la adultez también son aquellas que pueden reducir la cantidad de embarazos en niñas. Debido a que el embarazo en adolescentes es el resultado de diversas fuerzas sociales, económicas y otras fuerzas subyacentes, para prevenirlo se requieren estrategias multidimensionales orientadas al empoderamiento de las niñas y diseñadas para poblaciones específicas de niñas, en particular aquellas que están marginadas y son más vulnerables.

Para abordar el embarazo no deseado entre los adolescentes se requieren enfoques holísticos.

Debido a que los desafíos son importantes y complejos, ningún sector u organización puede enfrentarlos de forma independiente. Únicamente al trabajar en asociaciones, entre sectores y en colaboración con los adolescentes en sí, se pueden eliminar las limitaciones para su progreso.

Es esencial construir una sociedad basada en la igualdad entre los géneros, donde las niñas estén empoderadas, educadas, saludables y protegidas del matrimonio infantil,

vivan seguras y dignamente y sean capaces de tomar decisiones acerca de su futuro y ejercer sus derechos.

Bibliografía

1. Williamson Nancy, Maternidad en la niñez enfrentar el reto del embarazo en adolescentes, en línea, Richard Kollodge, 132, <<http://www.unfpa.or.cr/documentos-y-publicaciones-14/informes-unfpa-nacionales-y-mundiales/184-informe-estado-de-la-poblacion-mundial-epm-2013/file>>, pdf, [09/06/2014].
2. M.M. Bermúdez González, Experiencia en el desarrollo de productos comunicacionales para la prevención de embarazos en la adolescencia, Anales de Pediatría, Volume 66, Issue 2, February 2007, Page 213, ISSN 1695-4033.
3. Sílvia Saura Sanjaume, Ma José Fernandez de Sanmamed Santos, Luis Vicens Vidal, Núria Puigvert Viu, Carina Mascort Nogué, Jordi García Martínez, Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven, Atención Primaria, Volume 42, Issue 3, March 2010, Pages 143-148, ISSN 0212-6567.
4. Eduard Portella, Antonia Castillo, Aspectos sociales del embarazo en adolescentes, Gaceta Sanitaria, Volume 2, Issue 6, 1988, Pages 150-153, ISSN 0213-9111.
5. Ana M. Peiró Peiró, El menor maduro ante las decisiones sanitarias, Medicina Clínica, Volume 137, Issue 3, 25 June 2011, Pages 140-141, ISSN 0025-7753.
6. M.C. Brugera, J.M. Asolo, R. García, M.T. Benítez, M.R. López, Grupo de Trabajo del Programa de Atención al Niño en Situación Social de Riesgo del Ayuntamiento de Madrid, Estudio comparativo del embarazo, parto y crianza en un grupo de madres de niños en situación social de riesgo, Anales de Pediatría, Volume 66, Issue 2, February 2007, Page 212, ISSN 1695-4033.
7. M.M. Bermúdez González, Experiencia en el desarrollo de productos comunicacionales para la prevención de embarazos en la adolescencia, Anales de Pediatría, Volume 66, Issue 2, February 2007, Page 213, ISSN 1695-4033.