2016

Invertir cuando vale la pena: Revisión de las evidencias para trazar un rumbo de investigación y acción para adolescentes muy jóvenes

Katharine McCarthy
Population Council

Martha Brady
Population Council

Kelly Hallman
Population Council

Follow this and additional works at: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-pgy

Part of the [Demography, Population, and Ecology Commons](#), [Family, Life Course, and Society Commons](#), and the [International Public Health Commons](#)

How does access to this work benefit you? Let us know!

Recommended Citation

McCarthy, Katharine, Martha Brady, and Kelly Hallman. 2016. "Invertir cuando vale la pena: Revisión de las evidencias para trazar un rumbo de investigación y acción para adolescentes muy jóvenes." New York: Population Council.

This Report is brought to you for free and open access by the Population Council.

INVERTIR CUANDO VALE LA PENA

Revisión de las evidencias
para trazar un rumbo de
investigación y acción para
adolescentes muy jóvenes

**POPULATION
COUNCIL**

Ideas. Evidencia. Impacto.

INVERTIR CUANDO VALE LA PENA

Revisión de las evidencias
para trazar un rumbo de
investigación y acción para
adolescentes muy jóvenes

KATHARINE MCCARTHY
MARTHA BRADY
KELLY HALLMAN

El Population Council enfrenta temas críticos en salud y desarrollo—desde detener la propagación del VIH hasta mejorar la salud reproductiva y asegurar que la gente joven disfrute una vida plena y productiva. A través de la investigación biomédica, en ciencias sociales y salud pública en 50 países, trabajamos con nuestros socios para ofrecer soluciones que conlleven a políticas públicas, programas y tecnologías más eficaces que mejoren la vida de las personas a nivel global. Fundado en 1952 y con sede en Nueva York, el Population Council es una organización no gubernamental regida por una junta directiva internacional.

Population Council
One Dag Hammarskjöld Plaza
New York, NY 10017

popcouncil.org

Este trabajo fue posible gracias al apoyo generoso de la Fundación John D. and Catherine T. MacArthur.

Cita sugerida: McCarthy, Katharine, Martha Brady y Kelly Hallman. 2016.
“Invertir cuando vale la pena: Revisión de las evidencias para trazar un rumbo de investigación y acción para adolescentes muy jóvenes.” Nueva York: Population Council.

Créditos de fotografías—portada: © Gabriel Amadeus Cooney; página 1: Sam Loewenberg; página 9: Nadia Zibani; página 17: Chris Stowers/Panos; página 33: Petrut Calinescu/Panos; página 53: Josh Estey/CARE; página 63: Andrea Lynch/IWHC

ISBN: 978-0-87834-136-1
Impreso en los Estados Unidos de América.

© 2016 The Population Council, Inc.

Contenidos

	<i>página</i>		<i>página</i>
Figuras, recuadros y tablas	iv	4 Avances: mejorar los programas para los AMJ	33
Abreviaciones	iv	4.1 Identificar áreas extensas para los programas de AMJ	34
Prefacio	v	4.2 Programas que cuentan con evidencias sustantivas	36
Agradecimientos	vi	4.3 Programas que parecen prometedores, pero se necesita más evidencia	43
Prólogo	vii	5 Investigación con AMJ: recopilar información para programas y políticas	53
1 Introducción	1	5.1 Estudios que incluyen datos disponibles sobre AMJ	54
1.1 Invertir en adolescentes muy jóvenes: ¿por qué es importante?	2	5.2 Consideraciones éticas en la investigación primaria con AMJ	54
1.2 Cambios sociales, biológicos y de desarrollo durante la adolescencia temprana	3	5.3 Métodos y herramientas de investigación	58
2 La salud y el bienestar de los AMJ: descripción general y estado actual	9	6 Conclusión	63
2.1 Enfermedad y discapacidad: ¿cuál es el estado de salud de los adolescentes jóvenes?	10	6.1 Intervenciones programáticas que deben medirse	64
2.2 Comprender las conductas relacionadas con la salud de los AMJ para detener la propagación de enfermedades no contagiosas	10	6.2 Mirar hacia el futuro	66
2.3 Resultados de salud para AMJ: el mundo divergente de las niñas y los varones	11	Epílogo: Ha llegado el momento	67
3 Influencias sociales y contextuales en la salud: evidencias y perspectivas	17	Referencias	69
3.1 Dominios críticos de las mujeres y los varones adolescentes jóvenes	18		
3.2 Diferencias de género en transiciones de la escuela primaria a la secundaria	21		
3.3 Supervivencia y residencia de los padres	22		
3.4 El papel de las normas de género en la adolescencia temprana	23		
3.5 Violencia contra los AMJ: tanto los varones como las niñas se ven afectados, pero la prevalencia varía de acuerdo al género	25		
3.6 Escolarización y violencia	28		
3.7 Programas que responden a los AMJ en circunstancias graves y específicas	28		

Figuras, recuadros y tablas

FIGURAS

1	La adolescencia define la salud a lo largo del curso de vida	2
2	Porcentaje de la población mundial entre 10 y 14 años, por país, 2012	3
3	Las etapas de la adolescencia (Clasificación de la OPS)	4
4	Adolescencia temprana: Cuando la vida de las niñas pierde su rumbo	7
5	Porcentaje de adolescentes inscritos en la escuela, de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, cuatro países seleccionados, 2004-2009	22
6	Marco ecológico durante el curso de vida	35
7	Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se casaron a los 15 años, Etiopía, 2005	59
8	Porcentaje de niñas de 10 a 14 años que no asisten a la escuela y no viven con ninguno de sus padres, Guatemala, 2002/2006	59

RECUADROS

1	Principales programas de encuestas con información de encuestados mayores de 14 años e incluyen información sobre AMJ	55
2	Principales programas de encuestas que tienen un enfoque primario en el grupo de los AMJ	56
3	¿Debería la investigación incluir a AMJ?	57
4	¿Entrevistas en cara a cara o por computadora?	60

TABLAS

1	Etapas de desarrollo de adolescentes muy jóvenes por edad y género	5
2	Resultados de SSR experimentados antes de los 15 años de edad según información suministrada por niñas adolescentes de 15 a 19 años, por país	13
3	Características de adolescentes muy jóvenes en función de datos recientes de las EDS, incluido sitio de residencia, presencia de los padres y asistencia y logros académicos, por región	19
4	Porcentaje de adolescentes que reportaron experiencias sexuales no deseadas en el año previo, según tipo de encuesta	27
5	Los componentes de la lista de verificación ilustrativa para AMJ debería adaptarse a niñas y varones	44
6	Factores de riesgo y protección asociados con resultados de salud mental en adolescentes	44

Abreviaciones

AEAAC	Autoentrevista de Audio Asistida por Computadora	FPNU	Fondo de Población de las Naciones Unidas
AMJ	Adolescentes Muy Jóvenes	ITS	Infección de Transmisión Sexual
AVAD	Año de Vida Adaptado a una Discapacidad	PIA	País de Ingresos Altos
CCPE	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	PIBM	País de Ingresos Bajos y Medios
CHV	Capacitación en Habilidades para la Vida	SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
EDS	Encuesta Demográfica y de Salud	SIPAAI	Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y el Abandono Infantil
EIMC	Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados	SSR	Salud Sexual y Reproductiva
ENC	Enfermedad No Contagiosa	TIC	Tecnología de la Información y la Comunicación
ESI	Educación Sexual Integral	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
EVCN	Encuesta de Violencia Contra los Niños	VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
ESGE	Encuesta de Salud Global en Escuelas		

Prefacio

El período entre las edades de 10 y 14 años es fundamental en la transición de la niñez a la adolescencia. Durante estos años de desarrollo acelerado, se obtienen conocimientos importantes sociales y de salud, se establecen conductas, las creencias y las actitudes toman forma, y se sientan las bases para la vida adulta.

En los 20 años que transcurrieron desde que el Population Council comenzó a desarrollar un conjunto de evidencias sobre las vidas de los adolescentes, se ha tornado evidente que los «adolescentes» no son un grupo homogéneo. Por lo tanto, es importante examinar las distintas maneras en que las mujeres y los hombres difieren de acuerdo a si están casados, dónde viven, qué experiencias tienen y muchas otras características. La edad y el sexo son características particularmente distintivas, como lo aclara este informe, que se centra en los primeros años de la segunda década de la vida. Existen muchas maneras en las que los adolescentes entre 10 y 14 años se distinguen de los adolescentes mayores, y que existen diferencias importantes en la experiencia de los chicos y las chicas. Es fundamental tomar en cuenta estas diferencias cuando se consideran las intervenciones para mejorar su impacto.

Dado que los adolescentes muy jóvenes por lo general son saludables, han recibido poca atención programática, pero a medida que aprendemos más sobre el desarrollo cognitivo y social, la importancia de estos años se ha vuelto cada vez más evidente. Las intervenciones programáticas tenían como objetivo dar forma

a las transiciones críticas que suceden en la adolescencia temprana y que tienen el potencial de tener un efecto positivo y duradero, pero se necesita más atención sistemática al diseño y a la evaluación de programas que expliquen la diversidad de este grupo.

El Population Council ha llevado a cabo investigación y ha diseñado y evaluado programas para adolescentes durante varias décadas. Desde que se publicó el primer informe «Invertir cuando vale la pena» hace 10 años, nuestro trabajo sobre y con los adolescentes jóvenes ha crecido, así como el trabajo de muchas otras organizaciones. Ha habido una mayor apreciación de las necesidades y oportunidades de este grupo etario a medida que la disponibilidad de más y mejores datos permitió aclarar la situación. Este informe representa los datos y evidencias más recientes sobre las vidas de los adolescentes durante este período clave de transición hacia la adultez. Estamos comprometidos a continuar nuestros esfuerzos para comprender las vidas de los adolescentes jóvenes, de manera que las inversiones que se realicen en ellos sean lo más eficaces posible.

DRA. ANN K. BLANC

VICEPRESIDENTE Y DIRECTORA
PROGRAMA POBREZA, GÉNERO Y JUVENTUD
POPULATION COUNCIL

Agradecimientos

Este informe se benefició con las perspectivas y las contribuciones de muchas personas. Agradecemos a Michelle Chau, quien desarrolló los códigos y condujo los análisis iniciales de datos de las EDS. También agradecemos a las numerosas personas que brindaron aportes a secciones específicas, entre ellas: Vira David, por su trabajo en el mapeo espacial, Stephanie Psaki por su revisión y aportes en relación con la sección educación, Rebecka Lundgren por su revisión y aportes a la sección de programación, y Angel del Valle, quien brindó asesoramiento en métodos de investigación participativa. Agradecemos a Joyce

Altman y Mike Vosika por su ayuda en la edición y el diseño del informe. Finalmente, agradecemos a nuestros revisores cuidadosos, que hicieron contribuciones importantes al formato y textura general de este informe. Entre ellos, se incluyen: Ann Blanc, Judith Bruce, Sarah Engebretsen, Sara Peracca y Miriam Temin.

Prólogo

En 2006, en forma conjunta con el FPNU, el Population Council publicó «Invertir cuando vale la pena: generar la base de evidencia para políticas y programas para adolescentes muy jóvenes», que representó el primer gran esfuerzo por sintetizar información sobre niñas y niños adolescentes entre 10 y 14 años usando conjuntos de datos existentes, investigación y experiencia de programas (Chong, Hallman y Brady 2006). Desde entonces, hemos observado un rápido crecimiento e interés en la población de adolescentes muy jóvenes (AMJ) y un conjunto de programas en expansión destinado a abordar sus necesidades sociales y de salud y desarrollo. El presente informe se basa en el ímpetu generado por los esfuerzos recientes en investigación y programas, y por la mayor cantidad de datos disponibles en la última década.

El informe tiene como objetivo ser útil para quienes planean, administran, implementan, monitorean, evalúan o financian investigación o programas relacionados con adolescentes jóvenes. Nuestro enfoque es en resultados y en personas que puedan tener influencia en materia de salud y bienestar. Aunque el informe presenta algunos datos sobre adolescentes muy jóvenes a nivel global, nos centramos principalmente en los hallazgos de países de ingresos bajos y medios (PIBM), y, siempre que sea posible, desagregados por sexo.

El informe está organizado en cinco secciones principales. En la «Introducción», destacamos el fundamento para intervenir con los AMJ, dadas las transiciones numerosas, rápidas y potencialmente irremediables que se producen en este período de vida, además del surgimiento de diferencias de género a partir de esta etapa. Resumimos lo que sabemos sobre los adolescentes jóvenes y destacamos las maneras en que sus trayectorias

de vida comienzan a tomar forma y divergir. Nos centramos en resultados clave en salud y en los factores sociales y contextuales que los sustentan. En «La salud y el bienestar de AMJ», presentamos información global sobre enfermedades y discapacidad entre los adolescentes jóvenes, y analizamos los resultados en salud con relevancia particular durante la adolescencia.

En «Influencias sociales y contextuales sobre la salud», analizamos de qué manera las influencias clave en el entorno inmediato de los adolescentes definen los resultados generales de desarrollo, bienestar y salud. Esta sección utiliza una amplia variedad de fuentes, entre ellas, revisiones recientes del estado de salud de los adolescentes publicadas en *The Lancet* 2012, Estado de la Población Mundial 2014, del FPNU, y Progreso para los niños 2012, de UNICEF, entre otros. También presentamos un análisis actualizado de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS), y destacamos tendencias de la última década en influencias y resultados clave de relevancia particular para el período entre los 10 y 14 años de edad. Además, nos basamos en ideas e información de las publicaciones y recursos del Population Council que se muestran en el cuadro intitulado «Recursos sobre adolescencia del Population Council».

En «Avances: mejorar los programas para los AMJ», revisamos la evidencia en relación con el fortalecimiento de áreas clave de salud y bienestar de los adolescentes y describimos programas o intervenciones destinadas a abordar estos temas.

En «Investigación con AMJ: recopilar información para programas y políticas», nos centramos en estrategias de investigación, fuentes de datos existentes y herramientas de datos que pueden usarse para ampliar la base de conocimiento

RECURSOS DEL POPULATION COUNCIL SOBRE LA ADOLESCENCIA

PROGRAMA Y CONJUNTOS DE HERRAMIENTAS DE INVESTIGACIÓN

Designing for Scale:
Video Toolkit on Building
Evidence-Based and
Targeted Adolescent Girls
Programs

designingforscale.popcouncil.org

It's All One Curriculum:
Guidelines and Activities
for a Unified Approach
to Sexuality, Gender,
HIV, and Human Rights
Education

popcouncil.org/itsallone

Building
Assets Toolkit:
Developing Positive
Benchmarks for
Adolescent Girls

[popcouncil.org/
assettoolkit](http://popcouncil.org/assettoolkit)

From Research, to Program
Design, to Implementation:
Programming for Rural Girls in
Ethiopia

[popcouncil.org/
ethiogirlsprogram](http://popcouncil.org/ethiogirlsprogram)

Girl-Centered Program
Design: A Toolkit to
Develop, Strengthen,
and Expand Adolescent
Girls Programs

[popcouncil.org/
girlcenteredprogram](http://popcouncil.org/girlcenteredprogram)

PUBLICACIONES DE INVESTIGACIÓN

Brief Series: Promoting
Healthy, Safe, and
Productive Transitions to
Adulthood

[popcouncil.org/
transitionbriefs](http://popcouncil.org/transitionbriefs)

Growing Up Global:
The Changing Transitions
to Adulthood in Developing
Countries

[popcouncil.org/
growingupglobal](http://popcouncil.org/growingupglobal)

The Uncharted Passage:
Girls' Adolescence in the
Developing World

[popcouncil.org/
unchartedpassage](http://popcouncil.org/unchartedpassage)

A Review of Control-
Comparison Interventions
on Girls and Health in Low-
& Middle-Income Countries

[popcouncil.org/
interventiongirls](http://popcouncil.org/interventiongirls)

The Adolescent Experience
In-depth—Using Data to
Identify and Reach the
Most Vulnerable Young
People (Data Guides)

[popcouncil.org/
adolgirlsdataguides](http://popcouncil.org/adolgirlsdataguides)

Capítulo de un libro:
“The new population
challenge” (Judith Bruce y
John Bongaarts)
en *A Pivotal Moment: Population,
Justice, and the Environmental
Challenge*

sobre los adolescentes jóvenes. También abordamos algunas de las sensibilidades y desafíos éticos al llevar a cabo investigación con adolescentes de esta edad. Aquí, brindamos una lista ampliada de estrategias de recopilación de datos y métodos que incluyen técnicas más nuevas como mapeo, ejercicios de cobertura de programas y otras herramientas prácticas. Esta sección también hace referencia a fuentes de datos y herramientas de recursos clave relacionadas con la realización de investigación con AMJ. La «Conclusión» ofrece un resumen de las recomendaciones clave para mejorar el conocimiento del programa y la investigación.

A lo largo del informe, presentamos una amplia variedad de estrategias, pero reconocemos que las metodologías de investigación deben ser específicas a cada cultura, edad y género. Los investigadores también deben trabajar en estrecha colaboración con los miembros de la comunidad en la planificación y ejecución de investigación, la difusión de los resultados y el desarrollo de soluciones. Idealmente, toda investigación de este grupo etario desagregará la información según el género y la etapa de desarrollo adolescente dentro del rango etario completo de cinco años que abarcan los AMJ (Sección 1.2).

Aplicamos una «lente de género» al describir las diferencias en influencias sociales y resultados de salud para niños y niñas, siempre que sea posible. Creemos que esta perspectiva es importante, dado que esta fase del ciclo de vida es una etapa en la que la vida de los adolescentes comienza a diferenciarse en términos de escolarización, movilidad espacial, responsabilidades domésticas y, en algunos países, estado civil. También es una etapa en la que comienzan a emerger disparidades de género en cuanto al acceso a recursos y oportunidades económicas e institucionales. Además, en la mayoría de los entornos, el estatus de las niñas es inferior al de los niños en casi todos los ámbitos. Las niñas tienen menos poder y enfrentan riesgos desproporcionados que se originan en la desigualdad de género. Mucho de esto comienza a tomar forma y solidificarse en esta etapa de la vida. Por lo tanto, tener en cuenta el género en esta etapa de la vida puede mejorar

Objetivos de este informe

- Atraer la atención a las necesidades distintivas, los desafíos y los riesgos emergentes para las niñas y niños adolescentes.
- Ilustrar de qué manera los eventos del inicio de la adolescencia definen el curso de la vida.
- Esclarecer la dimensión social y de salud de la vida de los AMJ, incluidas estadísticas actualizadas de las EDS para 71 países y datos a nivel subnacional sobre temas específicos.
- Resumir los esfuerzos por mejorar los resultados, estratificados por género y edad.
- Identificar las brechas en la evidencia y las áreas de inversión.
- Describir fuentes de datos y estrategias para recabar información sobre AMJ, brindar herramientas prácticas y recursos.
- Ofrecer recomendaciones para futuras investigaciones y programación.

hacia dónde y cómo se orientan los esfuerzos y las intervenciones programáticas. Aunque intentamos incluir a varones y mujeres en nuestra revisión, daremos más énfasis a las mujeres dado que los resultados adversos, en particular los relacionados con la salud sexual y reproductiva, por lo general son más profundos, pueden ser irreversibles en las niñas, y pueden cambiar sus vidas por siempre.

Introducción

1

1.1 Invertir en adolescentes muy jóvenes: ¿por qué es importante?

Centrar la atención en los adolescentes jóvenes es una inversión inteligente, ya que este es el período en el que determinan las conductas de salud para el resto de su vida, cuando emergen oportunidades y riesgos, y cuando el futuro curso de la vida comienza a tomar forma. Los cambios sociales y de desarrollo asociados con la adolescencia temprana pueden tener una influencia duradera en las futuras trayectorias de los jóvenes (Figura 1). Aunque el período de la adolescencia abarca 10 años, la adolescencia temprana (la fase entre los 10 y los 14 años) es un momento de transiciones particularmente dinámicas y rápidas. Reunir evidencia sobre la temporalidad, la naturaleza y las consecuencias de las transiciones clave que los adolescentes jóvenes experimentan es fundamental para el desarrollo de políticas y programas adecuados para esta población. El momento estratégico de las intervenciones permite obtener resultados positivos antes de que se establezca la arquitectura de la vida de los adolescentes.

En 2015, había aproximadamente 1,2 mil millones de adolescentes entre 10 y 19 años en el mundo, que representaban alrededor del 16% de la población mundial (UNDESA 2013). Alrededor de la mitad de los adolescentes (0,6 mil millones) están en la etapa de adolescencia temprana; también se denominan adolescentes muy jóvenes (AMJ) (UNDESA 2013). La mayoría de los adolescentes del mundo, alrededor del 90%, reside en países de ingresos bajos y medios (PIBM), en los que los AMJ constituyen un porcentaje aún más alto de la población y las barreras para mantener una salud y bienestar positivos son muy complejas. El segmento de AMJ de la población total es más alto en los países de África Subsahariana, donde, a diferencia de otras regiones del mundo, se proyecta que el tamaño de la población joven continúe creciendo en las próximas décadas (Figura 2) (ONU 2015). Esto significa que los países que ya luchan por satisfacer las necesidades educativas y de salud de los AMJ necesitarán más recursos para ayudar a los jóvenes a lograr buenas condiciones de salud y bienestar en los próximos años.

FIGURA 1 La adolescencia define la salud a lo largo del curso de vida

Los AMJ han recibido mucha menor atención programática y de políticas que los niños pequeños y los adolescentes mayores. Esta falta de atención ha reflejado el hecho de que la adolescencia temprana es por lo general un período de la vida relativamente saludable. Sin embargo, como se describe en esta sección, la adolescencia temprana es un momento decisivo durante el cual la exposición a influencias negativas y la pérdida de derechos pueden hacer que las vidas pierdan su rumbo, aunque los efectos en la salud de tales exposiciones pueden no manifestarse de manera inmediata. Existe un reconocimiento creciente de la necesidad crítica de proteger la salud y los derechos de las niñas y niños durante este período a fin de promover una transición saludable a la adultez (Sawyer y cols., 2012; UNICEF 2012c). En las siguientes secciones, describimos las transiciones dinámicas que definen la adolescencia temprana y las oportunidades y riesgos que estos cambios ofrecen para influir tanto en la salud actual como futura.

La mayoría de los adolescentes del mundo, alrededor del 90%, reside en países de ingresos bajos y medios.

1.2 Cambios sociales, biológicos y de desarrollo durante la adolescencia temprana

Entre los 10 y los 14 años, los niños experimentan cambios físicos, emocionales, sociales y cognitivos importantes, y comienzan a socializar según las normas prevalecientes de género. En todo el mundo, los jóvenes experimentan estos procesos de formas únicas y en diferentes momentos, determinados tanto por factores individuales como contextuales.

FIGURA 2 Porcentaje de la población mundial entre 10 y 14 años, por país, 2012

Una característica distintiva universal de la adolescencia temprana son los cambios rápidos y significativos que conlleva la pubertad, que afectan la salud física, mental y emocional de los jóvenes.

Etapas de desarrollo de los adolescentes jóvenes

La mayoría de los adolescentes jóvenes experimentan el inicio de la pubertad en la adolescencia temprana, las mujeres mucho antes que los varones. El inicio de la pubertad marca un cambio abrupto en la vida, en especial para las niñas (Breinbauer y Maddaleno 2005; Patton y cols., 2012; Sawyer y cols., 2012). Algunos adolescentes jóvenes también experimentan su primera relación sexual en la adolescencia temprana. Las mujeres (y algunos varones) son especialmente vulnerables a la coerción sexual durante la adolescencia temprana (Jejeebhoy, Shah y Thapa 2005; UNICEF 2014c). Otras transiciones que en algunos contextos acompañan a la pubertad incluyen abandonar la escuela, ingresar a la fuerza de trabajo, el matrimonio infantil y convertirse en cuidador, padre o madre, o trabajador. A su vez, en muchos países, estas acciones pueden hacer que los adolescentes queden expuestos a VIH, priva-

ción material y conflictos políticos y sociales, lo cual erosiona las redes tradicionales de seguridad y aumenta la vulnerabilidad.

Una característica distintiva universal de la adolescencia temprana son los cambios rápidos y significativos que conlleva la pubertad, que afectan la salud física, mental y emocional de los jóvenes (Sawyer y cols., 2012; Igras y cols., 2014). En realidad, muchos implementadores de programas e investigadores adoptan un curso en su vida y una perspectiva ecológica que examina múltiples efectos y la interrelación de los elementos sociales en individuos a medida que progresan en esta fase de la vida (Blum y cols., 2012; Blum, Astone y Decker 2013). (Ver Sección 4.)

Como resultado, la mayoría de los científicos y profesionales conciben estos años como una serie de etapas y no como una etapa homogénea. La Organización Panamericana de Salud (OPS) propuso un modelo holístico de desarrollo adolescente que integra teorías de desarrollo dispares e incorpora investigación sobre el impacto del medioambiente, la maduración reproductiva y el procesamiento ampliado de información y funciones cognitivas. (Consulte la Clasificación de la OPS de las etapas de la adolescencia, Figura 3.)

En este sistema de clasificación, comenzando con la preadolescencia y finalizando con los adultos jóvenes, los cambios se agrupan en cinco dominios de desarrollo (Tabla 1): cuerpo, mente, sexual, emocional y social. Aunque otros definen

FIGURA 3 Las etapas de la adolescencia (Clasificación de la OPS)

Edad	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
NIÑAS	PREADOLESCENCIA			ADOLESCENCIA TEMPRANA		ADOLESCENCIA MEDIA		ADOLESCENCIA TARDÍA		JUVENTUD			ADULTOS JÓVENES				
NIÑOS			PREADOLESCENCIA			ADOLESCENCIA TEMPRANA		ADOLESCENCIA MEDIA		ADOLESC. TARDÍA		JUVENTUD		ADULTOS JÓVENES			

Los dominios de cambio que ocurren entre los 10 y los 14 años de edad, diferenciados por sexo, incluyen los siguientes:

- **DESARROLLO FÍSICO**
- **CAMBIOS BIOLÓGICOS** (inicio de la pubertad)
- **DESARROLLO COGNITIVO Y EMOCIONAL**
- **CAMBIOS EN LOS ROLES SOCIALES** (entre los más pobres, un cambio dramático al adoptar responsabilidades de adultos)

Fuente: Adaptado de Breinbauer y Maddaleno (2005).

los dominios de manera un tanto diferente o los agrupan en físicos, cognitivos y socioemocionales (Sawyer y cols., 2012), los elementos fundamentales siguen siendo los mismos. Dado que este informe se centra en los adolescentes muy jóvenes, solo se incluyen aquí los cambios relacionados con la preadolescencia y la adolescencia temprana. Elegimos esta clasificación particular porque desglosa los dominios por edad y género, que son distinciones particular-

mente importantes durante la adolescencia. Los rangos etarios que se brindan son promedios en los cuales se producen cambios de desarrollo. Existen excepciones para estos límites, con los adolescentes precoces en un extremo y los adolescentes de madurez tardía en el otro. Se cree que en las últimas décadas la edad de inicio de la pubertad disminuyó, aunque los datos son más claros para las mujeres, lo cual posiblemente amplía el margen de vulnerabilidad (Bellis, Downing

TABLA 1 Etapas de desarrollo de adolescentes muy jóvenes por edad y género

DOMINIOS DE DESARROLLO	PREADOLESCENCIA (9 A 12 AÑOS EN MUJERES, 10 A 13 AÑOS EN VARONES)	ADOLESCENCIA TEMPRANA (12 A 14 AÑOS EN MUJERES, 13 A 15 AÑOS EN VARONES)
CUERPO	Comienza un impulso del crecimiento, el cuerpo adquiere gradualmente características sexuales secundarias. Aumenta la grasa y el peso corporal. Aumenta gradualmente la búsqueda de sensaciones.	Inicio de la menstruación en las niñas (edad promedio: 12,4 años) y eyaculación en los varones (edad promedio: 13,4 años). Impulso significativo del crecimiento y un aumento marcado en la búsqueda de sensaciones, especialmente entre los varones.
CEREBRO	Se produce un cambio gradual del pensamiento egocéntrico al pensamiento sociocéntrico. Pensamiento lógico más concreto. Búsqueda creciente de información nueva, pero el lenguaje es aún concreto. Poco desarrollo del lóbulo prefrontal y las funciones ejecutivas.	Pensamiento más abstracto. Hay un escaso desarrollo del lóbulo prefrontal y las funciones ejecutivas (p. ej. toma de decisiones, juicio, resolución de problemas), en especial, en los varones. Profundización del pensamiento moral.
SEXUALIDAD	Los varones y las niñas exploran roles masculinos y femeninos más diferenciados. Para las niñas, el hermafroditismo es una alternativa viable a la feminidad exclusiva, mientras que para los varones, se espera socialmente una masculinidad exclusiva.	Aumenta el despertar sexual, así como la necesidad de masturbación. Se producen otras conductas autoeróticas, como las fantasías sexuales y los sueños húmedos. Se desarrolla la identidad de género en los primeros años de vida, pero se encuentra en constante desafío; desarrollo de la orientación sexual.
EMOCIONES	Se produce un aumento gradual de la auto-conciencia, con fluctuaciones en la imagen de sí mismo y sentimientos de vergüenza. Creciente necesidad de mayor privacidad, individualización y más autonomía emocional respecto de los padres. Capacidad creciente de diferenciar matices y niveles de sentimientos.	Alto nivel de auto-conciencia y fluctuaciones de la auto-imagen. Aumenta el nivel de estrés, en especial entre las niñas. Necesidad de mayor autonomía emocional respecto de los padres; desidealización de los padres, definición de las opiniones propias de los adolescentes. Aumento de la dependencia emocional en los amigos. La intimidad, la lealtad y los valores y actitudes tienen más importancia en el contexto de la amistad.
SOCIABILIZACIÓN	Surge la necesidad de contar con «mejores amigos» del mismo sexo. Aún se comparte tiempo con los padres y la supervisión parental está presente, pero comienzan a disminuir acompañados por un aumento gradual de los conflictos entre los preadolescentes y los padres. Aumenta la susceptibilidad a la presión de los pares.	Se pasa más tiempo con subgrupos sociales (pandillas) o en soledad. Surge el interés por amigos del sexo opuesto o «diferentes». Se pasa menos tiempo con los padres, disminuye la supervisión parental y aumentan los conflictos respecto de la independencia. Se esperan nuevos privilegios sociales. La susceptibilidad a la presión de los pares llega a su límite máximo.

Fuente: Adaptado de Breinbauer y Maddaleno (2005).

La adolescencia temprana es un momento decisivo durante el cual la exposición a influencias negativas y la pérdida de derechos pueden hacer que las vidas pierdan su rumbo, aunque los efectos en la salud de tales exposiciones pueden no manifestarse de manera inmediata.

y Ashton 2006; Herman-Giddens 2006; Downing y Bellis 2009). La rapidez con la que un joven atraviesa estas etapas depende de numerosos factores endógenos y ambientales, que incluyen diferencias biológicas; habilidades cognitivas; experiencias educativas, emocionales y de vida; y contextos culturales y sociales. A partir de conocimientos científicos de diferentes ciencias sociales, cognitivas y conductuales, e integrando el modelo con áreas de la biología, podemos brindar una comprensión más sofisticada de esta etapa de la vida, que más adelante puede asociarse al diseño de programas para AMJ.

Desarrollo cerebral en la adolescencia

Es ampliamente conocido que la adolescencia es un período de cambios notorios en la estructura y función del cerebro (Blakemore 2008; Steinberg 2014), y que el desarrollo cerebral continúa durante toda la adolescencia. El cerebro es el último órgano del cuerpo en madurar, y las estimaciones actuales indican que el proceso probablemente no se completa hasta los 27 a 33 años de edad (Blakemore 2008; Giedd 2008; Dosenbach y cols., 2010; Steinberg 2014). Esto significa que durante gran parte de la adolescencia, el cerebro se encuentra en «modo construcción». Las neuronas se comunican entre sí a través de las sinapsis, que son altamente excitables y «plásticas» durante fines de la infancia y la adolescencia. Las sinapsis crecen cuando se usan con frecuencia; por lo tanto, la práctica puede ayudar a dominar la memorización, las

habilidades musicales y el rendimiento atlético, áreas en las que los adolescentes jóvenes por lo general se destacan. Es esta programación biológica del cerebro lo que facilita el aprendizaje, la capacidad de recordar y el desarrollo de ciertas habilidades en la adolescencia en comparación con la edad adulta.

Al mismo tiempo, es la plasticidad neurológica la que también puede fortalecer las adicciones. Como ocurre durante el aprendizaje, las sinapsis se activan con sustancias que fortalecen los circuitos de búsqueda de recompensas y esto, a su vez, puede conducir a un estado de adicción. Algunos de los estímulos comunes más negativos que tienen los adolescentes y que se ha demostrado que modifican el desarrollo cerebral son ciertas drogas, la nicotina, el alcohol y factores ambientales como el estrés, la sobrecarga digital y la falta de sueño (Jensen y Nutt 2015). No obstante, vale la pena destacar que los adolescentes tienen una respuesta más fuerte a las recompensas que a los estímulos negativos o punitivos.

Las cortezas frontal y prefrontal son las regiones del cerebro responsables del juicio, el razonamiento, el control de los impulsos y la empatía. La inmadurez de la corteza frontal explica, en parte, la conducta de los adolescentes de correr riesgos; sin embargo, el procesamiento cognitivo, afectivo y social también tiene un rol clave. El contexto social también influye en las hormonas endógenas del cuerpo, en la manera en que se desarrolla el sistema neurológico y en cómo los adolescentes toman decisiones (Crone y Dahl 2012; Blakemore y Mills 2014).

El estudio del desarrollo del cerebro adolescente ha progresado significativamente en un período de tiempo relativamente corto. Tenemos más información que antes sobre cómo funciona el cerebro, y los adolescentes de hoy son la primera generación de jóvenes sobre quienes hay disponible información de su desarrollo con esta profundidad y alcance. Un objetivo valioso es hacer el mejor uso de esta información para diseñar intervenciones más sensibles al desarrollo cognitivo y social de los adolescentes jóvenes.

Adolescencia temprana: un momento determinante para las niñas

Como se mencionó anteriormente, a partir del inicio de la pubertad, las trayectorias de las niñas pueden comenzar a diferenciarse drásticamente de aquellas de los varones. Si no se toman medidas de protección, estos cambios pueden generar la pérdida de derechos, que pueden conformar el futuro de las niñas de manera permanente.

En algunos PIBM, como se muestra en los datos de países selectos presentados en la Figura 4, existe un patrón general de niñas que comienzan a abandonar la escuela en un momento que coincide con el inicio de la pubertad (Panel A). Un caso de niñas indígenas entre 10 y 19 años en Guatemala ilustra la forma en que la divergencia en un área (p. ej. abandonar la escuela) puede coincidir con otras transiciones negativas (maternidad temprana) (Panel B). Estos cambios, y el aislamiento social que por lo general se asocia con

estos cambios, pueden precipitar otros eventos que influyen negativamente en el bienestar y la salud futura de las niñas jóvenes, como la maternidad temprana y la adquisición de una infección de transmisión sexual, incluido el VIH (Hallman y cols., 2007). Los datos autoinformados de adolescentes en Malawi constituyen evidencias de dicha cadena de «eventos de vida negativos». Específicamente, un estudio determinó que las niñas informan que experimentan una cantidad mayor de eventos de vida negativos, como abandonar la escuela, la iniciación sexual temprana y la maternidad temprana (el 42% de las niñas experimentó tres o más eventos de vida, en comparación con el 4% de los varones) (Mensch y cols., 2011; Mensch y cols., 2014).

FIGURA 4 Adolescencia temprana: Cuando la vida de las niñas pierde su rumbo

Fuente: (Guatemala) Hallman et al. 2007; (Turquía 2003, Kenia 2003) Population Council Adolescent Experience In Depth Data Guides Series 2000–15; (Egipto) ERF 2006.

Fuente: Hallman y cols., 2007.

La salud y el bienestar de los AMJ: descripción general y estado actual

2

2.1 Enfermedad y discapacidad: ¿cuál es el estado de salud de los adolescentes jóvenes?

Los problemas más comunes de salud durante el período de AMJ son las enfermedades crónicas y no aquellas que ponen en riesgo su vida. En términos de morbilidad y mortalidad, cuando las niñas y los varones sobreviven los primeros cinco años de vida, suelen disfrutar de un período de salud relativamente buena entre los riesgos de la infancia temprana y el inicio de los riesgos de la vida adulta y sus problemas de salud. No obstante, experimentar problemas de salud en momentos de cambios físicos y sociales tan dinámicos puede tener efectos a largo plazo. Consideramos las transiciones epidemiológicas que ocurren durante la adolescencia temprana y analizamos su influencia en la salud inmediata y posterior.

Información global sobre enfermedades y discapacidad

Las tasas de mortalidad para adolescentes entre 10 y 14 años son bajas en relación con otras etapas de la vida, y se ha observado una tendencia descendiente en las últimas décadas. Aunque las tasas de mortalidad son bajas, las cinco principales causas de muerte entre los AMJ son el VIH y el SIDA, enfermedades diarreicas, lesiones en accidentes de tránsito, infecciones del tracto respiratorio inferior y el ahogamiento (OMS 2013; OMS 2014a y 2014b). Las niñas y los varones presentan tasas similares de mortalidad en esta etapa de la vida. Por ejemplo, en 2012, la tasa de mortalidad por VIH/SIDA era aproximadamente equivalente en ambos sexos. Aunque existen variaciones entre otras causas de muerte (por ejemplo, las enfermedades diarreicas son una causa más común de mortalidad entre las niñas y las lesiones en accidentes de tránsito son más comunes en los varones), las diferencias son pequeñas dada la prevalencia relativamente baja de enfermedades.

A pesar de las numerosas similitudes en las causas de mortalidad entre los AMJ, existen importantes diferencias regionales en cuanto a las áreas donde se producen las muertes: 61 de cada 100 muertes de AMJ se produjeron en África Subsahariana y el este del Mediterráneo (OMS 2013; OMS 2014b).

Las afecciones crónicas no letales, como los problemas de salud mental, son una causa adicional e importante de problemas de salud, o morbilidad, entre los AMJ. Si no se identifican y tratan, estas afecciones crónicas también pueden obstaculizar la transición saludable a la edad adulta en los adolescentes.

Comprender la morbilidad es importante para guiar el establecimiento de prioridades en la salud pública. Los datos de morbilidad permiten evaluar las enfermedades y afecciones no letales que se presentan durante la adolescencia, y pueden tener repercusiones para el resto de la vida. Una manera de medir la morbilidad son los años de vida adaptados a una discapacidad (AVAD). Los AVAD son un indicador de la carga general por enfermedad y miden los años de vida saludable que se pierden a causa de problemas de salud, discapacidad o muerte prematura.

En 2012, las cinco principales causas de AVAD para niños entre 10 y 14 años a nivel global fueron los trastornos depresivos, la anemia por deficiencia de hierro, el VIH/SIDA, las enfermedades diarreicas y las lesiones en accidentes de tránsito (OMS 2014a). Aunque existen algunas diferencias en los principales AVAD para niñas y niños entre 10 y 14 años (por ejemplo, la depresión es una fuente más común de morbilidad entre las niñas y las lesiones en accidentes de tránsito son más comunes entre los varones), las diferencias se vuelven más aparentes entre los 15 y los 19 años. De manera similar a las diferencias regionales en la mortalidad de los AMJ, la región africana representa el nivel más alto de AVAD entre niños de 10 a 14 años, seguida de la región del este del Mediterráneo (OMS 2014b).

2.2 Comprender las conductas relacionadas con la salud de los AMJ para detener la propagación de enfermedades no contagiosas

Los años de vida ajustada a una discapacidad no reflejan la carga futura por enfermedades que se origina a partir de conductas relacionadas con la salud que comienzan o se ven reforzadas durante la adolescencia (Gore y cols., 2011).

Por ejemplo, aunque algunas conductas, como fumar, consumir alcohol y prácticas dietéticas no saludables, pueden iniciar durante la adolescencia, estas conductas de riesgo por lo general no ocasionan enfermedades no contagiosas (ENC), como las enfermedades cardiovasculares o respiratorias, diabetes y cáncer, hasta la edad adulta. La Organización Mundial de la Salud estima que el 70% de las muertes prematuras se atribuyen a conductas no saludables establecidas en la adolescencia, y las ENC son las principales causas de mortalidad adulta a nivel global, que representan aproximadamente 38 millones de muertes anuales (28 millones de las cuales se producen en PIBM) (PRB 2015).

Además, en ciertas áreas de PIBM en las que existe una rápida globalización y modernización, se proyecta que el consumo de alcohol y tabaco, y las conductas dietéticas no saludables aumentarán entre los jóvenes. Dado que los AMJ representan una amplia proporción de la población en muchos países (ver Figura 2), se proyecta que las ENC se convertirán en una causa principal de muerte en toda África (PRB 2015). El alto costo asociado con las ENC en contextos ya limitados en cuanto a recursos tiene implicaciones más importantes en la capacidad de los países de tratar y abordar estas enfermedades. Si se toman en forma conjunta, la adolescencia temprana representa una ventana de oportunidad para que las intervenciones mejoren la salud futura de las personas y conformen la trayectoria de futuras epidemias de salud.

En 2012, las cinco principales causas de AVAD para niños entre 10 y 14 años a nivel global fueron los trastornos depresivos, la anemia por deficiencia de hierro, el VIH/SIDA, las enfermedades diarreicas y las lesiones en accidentes de tránsito.

2.3 Resultados de salud para AMJ: el mundo divergente de las niñas y los varones

A continuación, consideramos tres resultados de salud sobresalientes entre los AMJ dada su influencia duradera y potencialmente irreversible: actividad sexual y salud reproductiva, salud mental y nutrición.

Actividad sexual, salud reproductiva, matrimonio infantil: resultados profundamente adversos para las niñas

Los compromisos de políticas y programas para abordar las necesidades de salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes se han ampliado con la creciente atención e inversión en la salud adolescente desde comienzos del siglo XXI. No obstante, los datos sobre conocimiento, actitudes, conductas y resultados de SSR entre niñas y varones entre 10 y 14 años son sumamente limitados, en parte, debido a la susceptibilidad de recolectar dicha información de este grupo de jóvenes. Sabemos que los adolescentes jóvenes de todo el mundo están por lo general desinformados o informados erróneamente sobre sus cuerpos, salud sexual y reproductiva, y conductas que promueven la salud (Santhya y Jejeebhoy 2015). La información errónea es abundante respecto de la fertilidad (primera menstruación y eyaculación), la sexualidad, la concepción, la anticoncepción, etc. (Bankole y cols., 2007; Dixon-Mueller 2010; Igras y cols., 2014), lo cual puede obstaculizar la adopción de conductas que promueven la salud.

Cuando hay datos sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes jóvenes, existen más datos disponibles para niñas que para varones, para las edades de 15 a 19 años que para las edades de 10 a 14, y para niñas casadas que para las niñas solteras (UNICEF 2014a). Cuando examinamos los datos disponibles para adolescentes de 15 a 19 años, UNICEF informa que aproximadamente el 11% de las niñas y el 6% de los varones de 15 a 19 años en el mundo en desarrollo, sin incluir China, tienen sexo antes de los 15 años de edad (UNICEF 2011). Sin embargo, vale la pena destacar que la prevalencia informada para niñas es alrededor de dos veces mayor que para los varones según estos datos. El análisis de datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) (ver Tabla 2) demuestra que la actividad sexual temprana es bastante común en algunas regiones del mundo; 15% o más niñas entre 15 y 19 años informaron tener relaciones sexuales antes de los 15 años en 10 países de África Subsahariana.

La actividad sexual temprana, en especial, en circunstancias en que es forzada, aumenta el riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual, como el VIH. Aunque la prevalencia de VIH es generalmente baja entre adolescentes de 10 a 14 años y hay poca diferencia entre varones y niñas (Idele y cols., 2014), esto cambia más adelante durante la adolescencia. Entre los adolescentes de 15 a 19 años, las niñas comienzan a experimentar niveles más altos de VIH respecto de los varones; aproximadamente dos tercios de las nuevas infecciones por VIH en adolescentes de 15 a 19 años se presentan entre niñas (UNICEF 2013). Aunque las tasas de prevalencia varían de un país a otro, esta tendencia a la feminización del VIH se mantiene en casi toda África Subsahariana, donde la transmisión heterosexual es más alta (Idele y cols., 2014).

Otras amenazas a la salud reproductiva pueden incluir ritos culturales de inducción que generalmente coinciden con la pubertad y, por lo tanto, con adolescencia temprana. En algunos contextos, tales ritos de inducción incluyen prácticas tradicionales para las niñas, como mutilación genital femenina (MGF) y corte genital femenino (CGF). La M/CGF implica la remoción parcial o total de los genitales femeninos y se practica en muchos países de África así como en varios países de

Medio Oriente y Asia (UNICEF 2014b). Un estudio de 2013 estima que 14,1 millones de niñas de 10 a 14 años en 27 países de África, incluido Yemen, probablemente sufran cortes genitales (Yoder, Wang, y Johansen 2013).

Una porción de las adolescentes jóvenes están casadas, y la actividad sexual ocurre en el contexto del matrimonio. En 5 de 71 PIBM, el 5% o más de las niñas de 15 a 19 informó haber tenido hijos antes de los 15 años (ver Tabla 2). Aunque estas cifras muestran que la maternidad temprana no es común, también muestran que una proporción de las niñas aún están en riesgo y necesitan servicios (ver Sección 4.2 para leer un debate sobre programación de SSR para AMJ).

Matrimonio infantil: una violación de derechos humanos

En algunos casos, la transición temprana a la actividad sexual y la maternidad temprana ocurren dentro del contexto del matrimonio infantil. Hay un reconocimiento creciente de que el matrimonio infantil es una violación de los derechos humanos de las niñas y un obstáculo para los resultados de salud generales. El matrimonio infantil (definido como antes de los 18 años) coincide con la actividad sexual y la iniciación de la maternidad, y obliga a las niñas a asumir roles y responsabilidades para las cuales no están preparadas.

La investigación ha documentado resultados deficientes entre las niñas que se casan a temprana edad, aunque aún debe establecerse un vínculo causal (Mensch, Singh, y Casterline 2005). Por ejemplo, los estudios han documentado que las niñas que se casan antes de los 18 años experimentan tasas más altas de violencia doméstica que sus pares no casadas (UNICEF 2005; UNICEF 2014b), son más propensas a abandonar la escuela (Erulkar y cols., 2004), viven en hogares más pobres (UNICEF 2005), tienen mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA (Clark 2004), y tienen más hijos a edades tempranas (UNICEF 2014a). El análisis de datos de las EDS de 38 PIBM también ha demostrado que las niñas de 15 a 19 años tienen un riesgo 28% mayor de morir durante

TABLA 2 Resultados de SSR experimentados antes de los 15 años de edad según información suministrada por niñas adolescentes de 15 a 19 años, por país

PAÍS	AÑO MÁS RECIENTE DE LA EDS	% QUE TUVO SEXO ANTES DE LOS 15 AÑOS	% CASADAS ANTES DE LOS 15 AÑOS	% DE MATERNIDAD ANTES DE LOS 15 AÑOS
África Central y Occidental				
Benín	2006	10	5	2
Burkina Faso	2010	3	6	1
Burundi	2011	3	1	0
Camerún	2011	9	9	3
Chad	2004	7	18	6
Congo	2006	23	4	2
Costa de Marfil	2012	18	6	4
Gabón	2012	16	4	3
Ghana	2008	8	3	1
Guinea	2012	12	14	6
Liberia	2013	22	4	3
Malí	2013	14	19	8
Mauritania	2001	2	13	4
Níger	2012	8	24	5
Nigeria	2013	5	12	2
Repúb. Centroafricana	1995	23	16	5
Repúb. Dem. del Congo	2013	17	6	3
Santo Tomé y Príncipe	2009	9	3	1
Senegal	2011	4	9	3
Sierra Leona	2013	17	6	4
África del Sur y del Este				
Comoras	2012	4	6	1
Etiopía	2011	2	8	1
Kenia	2009	11	1	1
Lesoto	2010	8	2	1
Madagascar	2009	15	12	4
Malawi	2010	11	4	1
Mozambique	2011	22	10	4
Namibia	2007	7	1	1
Ruanda	2011	5	0	0
Suazilandia	2007	7	0	1
Sudáfrica	1998	8	0	0
Tanzania	2010	10	3	1
Togo	1998	19	4	2
Uganda	2011	11	3	2
Zambia	2007	11	3	2
Zimbabue	2011	4	3	1
PAÍS	AÑO MÁS RECIENTE DE LA EDS	% QUE TUVO SEXO ANTES DE LOS 15 AÑOS	% CASADAS ANTES DE LOS 15 AÑOS	% DE MATERNIDAD ANTES DE LOS 15 AÑOS
América Latina y el Caribe				
Bolivia	2008	7	3	1
Brasil	1996	11	4	1
Colombia	2010	13	4	2
Guatemala	1999	7	7	2
Guyana	2009	9	5	2
Haití	2012	14	3	1
Honduras	2012	11	8	2
Nicaragua	2001	9	9	2
Paraguay	1990	5	3	1
Perú	2008	5	2	1
República Dominicana	2007	12	10	2
Sur y Sureste de Asia				
Bangladesh ^a	2011	1	17	4
Camboya	2011	0	1	0
Filipinas	2013	2	2	0
India	2006	1	8	1
Indonesia	2012	1	2	0
Maldivas ^a	2009	0	0	0
Nepal	2011	3	5	0
Pakistán ^a	2012	n.a.	2	0
Timor Oriental	2010	1	1	0
Vietnam	2002	n.a.	0	4
Medio Oriente y África del Norte				
Egipto ^a	2008	n.a.	1	0
Jordania ^a	2012	0	0	0
Marruecos	2004	n.a.	2	0
Yemen ^a	1992	n.a.	9	2
Europa y Repúblicas del Centro de Asia				
Albania	2009	1	1	0
Armenia	2005	0	0	0
Azerbaiyán	2006	0	0	0
Moldavia ^a	2005	1	1	0
Kazajistán	1999	1	0	0
República de Kirguistán	2012	0	0	0
Tayikistán	2012	0	0	0
Turquía ^a	2004	n.a.	1	0
Ucrania	2007	1	0	0
Uzbekistán	1996	0	1	0

n/a: Información para el indicador no recopilada. Nota: Todos los análisis se basan en información de Encuestas Demográficas y de Salud.

^a Se encuestaron mujeres de 15 a 49 años que alguna vez estuvieron casadas. Los datos para jóvenes de 15 a 19 años se ajustaron para representar a todas las mujeres del grupo etario. Se asume que las mujeres que nunca se casaron no tuvieron hijos y no tuvieron sexo, según estándares de la EDS para el análisis y el informe.

Aunque, en general, la mayoría de las niñas de 10 a 14 años no están casadas, en algunas regiones y países, la proporción de niñas de 15 a 19 años que se casaron antes de los 15 años es importante.

embarazos y partos en comparación con mujeres de 20 a 24 años (Blanc, Winfrey, y Ross 2013).

Aunque, en general, la mayoría de las niñas de 10 a 14 años no están casadas, en algunas regiones y países, la proporción de niñas de 15 a 19 años que se casaron antes de los 15 años es importante. La comparación de análisis de EDS publicada en el informe *Invertir cuando vale la pena* de 2006 (Chong, Hallman, y Brady 2006) y los análisis actualizados de este informe (Tabla 2), demuestran que el porcentaje de niñas de 15 a 19 años que informan estar casadas antes de los 15 años parece mantenerse sin modificaciones en la mayoría de los países.

Sin embargo, existen algunas excepciones notorias. Por ejemplo, la prevalencia del matrimonio infantil en Etiopía bajó de 14% en el año 2000 a 8% en 2011. En Bangladesh, el 27% de las niñas informó haberse casado antes de los 15 años en 1999, cifra que bajó al 17% en 2011. Vale la pena destacar que ambos países han hecho inversiones significativas en políticas y programas destinados a mantener a las niñas en la escuela y a demorar el matrimonio temprano. Otros análisis de tendencias en la edad a la que se contrae matrimonio han aportado evidencias de un mayor progreso en el matrimonio infantil antes de los 18 años (Mensch, Singh, y Casterline 2005; UNICEF 2014a).

Salud mental: la depresión es la principal causa de discapacidad entre las niñas

La adolescencia es el momento en el que surge la mayor cantidad de problemas de salud mental; aproximadamente la mitad de los trastornos de salud que se padecen en la vida (incluidos la

depresión, el trastorno bipolar, los trastornos de ansiedad, de control de impulsos y de control de sustancias) comienzan a los 14 años (Belfer 2008; Kessler y cols., 2007). La interrupción de los procesos de desarrollo que normalmente ocurren durante la adolescencia por el inicio de enfermedades mentales, incluido concluir el proceso de escolarización y la formación de relaciones románticas con los pares, puede afectar adversamente la futura salud de un adolescente, en particular, si dichas enfermedades no se identifican o no se tratan (Sawyer y cols., 2012).

A nivel global, se estima que casi uno de cada cinco niños y adolescentes de 17 años y menos experimentan un problema de salud mental debilitante en un año dado (Kieling y cols., 2011). Aunque la carga total por enfermedad entre adolescentes es generalmente baja, los trastornos neuropsiquiátricos¹ representan casi la mitad (45%) de todas las discapacidades relacionadas con la salud entre los 10 y 24 años (Gore y cols., 2011).² Entre los adolescentes de 10 y 14 años, la depresión es la causa principal de incapacidad relacionada con la salud entre niñas y la tercera causa principal entre varones. La brecha generacional en materia de depresión se profundiza entre los 15 y 19 años, y la depresión sigue siendo la causa principal de discapacidad relacionada con la salud entre niñas, y la cuarta entre los varones (OMS 2014b). El suicidio, que se relaciona estrechamente con la depresión, también es una causa principal de mortalidad en adolescentes, en especial entre los 15 a 19 años (11,7 muertes por cada 100.000 adolescentes de 15 a 19 años para cada sexo, respectivamente (OMS 2012b).

1 Entre las afecciones neuropsiquiátricas se incluyen: depresión, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol y drogas, y demencia, entre otros (Gore y cols., 2011).

2 Los datos de los análisis se tomaron del estudio WHO Global Disease Burden Study (Estudio de carga global de enfermedades de la OMS) de Gore y cols., que incluyó 194 estados miembro de la OMS de todas las regiones y grupos de ingresos del mundo. Para consultar un listado completo, visite www.who.int/countries/en/.

En general, los resultados deficientes de salud mental se concentran entre quienes viven en condiciones de pobreza o experimentan otras formas de desventajas sociales (Patel y cols., 2007; Kieling y cols., 2011).

El problema de la desnutrición y la nutrición excesiva

Entre los 10 y 14 años de edad se produce un impulso del crecimiento físico que implica aumentos significativos de peso y talla. Este desarrollo produce un aumento del volumen total de sangre, músculos y masa ósea. La maduración de los órganos reproductivos también comienza a esta edad, y la mayoría de las niñas experimentan el inicio de la menstruación. Ante estos cambios, la necesidad de micronutrientes aumenta tanto para varones como para niñas. La nutrición inadecuada puede interferir con la habilidad de los adolescentes de lograr su máximo crecimiento y puede afectar el funcionamiento cognitivo (Hermoso y cols., 2011).

Como se mencionó anteriormente, entre los adolescentes de 10 a 14 años, la anemia por deficiencia de hierro es uno de los cinco principales AVAD. Es el déficit nutricional más común, que representa el 3,4% de AVAD entre varones y el 3,5% entre niñas (Gore y cols., 2011). La anemia es una preocupación particular entre las niñas que están en riesgo de ser madres, como en áreas donde el matrimonio infantil es común, debido al riesgo de impedimentos en el crecimiento de la madre o bajo peso del recién nacido (Black y cols., 2013).

Además de la desnutrición a nivel de micronutrientes, tanto la ingesta excesiva de alimentos como la ingesta insuficiente pueden ocasionar consecuencias en la salud que se manifiestan más adelante en la vida, como las enfermedades cardiovasculares, la obesidad, la diabetes y la osteoporosis (Gore y cols., 2011; Black y cols., 2013). La incorporación de alimentos más energéticos y procesados en áreas en rápida modernización, junto con niveles más bajos de actividad física (Keino y cols., 2014), contribuye a la tendencia creciente de obesidad y diabetes

Entre los adolescentes de 10 y 14 años, la depresión es la causa principal de incapacidad relacionada con la salud entre niñas y la tercera causa principal entre varones.

que se observa en muchos PIBM (ver Sección 2.2 sobre ENC). Las regiones como África están cambiando desde áreas con inseguridad alimenticia a áreas con inseguridad alimenticia y sobrenutrición. En consecuencia, ahora vemos la epidemia de hambre y obesidad dentro de los mismos entornos. Dado que se necesita nutrición adecuada para satisfacer las demandas más grandes de desarrollo de los AMJ, es cada vez más importante equipar a los AMJ para navegar estos entornos de manera exitosa.

Influencias sociales y contextuales en la salud: evidencias y perspectivas

3

3.1 Dominios críticos de las mujeres y los varones adolescentes jóvenes

En esta sección, examinamos con mayor detalle los distintos dominios sociales y contextuales clave que conforman la vida de los adolescentes. La multitud de factores que influyen en la salud y el bienestar de los AMJ varía desde actitudes individuales (p. ej. edad, género, carga genética), al entorno inmediato (p. ej. padres y escuela, estado socioeconómico), el entorno físico (p. ej. la prevalencia de enfermedades, la calidad de los hogares y la contaminación, comunidades con escasos recursos); y políticas y leyes que regulan las condiciones en las que residen los AMJ (OMS 2014b).

Las edades de 10 a 14 años son por lo general un momento en el que las niñas y los varones residen con sus padres y se inscriben en la escuela. Cuando eso es lo que sucede, los AMJ pasan gran cantidad de tiempo en estos entornos. Por lo tanto, aunque los pares, socios, proveedores de servicios y otros adultos influyentes también son influencias importantes en la vida de los AMJ, nos centraremos en dos de las influencias más importantes para una amplia porción de los adolescentes jóvenes: la escuela y los padres.

Residir con los padres o asistir a la escuela puede ampliar los activos sociales de la persona, como las redes sociales, el acceso a instituciones de la sociedad y las relaciones de confianza. Vivir con los padres o asistir a la escuela también puede aumentar los activos humanos, incluidos el conocimiento y las habilidades, la autoestima y la autoeficacia para presentar ciertas conductas y tomar decisiones. Por ejemplo, alrededor del 50% de los adolescentes entrevistados en un estudio de la OMS mencionaron a su familia como una fuente de información sobre salud (OMS 2014b).

En contraste, los AMJ que no asisten en la escuela ni residen con uno o ambos padres pueden carecer o tener menos acceso a los activos que estas redes de apoyo ofrecen y, en consecuencia, tienen un mayor riesgo de presentar una variedad

de resultados negativos. También es importante destacar que pueden operar influencias adicionales dentro o fuera de la escuela y la familia que pueden obstaculizar la utilidad futura de estos dominios. Por ejemplo, dados los cambios de roles sociales y de género que ocurren en la adolescencia temprana, las normas de género de los entornos inmediatos de la escuela, la familia u otros espacios pueden subyacer a las disparidades en la habilidad de los AMJ de acceder a los activos y construirlos (Igras y cols., 2014; OMS 2014b).

La exposición a la violencia o la victimización en estos contextos puede menoscabar aún más la salud y el bienestar. Un estudio internacional de las percepciones de los adolescentes sobre la salud en su comunidad reveló que tanto el género como la seguridad personal eran preocupaciones clave para los jóvenes en cuanto a barreras para una buena salud (Mmari y cols., 2014). Finalmente, los subconjuntos de AMJ con vulnerabilidades especializadas pueden estar particularmente en riesgo porque su potencial de acceder a redes de apoyo como la escuela y la familia puede verse interrumpido debido a crisis humanitarias, de emergencia, migración o tráfico.

Reconocemos que la pobreza es tanto una causa como una consecuencia de salud deficiente, y que la vulnerabilidad económica influye notablemente en la trayectoria de vida de niñas y varones en diferentes maneras. Aunque es vital, está más allá del alcance de este informe abordar la influencia de la pobreza de la manera integral que el tema amerita. Sin embargo, la interacción que existe entre las condiciones de pobreza en el bienestar de los adolescentes es el tema de otros estudios que se están llevando a cabo (Mmari y cols., 2014; Decker y cols., 2014).

Iniciaremos esta sección presentando una descripción general de los indicadores encontrados en las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) a nivel nacional (Tabla 3). A continuación, ampliaremos el análisis al identificar influencias clave clave en la salud de los AMJ (es decir, escuela, padres, normas de género, exposición a violencia y contextos especializados de vulnerabilidad).

TABLA 3 Características de adolescentes muy jóvenes en función de datos recientes de las EDS, incluido sitio de residencia, presencia de los padres y asistencia y logros académicos, por región

PAÍS	AÑO MÁS RECIENTE DE LA ENCUESTA DE EDS	% DE POBLACIÓN DE 10 A 14 AÑOS	% QUE VIVE EN ÁREAS RURALES	% DE QUIENES UNO O AMBOS PADRES HAN FALLECIDO	ENTRE ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS*							
					% QUE VIVE SIN NINGUNO DE LOS PADRES		% QUE NO ASISTE A LA ESCUELA		DE LOS QUE ASISTEN A LA ESCUELA, % QUE NO ESTÁ EN UN GRADO ACORDE A LA EDAD		% QUE VIVE SIN NINGUNO DE LOS PADRES Y QUE NO ASISTE A LA ESCUELA	
					NIÑAS	VARONES	NIÑAS	VARONES	NIÑAS	VARONES	NIÑAS	VARONES
África Central y Occidental												
Benín	2006	14	63	11	23	15	37	24	27	32	11	4
Burkina Faso	2010	14	80	9	16	11	49	45	30	33	9	4
Burundi	2011	13	92	22	17	14	13	11	54	56	4	4
Camerún	2011	13	55	16	27	24	17	11	36	43	3	3
Chad	2004	14	79	13	17	17	60	44	30	41	9	7
Congo	2006	13	49	15	29	25	8	8	57	62	3	3
Costa de Marfil	2012	13	55	13	34	28	38	25	31	37	16	7
Gabón	2012	12	15	10	28	25	2	2	46	52	1	1
Ghana	2008	13	58	11	27	21	12	12	49	52	4	2
Guinea	2012	15	68	14	26	23	46	34	25	31	13	9
Liberia	2013	13	41	11	38	29	13	15	78	78	5	5
Malí	2013	15	78	7	16	11	50	44	10	11	10	5
Mauritania	2001	15	60	12	19	18	34	25	36	34	8	5
Níger	2012	15	83	9	14	9	57	50	9	12	8	5
Nigeria	2013	12	60	9	15	12	28	23	30	33	3	2
Repúb. Centroafricana	1995	13	55	17	28	25	49	27	45	66	17	8
Repúb Dem del Congo	2013	14	66	14	23	20	11	7	55	53	4	2
Santo Tomé y Príncipe	2009	14	47	6	27	20	7	7	37	36	3	1
Senegal	2011	13	59	11	23	18	36	37	21	19	9	6
Sierra Leona	2013	13	68	14	34	30	20	23	43	40	7	9
África del Sur y del Este												
Comoras	2012	13	68	7	25	20	10	10	57	41	3	2
Etiopía	2011	14	84	14	17	14	24	28	45	44	5	5
Kenia	2009	14	88	n.a.	n.a.	n.a.	4	5	47	52	0	0
Lesoto	2010	13	80	39	36	33	4	11	45	61	1	5
Madagascar	2009	15	88	11	20	19	22	22	53	58	6	6
Malawi	2010	15	87	21	30	26	7	9	64	68	3	3
Mozambique	2011	14	70	20	28	25	21	20	52	55	6	6
Namibia	2007	13	67	26	45	43	5	7	18	24	2	4
Ruanda	2011	13	89	21	19	18	5	6	57	61	2	2
Suazilandia	2007	15	86	33	39	41	8	9	48	61	4	4
Sudáfrica	1998	14	54	14	34	33	2	3	11	18	1	2
Tanzanie	2010	14	79	15	25	20	16	15	19	28	5	4
Togo	1998	15	70	15	29	23	34	15	54	68	12	4
Uganda	2011	15	89	18	17	15	6	5	76	78	2	1
Zambia	2007	15	64	25	32	29	10	10	38	41	4	4
Zimbabue	2011	14	77	33	37	36	6	8	19	25	3	4

(Tabla 3, continúa en la siguiente página)

TABLA 3 continúa en la siguiente página

PAÍS	AÑO MÁS RECIENTE DE LA ENCUESTA DE EDS	% DE POBLACIÓN DE 10 A 14 AÑOS	ENTRE ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS*									
			% QUE VIVE EN ÁREAS RURALES	% DE QUIENES UNO O AMBOS PADRES HAN FALLECIDO	% QUE VIVE SIN NINGUNO DE LOS PADRES		% QUE NO ASISTE A LA ESCUELA		DE LOS QUE ASISTEN A LA ESCUELA, % QUE NO ESTÁ EN UN GRADO ACORDE A LA EDAD		% QUE VIVE SIN NINGUNO DE LOS PADRES Y QUE NO ASISTE A LA ESCUELA	
					NIÑAS	VARONES	NIÑAS	VARONES	NIÑAS	VARONES	NIÑAS	VARONES
América Latina y el Caribe												
Bolivia	2008	13	45	6	10	10	5	3	14	15	1	1
Brasil	1996	12	24	8	12	9	6	6	35	44	2	1
Colombia	2010	10	29	7	13	12	2	4	20	29	1	1
Guatemala	1999	13	62	9	11	9	25	17	27	34	4	2
Guyana	2009	12	74	9	17	16	4	4	7	7	2	1
Haití	2012	12	62	16	27	23	5	6	69	75	2	2
Honduras	2012	13	57	9	17	16	13	16	21	29	3	3
Nicaragua	2001	14	46	7	13	12	17	24	42	46	3	3
Paraguay	1990	12	55	0	15	12	17	11	35	45	3	1
Perú	2008	12	42	6	10	9	4	3	15	18	1	0
República Dominicana	2007	12	34	6	22	20	5	7	30	45	2	2
Sur y Sureste de Asia												
Bangladesh ^a	2011	12	77	n.a.	n.a.	n.a.	13	18	44	46	n.a.	n.a.
Camboya	2011	12	86	10	11	11	10	10	42	52	1	2
Filipinas	2013	11	55	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
India	2006	12	72	7	6	5	22	16	20	22	2	1
Indonesia	2012	10	53	n.a.	n.a.	n.a.	5	5	4	5	n.a.	n.a.
Maldivas ^a	2009	11	75	4	8	7	1	1	7	10	0	0
Nepal	2011	13	89	7	10	8	11	5	64	69	1	1
Pakistán ^a	2012	12	68	7	3	2	36	24	45	56	2	1
Timor Oriental	2010	14	78	11	13	12	14	14	44	50	2	2
Vietnam	2002	13	86	n.a.	n.a.	n.a.	9	6	10	13	0	0
Medio Oriente y África del Norte												
Egipto ^a	2008	10	61	7	1	1	8	7	8	10	0	0
Jordania ^a	2012	11	18	4	1	1	3	4	1	1	0	0
Marruecos	2004	11	47	n.a.	n.a.	n.a.	25	17	25	33	n.a.	n.a.
Yemen	1992	15	81	9	0	0	62	8	37	91	0	0
Europa y Repúblicas del Centro de Asia												
Albania	2009	10	61	4	1	0	3	2	6	6	0	0
Armenia	2005	9	44	4	2	2	2	2	3	2	0	0
Azerbaiyán	2006	11	48	4	2	2	4	2	3	4	0	0
Kazajstán	1999	12	59	9	5	7	1	1	1	1	0	0
Moldavia ^a	2005	9	69	6	14	9	1	3	n.a.	n.a.	0	0
Repúb de Kirguistán	2012	10	74	6	14	15	1	1	0	1	0	0
Tayikistán	2012	11	77	5	3	3	4	2	1	1	0	0
Turquía ^a	2004	10	35	4	3	2	14	5	12	17	0	0
Ucrania	2007	6	39	8	6	6	0	1	2	1	0	0
Uzbekistán	1996	12	65	5	1	1	1	2	1	1	0	0

Nota: Todos los análisis se basan en información de Encuestas Demográficas y de Salud. n/a: No se recopilaron datos para el indicador.

*Los datos sobre adolescentes de 10 a 14 años son informados por el jefe de hogar. a Mujeres de los países encuestados que alguna vez estuvieron casadas. Los datos retrospectivos presentados en los informes finales se ajustaron matemáticamente para que representen a todas las mujeres. Se asume que las mujeres que nunca se casaron no tuvieron hijos.

Ampliar la lente y profundizar el enfoque en las vidas de los adolescentes jóvenes: usar los datos de las EDS para examinar las influencias en el entorno inmediato de los AMJ

Para ofrecer una radiografía de los contextos en los que residen los AMJ en los PIBM, realizamos nuevos análisis de dimensiones del entorno inmediato de los AMJ (estado de escolarización, supervivencia de los padres y residencia en el hogar) que se encontraban disponibles en las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) más recientes³ (años 2011 a 2013). Nuestro nuevo análisis brinda información de 71 PIBM⁴ y también presenta los datos sobre resultados que reflejan prácticas culturales y normas de género que surgen durante el período de 10 a 14 años de edad, como experiencias de matrimonio temprano, iniciación sexual y maternidad. Los hallazgos para los grupos etarios de 10 a 14 años y de 15 a 19 años se presentan en la Tabla 3. Si desea obtener una descripción más detallada de la información disponible en las EDS y otros programas de encuestas que incluyen adolescentes en su alcance, vea la Sección 5.1.

3.2 Diferencias de género en transiciones de la escuela primaria a la secundaria

La educación se asocia con mejores resultados en salud. Con respecto a los indicadores seleccionados de educación de AMJ, se ha logrado cierto progreso. Como se puede ver en nuestro análisis de EDS presentados en la Tabla 3, para la mayoría de los países, menos del 20% de los AMJ no asisten a la escuela. Esto representa una mejoría importante desde nuestro informe de 2006, que mostró que el 50% o más de los AMJ no asistían a la escuela en muchos países (Chong, Hallman, y Brady 2006). Los cambios en políticas para universalizar el acceso a la educación primaria han

hecho que muchos más niños asistan a la escuela. A pesar de las mejoras, aún hay demasiados AMJ que no asisten a la escuela. La Tabla 3 muestra que en varios países de África Central y Occidental, y en algunos de la región de Medio Oriente/Norte de África (MENA), aproximadamente la mitad de las niñas y un tercio de los niños entre 10 y 14 años no asisten a la escuela.

Nuestro de EDS muestra que la transición de la escuela primaria a la secundaria probablemente sea un desafío particular en los PIBM, en especial, entre las niñas. Aunque varía según la estructura educativa nacional, el cambio de la escuela secundaria por lo general ocurre después de haber completado seis años, lo cual, incluso si se ingresó tardíamente a la primaria o se repitieron grados, coincide con la etapa de la adolescencia temprana.

En la Tabla 3, la variable «edad acorde al grado» permite saber si los adolescentes están atrasados respecto del grado en el que deberían inscribirse. Los adolescentes que están dos o más años atrasados respecto de sus pares en su actual grado pueden presentar un mayor riesgo de deserción escolar (Grant y Hallman 2008; Jimerson, Anderson, y Whipple 2002). Nuestros hallazgos revelan que, en muchos países, de los adolescentes de 10 a 14 años que aún están inscritos en la escuela, casi la mitad no están en un grado acorde a su edad. El progreso de grados de los varones también está retrasado respecto al de las niñas.

Un análisis más profundo muestra que, aunque es más probable que los varones comiencen la escolarización en primer lugar, la posibilidad de que las niñas abandonen la escuela en la pubertad parece exceder la de los niños en muchos entornos (UNESCO 2015). Como lo demuestran los estudios de caso de países de la Figura 5, la inscripción en la escuela disminuye más para las niñas que para los varones durante el inicio de la pubertad.

Un análisis de la UNESCO (2011) en 14 países con la mayor cantidad de niñas adolescentes jóvenes que no asisten a la escuela demuestra que, entre los niños inscritos en la escuela primaria, en ocho países, las niñas son menos propensas que los varones para lograr la transición a la secundaria (Burkina Faso, Burundi, Guinea, Malí, Níger, Madagascar, Tanzania, Uganda), en seis países, las po-

3 Para obtener más información, consulte www.dhsprogram.com.

4 La edición 2006 de este informe incluyó análisis de datos de 39 países.

FIGURA 5 Porcentaje de adolescentes inscritos en la escuela, de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, cuatro países seleccionados, 2004-2009

Fuentes: Encuestas Demográficas y de Salud Etiopía, 2005; Zambia, 2007; Kenia, 2009; Malawi, 2004. Análisis por Katharine McCarthy, Population Council, 2013.

sibilidades son iguales (Ghana, Indonesia, Malawi, Myanmar, Pakistán) y en dos países (Etiopía y Mozambique) las niñas son más propensas a progresar que los varones (UNESCO 2011). La falta de progreso hacia el nivel secundario ocurre por una variedad de motivos (Banerjee y cols., 2013). La escuela secundaria por lo general implica cuotas y colegiaturas más costosas y más tiempo y distancia de viaje, lo cual desalienta a algunos padres y tutores de enviar a las adolescentes jóvenes. A pesar de la evidencia sólida de que la inversión en años adicionales de educación se recupera (5% a 15% más ingresos por año de escolarización completado y más ganancias para niñas que para varones), los padres y estudiantes por lo general no están bien informados respecto de dichas ganancias. Los esfuerzos por facilitar una transición uniforme de la primaria a la secundaria se garantizan y analizan en la Sección 4. La violencia escolar es una cuestión que genera mucha preocupación y que puede disminuir el beneficio de la educación (ver Sección 3.6).

3.3 Supervivencia y residencia de los padres

Los padres tienen el potencial de ejercer una influencia significativa en la salud y el bienestar de los AMJ. Los adolescentes jóvenes que no residen con un padre/madre pueden ser particularmente vulnerables a la explotación sexual, el trabajo inseguro y el abuso de sustancias (Temin y cols., 2013). Los datos de las EDS de múltiples países muestran que una alta proporción de adolescentes de 10 a 14 años de algunos países de África Subsahariana no viven con ninguno de los padres (Tabla 3). Aunque los datos reportados aquí no incluyen los detalles de su situación, como la residencia con parientes o con la familia extensa, los hallazgos destacan la necesidad de llevar a cabo mayor investigación en este tema.

En todas las regiones del mundo, más niñas que varones AMJ de PIBM no viven con ningún padre, mientras que el porcentaje más alto de adolescentes de 10 a 14 años de ambos sexos que viven sin ningún padre se encuentra en África Subsahariana (por ejemplo, hasta el 45% de las niñas y el 43% de los varones de 10 a 14 años en Namibia)

(Tabla 3). Esto puede explicarse, en parte, por una larga tradición en el uso de familias de extensas en esta región. El porcentaje de AMJ con uno o ambos padres fallecidos también es más alto en los países de África Subsahariana, posiblemente, debido a la alta carga que representa el SIDA. En comparación con nuestro análisis de 2006, el porcentaje de niñas y varones que viven sin ninguno de los padres permanece relativamente sin cambios, mientras que el cambio en el porcentaje adolescentes entre 10 y 14 años con uno o ambos padres fallecidos es mixto y varía de acuerdo al país (Chong, Hallman, y Brady 2006).

3.4 El papel de las normas de género en la adolescencia temprana

En casi todo el mundo, las normas de género rígidas con respecto a roles y conductas de hombres, niños, mujeres y niñas han demostrado influir en muchos aspectos de las vidas de los adolescentes, entre ellos, las conductas relacionadas con la salud (Barker y cols., 2007; Peacock y Barker 2014). Por ejemplo, el hecho de si las niñas pueden viajar fuera de su hogar, adónde pueden y no pueden ir en su comunidad, y la naturaleza y el tipo de interacciones sociales que se permiten con el sexo opuesto son factores que reciben una fuerte influencia de las normas de género. Por lo general, los varones pueden moverse con más libertad fuera del hogar, lo que les da mayores oportunidades que a las niñas de participar en actividades de ocio/recreación y que generan ingresos (Brady 2005; Barker 2000; Hallman y Roca 2006), y la ventaja de los hombres en el acceso espacial a la comunidad y sus espacios puede ser más extrema en la pubertad (Hallman y cols., 2014).

Los cambios positivos en las normas sociales, los valores y las prácticas relacionadas con el género pueden tener un efecto transformador en la manera en que las sociedades valoran a las niñas y en cómo los AMJ perciben sus roles sociales y sexuales, porque las normas de género tienen un rol importante en sus percepciones y conductas (Lundgren y cols., 2013). Por ejemplo, una revisión sistemática global de los factores que definen

En todas las regiones del mundo, más niñas que varones AMJ de PIBM no viven con ningún padre, mientras que el porcentaje más alto de adolescentes de 10 a 14 años de ambos sexos que viven sin ningún padre se encuentra en África Subsahariana.

las conductas sexuales de los jóvenes confirmó que los estereotipos de género y las expectativas diferenciadas sobre las conductas sexuales adecuadas de los varones en comparación con las niñas influían en su conducta sexual (Marston y King 2006). Las expectativas tradicionales de los roles de género pueden generar conductas que ponen a los varones en desventaja también, lo que incluye riesgos de violencia, abuso de sustancias y accidentes (Barker 2000 y 2007).

El inicio de la pubertad y el comienzo de la menstruación en las niñas tienen un significado biológico y social profundo, ya que marcan el inicio de la transición de las niñas hacia la madurez femenina. Una revisión sistemática de la higiene y la salud menstrual entre las adolescentes jóvenes de PIBM demostró un estigma considerable en torno a la menstruación, debido a su asociación con la sexualidad y la reproducción (Sumpter y Torondel 2013). Los hallazgos sugieren que las niñas por lo general se sienten avergonzadas por la incapacidad de manejar eficazmente con los períodos menstruales, y que la menstruación se asocia con suciedad y contaminación. El estigma asociado con la menstruación puede plasmar-se en restricciones o exclusión de las niñas y mujeres. Por ejemplo, en algunos entornos, las niñas que menstrúan pueden no tener permitido realizar actividades diarias (asistir a la iglesia o a actividades religiosas, tareas de preparación de la cocina y los alimentos, hacer contacto o tocar a un hombre, etc.). Aunque algunos sostienen que la menstruación es un obstáculo para la asistencia a

las escuelas y contribuye con las tasas de abandono entre las niñas púberes, la evidencia de esto es mixta (Grant, Lloyd, y Mensch 2013).

Destacamos brevemente áreas en las que las normas de género emergentes pueden influir en el acceso de los AMJ a recursos.

Alimentos, nutrición y género

El género se ha identificado como un factor que promueve resultados nutricionales entre los AMJ, aunque la dirección de la relación varía de acuerdo al entorno. Entre los adolescentes escolarizados de África Subsahariana, una revisión descubrió que las niñas son más propensas a padecer sobrepeso que los varones (Keino y cols., 2014). Por el contrario, en muchos entornos inseguros desde el punto de vista alimenticio, como en India, donde reside la mayor parte de la población desnutrida, hay evidencia de que los hogares favorecen la distribución de alimentos ricos en nutrientes a varones, no a niñas (More y cols., 2013; Keino y cols., 2014). Ciertos estudios realizados en Camerún, Etiopía y regiones del Amazonas descubrieron que las niñas que viven en hogares inseguros desde el punto de vista alimenticio eran más propensas a padecer retrasos en el crecimiento en relación con los varones, lo cual, en teoría, se ha considerado resultado de preferir que los varones tengan mejor acceso a alimentos y educación (Mukuddem-Petersen y Kruger 2004; Hadley y cols., 2008; Piperata y cols., 2013). Tales prácticas pueden reflejar normas sociales que dan más valor a los varones que a las niñas.

Los tabúes culturales respecto a los alimentos también afectan el acceso a estos entre los adolescentes y pueden reflejar normas de género. En algunos entornos de escasos recursos, estas prácticas priorizan ciertos alimentos ricos en proteínas para hombres adultos y restringen el acceso de los adolescentes jóvenes y las mujeres (Meyer-Rochow y Benno 2009). Las costumbres alimenticias y los tabúes se relacionan con transiciones clave de la vida real, como la menstruación, el embarazo, los nacimientos y la lactancia, que afectan a las niñas. Aunque las prácticas relacionadas con el embarazo y el nacimiento pueden tener como objetivo proteger a las niñas (o al feto en

desarrollo), también pueden generar restricciones en los alimentos nutritivos durante un momento en el que la demanda biológica de micronutrientes es mayor (Meyer-Rochow y Benno 2009).

Tecnologías de información y comunicación: ¿el género afecta el acceso?

Las tecnologías de información y comunicación (TIC), como la televisión, la radio, los teléfonos móviles y la Internet tienen el potencial de ampliar el acceso de los AMJ a la información, la conectividad con otras personas y la habilidad de aprender y compartir ideas. Las TIC son cada vez más accesibles en los PIBM. La omnipresencia de las TIC y su naturaleza en constante evolución hacen que sea fundamental considerar las ventajas y los riesgos de las TIC para los jóvenes. Tal como lo presenció el mundo en los movimientos activistas de jóvenes en todo Medio Oriente en 2011 y 2012, los jóvenes pueden aprovechar la tecnología de los medios en línea y las redes sociales para ampliar su voz y tener una influencia poderosa en el cambio político y social (Martin 2012).

También existen posibles influencias negativas asociadas al acceso ampliado a las TIC para los AMJ (Brody 2015), incluida la exposición a expectativas idealizadas de la imagen corporal; la comercialización de alimentos y bebidas no saludables, y conductas sociales (p. ej. fumar); acoso en línea entre pares; divulgación no intencional de información privada; y conducta agresiva en línea. Estos riesgos también resaltan la necesidad de preparar a los AMJ para que aprovechen el potencial de las TIC a la vez que emplean protecciones para mitigar posibles riesgos (ver la Sección 4).

No todos los AMJ acceden a las TIC por igual. Entre los adolescentes de 10 y 14 años, los datos disponibles demuestran que el uso de las TIC varía ampliamente según los países. Por ejemplo, de los países con datos disponibles en 2011, el uso de Internet en los últimos 12 meses varió desde 12% de los adolescentes entre 10 y 14 años en Paraguay, hasta el 99% en Eslovenia (UNICEF 2012c). De manera similar, el uso de teléfonos móviles varió desde 37% en El Salvador a 98% en Eslovenia (UNICEF 2012c). Existe disparidad en el acceso dentro de los países también, más notablemente,

en relación al género. Por ejemplo, en los PIBM, las niñas y mujeres tienen 21% menos de posibilidad que los hombres de poseer un teléfono móvil (GSM Association 2013b). Si una niña o mujer reside en África o Medio Oriente, es un cuarto menos probable que posea un teléfono móvil que un hombre de su país, mientras que es un tercio menos probable que posea uno si vive en el Sur de Asia (GSM Association 2013b). Dentro de los países, quienes tienen más educación, mayores ingresos o residen en áreas urbanas también suelen hacer mayor uso de Internet que los que tienen menos educación, estatus socioeconómico bajo o que viven en áreas rurales (UNICEF 2012c).

Los adolescentes que no tienen acceso o capacitación en el uso de TIC tienen una capacidad reducida de participar en el diálogo global para obtener información, comunicarse y conectarse con otros, y participar en campañas sociales. Los teléfonos móviles son un medio importante de participación, en especial, en lugares donde el acceso a Internet es limitado. Por ejemplo, los resultados de adolescentes de 8 a 18 años encuestados en un estudio en el Norte de África y Medio Oriente muestran que más de la mitad usó un teléfono móvil para acceder a Internet (GSM Association 2013a). Los SMS y las aplicaciones de mensajería móvil también han crecido como nuevas formas en las que los jóvenes se conectan y comparten información.

3.5 Violencia contra los AMJ: tanto los varones como las niñas se ven afectados, pero la prevalencia varía de acuerdo al género

La experiencia de violencia es una influencia crítica en el bienestar de los AMJ, lo que incluye la salud física y mental, y el progreso en la escolarización. La Convención sobre los Derechos del Niño garantiza que todos los niños deberían vivir sin violencia, pero el maltrato/abuso contra los AMJ ocurre a nivel global a manos de cuidadores, docentes, pares y otros. Estas experiencias generalmente interrumpen el acceso de los AMJ y el compromiso con los sistemas o redes de apoyo

como la familia y la escuela, porque la mayoría de los perpetradores son conocidos del niño y, por lo general, quienes están a cargo de cuidarlos.

El primer paso para ponerle fin al problema es reconocer su naturaleza y su prevalencia. A pesar de los amplios desafíos de la medición, el maltrato contra AMJ está comenzando a cuantificarse, y los datos están cada vez más disponibles desde fines de la década de 1990 (ver Sección 5.2. para conocer fuentes de datos sobre la violencia contra AMJ). Se puede dedicar más atención al asunto si se promueve el desarrollo de legislación, políticas y programas, incluidas campañas de cambio de conducta en adultos para alterar las normas y las actitudes sociales que puede perpetuar la violencia contra los AMJ (ver Sección 4). La violencia contra los AMJ adopta diferentes formas. Los datos sobre estas manifestaciones compilados en gran parte por UNICEF, se describen a continuación.

Violencia física

A medida que los niños comienzan la segunda década de vida, tanto las lesiones intencionales como las no intencionales se tornan más frecuentes (ver debate sobre años de vida adaptados a una discapacidad entre los AMJ en la Sección 2.1). Las lesiones en general son responsables de las muertes del 28% de los adolescentes entre 10 y 14 años a nivel global. Las lesiones no intencionales incluyen accidentes en carreteras, caídas, envenenamientos, exposición a fuego/calor/sustancias calientes, exposición a fenómenos de la naturaleza entre otros; estas representan el 25% de las muertes de adolescentes de 10 a 14 años a nivel global, en comparación con el 15% de niños de 0 a 9 años (UNICEF 2014c). La proporción de muertes debido a lesiones físicas intencionales (incluido el homicidio, la automutilación y la violencia colectiva) entre varones y niñas aumenta de 0,5% entre los 0 y 9 años a 6% y 5%, respectivamente entre los 10 y 14 años. En los PIBM generalmente, las tasas de homicidio adolescente son más altas en los países con una distribución de la riqueza más desigual. Entre todos los adolescentes de 10 a 14 años de África Central y Occidental, y en los niños de América Latina y el Caribe, la proporción más grande de la carga por enfermedad debida a lesio-

En los 58 países incluidos en la base de datos global de UNICEF, casi el 85% de los adolescentes de 10 a 14 años informaron haber sido víctimas de disciplina violenta el mes previo a la entrevista.

nes intencionales es el homicidio. Sorprendentemente, en siete países de América Latina y el Caribe, el homicidio es la principal causa de muerte entre adolescentes, y 3 de 10 homicidios en esta región se deben a violencia entre pandillas.

Mientras que las estadísticas antes mencionadas son motivo de reflexión, muchos más niños experimentan violencia en forma de disciplina por parte de tutores y docentes. Esto generalmente ocurre al interior de su hogar o en la escuela, e inicia a una edad muy temprana. Aproximadamente 6 de cada 10 niños de todo el mundo entre 2 y 14 años son víctimas de castigos físicos (corporales) por parte de sus cuidadores de manera regular. Entre los AMJ, en los 58 países incluidos en la base de datos global de UNICEF, casi el 85% de los adolescentes de 10 a 14 años informaron haber sido víctimas de disciplina violenta el mes previo a la entrevista (UNICEF 2014c).

Abuso psicológico

El abuso psicológico en niños, también conocido como abuso/maltrato o violencia emocional o mental, con frecuencia es perpetrado por individuos con quienes el niño tiene una estrecha relación. Por lo general, se trata de padres y cuidadores, pero nueva evidencia sugiere que los maestros, los docentes, pares y parejas también pueden ser perpetradores frecuentes (Sedlak y cols., 2010; Leen y cols., 2013; Theoklitou, Kabitisi, y Kabitsi 2012; Shumba 2002). Esta forma de maltrato es una de las menos estudiadas, y faltan estadísticas. Esto se debe en gran medida a la difícil naturaleza de la conceptualización y la cuantificación de las numerosas formas que adopta, que incluyen intimidar, generar miedo,

amenazar, explotar, aterrorizar, rechazar, aislar, ignorar, insultar, humillar y ridiculizar. Negar apoyo emocional, no satisfacer necesidades de salud o educativas, exponer al niño a violencia doméstica o intrafamiliar y el acoso psicológico también son acciones que se clasifican como violencia emocional. Las formas extremas incluyen someter al niño a confinamiento solitario u otras formas humillantes de detención.

Aunque los datos de prevalencia respecto del maltrato psicológico de niños en los PIBM son escasos, las Encuestas de Violencia contra los Niños (EVCN) de UNICEF y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CCPE) indagaron sobre esta forma (y otras) de violencia en encuestas a adolescentes con representatividad nacional en Kenia, Suazilandia, Tanzania y Zimbabue usando informes retrospectivos. Los datos disponibles no se desagregaron para los AMJ; sin embargo, los resultados indican que experimentar violencia emocional alguna vez antes de los 18 años es ligeramente más frecuente entre hombres que entre mujeres. Para los hombres, la tasa de prevalencia fue del 30 al 38%, en comparación con el 24% al 30% entre las mujeres (UNICEF 2007; UNICEF, CCPE, y Muhimbili University 2011; UNICEF y cols., 2012; UNICEF y Centro Colaborador para Investigación y Evaluación Operativa 2013). Las formas de maltrato fueron similares por sexo en los cuatro países. La humillación por parte de parientes adultos y maestros o docentes fue la forma más común, seguida de negligencia y amenazas de abandono por parte de los cuidadores.

Violencia sexual: más casos son reportados entre niñas, por lo general, con consecuencias irreversibles

La violencia sexual es una violación extrema de los derechos humanos de los adolescentes y es objeto de legislación internacional exclusiva diseñada para proteger a los niños contra sus múltiples formas. La violencia sexual generalmente ocurre al mismo tiempo que otras formas de violencia. El abuso sexual es nocivo y traumático, independientemente de la forma en la que se manifieste. Aunque existen estimaciones de la cantidad de niños que han experimentado violencia sexual, la información incompleta es un

desafío extremo y obstaculiza los esfuerzos por evaluar la verdadera magnitud del problema. La investigación ha demostrado que entre un 30% y un 80% de los sobrevivientes no revelan sus experiencias de maltrato sexual en la niñez hasta que llegan a la edad adulta, y muchos lo ocultan durante toda su vida (UNICEF 2014c).

Los datos sobre el abuso sexual a menores son muy variables, incluidas las definiciones, los métodos de obtención, los diseños de los estudios y la toma de muestras. Las revisiones sistemáticas y los meta-análisis de datos autoinformados en encuestas revelan una amplia disparidad en la prevalencia.

Las EDS de 21 países incluyen preguntas retrospectivas disponibles sobre el porcentaje de niñas adolescentes (de 15 a 19 años) que alguna vez fueron víctimas de violencia sexual y la edad a la que la experimentaron por primera vez. En 16 de 21 países, al menos 1 en 5 niñas adolescentes que informaron violencia sexual dijeron que ocurrió por primera vez a una edad entre los 10 y los 14 años. Datos comparables de las EDS sobre la edad a la que los varones adolescentes (de 15 a 19 años) experimentaron violencia sexual por primera vez solo están disponibles para cuatro países, y la cantidad de varones que informaron tales experiencias no fue suficiente para elaborar estimaciones confiables.

Para los AMJ de PIBM, las Encuestas de Violencia Contra los Niños (EVCN) son las más recientes, detallan las fuentes de información y por lo general incluyen mujeres y varones. Dado que indagan sobre una amplia gama de posibles

experiencias sexuales de maltrato, generan tasas de prevalencia generales más altas que las que generan las preguntas menos detalladas (Pereda y cols., 2009a y 2009b; Collin-Vézina, Daigneault, y Hébert 2013; Andrews y cols., 2004; Stoltenborgh y cols., 2011; Pereda y cols., 2009a y 2009b). Además, las encuestas como las EDS que limitan las preguntas a las formas más extremas de violencia sexual, como las relaciones físicas forzadas, producirán tasas de prevalencia inferiores porque estos actos no son tan comunes, y cuando ocurren es menos probable que se informen que las formas menos severas. La Tabla 4 presenta una comparación de datos sobre prevalencia de sexo no deseado en las EVCN y EDS, el año previo, para mujeres y varones adolescentes. Aunque el año de la encuesta, el método de toma de muestras y el grupo etario varían, los niveles de EVCN para mujeres son notablemente superiores, y para los varones de 13 a 17 años no son insignificantes.

Aunque la explotación sexual (definida como sexo a cambio de dinero, alimentos u otros favores/transacciones) probablemente sea una forma generalizada y severa de maltrato, y no se informa aquí debido a la falta de disponibilidad de estadísticas nacionales. Esto es porque tales actos, por su propia naturaleza, se ocultan, lo que hace extremadamente difícil capturar la verdadera magnitud del problema. Además, de las pocas encuestas que exploran esta cuestión, algunas indagan sobre actos completos, mientras que otras incluyen intentos incompletos de obtener una cifra general, lo que hace que las comparaciones sean difíciles.

TABLA 4 Porcentaje de adolescentes que reportaron experiencias sexuales no deseadas en el año previo, según tipo de encuesta

PAÍS (ENCUESTA)	MUJERES		VARONES	
	EVCN	EDS	EVCN	EDS
Suazilandia (EVCN 2007 ^a)	33	n/a	Los varones no se encuestaron	
Tanzania (EVCN 2009b, EDS 2010 ^c)	14	5	6	n/a
Kenia (EVCN 2010 ^b , EDS 2008-09 ^c)	11	4	4	n/a
Zimbabue (EVCN 2011 ^b , EDS 2010-11 ^c)	9	7	2	n/a

^a 13 a 24 años ^b 13 a 17 años ^c 15 a 19 años

3.6 Escolarización y violencia

Aun cuando no se cuenta con información sistemática disponible sobre su prevalencia, según los informes, la violencia relacionada con la escuela es un fenómeno generalizado tanto en PIBM como en países de ingresos altos (PIA) ((UN 2015; Leach, Dunne, y Salvi 2014). Además de sus efectos nocivos en la salud física y mental, el impacto de la violencia relacionada con la escuela en los logros educativos es una mayor preocupación. La mayoría de los estudios sobre este tema han sido descriptivos o cualitativos, y los cuantitativos son principalmente de naturaleza transversal (Psaki, Mensch, y Soler-Hampejsek 2015). Además, pocos estudios estratifican la información en categorías de edad específicas de los AMJ, y la preponderancia de la evidencia proviene de los PIA.

Las experiencias de violencia escolar en los PIBM han demostrado estar vinculadas con el ausentismo y el abandono escolar (Pereznieta y cols., 2010). Por ejemplo, una encuesta representativa nacional de estudiantes de primaria en Etiopía reportó que la exposición a violencia escolar reducía la participación en clase de las niñas, disminuía su desempeño escolar y aumentaba las tasas de abandono y repetición de grados (Save the Children, Ministerio de Educación de Etiopía, Ministerio de Asuntos de la Mujer de Etiopía 2008).

La literatura más amplia (UNICEF 2014c) indica que experimentar cualquier tipo de violencia en la niñez, ya sea durante la escuela o fuera de esta, conlleva consecuencias graves para lograr el éxito académico (NCAC 2013). Hay pocas estadísticas disponibles para niños de PIBM, aunque un estudio de Sudáfrica (Hallman 2007) demostró que la experiencia informada de sexo no consentido, independientemente de la ubicación o el perpetrador, se asociaba con niveles más bajos de inscripción en la escuela en mujeres y varones, logros y progreso escolar más deficiente entre las mujeres. Los AMJ que experimentan múltiples formas de violencia tienen un riesgo especialmente alto de tener resultados educativos deficientes. Quienes son acosados por pares en la

escuela y también experimentan maltrato fuera de esta tienen mayor riesgo de tener un desempeño académico deficiente (Schwartz y cols., 2013). Un estudio que utiliza datos longitudinales de Malawi investiga los efectos de la violencia relacionada con la escuela y la violencia doméstica en los resultados educativos y descubre que la violencia doméstica se asocia con resultados educativos más deficientes para las mujeres, mientras que la violencia sexual relacionada con la escuela se asocia con resultados educativos más deficientes en los varones (Psaki, Mensch, y Soler-Hampejsek 2015).

3.7 Programas que responden a los AMJ en circunstancias graves y específicas

Los adolescentes que crecen en entornos y circunstancias adversas (es decir, matrimonio infantil, trabajo infantil, migración forzosa, conflictos armados y violencia doméstica y comunitaria) deben asumir roles y conductas de adultos en forma prematura. Los investigadores aún están analizando los efectos a largo plazo de tales transiciones aceleradas en el desarrollo de los individuos y su capacidad para llevar a cabo roles de adultos. Por ejemplo, los investigadores han comenzado a explorar los efectos en resultados a largo plazo de vivir en hogares afectados por el SIDA, de la exposición a violencia y del estatus socioeconómico bajo en la adolescencia temprana. Diversos estudios recientes han documentado los efectos nocivos de crecer en condiciones adversas, por ejemplo, la documentación de problemas de la salud mental entre niños huérfanos a causa del SIDA (Han, Ssewamala, y Wang 2013). Otros factores, como los conflictos armados y las guerras, el desplazamiento forzado, el estatus de inmigrante y el maltrato y la negligencia durante la infancia o adolescencia también se identificaron como factores de riesgo para presentar salud mental deficiente (Kieling y cols., 2011). En esta sección, describimos las condiciones sociales que contribuyen a ciertas vulnerabilidades entre grupos marginados de AMJ.

AMJ en entornos de crisis y emergencias humanitarias: Alto riesgo de deserción escolar a temprana edad y matrimonio infantil

En entornos de crisis humanitarias, los adolescentes muy jóvenes afrontan desafíos inusuales, que difieren según el género. Las emergencias pueden adoptar distintas formas, entre ellas, desastres naturales, conflictos humanos y brotes de enfermedades. Aunque la mayoría de los individuos, independientemente de su sexo o edad, están obligados a asumir nuevos roles durante crisis, es más probable que las niñas adolescentes deban asumir nuevos roles de liderazgo dentro de la familia. Con frecuencia, se convierten en líderes de hogar cuando los padres están ausentes o desaparecen, y en cuidadoras primarios de hermanos más pequeños y proveedoras de refugio, agua y alimentos. Las niñas pueden convertirse inadvertidamente en medios de supervivencia para familias en crisis. Las niñas pueden abandonar la escuela, renunciar a comidas, aceptar ocupaciones no seguras, asumir niveles desproporcionados de carga doméstica y casarse a temprana edad para aliviar las responsabilidades de sus familias.

Se informa que los padres y las niñas pueden recurrir al matrimonio a temprana edad como protección contra riesgos reales y percibidos de sus medios de vida porque consideran que no tienen alternativas. Los riesgos de maternidad también se intensifican para las niñas en entornos de conflicto debido a la creciente exposición a sexo forzado y menor disponibilidad de servicios de SSR. Estas circunstancias aíslan a las niñas de amigos, escuela y redes sociales. Un ejemplo extremo es el secuestro de niñas de una escuela de Nigeria a manos del grupo Boko Haram en 2014, que fueron vendidas como esclavas, obligadas a convertirse al Islam, se casaron con sus secuestradores y actúan como terroristas suicidas (CBS News 2015).

Los varones adolescentes jóvenes afrontan peligros como resultado de las crisis, que incluyen explotación sexual y roles forzados de combate. En Afganistán, por ejemplo, los varones son abusados sexualmente y explotados por grupos armados y jefes militares adinerados. En la práctica denomi-

Durante crisis humanitarias, las niñas pueden abandonar la escuela, renunciar a comidas, aceptar ocupaciones no seguras, asumir niveles desproporcionados de carga doméstica y casarse a temprana edad para aliviar las responsabilidades de sus familias.

nada bacha bazzi (juegos de varones) los varones adolescentes jóvenes son obligados a bailar vestidos con ropa de mujer y son violados. Los varones por lo general se ven obligados a hacer esto por las circunstancias económicas y como forma de supervivencia (UNICEF 2014c).

Otra forma de explotación de los AMJ es convertirlos en niños soldados. Se estima que 250.000 niños se desempeñaron involuntariamente como soldados en 2015, los cuales se definen como cualquier menor de 18 años que forma parte de una fuerza armada regular o irregular, o en un grupo de cualquier tipo (War Child 2015). Esta definición incluye no solo a quienes portan armas, sino también a los roles no combatientes. Las niñas soldados pueden reclutarse para obligarlas a tener sexo o casarse, además de servir en roles de combate, y son particularmente vulnerables a violencia sexual. Aunque es difícil constatarlo, se estima que las niñas representan entre el 10% y el 30% de los niños soldados (CSI 2015). La gran mayoría de los niños soldados se reclutan forzosamente a través de secuestros, mientras que otros son forzados bajo presiones sociales, culturales o económicas. En 2015, hubo informes de niños soldados en al menos 14 países de África, Medio Oriente y las regiones de Asia Oriental y el Pacífico (CSI 2015). Se ha descubierto que la experiencia de estar en un entorno de violencia extrema puede generar efectos sobre la salud física y mental que incluyen trastornos por estrés traumático, abuso de sustancias, depresión y suicidio (Schauer y Elbert 2010). La exposición a violencia y traumas de los niños soldados interfiere

re con su desarrollo normal e impide la capacidad de los jóvenes de integrarse como miembros productivos de la sociedad.

Migración voluntaria: común entre adolescentes, pero se desconoce la prevalencia en los AMJ

Los adolescentes muy jóvenes que migran en forma independiente de sus padres y tutores, como emigrantes adultos, por lo general buscan nuevas oportunidades sociales y económicas (Edmonds y Shrestha 2009). Cuando los sistemas legales los reconocen, estos jóvenes se denominan «menores no acompañados». Sin embargo, muchos adolescentes emigrantes no son reconocidos como tales porque se identifican con otros nombres, como trabajadores domésticos, niños de la calle o niños de acogida. Muchos envían remesas a sus familiares, combinan el trabajo con la escolarización y logran ahorrar dinero. Hay poca información para facilitar la comparación de los beneficios con los numerosos costos y riesgos que afrontan los adolescentes emigrantes. Los adolescentes emigrantes independientes pueden verse significativamente afectados por la ausencia de protección y apoyo de sus familias y por los desafíos de sus nuevos entornos tras la migración (Yaqub 2009).

Un estudio de 2013 examinó evidencias sobre los factores sociales y económicos de la migración interna de niñas adolescentes en países en desarrollo, y las vinculaciones entre la migración, los riesgos y las oportunidades (Temin y cols., 2013). El informe se centró en las maneras en las que la migración de zonas rurales a urbanas (cuando existen los recursos y las redes de seguridad necesarias) puede ofrecerle a las niñas adolescentes nuevas oportunidades que no están disponibles en sus aldeas y pueblos natales. Aunque puede ser riesgoso, la investigación descubrió que para la mayoría de las niñas, la migración voluntaria puede generar autonomía, oportunidades y prosperidad. Algunas niñas emigrantes pueden combinar el trabajo y la escuela, y ampliar sus oportunidades; muchas de ellas ganan lo suficiente como para enviar dinero a sus familias. Cuando una niña envía dinero a su hogar,

cambia la forma en que su familia la percibe, puede influir más sobre la toma de decisiones y, en algunos casos, puede retrasar el matrimonio a temprana edad.

No obstante, para cosechar los beneficios de la migración, las niñas necesitan una preparación adecuada antes de migrar, condiciones seguras de viaje y apoyo cuando llegan a sus destinos. Los programas y políticas destinadas a ayudar a los emigrantes han ignorado en gran parte a las adolescentes, en especial, a las muy jóvenes. En pocas ocasiones, cuando las políticas y los programas intentan llegar a niñas emigrantes vulnerables, la escala es pequeña y es más probable que beneficie a las niñas y varones emigrantes más beneficiados. Muchos programas y gobiernos locales ven la migración urbana como algo negativo y no reconocen sus posibles beneficios (Temin y cols., 2013).

Las necesidades de SSR de los adolescentes jóvenes que migran pueden verse comprometidas por las falta de redes sociales en su destino. La mayoría de los académicos concuerdan en que los emigrantes son seleccionados positivamente por su buena salud y en que algunos aspectos del proceso de migración pueden brindar protección. Sin embargo, varios estudios han descubierto que los emigrantes adolescentes, en particular, quienes son pobres en ciudades muy grandes de PIBM, presentan resultados de SSR deficientes (Mmari y Astone 2014). Aún se carece de evidencias distintivas sobre el segmento de AMJ de la población de emigrantes adolescentes.

Tráfico de personas: las niñas menores de 18 años pueden representar casi la mitad de las personas víctimas de tráfico

La migración voluntaria, que idealmente implica planificación, protección y apoyo social, es muy diferente del tráfico de personas, que se caracteriza por la mentira, el engaño, el abuso, el aislamiento social y múltiples violaciones de los derechos humanos. Aunque el tráfico parece estar en aumento, su naturaleza encubierta dificulta el cálculo de estimaciones precisas de incidencia. Los números informados en la literatura no son uniformes y es probable que sean subestimacio-

nes. Un estudio de 2013 estima que aproximadamente 800.000 personas son objeto de tráfico a través de fronteras internacionales anualmente y, de ellas, 80% son mujeres o niñas y 50% son menores (Deshpande y Nour 2013), lo que implica que 40% de todas las personas objeto de tráfico pueden ser niñas menores de 18 años. Los menores no están desagregados por segmentos etarios en el estudio.

Las víctimas del tráfico de personas son obligadas a realizar distintos tipos de trabajos, entre los que la principal categoría es la explotación sexual comercial, seguida del matrimonio infantil (Buckley y Barry 2015; CBS News 2015). Las mujeres y adolescentes jóvenes son un grupo especialmente vulnerable al tráfico sexual internacional y doméstico (Logan, Walker, y Hunt 2009). Se estima que el negocio global del sexo es la forma de comercio de más rápido crecimiento, y tiene un valor de \$32 mil millones de dólares anuales (Deshpande y Nour 2013). La violación de los derechos humanos tiene implicaciones profundas para las víctimas. Una preocupación particular es la fácil disponibilidad de adolescentes muy jóvenes que son muy buscadas por clientes a través de sitios web populares y legítimos de ventas de servicios y redes sociales (McClain y Garrity 2011).

La investigación de los Estados Unidos indica que la pobreza, la pertenencia a un grupo étnico indígena, el aislamiento social, la adicción a drogas, la violencia familiar, los fracasos escolares, los abusos sexuales a menores, la disfunción familiar y la participación en conductas criminales hacen que los adolescentes sean emocional y económicamente más vulnerables al tráfico (Konstantopoulos y cols., 2013; Logan, Walker, y Hunt 2009; Williamson y Prior 2009; Small and Justice Policy Center 2008). Para las adolescentes que son víctimas de tráfico internacional, la promesa de una mejor vida en otro país es por lo general suficiente para convencerlas o para que sus familias las entreguen a los traficantes (Hodge y Lietz 2007). Es probable que a estas adolescentes y sus familias se les prometan oportunidades legítimas, como matrimonio, carreras como modelos o empleos, pero llegan al país

extranjero solo para ser sometidas a esclavitud sexual (McClain y Garrity 2011). Las adolescentes jóvenes son muy susceptibles a los engaños de los traficantes, y se estima que la edad promedio a la que las niñas son sometidas al tráfico sexual es alrededor de los 13 años (Shared Hope International 2009). Las víctimas del tráfico sexual viven en condiciones de salud física y psicológica adversas y sufren desventajas sociales. Las víctimas pueden afrontar barreras legales, en las que los traficantes confiscan o secuestran toda forma de inmigración y documentación de ciudadanía. Las barreras culturales y del lenguaje, el miedo, los conocimientos limitados y la falta de dinero son otras barreras que pueden afrontar las niñas víctimas de tráfico internacional que les impiden escapar de las redes de tráfico sexual (Deshpande y Nour 2013).

Avances: mejorar los programas para los AMJ

4

4.1 Identificar áreas extensas para los programas de AMJ

En esta sección, describimos áreas programáticas amplias que trabajan, o podrían trabajar, con niñas y varones adolescentes jóvenes en una amplia variedad de temas. Cuando sea posible (y cuando existen datos disponibles), evaluamos la evidencia resultante de estos esfuerzos. Como se mencionó anteriormente, hay una enorme diversidad en la población de AMJ (niñas/varones, que asisten/no asisten a la escuela, casados/solteros, de áreas rurales/urbanas, etc.), que tiene implicancias significativas para la programación. Creemos que toda programación significativa debe, en primer lugar, ser clara respecto del segmento de género y edad de la población de AMJ de interés, y debe diseñarse pensando en sus necesidades.

Un principio clave del «diseño inteligente» es conocer las necesidades e intereses del «usuario final», en este caso, la población específica de AMJ. Otro principio clave es trabajar en múltiples niveles de entornos de AMJ. Para concebir y diseñar programas holísticos, puede resultar útil aplicar un marco ecológico que reconozca las relaciones dinámicas entre el individuo (niña o varón AMJ), la familia, la comunidad y las instituciones sociales más amplias (Figura 6) (Blum y cols., 2012). El marco ecológico examina los múltiples efectos y la interrelación de los factores sociales en los individuos, y amplía los factores de nivel inmediato, entre ellos, las influencias parentales, escolares, de normas de género y violencia de la Sección 3. Implementar políticas y programas holísticos por género que reconocen y responden a necesidades únicas de esta fase de la vida ofrece la oportunidad de facilitar transiciones saludables hacia la adultez (Blum, Astone, y Decker 2013).

Desde una perspectiva programática, los posibles puntos de contacto para los niños pequeños incluyen la vacunación y otros programas de salud, así como esfuerzos de inscripción en la escuela, mientras que los adolescentes más grandes pueden ser objetivo de programas de educación de pares u otras actividades. Los AMJ suelen pasar desapercibidos porque son demasiado grandes para la mayoría de las intervencio-

nes de salud infantil. Las niñas, en especial, son demasiado jóvenes para participar en programas de salud materna y empoderamiento de mujeres. En la mayoría de los países, existen políticas que obligan a los niños a permanecer en la escuela a esta edad, y vemos una proporción mayor de AMJ en la escuela que hace 10 años (Chong, Hallman, y Brady 2006) y en comparación con los adolescentes de más edad. Al mismo tiempo, hay muchos AMJ que no están en la escuela y que, por lo tanto, tienen un riesgo mayor de presentar resultados adversos. Para lograr una programación eficaz y receptiva, es esencial contar con una comprensión más matizada de la variedad y el tipo de circunstancias que enfrentan este grupo de adolescentes vulnerables.

Llevar a escala un programa es un tema que se debate frecuentemente, pero hay relativamente pocos estudios rigurosos en el ámbito de la programación para adolescentes (Brady 2011b). Aunque la necesidad de escalar intervenciones eficaces es apremiante, los desafíos de hacerlo son considerables. Sabemos, por ejemplo, que pasar de prueba piloto a escala requiere prestar atención a la transmisión de contenidos, estructura y costos del programa. Sabemos que mantener la fidelidad a la intervención original es también un desafío. Excepto que se planifiquen cuidadosamente desde el inicio, los proyectos piloto de demostración por lo general son intensivos y costosos, y reducen la posibilidad de adopción a gran escala. Con frecuencia, no se cuenta con la capacidad institucional y de gestión para llevar un programa a escala, y los fondos para hacerlo pocas veces se incluyen en los presupuestos del país.

Aun cuando existe evidencia de investigación cada vez mayor en torno al escalamiento de las intervenciones de salud (Simmons, Fajans, y Ghiron 2007; ExpandNet n.d.; Kohl 2011), se conocen o se documentan menos los programas de escalamiento para los adolescentes, en general, y para las niñas y las intervenciones en AMJ más específicamente. Dado que este es un campo relativamente nuevo en una etapa temprana de experimentación, la base de evidencias sobre qué estrategias son más eficaces aún está emergiendo. Además, dado que la mayoría de los progra-

FIGURA 6 Marco ecológico durante el curso de vida

Son relativamente pocos los programas a gran escala para AMJ que están bien documentados, y son menos aun los que se han evaluado rigurosamente.

mas para niñas adolescentes son multisectoriales, identificar las instituciones adecuadas para adoptar la innovación es un paso en la transición crítica hacia el escalamiento. Para avanzar, se requiere llevar a cabo investigación para guiar el proceso de escalamiento y medir el impacto de tales esfuerzos.

Son relativamente pocos los programas de gran escala para AMJ que están bien documentados, y son menos aun los que se han evaluado rigurosamente. Además, en la mayoría de los programas, no se presta atención explícita a las necesidades distintivas y los riesgos para los adolescentes jóvenes. Dicho esto, existen varias áreas temáticas amplias que justifican su consideración y mayor experimentación. Destacamos algunas en esta sección. En lugar de centrarnos en programas individuales específicos, intentamos crear un panorama amplio de las áreas de intervención. Para obtener información más detallada sobre programas y recursos relacionados con los AMJ, visite: www.k4health.org/search/site/VYA%20alliance.

4.2 Programas que cuentan con evidencias sustantivas

Educación sexual integral

A pesar de la poca información sobre la actividad sexual y los resultados de salud reproductiva para los adolescentes jóvenes (como se muestra en la Sección 2.3), es evidente que los adolescentes muy jóvenes, tanto varones como niñas, activos sexualmente o no, podrían beneficiarse con programas de educación sexual integral adecuados a la edad (ESI). Tanto los defensores y las personas

que trabajan en abogacía como los investigadores de la ESI están a favor de la ESI (UNESCO 2009; UNFPA 2010). Al adoptar un enfoque de empoderamiento, la ESI ayuda a los jóvenes a verse a sí mismos y a otros como miembros iguales en las relaciones, y como individuos capaces de participar en la sociedad. Una revisión de los programas de educación sexual en 2015 reveló que muy pocos abordaban cuestiones de género y poder en sus planes; los que sí lo hacían, sin embargo, tenían mejores resultados de SSR (Haberland 2015). Sobre la base de esta revisión y análisis, se justifica dar más énfasis, y destinar más recursos, a la educación sexual que toma en cuenta temas de género y derechos.

Programación destinada a cambiar roles y normas de género

La adolescencia temprana es un momento oportuno para intervenir en la programación progresiva y equitativa para hombres y mujeres antes de que se arraiguen normas de género nocivas. La investigación sugiere que es posible desafiar los roles dominantes de masculinidad y feminidad modelando alternativas (Barker y cols., 2007; Peacock y Barker 2014). Los programas transformadores de género, es decir, los que promueven valores equitativos para mujeres y varones, y desafían las normas prevalecientes de equidad de género y roles para niñas y varones, pueden establecer las bases para mejorar una variedad de resultados, entre ellos, SSR y ausencia de violencia (Lundgren y cols., 2013).

Varios programas han experimentado con este enfoque. Por ejemplo, «Keep it REAL» en Uganda, el proyecto Gender Roles, Equality, and Transformations (GREAT, Roles de género, equidad y transformaciones) en Uganda, y el programa ISHRAQ en la zona alta de Egipto, trabajan para transformar las normas de género a través de varias estrategias (Selim y cols., 2013; IRH y USAID 2010). En Nepal, el programa CHOICES trabaja para ayudar a los adolescentes jóvenes a descubrir perspectivas alternativas de los roles de género tradicionales (Lundgren y cols., 2013). La programación sincronizada de acuerdo al género (que trabaja tanto con hombres como con

mujeres en forma simultánea o en secuencia) está emergiendo como estrategia una importante para las normas de género cambiantes (IRH y USAID 2010). Aunque es prometedora, se necesita más experimentación y evaluación de la programación sincronizada de género.

Educación sobre la pubertad

Antes o durante la pubertad, es un punto de intervención lógico y notable. La pubertad es una etapa que no se contempla en la programación y, en consecuencia, existe poca información sobre este período. Es fundamental comprender las implicancias fisiológicas, emocionales y sociales de la pubertad para mitigar los riesgos de salud nutricional, sexual y reproductiva entre los adolescentes (Sommer 2011). El período de la adolescencia temprana puede ofrecer oportunidades importantes para las intervenciones de salud, comenzando con la educación sobre la pubertad, la higiene, la conciencia sobre el cuerpo, etc. Recientemente, varios proyectos, entre ellos, el programa «Grow UP Smart», en Ruanda, se han centrado en este tema (IRH 2015a). Se han desarrollado varios recursos educativos, como «My Changing Body» (Mi cuerpo cambiante), que se centra específicamente en la pubertad y se utiliza en entornos diversos (IRH 2015b).

La etapa de la pubertad también ofrece un punto potencial de intervención, ya que puede coincidir con la participación en el sistema de salud (p. ej. requisitos de las escuelas de exámenes de salud física o vacunación). Algunas investigaciones han examinado la viabilidad y la eficacia de las intervenciones específicas de salud en este momento. Por ejemplo, la iniciativa denominada Global Alliance for Vaccines Initiative llevó a cabo una revisión sistemática de las intervenciones de salud en los adolescentes que podrían llevarse a cabo junto con la administración de la vacuna del virus del papiloma humano (VPH) en AMJ, incluidos los suplementos de hierro, la educación sobre la higiene menstrual y sobre SSR, entre otras (Hindin, Bloem, y Ferguson 2015). Aunque existen sinergias, se necesita llevar a cabo más experimentación.

Es fundamental comprender las implicancias fisiológicas, emocionales y sociales de la pubertad para mitigar los riesgos de salud nutricional, sexual y reproductiva entre los adolescentes.

Educación en habilidades para la vida

Muchos consideran que la capacitación en habilidades de vida (CHV) es un mecanismo importante para equipar a los jóvenes con habilidades y recursos para navegar los riesgos y desafíos de la adolescencia y permitir la participación productiva en la sociedad (UNICEF 2012b). La CHV se ha usado para enseñar una amplia variedad de habilidades sociales y conductuales cuyo objetivo es permitirles a los jóvenes abordar eficazmente las demandas de la vida diaria. Entre los resultados previstos de la CHV, se incluyen una amplia variedad de habilidades y conocimientos, como pensamiento crítico y creativo, toma de decisiones, comunicación eficaz y habilidades para desarrollar relaciones saludables y autoconceptos positivos. Estas habilidades se consideran universalmente aplicables, pero ciertas habilidades psicológicas se han identificado como especialmente relevantes para luchar contra riesgos específicos, como el VIH y la violencia, entre otros.

Aunque los programas de habilidades para la vida específicos para distintas edades y género son prometedores, se necesita una evaluación más rigurosa. Hasta el momento, no ha habido ninguna revisión sistemática del impacto de la CHV en resultados específicos para los AMJ, ya sean niñas o niños. Dadas las diferentes definiciones de CHV, la variedad de modelos de implementación y la diversidad de áreas temáticas (p. ej. VIH/SIDA, salud, medioambiente, etc.), medir los resultados es un desafío

Los programas de ahorros bien diseñados pueden otorgar poder a las jóvenes para tomar buenas decisiones en áreas críticas de sus vidas, como el cuidado de la salud y la educación.

particular. Determinar las habilidades específicas de vida que son relevantes para las niñas y los varones, en qué etapas y en qué entorno particular, y el mejor modelo de programa para la prestación permitirá una medición más sólida de los resultados.

Educación sobre finanzas y ahorros

Los adolescentes son actores económicos actuales y futuros cuyas decisiones y acciones darán forma al desarrollo de sus sociedades. Es esencial promover la educación financiera entre los jóvenes a fin de garantizar que formen parte de una población con conocimientos en materia de finanzas, sean capaces de tomar decisiones informadas. Tener las habilidades para administrar recursos financieros a una edad temprana puede reducir la vulnerabilidad social y, por lo tanto, reducir el riesgo de pobreza (UNICEF 2012a). Existen beneficios si se introduce la educación financiera a una edad temprana, cuando las personas jóvenes aún están en el proceso de formular conductas personales y financieras (Mandell 2009). La adolescencia temprana es un momento para construir habilidades críticas de gestión del dinero y desarrollar hábitos de ahorro. Estas habilidades ayudarán a los adolescentes a cumplir objetivos de corto plazo y necesidades financieras diarias, mitigar los efectos de las emergencias domésticas y planificar para un futuro más saludable y estable (Austrian y Muthengi 2013).

La educación financiera puede brindarles a los adolescentes jóvenes una mejor comprensión de los asuntos financieros, ya que les aporta principios de planificación, gestión del dinero,

elaboración de presupuestos, ahorros y gastos, inversiones y crédito. Además, la educación financiera expone a los jóvenes a varios tipos de sistemas financieros y les enseña a interactuar en forma eficaz con diferentes canales de prestación de servicios, como la banca en línea y a través de celulares (UNICEF 2012a). Combinada con la oportunidad de participar en esquemas de ahorro (ya sea individuales o grupales), este tipo de información puede ser una herramienta muy poderosa para los jóvenes. En un experimento realizado en Sudáfrica, se descubrió que la educación financiera aumentaba el capital social de las niñas (no de los varones), y que tener un objetivo financiero se asociaba con una mayor posibilidad de que las niñas tengan acceso a pruebas de VIH (Hallman, Govender, y Roca 2007 y 2015).

Una revisión sistemática reciente de estudios de investigación sobre educación financiera reveló la existencia de una amplia variedad de programas y contenido que se transmiten de diversas maneras y en distintos entornos. Los resultados de esta revisión sugieren que la educación financiera es eficaz para mejorar el conocimiento, las actitudes y las conductas, y genera ganancias tangibles en la capacidad financiera de los niños y jóvenes (O'Prey y Shepard 2014). Aunque el grado de calidad metodológica varía en los distintos estudios, algunos de los más rigurosos son también los más recientes, lo que sugiere que la base de evidencias está mejorando con el tiempo. El estudio realizado en cuatro PIBM por YouthSave en 2015 arrojó resultados prometedores para los AMJ y destacó la importancia de disminuir los límites de la edad legal para abrir una cuenta de ahorro, proveer cotitulares adultos alternativos para las cuentas cuando los padres están ausentes o han fallecido, aumentar el acceso de las niñas a documentos de identidad y reducir las limitaciones espaciales de estas brindando servicios de banca en los lugares donde ya se reúnen (Johnson y cols., 2015).

La importancia de la educación financiera para adolescentes está teniendo un creciente reconocimiento por parte de los gobiernos nacionales, las organizaciones multilaterales y no gubernamentales (ONG's) y los proveedores

de servicios. Sin embargo, no existen mejores prácticas universalmente aceptadas para integrar la educación financiera, social y doméstica para los adolescentes jóvenes. En los últimos años, la atención se ha centrado en la experimentación con la educación financiera y los programas de ahorros para adolescentes, en especial para las niñas. Esta es una importante área de intervención, ya que a medida que las niñas adolescentes crecen y asumen más responsabilidades domésticas y personales, también aumenta la necesidad de tener acceso a dinero. Los programas de ahorros bien diseñados pueden otorgar poder a las jóvenes para tomar buenas decisiones en áreas críticas de sus vidas, como el cuidado de la salud y la educación. Estamos a favor de aumentar la atención a los programas y la investigación en esta área.

Esfuerzos para reducir el matrimonio infantil

Durante la última década, los programas de prevención del matrimonio infantil se han ampliado en cantidad. La mayor cantidad de programas evaluados se llevan a cabo en el sur de Asia, en especial, en Bangladesh y la India, así como en Etiopía. Los programas de un espectro más amplio de países de África y Medio Oriente también están añadiendo a la base de evidencias de lo que funciona (Malhotra y cols., 2011). En numerosos entornos, se han llevado a cabo, o se están llevando a cabo, investigaciones con el objetivo de determinar las estrategias más eficaces para reducir el matrimonio infantil. Por ejemplo, en Bangladesh y Etiopía, el Population Council y sus socios están implementando programas con componentes múltiples destinados a retrasar el matrimonio (Erulkar y Muthengi 2009; Amin y cols., 2014).

Aunque no existe un único enfoque que haya demostrado ser eficaz al momento de combatir el matrimonio infantil en todos los entornos, un conjunto de estrategias centradas en otorgar poder a las niñas, la movilización de la comunidad, la mejora de las escuelas, los incentivos económicos (incluidas las transferencias de efectivo) y los cambios en políticas han demostrado eficacia en la reducción del matrimonio infantil en varios entornos (Malhotra y cols., 2011; Erulkar y Muthengi 2009; Amin y cols., 2014). Un estudio de 2011 del International Center for Research on Women

Un conjunto de estrategias centradas en otorgar poder a las niñas, la movilización de la comunidad, la mejora de las escuelas, los incentivos económicos (incluidas las transferencias de efectivo) y los cambios en políticas han demostrado eficacia en la reducción del matrimonio infantil en varios entornos.

identificó 150 iniciativas para prevenir el matrimonio infantil que ofrecen habilidades y educación para niñas y alientan a las familias y comunidades a cambiar las normas de género que perpetúan el matrimonio a temprana edad. Los programas que trabajan directamente para otorgar poder a las niñas y sus familias parecen ser más eficaces que los esfuerzos para cambiar las leyes o políticas de manera aislada (Malhotra y cols., 2011).

El papel de los tutores en la vida de los AMJ: la promesa de intervenciones en las habilidades de los padres

Las estadísticas presentadas en la Sección 3.3 demuestran que la mayoría de los AMJ residen con uno o ambos padres. Los padres y tutores, por lo tanto, representan un poderoso recurso que no se utiliza en forma suficiente para mejorar los resultados de vida de los adolescentes en los PIBM. La investigación demuestra que contar con habilidades de padres más sólidas entre los cuidadores de los AMJ puede reducir los impactos negativos en el desarrollo adolescente de residir en un entorno de bajos recursos (Mejia, Calam, y Sanders 2014). Aunque existen amplias variaciones entre PIBM y dentro de estos, muchos se caracterizan por altos niveles de pobreza, desigualdad de ingresos y desorganización social, y los sistemas sociales y de salud implementados para abordar estos desafíos por lo general cuentan con recursos insuficientes (Knerr, Gardner, y Cluver 2013). Estas condiciones aumentan los

riesgos de violencia interpersonal e intrafamiliar (IOM 2008) (analizado en la Sección 3.5). La pobreza en sí misma puede exacerbar los riesgos de dificultades emocionales y de conducta en los niños y las familias (Slopen y cols., 2010). Tales circunstancias marcan la necesidad de intervenciones eficaces entre los padres in PIBM (OMS 2001; OMS 2009).

El potencial de los programas de habilidades de los padres en PIBM es magnífico. Las intervenciones presentan la oportunidad de aumentar las prácticas positivas de crianza de hijos, mejorar las relaciones entre padres e hijos, y reducir las conductas abusivas de los padres. A su vez, las mejoras en esta área han demostrado efectos saludables en la arquitectura cerebral de los niños, en el funcionamiento psicológico y social, en la salud mental, en las conductas que ponen en

riesgo la salud y en la expectativa de vida (Larkin, Beckos, y Shields 2012). A pesar de que la evidencia de tales intervenciones es eficaz en múltiples estratos socioeconómicos y grupos étnicos de países de ingresos altos (Kumpfer y cols., 2008), hay pocos estudios de las intervenciones en padres en los PIBM.

Aun cuando el llamado a la acción por parte de organismos internacionales de ampliar la investigación global en estos enfoques (UNODC 2009; ISPCAN 2007; WHO 2009; Knerr, Gardner, y Cluver 2013) ha iniciado la conversación, los estudios en PIBM siguen siendo escasos y, en las intervenciones en padres en PIBM (Eshel y cols., 2006; Butchart 2006; Kumpfer y cols., 2008), existen pocas evaluaciones rigurosas. Un análisis de 26 artículos de revisión de alta calidad sobre las estrategias de prevención del maltrato infantil (Mi-

EDUCACIÓN

LAS OBSERVACIONES CLAVE DE LA BIBLIOGRAFÍA DE PIBM INCLUYEN:

- El porcentaje de AMJ en PIBM que completan la escuela primaria creció notablemente entre 2000 y 2015.
- Las tasas de finalización de la escuela primaria siguen siendo muy bajas en África Occidental y Central y en ciertos países de Medio Oriente y el Norte de África (MENA).
- Los padres y alumnos subestiman los ingresos que pueden provenir de años adicionales de educación y, por lo tanto, no invierten lo suficiente en la escolarización.
- Las transferencias de efectivo condicionadas (TEC) y no condicionadas (TENC) incrementan la asistencia a la escuela primaria de los AMJ. Las TEC son más eficaces que las TENC para ambos sexos, pero especialmente para las niñas.
- Las intervenciones de salud que se implementan en la escuela aumentan la participación en la escuela primaria.

CRIANZA DE LOS HIJOS

LAS OBSERVACIONES CLAVE DE LA BIBLIOGRAFÍA DE PIBM INCLUYEN:

- Pocos estudios se centran en el grupo etario de los AMJ.
- La mayoría de los estudios informan resultados para padres o adolescentes, y pocos informan sobre ambos.
 - De los estudios que informan sobre prácticas de crianza de hijos, la mayoría evalúa solo la comunicación entre padres e hijos.
 - Faltan mediciones de otras conductas de los padres, que incluyen la participación o los métodos disciplinarios.
 - Una minoría evalúa el conocimiento o las actitudes de los padres.
 - Solo un estudio informó sobre resultados conductuales de los hijos.
- Con respecto a los métodos de reporte, no existen estudios con observaciones directas de interacciones entre padres e hijos (lo que se considera el estándar de oro en la investigación sobre crianza de los hijos).

hton y Butchart 2009) descubrió un total de 298 estudios bien estructurados, de los cuales solo 2 no eran de países de ingresos altos. Una revisión de las intervenciones con padres para promover la salud sexual de sus hijos (Wight y Fullerton 2013) reveló la existencia de evaluaciones sólidas de 44 programas, de los cuales solo 4 eran de PIBM. Una revisión con un enfoque exclusivo en PIBM examinó programas positivos de educación para padres para prevenir la violencia (Knerr, Gardner, y Cluver 2013) e identificó tan solo 12 evaluaciones con diseños de ensayos clínicos aleatorizados (RCT por sus siglas en inglés, randomized controlled trial). Mejía y sus colegas revisaron evaluaciones publicadas desde 1990 de programas para padres y cuidadores de PIBM que tenían hijos de hasta 12 años, y reveló 44 estudios cualitativos y cuantitativos (Mejía, Calam, y Sanders 2012).

Entre las intervenciones en las habilidades de crianza de los padres en PIBM encontradas en los diversos estudios de revisión y a través de una búsqueda de la literatura por parte de los autores, se encontraron seis programas que habían sido evaluados e incluían participantes de entre 10 y 14 años, que se ofrecían en forma no selectiva a poblaciones potencialmente en riesgo y eran de naturaleza preventiva (en comparación con las intervenciones de tratamiento ofrecidas a niños individuales en quienes se habían identificado problemas específicos). El cuadro titulado «Observaciones clave de la bibliografía sobre crianza de hijos en PIBM» resume nuestros hallazgos de esos seis estudios (Baptiste y cols., 2009; Peña y cols., 2008; Phetla y cols., 2008; Villarruel y cols., 2008; Kagiticbasi, Sunar, y Bekman 2001; Van Wyk, Eloff, y Heyns 1983; Wight y Fullerton 2013).

A pesar de la promesa que implica para las poblaciones de PIBM, existe una clara falta de estudios de alta calidad sobre intervenciones en las habilidades de crianza de los padres en general y en particular con adolescentes muy jóvenes. Se necesitan estudios de programas sobre habilidades de crianza de los padres de AMJ que tengan muestras de un tamaño suficiente, un diseño riguroso (experimental o cuasiexperimental), evaluación de los resultados conductuales de

La investigación realizada en entornos de bajos recursos ha demostrado que contar con habilidades más sólidas de crianza entre los padres puede reducir los impactos adversos en el desarrollo de los adolescentes.

padres e hijos, y mediciones no solo mediante conductas autoinformadas sino también mediante observaciones directas de interacciones entre padres e hijos.

Atraer y mantener a los AMJ en la escuela

Aunque el porcentaje de niños en PIBM que completan la escuela primaria aumentó notablemente entre 2000 y 2015 (ONU 2015), los adolescentes muy jóvenes continúan afrontando desafíos educativos. Estos desafíos perduran a pesar del hecho de que la educación es un derecho humano básico y de la presencia de leyes que determinan la asistencia obligatoria a la escuela en muchos países. Como se menciona en la Sección 3.2, la transición de la escuela primaria a la secundaria sigue siendo un desafío particular en los PIBM y, en parte, se relaciona con la escasa demanda de educación para los niños por parte de los padres (en especial, para las niñas). La nutrición deficiente y las infecciones parasitarias comunes pueden interferir con el aprendizaje y los logros.

El entorno escolar tiene el potencial de perjudicar la asistencia a clases y el desempeño. Como se describió anteriormente, la seguridad escolar se percibe como una barrera educativa, especialmente para las niñas, aunque los datos para confirmar esta hipótesis son limitados. La asistencia de los docentes y los métodos pedagógicos en los PIBM también son motivo de preocupación, aunque sus mecanismos no se comprenden adecuadamente. Para algunos de estos desafíos, se han llevado a cabo experimentos en relación con soluciones de políticas. Por ejemplo, las intervenciones que incluyan información precisa sobre las ganancias de la escolarización han hecho que los

La transición de la escuela primaria a la secundaria sigue siendo un desafío particular en los PIBM y, en parte, se relaciona con la escasa demanda de educación para los niños por parte de los padres (en especial, para las niñas).

padres revisen sus creencias respecto del valor de la educación (Nguyen 2008; Jensen 2010). También hay datos que demuestran que los modelos locales de roles femeninos pueden aumentar los logros educativos de las niñas (Banerjee y cols., 2013; Beaman y cols., 2012).

Una revisión reciente de estudios sobre incentivos financieros para la educación (Baird y cols., 2014) concluyó que la asistencia y finalización de la escuela primaria dependen de los costos, y que los hogares más pobres tienen los mayores aumentos de escolarización después de las reducciones de costos. Tanto las transferencias de efectivo condicionales (CCT) como las incondicionales (UCT) mejoran la posibilidad de que los AMJ se inscriban y asistan a la escuela; para las CCT los efectos son mayores. Entre los programas de transferencia de efectivo que incluyen condiciones, los que cuentan con reglas explícitas, monitoreo del cumplimiento y penalidades por no cumplimiento tienen los mayores impactos.

Los impactos de las CCT y las UCT parecen ser similares para los varones, pero las CCT parecen ser más eficaces para la asistencia de las niñas. Esto quizás sucede porque es más probable que los padres envíen a los varones a la escuela, y la condicionalidad sirve como mecanismo que obliga la asistencia de las niñas. No encontramos investigación sobre experimentos de transferencia de efectivo que respalden la transición de la escuela primaria a la secundaria; recomendamos que se realicen, en especial, para las niñas.

Hay poca evidencia de que los incentivos de efectivo mejoren el aprendizaje de los alumnos, en parte, porque las transferencias de efectivo suelen atraer al sistema educativo a los estudiantes me-

nos preparados. Tampoco hay pruebas empíricas de que las recompensas financieras que dependen del desempeño del estudiante mejoren los logros académicos. No se encontró investigación sobre el impacto de aumentar los créditos (préstamos) monetarios a los hogares para educación en los PIBM.

Algunos problemas de salud de los AMJ se han abordado en el entorno escolar. A nivel de la escuela primaria, los estudios han demostrado que la desparasitación, la fortificación con hierro y la suplementación de yodo en las escuelas aumentan la participación en estas (Kremer y Holla 2009). No obstante, no hay evidencia de experimentos similares a nivel de la escuela secundaria en PIBM.

Los estudios cualitativos resaltan la importancia del saneamiento en la inscripción de las niñas (Birdthistle y cols., 2011). Ciertas investigaciones que usan datos del nivel de escolarización anual en la India comparan escuelas que recibieron letrinas durante una iniciativa nacional de construcción de letrinas en escuelas con escuelas similares que no recibieron tales elementos (Adukia 2013). La construcción de letrinas aumentó la inscripción de todo tipo de estudiantes. A edades jóvenes, las niñas y varones se beneficiaron sustancialmente con las letrinas, independientemente de si eran para ambos sexos o diferenciadas. Sin embargo, a edades superiores, solo las letrinas diferenciadas para mujeres y varones aumentaron la inscripción de niñas, y estos efectos persistieron al menos durante tres años después de poner a disposición las letrinas.

Se están realizando pruebas piloto de las iniciativas para aumentar la seguridad escolar. Las intervenciones que abarcan a «toda la escuela» diseñadas para combatir la violencia escolar son respaldadas por organizaciones bilaterales grandes en cooperación con agencias de la ONU (Fulu, Kerr-Wilson, y Lang 2014). El recurso denominado «Good School Toolkit» (Conjunto de herramientas de una buena escuela) desarrollado por Raising Voices para reducir la violencia física del personal de escuelas hacia los niños de la escuela primaria en Uganda es la primera intervención de tipo ensayo controlado aleatorizado entre adolescentes jóvenes (Devries y cols., 2015). La intervención

incluyó capacitación en técnicas específicas de cambio conductual para personal, estudiantes y empleados administrativos, entre ellas: establecer objetivos para toda la escuela, desarrollar planes de acción con fechas específicas para la entrega de documentos, alentar la empatía facilitando la reflexión sobre experiencias de violencia, brindar conocimientos novedosos sobre disciplinas alternativas no violentas, y sobre oportunidades para practicar nuevas habilidades conductuales. Los resultados también demostraron que la intervención mejoraba los sentimientos de seguridad en la escuela de los estudiantes, lo que puso de manifiesto el potencial de mejorar el entorno escolar para los AMJ.

A nivel de escuela primaria, el pago de incentivos para la asistencia de los docentes mejoró los logros de los estudiantes. Los incentivos vinculados a las notas/calificaciones que los estudiantes obtienen en los exámenes han demostrado resultados mixtos. Se necesitan estudios para determinar si estos incentivos podrían mejorar el desempeño de los estudiantes cuando comienzan la escuela secundaria. Aunque los planes de estudio y la pedagogía son objeto de creciente interés, no se sabe qué enfoques son más eficaces. La facilitación de TIC tiene potencial, pero solo un estudio examinó el potencial de las TIC en el aprendizaje de los estudiantes. Esto fue a nivel de la escuela primaria, y no evidenció mejoras en el aprendizaje de los alumnos (Barrera-Orsorio y Linden 2009). Claramente, se necesita más investigación sobre el posible impacto de las TIC en el aprendizaje.

4.3 Programas que parecen prometedores, pero se necesita más evidencia

Prácticamente no existen servicios de salud que aborden las necesidades específicas de salud de los AMJ en los PIBM. Cuando se considera la posible constelación de servicios sociales y de salud que los adolescentes jóvenes podrían necesitar, el Population Council y sus socios desarrollaron una lista de verificación ilustrativa denominada «Wellnes Check» (Verificación del Bienestar) (ver Tabla 5) que describe los elementos clave socia-

les y de salud relevantes para este grupo etario. Algunos de estos elementos se han probado en Ruanda y en otros países, pero aún se debe explorar un enfoque integral de esta verificación.

Se necesita llevar a cabo experimentación con algunos o con todos estos componentes, adaptados específicamente a niñas y varones, y la inversión en dichos experimentos valdrían la inversión. Estos esfuerzos alentarían las verificaciones sistemáticas de salud y la recopilación de datos de monitoreo en salud, y comenzarían a crear una «cultura de la salud». Este es un momento potencialmente crítico en el cual se pueden establecer conductas de promoción de la salud y se puede crear una demanda para servicios de salud (Temin y Levine 2009).

Promoción de la salud mental

Para garantizar una mejor transición saludable de los AMJ a la edad adulta, la investigación ha caracterizado los riesgos y factores de protección asociados con los trastornos mentales entre adolescentes, en un esfuerzo por aportar información a las intervenciones (ver Tabla 6) (Patel y cols., 2007; Sawyer y cols., 2012). La evidencia proveniente de revisiones sistemáticas ha demostrado el potencial de las intervenciones de salud mental en la niñez y la adolescencia.

Una revisión de 2013 de intervenciones de promoción de la salud mental para jóvenes de 6 a 18 años en PIBM encontró evidencia moderada a alta de intervenciones en la escuela y en la comunidad sobre resultados emocionales y de conducta (Barry y cols., 2013). De las 22 intervenciones revisadas, los programas incluían un enfoque en habilidades para la vida, capacitación en actividades de recreación y resiliencia, estrategias cognitivo-conductuales, desarrollo de habilidades familiares e intervenciones psicosociales en niños afectados por conflictos armados. Los hallazgos de la revisión destacan el potencial de los programas con componentes múltiples, que asocian la facilitación de capacitación social y emocional en las escuelas con los padres y el resto de la comunidad. En algunos casos, se observaron efectos diferenciales según el género, lo que significó la necesidad de contar con

TABLA 5 Los componentes de la lista de verificación ilustrativa para AMJ debería adaptarse a niñas y varones

SALUD

- Examen físico
- Revisión de vacunaciones y actualización
- Verificación de nutrición/crecimiento
- Información y servicios de salud sexual y reproductiva
- Vacuna del VPH*
- Información de prevención del VIH y SIDA
- Detección y ayuda para la violencia
- Detección y ayuda para la salud mental
- Detección y prevención de lesiones
- Registro de actividad física/juegos/deportes

SOCIALIZACION

- Asesoramiento/Consejería
- Desarrollo de habilidades para la vida
- Evaluación y apoyo educativo
- Detección y mejora de apoyo social y de pares
- Detección de consumo de drogas/alcohol/hábito de fumar y ayuda para la prevención de adicciones
- Bienestar familiar y apoyo social
- Ciudadanía y desarrollo de habilidades de participación social, sin incluir la adquisición de documentos de identidad

Fuente: Catino 2012.

*NOTA: La Organización Mundial de la Salud recomienda que las niñas de 9 a 13 años reciban la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). Aunque, idealmente, tanto varones como niñas deberían vacunarse, dadas las limitaciones de costo de la vacuna y los desafíos de vacunar a los varones, la prioridad son las niñas y el aumento de la cobertura para ellas.

TABLA 6 Factores de riesgo y protección asociados con resultados de salud mental en adolescentes

	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Factores biológicos	Exposición a toxinas durante el embarazo Antecedentes genéticos Desnutrición Depresión perinatal y posparto Otras enfermedades	Programas de apoyo prenatal Buena salud física y nutricional Apoyo posparto para la madre
Factores fisiológicos	Problemas de desarrollo y conducta Maltrato físico y emocional Negligencia	Incremento en la autoestima Habilidades sociales Habilidades para solución de problemas
Factores sociales		
<i>Factores familiares</i>	Conflictos familiares Cuidados inadecuados	Apego a la familia Participación positiva en la familia
<i>Factores escolares</i>	Desventajas educativas Entorno de aprendizaje inadecuado Intimidación, acoso, victimización	Oportunidades educativas Logros educativos gratificantes Identificación con la escuela
<i>Comunidad</i>	Transiciones (p. ej. urbanización, conflicto, desplazamiento, guerra) Discriminación/marginalización Exposición a violencia	Conexión con la comunidad Modelos de roles positivos Recompensas por participación en la comunidad

Fuente: Adaptado de Patel y cols., 2007.

más investigación específica por género. Aunque no se probó explícitamente en adolescentes, la evidencia también sugiere el potencial de cambio de tareas para la prestación de servicios de salud mental, incluidas las intervenciones psicológicas para la depresión perinatal, por parte de personal calificado en PIBM (Patel y cols., 2011; Chowdhary y cols., 2014).

Aun cuando los resultados de estos estudios son prometedores, a nivel global solo se han evaluado el 10% de las intervenciones en salud mental en PIBM, y un número menor ha incluido adolescentes.

Para aportar información culturalmente apropiada y específica para jóvenes para los servicios de salud mental, se necesita investigación sobre las necesidades de salud mental específicas de los AMJ y su magnitud en entornos locales. También es necesario fortalecer los sistemas de información relacionados con las enfermedades mentales. Una revisión de los estados miembro de la OMS, por ejemplo, descubrió que pocos países, y aún menos países en desarrollo, tenían un sistema de monitoreo de información sobre servicios de salud que incluyera una medición de la salud mental (8 en 20 países de ingresos altos comparado con 1 en 16 países de ingresos bajos) (OMS, WPA y IACAPAP 2005). La medición también se complica por la actual clasificación de las enfermedades mentales. Los estándares actuales, por lo general, se basan en criterios estándar del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales (DSM-V) y en grupos de síntomas que pueden observarse en una fracción limitada de la población (Jacob y Patel 2014). Como resultado, es probable que no se contemplen los casos de muchos adolescentes que están en riesgo de presentar problemas mentales, pero que aún no presentan síntomas clínicos.

En muchos PIBM, solo una pequeña proporción de adolescentes con problemas de salud mental reciben tratamiento y apoyo adecuado (Morris y cols., 2011). Las barreras comunes identificadas en una revisión de la OMS de 2012 de programas de salud mental para adolescentes descubrió que la falta de políticas nacionales y de gobierno en relación con la salud mental obstaculizaba el desarrollo de

servicios, la rendición de cuentas y la asignación de recursos (OMS 2012a). Los programas de salud mental existentes identificados en la revisión, por lo general, no llegaban a los adolescentes, no estaban adaptados a los jóvenes, tenían costos de bolsillo elevados o se planificaban con base en una misión organizativa o de una ONG, y no de acuerdo a las necesidades de la población local.

Promover las necesidades de salud mental de los adolescentes muy jóvenes es un desafío global, sin embargo tiene el potencial de generar un impacto significativo en salud pública. La creciente evidencia demuestra que las intervenciones tempranas pueden ofrecer beneficios en salud de largo plazo a medida que los jóvenes atraviesan la transición a la edad adulta. Los eventos como el establecimiento del Movement for Global Health (Movimiento para la Salud Global), un foro en línea de investigación y activismo, y el programa de la OMS denominado Mental Health Gap Action Program (mhGAP, Programa de Acción para la Brecha en Salud Mental) que ofrece recomendaciones basadas en evidencias para escalar los servicios en PIBM, demuestran un creciente reconocimiento de la relevancia de la salud mental en el desarrollo global (Patel, Boyce, y cols., 2011).

Beneficios de la buena nutrición, la actividad física y los deportes

Los deportes y la actividad física han demostrado tener beneficios positivos en la salud social y mental durante toda la vida. Por ejemplo, los beneficios del deporte para la salud física y mental han sido bien documentados: la participación regular en deportes promueve la aptitud física, ayuda a reducir las enfermedades crónicas y mejora la salud mental, ya que reduce los síntomas de estrés y depresión (CCPE 2015). Un creciente conjunto de investigaciones respalda la importante conclusión de que un estilo de vida físicamente activo disminuye el riesgo de enfermedades cardíacas, de ciertos tipos de cáncer, obesidad y osteoporosis (Staurowsky y cols., 2015; OMS 2015; CCPE 2015). En 2004, la Organización Mundial de la Salud implementó una «Estrategia Global de Dieta, Actividad Física y Salud» para catalizar la acción a fin de mejorar las dietas nacionales y aumentar la actividad física. Más recientemente,

La participación regular en deportes promueve la aptitud física, ayuda a reducir las enfermedades crónicas y mejora la salud mental, ya que reduce los síntomas de estrés y depresión.

la OMS adoptó un Plan de Acción Global sobre Enfermedades No Contagiosas (ENC) 2013-20 que incluye indicadores clave relacionados con la dieta y la actividad física (Puska 2004). Si se consideran en forma conjunta, estos esfuerzos están diseñados para reducir las tasas de enfermedad y muerte relacionadas con las dietas no saludables y la inactividad física.

La buena nutrición y la actividad física adecuada son conductas modificables que pueden originar la creciente incidencia de ENC que se observa en los PIA y en los PIBM (ver Sección 2.2). El aumento global del peso corporal no saludable entre los jóvenes es una preocupación importante, ya que es probable que los niños y adolescentes jóvenes obesos se conviertan en adultos obesos y tengan una imagen deficiente de sí mismo que puede interferir con el desarrollo positivo. Una revisión de las intervenciones en obesidad en las escuelas de PIBM ha destacado el potencial de intervenciones centradas en las conductas alimenticias o la actividad física en niños y adolescentes. Los hallazgos sugieren que las intervenciones orientadas a la actividad alimenticia y física que involucran modelos de roles de padres para promover conductas saludables e integran actividades educativas en el plan de estudio escolar pueden mejorar los resultados de salud física entre adolescentes, aunque pocos de los estudios revisados presentaron resultados antropométricos (Verschaeten y cols., 2012; Hingle y cols., 2010). Las intervenciones escolares que incluyen programas de suplementos nutricionales, como la fortificación con hierro, además de la capacitación sobre la diversidad de alimentos, pueden ser particularmente eficaces para mejorar los resultados nutricionales, como reducir la prevalencia de la

anemia, que es un preocupación importante para las adolescentes embarazadas (ver Sección 2.3) (Black y cols., 2013).

Los deportes y el juego también se asocian con un desarrollo infantil saludable y autoeficacia, y parecen tener efectos terapéuticos post-traumáticos. Los deportes se han utilizado cada vez más como plataformas de facilitación de mensajes y campañas de salud; solo algunos se han evaluado rigurosamente (Clark y cols., 2006). A pesar de las claras evidencias de que los deportes y la actividad física promueven la buena salud, las normas culturales y sociales han obstaculizado la participación de mujeres y niñas en los deportes. Sin embargo, el reciente surgimiento de nuevas oportunidades deportivas para las niñas representa un distanciamiento de los guiones tradicionales de feminidad (Brady 2011a).

La participación en deportes ayuda a transformar la forma en que las niñas se ven a sí mismas y en que sus familias y comunidades las perciben, lo cual puede contribuir a cambios en las normas de género. La participación y visibilidad de las niñas en el ámbito público desafían los mitos culturales de conductas de género aceptables. La participación en deportes acerca a las niñas a una red de instituciones, programas, mentores y modelos de roles a los cuales, de otra manera, no tendrían acceso. Estas conexiones son extremadamente valiosas y, por lo general, las niñas carecen de ellas. Este capital social ha demostrado tener diversos beneficios para las niñas, inclusive, como factor de protección contra el sexo no consensual (Hallman 2011).

La última etapa de la niñez y la adolescencia temprana (10 a 12 años) es una etapa en la que las niñas por lo general disfrutan de las libertades que se ofrecen a los varones en términos de movilidad y actividad física antes de que se establezcan muchas de las restricciones de género. Las normas sociales que determinan la movilidad de niñas y varones, las actividades recreativas y el acceso a espacios públicos comienzan a tornarse evidentes durante la pubertad; las preocupaciones de las niñas se profundizan y, por lo tanto, su movilidad por lo general se reduce. La investigación sugiere que la participación temprana en actividades de-

portivas y físicas es importante, en especial, para las niñas; si no participan desde la adolescencia temprana, es menos probable que lo hagan más adelante en su vida. El período de la adolescencia temprana constituye un momento oportuno para que los AMJ participen en deportes y actividades físicas, lo cual ofrece beneficios inmediatos y de largo plazo.

Los AMJ y las tecnologías de comunicación e información (TIC)

Las TIC ofrecen el potencial de educar y otorgar poder a los adolescentes jóvenes, en particular, porque los AMJ «adoptan tempranamente» las nuevas tecnologías (Raftree y Bachan 2013). Por ejemplo, un análisis de los países que cuentan con datos demuestra que los jóvenes menores de 25 años son más propensos a usar Internet respecto de quienes tienen 25 o más (UNICEF 2012c).

Un conjunto creciente, pero limitado, de investigaciones ha intentado examinar sistemáticamente la eficacia de las intervenciones usando TIC para mejorar los resultados en los adolescentes. La mayoría de las investigaciones se han realizado en países de altos ingresos (Guse y cols., 2012; Lau y cols., 2011). Los resultados de las revisiones sistemáticas que se han centrado en intervenciones basadas en las TIC entre adolescentes, hasta el momento, se han mezclado y varían según los resultados. Por ejemplo, un estudio en Brasil y Kenia seleccionó escuelas aleatoriamente para inscribir estudiantes en intervenciones de salud sexual en línea o simplemente para brindar acceso a productos electrónicos sin Internet (Halpern y cols., 2008). Cuando se realizó un seguimiento, se descubrieron diferencias significativas en conocimiento y actitudes entre grupos de intervención y comparación; sin embargo, el grado de cambio era pequeño y la dirección del efecto no siempre era la anticipada.

Además, algunos programas basados en TIC orientados a niñas adolescentes han tenido resistencia de los padres y la comunidad respecto a preocupaciones relacionadas con normas sociales sobre conductas apropiadas para niñas, a pesar de que demostraron ser eficaces. Por ejemplo, en un esfuerzo por mejorar la alfabetización entre las niñas adolescentes de Pakistán,

estas recibieron un teléfono celular y una conexión prepagada, y comenzaron a recibir mensajes de texto de docentes sobre temas relacionados con la salud, la nutrición y la religión. Después de los esfuerzos realizados para educar a las familias sobre la naturaleza de los mensajes de texto y sus beneficios para la alfabetización, mejoró la aceptación del programa, lo que demostró que las intervenciones basadas en las TIC tienen el potencial de afectar el cambio social en múltiples niveles (GSM Association 2013b). Otras intervenciones en TIC orientadas a la población general, como la iniciativa denominada «Half the Sky Movement Media and Technology Engagement Initiative» (Iniciativa de Participación en los Medios y la Tecnología del Movimiento Half the Sky), también demuestran el potencial de promover la igualdad de género a través de películas, herramientas educativas en línea y juegos de aprendizaje móviles (Dasgupta y cols., 2012).

Aunque los resultados de las intervenciones en TIC son prometedores, se necesita más investigación con estudios que incluyan diseños rigurosos para crear una base sólida de evidencias sobre la eficacia de las TIC en general y, en especial, con respecto a su uso por parte de los AMJ. Además, se necesitan estrategias basadas en evidencias para guiar y ayudar a los adolescentes a usar las TIC adecuadamente. Al preparar a los adolescentes para convertirse en usuarios informados de las TIC, los AMJ pueden evitar mejor los riesgos, como el contenido no adecuado en Internet, la conducta predatoria en línea y el intercambio no intencional de información privada (Raftree y Bachan 2013). Para garantizar la implementación completa, se necesitan estrategias paralelas para abordar las barreras como las normas de género y los costos, de manera que los adolescentes menos privilegiados tengan la posibilidad de beneficiarse.

Programas que responden a los AMJ en circunstancias críticas y especializadas

Entornos de crisis y emergencias humanitarias

Existen una serie de actividades comunes que los AMJ confrontan durante las crisis (CAG 2012). Incluso cuando los adolescentes jóvenes asumen

responsabilidades de los mayores para garantizar la supervivencia de los miembros de su familia, los adultos y los trabajadores humanitarios (aid workers) no reconocen la importancia de sus acciones para apoyar el bienestar social y de salud de las familias durante una crisis. Como sucede habitualmente con la mano de obra no remunerada, el cuidado y las actividades productivas que los AMJ realizan los remueven de la mirada pública, por lo cual se vuelven invisibles ante los encargados de brindar respuestas a una crisis. Debido a esta falta de visibilidad, los programas de respuesta humanitaria, como están actualmente diseñados, por lo general no toman en cuenta a las niñas y varones adolescentes como poblaciones diferenciadas.

Los esfuerzos de respuesta a emergencias con frecuencia no abordan las necesidades de las AMJ de igual manera que las de los varones AMJ. Algunas actividades de ayuda inadvertidamente olvidan a las niñas, por ejemplo, suponiendo que su capacidad de moverse por la comunidad o el campamento es la misma que la de los varones o mujeres adultas (CAG 2012). La investigación ha demostrado que incluso en entornos que no se encuentran en crisis, las preocupaciones de seguridad restringen notoriamente el acceso espacial de las niñas a la comunidad respecto de los varones (Hallman y cols., 2014). Los espacios seguros específicos para niñas y varones en contextos de crisis humanitarias, se están explorando como una herramienta programática (Browne 2013).

El fortalecimiento económico (educación financiera, capacitación vocacional y microcréditos) se está examinando como mecanismo para reducir el riesgo de violencia de género para los adolescentes jóvenes en entornos humanitarios (Caton y cols., 2014). Un reciente estudio de tres países conducido por la Women's Refugee Commission y Johns Hopkins University concluyó que es fundamental hacer participar a padres, pares, amigos, docentes y proveedores de salud en el conocimiento y la concientización respecto de las necesidades y riesgos de los entornos de crisis humanitarias para los AMJ (WRC y cols., 2014).

La evaluación de políticas y programas de ayuda ante emergencias, hasta el momento, se ha centrado poco en las necesidades de las niñas y los varones adolescentes jóvenes como poblaciones específicas. Sin embargo, esto está cambiando. El estudio WRC-JHU (WRC y cols., 2014) analizó intencionalmente a los AMJ de Etiopía, Líbano y Tailandia respecto del conocimiento, los riesgos y las necesidades de salud sexual y reproductiva. Un consorcio de agencias de ayuda y desarrollo ha formado un grupo de tareas llamado «Adolescent Girls in Emergencies Working Group» (Grupo de Trabajo sobre Niñas Adolescentes en Situaciones de Emergencia) para establecer prioridades programáticas y de investigación para las niñas que se encuentran en entornos de emergencia. Este grupo postula que hay, en realidad, pocas herramientas programáticas o de investigación relevantes para las necesidades de los AMJ en emergencias. Los socios del consorcio han identificado recientemente cinco fases en el ciclo de respuestas a una emergencia, en las cuales las necesidades difieren según el género y la edad. De la poca investigación existente sobre los AMJ en emergencias, la mayor parte se centra en la posterior estabilización y períodos de recuperación. Las intervenciones programáticas para las niñas y varones adolescentes jóvenes también deben formularse para las fases tempranas del ciclo.

Quienes financian y actúan en el ámbito de la ayuda humanitaria deben evaluar los desafíos específicos que las niñas y los varones adolescentes afrontan en entornos de emergencia y deben desarrollar recomendaciones concretas específicas según el género. Brindarles a los AMJ servicios accesibles, espacios seguros y ayuda podría no solo reducir los riesgos, sino conducir a una respuesta general más sólida, en especial, dados los roles de liderazgo invisibles que los adolescentes jóvenes asumen en representación de sus familias. Identificar y diseñar características de programas que reduzcan estas cargas no reconocidas podría disminuir la posibilidad de experimentar déficits de salud, educación y psicosociales que son importantes e irreversibles.

NUEVA ESTRATEGIA DESARROLLADA POR NIÑAS ADOLESCENTES EN EL GRUPO DE TRABAJO PARA EMERGENCIAS

La estrategia «I'm Here Approach» (Estrategia Aquí Estoy) para la investigación-acción se centra en niñas en entornos de emergencia. Se incluyen herramientas para acompañar cada acción (Robles 2014).

Dentro del entorno de una crisis, los programas deberían hacer lo siguiente:

- Identificar la comunidad específica afectada por la crisis en la que las niñas adolescentes desplazadas se concentran y trazar un mapa de los puntos de servicio clave en los que los actores humanitarios aportan información y servicios de emergencia.
- Hacer visible el universo de las niñas adolescentes: clasificarlas en categorías básicas de vulnerabilidad y capacidad, p. ej., edad, estado civil, educación, acompañamiento y maternidad.
- Mantener reuniones grupales con las niñas adolescentes que tengan vulnerabilidades o capacidades similares para conocer sus necesidades más urgentes, miedos y preocupaciones respecto de la protección, así como registrar información vital, habilidades y recursos que se necesitan para superar las consecuencias negativas del desplazamiento y mitigar sus riesgos de experimentar violencia.
- Elaborar planes específicos que respondan al universo de las niñas en el área afectada por la crisis, p. ej., establecer espacios físicos seguros en los que las niñas puedan aprender y recibir información y servicios básicos, y, lo antes posible, beneficiarse con el apoyo específico destinado a crear activos.
- Concentrar la ayuda en distintos sectores humanitarios y con actores locales en torno a la necesidad de respuestas a emergencias, estrategias, indicadores y derechos que tomen en cuenta a los adolescentes.
- Utilizar la capacidad de las niñas adolescentes para ayudar en una actividad de ayuda humanitaria y las acciones de recuperación que se requieren.

Emigrantes voluntarios: lineamientos disponibles sobre emigrantes internos que no incluyen casos transfronterizos

Los adolescentes jóvenes se ven afectados por la migración en todas las regiones del mundo, pero la comprensión de sus efectos es muy limitada. Se necesita recopilar mayor información, monitoreo e investigación para comprender mejor de qué manera la migración afecta a las sociedades, las familias y los adolescentes en sus países de origen y en los nuevos asentamientos; para aportar información para políticas de mitigación de los impactos adversos; y para permitirles a las

familias y a los niños tomar decisiones informadas sobre el tránsito. El estudio denominado «Girls on the Move» (Niñas en Movimiento) (Temin y cols., 2013) ofrece a los formuladores de políticas, planificadores de programas y financiadores evidencia sobre las circunstancias de las niñas emigrantes internas en el mundo en desarrollo, y ofrece ocho recomendaciones para minimizar los aspectos negativos de la migración y maximizar sus beneficios para las niñas adolescentes en el mundo en desarrollo.

Los AMJ que migran internacionalmente afrontan desafíos adicionales. Muchos cruzan fronteras sin

NIÑAS EN MOVIMIENTO: AGENDA DE ACCIONES PARA MEJORAR LA VIDA DE LAS ADOLESCENTES EMIGRANTES

1. **Preparar y equipar a las niñas antes de que emigren** : garantizar la educación, las habilidades para la vida, el conocimiento de sus derechos, documentos de identidad.
2. **Lograr que los servicios educativos y de salud sean «aptos para niñas emigrantes»** : garantizar que los proveedores de servicios tengan en cuenta la edad, el sexo y el estado migratorio.
3. **Garantizar una llegada sin dificultades para las niñas emigrantes** : reducir el aislamiento a través de espacios o sitios seguros en donde hospedarse y vínculos con personas de confianza.
4. **Construir una red de seguridad** : crear tiempo y espacio para que las niñas emigrantes conozcan a pares, mentores y redes de apoyo.
5. **Poner a prueba maneras innovadoras de preparar a las niñas emigrantes para el éxito** : investigar maneras de desarrollar los activos de las niñas antes de que las cosas se compliquen.
6. **Centrarse en las más aisladas y vulnerables** : diseñar estrategias para niñas solamente a fin de llegar a trabajadoras domésticas, niñas obligadas a casarse y explotadas sexualmente.
7. **Cubrir carencias críticas de evidencia** : aclarar tasas de migración internas agrupadas por edad y por sexo usando datos cuantitativos nuevos y existentes. Desarrollar estudios cualitativos y longitudinales para comprender mejor las experiencias de las niñas emigrantes y evaluar y mejorar los programas.
8. **Aumentar la visibilidad de las niñas emigrantes a través de políticas y activismo** : maximizar los beneficios de la migración de las niñas adolescentes aumentando su visibilidad en la participación en políticas y esfuerzos de activismo.

permiso legal y se convierten en no ciudadanos. La mayoría de los marcos legales existentes no abordan directamente esta consecuencia. Las leyes nacionales de protección de niños no contemplan cuestiones de ciudadanía para extranjeros, incluido el riesgo de deportación y la falta de derecho a beneficios sociales que afrontan los niños no ciudadanos. Además, las leyes de migración, que establecen los parámetros de estado legal para categorías reconocidas de emigrantes, no estipulan disposiciones para las necesidades y circunstancias de la mayoría de los niños y adolescentes que viajan en forma independiente de sus familias (Bhabha 2008).

La legislación regional y doméstica que regula la inmigración ha incluido disposiciones que promueven la unidad familiar y el derecho de los menores a unirse a sus parientes adultos. Sin embargo, se necesita un mayor compromiso en torno a los menores que emigran a otros países. Existen pocas leyes internacionales o regionales que aborden sistemática e íntegramente las necesidades de los menores. En consecuencia, se sostiene que la legislación existente no es uniforme y está incompleta con respecto a los niños emigrantes internacionales, entre ellos, los adolescentes muy jóvenes (Bhabha 2008).

Tráfico de adolescentes: los proveedores de salud pueden ser aliados clave para identificar y ayudar a las víctimas

Equipar a los proveedores de salud con conocimientos y habilidades es otra área prometedora de intervención. Los estudios sugieren que hasta la mitad de las víctimas de tráfico sexual en los Estados Unidos (la mayoría extranjeras) buscan atención médica durante su situación de tráfico, pero sigue siendo poco clara la manera en la que el sistema de salud responde a las necesidades de las víctimas del tráfico sexual. Los servicios de salud para las víctimas son irregulares y su coordinación es deficiente, en especial, en el ámbito de la salud mental (Konstantopoulos y cols., 2013; Baldwin y cols., 2011; Family Violence Prevention Fund and World Childhood Foundation 2005). Varios factores funcionan como barreras para una mejor respuesta de salud, incluida la escasa

concientización respecto del tráfico sexual y el favoritismo actitudinal entre el personal de salud. Una respuesta más integral y coordinada del sistema de salud al tráfico sexual podría aminorar los efectos devastadores que este tiene en las mujeres y en las niñas vulnerables.

No existen herramientas de detección clínicamente validadas para adolescentes jóvenes, para adolescentes mayores o para adultos que estén específicamente diseñadas para identificar víctimas en el entorno de un ámbito de atención en salud. Dado que las víctimas pocas veces se autoidentifican, es probable que la mayoría no sean reconocidas (Greenbaum 2014). Por lo tanto, se pierde la oportunidad para evaluar e intervenir.

Los profesionales de la salud pueden trabajar para mejorar la detección, la identificación y la ayuda a víctimas de tráfico sexual en un entorno clínico, y ayudar a estas mujeres y niñas a acceder a servicios legales y sociales. El personal de salud representa uno de los pocos grupos de profesionales que pueden tener contacto con víctimas de tráfico sexual. Pueden trabajar para mejorar la detección, la identificación y la ayuda a víctimas de tráfico sexual en un entorno clínico, y ayudar a estas mujeres y niñas a acceder a servicios legales y sociales.

Investigación con AMJ: recopilar información para programas y políticas

5

5.1 Estudios que incluyen datos disponibles sobre AMJ

La investigación sobre adolescentes jóvenes está emergiendo, pero aún requiere más innovación, pruebas y aplicación. Sin dicha investigación metodológica, habrá escasez de información sobre los riesgos, las necesidades y las capacidades de este grupo etario. En esta sección, destacamos los datos que existen y analizamos los desafíos éticos y metodológicos que afrontamos cuando recopilamos información sobre AMJ. Comenzamos destacando los principales programas de encuestas que incluyen información de AMJ. Luego, brindamos una descripción general de consideraciones éticas y destacamos los documentos de lineamientos disponibles para quienes consideran incluir a los AMJ en su investigación. Finalmente, presentamos una descripción de los métodos y herramientas que podrían usarse con AMJ en un estudio de investigación.

Parte de la información sobre AMJ puede encontrarse en las bases de datos existentes sobre salud y desarrollo de niños, o puede anidarse como el extremo más joven del rango de edad en encuestas con adolescentes jóvenes en general. Es importante destacar que los datos sobre las vidas de los adolescentes jóvenes son limitados y no aparecen en ninguno de los lugares recopilados; debe recabarse de una variedad de fuentes. No obstante, existen varios programas de encuestas que incluyen AMJ en sus grupos de interés y estudio.

Estudios de encuestas que tienen un enfoque primario en el grupo de los AMJ

En el Cuadro 1 se presentan ejemplos de los principales programas de encuestas que recopilan información sobre adolescentes jóvenes. Los programas de encuestas, como «UNICEF/CDC Violence Against Children Surveys» (VACS, Encuestas de Violencia contra los Niños de UNICEF/CDC), que miden las experiencias de documentar violencia (ver Cuadro 2) han sido exitosos en gran parte debido a la participación de los tomadores de decisión y de los comités de ética de cada país que participó. En los Estados Unidos, también se han realizado estudios en los que se han entrevistado niños de 10 años sobre experiencias de

violencia sexual (Finkelhor y cols., 2005). Además, la herramienta denominada «ISPCAN Child Abuse Screening Tool» (ICAST, Herramienta de Detección de Abuso Infantil de SIPAAI) se ha usado en múltiples países para recopilar datos sobre el alcance y la naturaleza del maltrato infantil entre niños de 12 y 17 años (Zolotor y cols., 2009). Dichas herramientas requieren adaptación local y pruebas preliminares en grupos pequeños de participantes que respondan y cuenten con características similares a la población en estudio.

Programas de encuestas con participantes que no son AMJ pero incluyen información sobre este grupo

Muchas iniciativas grandes de encuestas son fuentes sólidas de información sobre los AMJ que fueron informadas por un respondedor adulto en el hogar. Muchas de ellas incluyen información sobre salud, antropometría, educación y trabajo, entre otros temas. Estas encuestas incluyen, entre otras, las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), las «HIV/AIDS/STD Behavioral Surveillance Surveys» (Encuestas de Vigilancia Conductual VIH/SIDA/ITS), las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (EIMC) y las Encuestas de Medición de Estándares de Vida del Banco Mundial (LSMS).

5.2 Consideraciones éticas en la investigación primaria con AMJ

Aun cuando los datos de las encuestas descritas anteriormente brindan información limitada sobre el grupo etario de interés, no incluyen todos los temas o las regiones. Se puede justificar la recopilación de datos primarios con AMJ. La mayoría de los investigadores son cautelosos cuando consideran la inclusión de los AMJ en sus proyectos. La falta de comprensión, la ética y la seguridad, la aprobación del Comité Institucional de Revisión, así como las posibles altas tasas de falta de respuesta son preocupaciones (Chong, Hallman, y Brady 2006). El miedo, el estigma, la vergüenza y el favoritismo de la conveniencia social pueden generar respuestas de AMJ no válidas para las preguntas sobre conductas sensibles como actividad sexual o

CUADRO 1 Principales programas de encuestas con información de encuestados mayores de 14 años e incluyen información sobre AMJ

Encuestas Demográficas y de Salud (EDS). El Programa de EDS recopila datos representativos a nivel nacional sobre salud, población, VIH/SIDA y nutrición en más de 90 PIBM. Los conjuntos de datos disponibles sobre EDS incluyen datos de encuestas a hogares, que incluyen indicadores sobre residentes de todas las edades. Además de las encuestas en hogares, las encuestas individuales se llevan a cabo con mujeres de 15 a 49 años y hombres de 15 a 49 años, 15 a 54 años o 15 a 59 años. Los datos presentados sobre adolescentes y jóvenes provienen de encuestas en hogares (grupos de 10 a 14 años) y encuestas individuales (grupos de más de 15 años). Los datos se ponderan para que sean representativos a nivel nacional, urbano/rural y regional. Para obtener más información, visite www.dhsprogram.com/data/.

Conductas de Salud en Niños en Edad Escolar (CSNE). Las CSNE recopilan datos sobre jóvenes de 11, 13 y 15 años que asisten a la escuela usando cuestionarios autocompletados administrados en el aula/salón de clases. La membresía se restringe actualmente a países de la región de Europa; 36 países participaron en el ciclo de recopilación de datos 2001-02. El conjunto central de preguntas examina los factores de fondo, los recursos individuales y sociales, las conductas y los resultados de salud. Para obtener más información, visite www.hbsc.org.

Encuestas de Vigilancia de Conductas (EVC) sobre VIH/SIDA/ITS. UNAIDS, la OMS, Family Health International y otras agencias han trabajado para desarrollar un marco para la vigilancia del VIH que sea adecuado para la etapa de la epidemia en que se encuentra un país. Los datos de las EVC dan seguimiento a las tendencias en cuanto al conocimiento del VIH/SIDA, las actitudes y las conductas de riesgo en subpoblaciones en riesgo especial de infecciones por VIH, como trabajadoras sexuales, usuarios de drogas inyectables, hombres emigrantes y jóvenes, y se han implementado en 15 países de África y Asia. Aunque las poblaciones de jóvenes entrevistados por lo general no incluyen a los menores de 15 años, las preguntas retrospectivas de las EVC aportan datos importantes sobre la conducta en la adolescencia temprana. Para obtener más información, consulte www.fhi.org.

Encuesta de Medición de Estándares de Vida (EMEV). La EMEV es un programa de encuestas en hogares del Banco Mundial que recopila información sobre temas relacionados con la pobreza, la educación, la migración, los ingresos, la agricultura, la salud y la fertilidad. Además de la información sobre el estado de los hogares, los encuestados adultos (de 15 o más años) brindan información sobre resultados de educación y salud para niños y adolescentes jóvenes. Las encuestas se han implementado en 36 PIBM desde 1985. Para obtener más información, visite <http://go.worldbank.org/IPLXWMCNJ0>.

Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (EIMC). EIMC es un programa de encuestas a hogares desarrollado por UNICEF para ayudar a los países a cubrir las carencias de monitoreo de la situación de niños y mujeres. El sitio web de la EIMC ofrece acceso a conjuntos de datos de EIMC, encuestas, herramientas y recursos, incluidas casi 250 encuestas en más de 100 países. EIMC incluye tres cuestionarios: un cuestionario a hogares, un cuestionario para mujeres de 15 a 49 años y un cuestionario sobre niños menores de 5 años. Aunque la EIMC no encuesta adolescentes muy jóvenes directamente, como la EDS, arroja importantes datos retrospectivos y es una fuente importante de información sobre adolescentes que no asisten a la escuela. Visite el sitio web de EIMC en www.childinfo.org.

Instituto de Estadísticas de la UNESCO (IEU). El IEU recopila datos comparables a nivel nacional y transversales sobre educación, alfabetismo, ciencia, tecnología, cultura y comunicaciones para más de 200 países y territorios, ya sea anualmente o cada dos años. Los datos recopilados están disponibles para niños de edad escolar primaria y mayores, que asisten o no a la escuela, y adultos. Los cuestionarios y conjuntos de datos del IEU se distribuyen a través del Centro de datos del IEU, del Informe de Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU y del Informe de Monitoreo de Educación para Todos. Para obtener más información, consulte www.uis.unesco.org/UISQuestionnaires/.

CUADRO 2 Principales programas de encuestas que tienen un enfoque primario en el grupo de los AMJ

La Encuesta de Salud Global en Escuelas (ESGE). La ESGE, una colaboración entre la OMS y los CCPE, es un proyecto de vigilancia diseñado para ayudar a los países a medir y evaluar los factores de riesgos conductuales y los factores de protección en 10 áreas clave entre jóvenes de 13 a 15 años. Las 10 áreas son las siguientes: alcohol y consumo de otras drogas; conductas alimenticias; higiene; salud mental; actividad física; factores de protección; demografía del entorno; conductas sexuales; consumo de tabaco; y violencia y lesiones no intencionales. Veintidós países de todas las regiones han implementado la ESGE o están por hacerlo. Para obtener más información, hojas informativas sobre países y cuestionarios, visite www.who.int/school_youth_health/assessment/gshs/en/.

Encuesta de Violencia Contra los Niños (EVCN). UNICEF, en colaboración con los CCPE y socios gubernamentales, lleva a cabo encuestas nacionales basadas en la población en varios países del este y sur de África y el Caribe para generar evidencias sobre la violencia sexual y de otro tipo contra los niños. La investigación en VAC ahora se está expandiendo a países del este de Asia y la región del Pacífico. La investigación en VAC documenta la prevalencia de violencia física, emocional y sexual contra los niños, así como los factores de riesgo y protección asociados con la violencia y su consecuencia para la salud. Las encuestas nacionales representativas de mujeres y varones de 13 a 24 se recopilan usando un diseño de encuesta en hogares por conglomerado de tres etapas para garantizar que los datos sean representativos a nivel nacional y subregional. Para obtener más información, visite www.cdc.gov/violenceprevention/vacs/publications.html.

Vidas jóvenes: un estudio internacional sobre la pobreza infantil. Vidas jóvenes es un estudio longitudinal de 15 años de duración diseñado para mejorar la comprensión de las causas y consecuencias de la pobreza infantil. Incluye a 12.000 niños de cuatro países: Etiopía, India, Perú y Vietnam. A través de una encuesta en hogares, se siguen dos cohortes en cada país: niños nacidos en 2001-02 y 1994-95. También se realizan entrevistas a profundidad y estudios de caso para complementar los datos recopilados sobre las circunstancias materiales y sociales en las que residen los niños, agregando información sobre las perspectivas y las aspiraciones de los jóvenes. Para obtener más información, visite www.younglives.org.uk/what-we-do/access-our-data/access-our-data

experiencias de violencia. Con frecuencia, se han utilizado informes retrospectivos por parte de un grupo etario mayor (p. ej. Adolescentes de 15 a 19 años) sobre conductas y experiencias de la etapa de AMJ, pero la subjetividad del recuerdo es una fuente de sesgo. El problema con esta estrategia es que no se puede averiguar qué les sucede a los AMJ en ese momento. El Cuadro 3 presenta preguntas de reflexión cuando se decide si incluir o no a los AMJ como respondedores directos del estudio.

¿Qué recursos éticos se encuentran disponibles?

En los casos en los que la recopilación de datos con AMJ parece justificada, se necesitan cumplir pasos rigurosos para minimizar el posible daño a los participantes del estudio. Existen documentos guía disponibles basados en investigación sobre

protección infantil, violencia sexual y estudios de población. Entre ellos, se incluyen:

- *Ethical Research Involving Children (ERIC)*, una guía de estrategias éticas para incluir a los niños en estudios internacionales (Graham y cols., 2013).
- *Child Protection Monitoring and Evaluation Reference Group*, sobre cómo reducir la incomodidad durante la investigación, la angustia y el trauma de los niños sobrevivientes de la violencia (CPMERG 2012)
- *Ethical Approaches to Gathering Information from Children and Adolescents in International Settings* (Schenk y Williamson 2005).
- *WHO Ethical and Safety Guidance Notes for Research with Adolescents* (OMS 2011).
- *Documentación del Comité de Revisión de Ética (CRE)* sobre salud reproductiva en PIBM (Marie Stopes International, documentos del CRE).

Los estudios con AMJ requieren la revisión por Juntas de Investigación Independientes tanto en el país donde se llevará a cabo el estudio como en las instituciones sede de los socios de investigación. También se recomienda que los grupos nacionales de protección de niños y las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en materia de protección de niños participen en la revisión de herramientas de estudio y brinden asesoría sobre las preguntas específicas que pueden causar incomodidad y requieren modificación o un manejo sumamente cuidadoso con AMJ.

Proteger a los encuestados AMJ durante el proceso de investigación

Para minimizar el riesgo de incomodidad para los encuestados, las actitudes del personal de investigación ante problemas (sexo entre AMJ, maltrato infantil, violencia sexual infantil, etc.) deberían detectarse como parte de su capacitación y de la decisión final sobre qué individuos contratar para proyectos que tratan estos temas sensibles. La capacitación debería incluir ejercicios para ayudar a los investigadores a examinar sus propias actitudes y creencias sobre estos temas. Los investigadores necesitan recibir capacitación para escuchar cuidadosamente la información que reciben de los encuestados con una actitud no valorativa. Deberían conocer los efectos que tendrán las preguntas en los informantes y cómo responder mejor en función de las reacciones de los encuestados. La capacitación de los entrevistadores debería incluir sesiones de práctica sobre cómo identificar y responder adecuadamente a signos de incomodidad, y cómo suspender o finalizar la entrevista si el impacto de las preguntas se torna negativo. Se recomienda utilizar un enfoque centrado en el AMJ que permita que el proceso continúe a su ritmo y bajo su control (Mudaly y Goddard 2009). Las leyes locales sobre las condiciones y los procesos para informar sobre la existencia de maltrato infantil también deben estar codificadas por el equipo de investigación y se deben respetar durante el proceso de investigación.

Cuando se exploren temas sensibles con AMJ, puede resultar útil hablar sobre lo ocurrido con el encuestado al final de la actividad de recopilación de datos (Black y Ponirakis, 2000; Carroll-Lind y cols., 2006). Los investigadores deberían recibir capacitación para detectar signos que indiquen

CUADRO 3 ¿Debería la investigación incluir a AMJ?

Al decidir sobre el problema principal que un estudio explorará, los investigadores deberán determinar si es necesario realizar preguntas a AMJ. *¿Requiere la pregunta la participación directa o indirecta de AMJ? ¿Cada pregunta es apropiada? ¿Los participantes van a ser re-victimizados?* Particularmente cuando la investigación indaga sobre experiencias de explotación o de violencia, ¿podrían los encuestados sufrir un trauma adicional al responder a las preguntas o podría haber un castigo para el niño por parte de adultos cuyas acciones se informaron?

- **Al definir la muestra**, los investigadores deberían determinar si los AMJ pueden resultar perjudicados por ser parte de la muestra o por ser excluidos de esta.
- **Al recopilar los datos**, los investigadores deberían determinar si existen riesgos potenciales físicos, psicológicos, sociales o emocionales para los sujetos o quienes se relacionan con ellos. ¿Cuáles son los mejores métodos de investigación que pueden usarse? ¿Quién es la mejor persona para abordar el AMJ? ¿Se puede garantizar la confidencialidad de las respuestas?
- **Al explicar cómo se usarán los datos**, los investigadores deberían ser claros y transparentes con los encuestados y sus tutores. ¿Aumentarán los resultados el estigma asociado con los encuestados? ¿De qué manera y dónde se guardarán los resultados?
- **Al compartir los datos y los resultados de la investigación**, los investigadores deberían determinar cómo se usarán los resultados. Los investigadores deberían tener un plan claro para compartir los resultados con los participantes antes de que se compartan en forma más masiva. ¿Será útil la investigación para los AMJ que participan? ¿Cómo se garantizará la confidencialidad y el anonimato de los participantes?

una necesidad de intervención clínica, reconocer ante el encuestado que se han cubierto algunas cuestiones delicadas y brindar información sobre la obtención de ayuda profesional (Black y Ponirakis 2000). El encuestado debería recibir información sobre cómo obtener ayuda confidencial localmente (Carroll-Lind y cols., 2006).

Finalmente, mientras que pueden usarse términos como «violencia» y «explotación» en las propuestas de investigación, se debe tener precaución extrema durante el trabajo de campo de manera que no se etiquete la vida o experiencias de los encuestados de manera tal que cree o refuerce estigmas. Se debería realizar un esfuerzo para garantizar que la investigación no se presente a miembros de la comunidad, o sea mencionada por estos, como un «estudio de violencia» u otros términos poco favorables.

5.3 Métodos y herramientas de investigación

Los lineamientos para llevar a cabo investigación con menores no solo se relacionan con proteger a los niños sino también con su habilidad de una participación real y comprender las preguntas que se plantean. El objetivo de la investigación con el grupo etario de AMJ es normalmente revelar sus experiencias y perspectivas de una manera que sea segura y constructiva para ellos. Idealmente, las herramientas deberían centrarse en alentar la participación activa y permitir que se oigan sus voces.

La investigación con AMJ se clasifica en dos grandes grupos: (1) cuál es la prevalencia de una característica o resultado particular, y (2) cuáles son los procesos o explicaciones que subyacen la manera y el motivo por el que ocurren los distintos fenómenos. La primera pregunta requiere muestras representativas y una herramienta de diagnóstico rápida, por lo general, una encuesta estructurada. La segunda implica una exploración profunda con una cantidad pequeña de tipos de grupos o individuos seleccionados sistemáticamente usando herramientas que son menos estructuradas.

Herramientas cuantitativas estructuradas para establecer la prevalencia

Mapeo del sitio donde residen los AMJ a través de un censo comunitario: encuestado adulto responsable que reside en el hogar o tutor legal

Un censo se usa para establecer dónde y cuántas personas por edad y sexo residen en un área geográfica definida. Las tecnologías de sistemas globales de información (SGI) actualmente nos

permite generar rápidamente mapas espaciales precisos que describen estos datos. Una reciente aplicación de mapeo a través de censo comunitario que se centró en los AMJ es la herramienta «Girl Roster» para la planificación de programas y la orientación a estos (Bruce y David 2015). Con esta herramienta, se realiza una entrevista de entre 5 y 10 minutos en cada hogar de la comunidad. Las respuestas, así como la lectura de la ubicación del hogar a través de GPS se graban en formato electrónico en un asistente personal digital y luego se cargan en tiempo real a un servidor central. Las preguntas sobre los AMJ residentes pueden incluir: sexo, edad, presencia parental, inscripción en la escuela, grado respecto de la edad que le correspondería, estado civil, paridad y fuentes de medios de vidas. Este enfoque minucioso es eficaz para ubicar a los AMJ en el espectro de la vulnerabilidad local en función de aspectos sociales, económicos y de crianza de hijos. La contratación para los programas de la comunidad, así como el contenido, pueden recibir aporte de la información que estará inmediatamente disponible.

Para visualizar mejor la diversidad de los adolescentes jóvenes y sus necesidades, los datos de las EDS también pueden organizarse en mapas específicos de país (muchos mapas están disponibles en guías de datos a profundidad sobre experiencias de adolescentes, Adolescent-Experience In-Depth, publicadas por el Population Council). Trazar un mapa de la variación subnacional y regional de los resultados de los adolescentes puede servir para destacar áreas geográficas que tienen barreras para la salud o altas concentraciones de resultados adversos múltiples para los AMJ. Como se demuestra en la Figura 7, la prevalencia de niñas que se casaron a los 15 años llegó a 42% en la región de Amhara, en Etiopía, lo cual excede claramente la tasa de otras regiones. Los análisis subnacionales también pueden identificar áreas de vulnerabilidad compuesta (ver Figura 8). Visualizar los datos existentes a través del uso de mapas puede aportar información más certera a los programas y el desarrollo de políticas identificando áreas prioritarias de intervención, que podrían, de otra manera, quedar ocultas dentro de los promedios de nivel nacional.

Utilización de servicios por parte de AMJ: encuestar a los proveedores

Otra herramienta útil en los estudios centrados en AMJ es el análisis de información existente o de la recopilación rápida de esta sobre quién utiliza los diferentes tipos de servicios en la comunidad. Los centros comunitarios para jóvenes, las clínicas y otros proveedores de servicios con frecuencia registran información demográfica básica sobre usuarios de sus servicios. Para evaluar si los AMJ se benefician con este tipo de servicios, los investigadores pueden trabajar con proveedores para compilar un perfil de las características demográficas de los usuarios en el mes previo. En los casos en los que la información no se ha recopilado aún, está disponible una simple herramienta, el Ejercicio de Cobertura de Programa (Austrian y Ghati 2010) para que los proveedores de servicios registren datos anónimos a medida que los usuarios reciben el servicio; por lo general, los datos se registran durante un mes, pero la duración es flexible.

Cuando esta herramienta se combina con un mapeo a través de un censo de hogares, se puede comparar a los AMJ de la comunidad respecto de los tipos de adolescentes que realmente usan los servicios (Lardoux y N'Bouke 2013). Pueden realizarse esfuerzos para identificar a los jóvenes que no tienen acceso a recursos de la comunidad y para mejorar las ofertas de servicio a fin de satisfacer mejor las necesidades de quienes se excluyen.

Encuestas en hogares (encuestar a AMJ)

Aunque es posible obtener información sobre resultados menos controvertidos para los AMJ, como educación, salud y organización en viviendas por parte de tutores, aún no hay métodos confiables acordados para obtener mediciones de prevalencia en muestras grandes de resultados en AMJ que sean de naturaleza más sensible, como las experiencias sexuales y de maltrato. Se necesita más evidencia sobre la habilidad cognitiva, emocional y de maduración de los AMJ de distintas edades, sexo y niveles de escolaridad para comprender y responder a las preguntas de encuestas que requieran una evaluación minuciosa de las barreras que enfrenten o las posibles consecuencias de sus acciones. Es importante

FIGURA 7 Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se casaron a los 15 años, Etiopía, 2005

Fuente: Population Council. 2015b. "The Adolescent Experience In-Depth: Using Data to Identify and Reach the Most Vulnerable Young People: Ethiopia, 2005." Nueva York: Population Council.

FIGURA 8 Porcentaje de niñas de 10 a 14 años que no asisten a la escuela y no viven con ninguno de sus padres, Guatemala, 2002/2006

Fuente: Population Council. 2015b. "The Adolescent Experience In-Depth: Using Data to Identify and Reach the Most Vulnerable Young People: Guatemala 2002/2006." Nueva York: Population Council.

CUADRO 4 ¿Entrevistas en cara a cara o por computadora?

La pregunta sobre si es mejor llevar a cabo entrevistas con adolescentes cara a cara (ECC) o a través de entrevistas audio asistidas por computadora (EAA) continúa siendo un reto. El costo, la viabilidad y la factibilidad dentro del contexto del estudio son cuestiones clave a evaluar cuando se decide respecto del método. Una revisión sistemática y meta-análisis de herramientas de entrevista cuantitativas para investigar conductas autoinformadas asociadas con VIH e ITS en países de ingresos bajos y medios (Phillips y cols., 2010) concluyó que las diferencias entre las ECC y los métodos de entrevistas no administradas por un entrevistador para conductas sensibles no eran uniformes y ningún método era claramente mejor que otro. La revisión también observó variaciones en el nivel de conductas de informe según el resultado, el estudio y las características de la población. En resumen, las ECC pueden no siempre ser inferiores a otras herramientas de entrevista de acuerdo a la sensibilidad de la pregunta y a la población evaluada.

que los esfuerzos para mejorar las herramientas continúen a pesar de que los datos globales (EDS, EVCN, etc.) indican que un porcentaje importante de adolescentes (especialmente de niñas) tendrán una experiencia sexual o de violencia antes de los 15 años. Es alentador que existe un precedente reciente (en EVCN, etc.) para incluir a los menores de 13 y 14 años en encuestas a gran escala que evalúan dichos resultados.

Si se considera que los AMJ en un entorno particular tienen la habilidad de participar en tales preguntas, una preocupación imperante en el ámbito es que el temor o el estigma pueden ocasionar conductas sensibles y experiencias no informadas por AMJ y, por lo tanto, subestimadas en la población. Aún no hay evidencia sistemática sobre esta pregunta. Los informes retrospectivos de experiencias durante la adolescencia temprana de un grupo ligeramente mayor de edad es una estrategia para abordar esta inquietud. (Ver Cuadro 4 sobre técnicas de entrevista.) También es importante recopilar datos sobre precursores de conductas, en particular, dado que algunos

resultados de interés (como conductas sexuales) pueden aún ser relativamente poco comunes dentro de ciertas poblaciones de AMJ.

Herramientas participativas para captar los procesos y explicaciones de cómo y por qué

Para todas las herramientas participativas, es ideal que los participantes se seleccionen sistemáticamente en función de criterios claros que sean relevantes para el estudio (edad, género, estatus socioeconómico, estado civil, supervivencia de padres, residencia de los padres, inscripción en la escuela, etc.); de lo contrario, pequeñas cantidades de participantes pueden producir resultados no representativos. Los facilitadores y entrevistadores deberían contar con experiencia y capacitación en métodos de investigación centrados en los AMJ, que incluyan atención al ritmo, nivel de energía, intervalo de atención y la posible incomodidad de el o la encuestada, y cómo responder a estos factores, como por ejemplo, darles descansos a los encuestados o finalizar la sesión grupal o la entrevista si el/ella parecen sentirse incómodos.

Métodos de participación cualitativos selectos con grupos de AMJ

Para todos los métodos participativos grupales con AMJ, recomendamos que los grupos se dividan por género y edad, separando los adolescentes de 10 a 12 años de los de 13 y 14 años. Las siguientes sugerencias pueden adaptarse según el tema y el contexto de la investigación:

- **Grupo de enfoque** – un evento organizado en el que un investigador selecciona y reúne a un grupo de personas para analizar y comentar, desde la experiencia personal, el tema que es objeto de investigación.
- **Mapeo participativo de la comunidad** – dentro del entorno de un grupo de enfoque, los encuestados utilizan papel y marcadores para describir los límites y las características de su comunidad; pueden explorarse diversas cuestiones como seguridad, acceso a espacios públicos, acceso a recursos, etc.
- **Clasificación** – esta técnica genera un listado sistemático de las preferencias de los AMJ o los motivos dentro de un dominio en particular,

por ejemplo, razones para no asistir a la escuela desde la más importante hasta la menos importante.

- **Cambio más significativo** – este procedimiento implica la recopilación, selección sistemática y análisis de historias locales de cambios significativos percibidos ocasionados por proyectos de desarrollo; quizás adecuados solo a grupos de AMJ de 13 y 14 años.

Métodos participativos selectos con AMJ individuales

- **Entrevistas en profundidad** – esta es una breve lista de preguntas que se usa para explorar un tema particular con un individuo; la técnica debería alentar a los encuestados a desarrollar temas subjetivos en relación con sus propias historias; quizás adecuada solo con AMJ de 13 y 14 años.
- **Diarios** – registrar notas guiadas diarias sobre ciertos temas puede permitirles a los AMJ compartir pensamientos que podrían no surgir en un grupo o entrevista personal; se requiere alfabetismo y la técnica puede ser más provechosa con AMJ de 13 y 14 años.

Existen numerosos recursos y conjuntos de herramientas que ofrecen lineamientos sobre estas y otras técnicas, entre ellos, qué métodos usar para temas de investigación y grupos etarios particulares, e instrucciones paso a paso sobre cómo aplicarlas. Schenk y Williamson (2005) presentan una lista integral de recursos en el Anexo 1 de su informe de lineamientos éticos. Aitken y Herman (2009) y Ager, Akesson, y Schunk (2010) ofrecen revisiones de conjuntos de herramientas de participación centradas en los niños.

Algunos de los conjuntos de herramientas generados entre 2005 y 2015 incluyen los siguientes:

- *Adolescent Girls' Programming Toolkits* (Population Council 2015)
- *Participatory Tools for Evaluating Psychosocial Work with Children in Areas of Armed Conflict* (Hart y cols. 2007)
- *Conducting a Participatory Situation Analysis of Orphans and Vulnerable Children Affected by HIV/AIDS: Guidelines and Tools* (DeMarco 2005)

- *Kit of Tools for Participatory Research and Evaluation with Children, Young People and Adults: A compilation of tools used during a Thematic Evaluation and Documentation on Children's Participation in Armed Conflict, Post Conflict and Peace Building, 2006-2008.* (Save the Children 2008)

Métodos mixtos: evaluar la prevalencia mientras se obtienen perspectivas variadas

La estrategia de métodos mixtos es prometedora para llevar a cabo investigación con AMJ. Hay muchas definiciones de métodos mixtos disponibles. Los siguientes son temas comunes en estrategias de investigación de métodos mixtos (Creswell y Clark 2007):

- Un enfoque sobre preguntas de investigación que resaltan la comprensión del contexto de la vida real, las perspectivas de múltiples niveles y las influencias culturales.
- Utilización de herramientas cuantitativas rigurosas para evaluar la magnitud y la frecuencia de los conceptos, y herramientas cualitativas rigurosas para explorar el significado y la comprensión de estos conceptos.
- Uso de múltiples métodos (p. ej. ensayos clínicos controlados y aleatorizados y entrevistas en profundidad).
- Combinación intencional de métodos para aprovechar las fortalezas de cada uno.

Las consultas de métodos mixtos incluyen diferentes fuentes y muchos niveles que influyen en un problema específico (p. ej. políticas, organizaciones, familia, individuo). Los métodos cuantitativos (principalmente deductivos) son ideales para medir la prevalencia de los fenómenos «conocidos». Los métodos cualitativos (principalmente inductivos) permiten la identificación de procesos anteriormente desconocidos, explicaciones de por qué y cómo ocurren los fenómenos, y la diversidad de sus efectos (Pasick y cols., 2009). La investigación con métodos mixtos es más que simplemente recopilar datos cualitativos de entrevistas o múltiples formas de evidencia cualitativa (p. ej. observaciones y entrevistas), o múltiples tipos de evidencia cuantitativa (p. ej. encuestas). Implica la recopilación intencional de datos cuantitativos y cualitativos, y la combinación de las fortalezas de cada uno para responder preguntas de investigación.

Conclusión

6

Para los adolescentes muy jóvenes, la naturaleza y la calidad de su futuro depende de cuán exitosamente negocien las transiciones a los roles de ciudadano, cónyuge, padre/madre y trabajador. Aunque tenemos una imagen más clara que antes respecto de la vida de los AMJ y una confirmación de la necesidad de intervenir en forma temprana, la falta de investigación sobre este grupo etario persiste y ha generado brechas en el conocimiento de factores críticos que conforman el perfil de vida de los jóvenes. Los investigadores y planificadores de programas deben reconocer que muchas de las transiciones clave en la vida de los adolescentes jóvenes probablemente ocurren en períodos mucho menores a cinco años: en intervalos de uno, dos o tres años. Ante las rápidas transiciones de la adolescencia temprana, recomendamos que todo análisis futuro de datos se desglose en estos dos o tres marcos de tiempo

en lugar de usar el típico grupo etario de cinco años, dado que dichos análisis homogeneizan experiencias que son extremadamente diversas. Al hacerlo, contaremos con una imagen más detallada de los períodos umbral de cambio a medida que progrese la investigación.

6.1 Intervenciones programáticas que deben medirse

Para crear conciencia de la necesidad de dar mayor atención a los AMJ, debemos abogar por más y mejores datos que aporten claridad a la particularidad y la diversidad de circunstancias de conforman la vida de los jóvenes. A través de la recopilación sistemática de datos de una variedad de fuentes, podremos crear una imagen más integral de sus vidas.

LLAMADO A LA ACCIÓN PARA MEJORAR LA INVESTIGACIÓN

Para crear conciencia de la necesidad de dar mayor atención a los AMJ, debemos abogar por más y mejores datos que aporten claridad a la particularidad y la diversidad de circunstancias de conforman la vida de los jóvenes. A través de la recopilación sistemática de datos de una variedad de fuentes, podremos crear una imagen más integral de sus vidas.

Se deben tomar las siguientes acciones :

- **Validar métodos** de recopilación de información, diferenciar las herramientas y técnicas que funcionan con las niñas en comparación con los varones, y con los AMJ más jóvenes en comparación con los mayores.
- **Crear un acervo de datos** en el que se pueda acceder a encuestas y otro tipo de información sobre AMJ.
- **Llevar a cabo análisis nuevos** de los datos existentes, desagregados por edad y género, para recabar perspectivas sobre un espectro más amplio de temas.
- **Desagregar los datos** en intervalos de dos y tres años (p. ej. 10 a 12, 13 a 14).
- **Centrarse en poblaciones de AMJ marginados**, incluidas las niñas casadas, varones y niñas de barrios marginados urbanos, emigrantes, refugiados y otras poblaciones vulnerables.
- **Anidar la investigación** en iniciativas programáticas.
- **Crear la base de evidencia del programa** sobre lo que funciona, para qué segmentos de la población de AMJ y bajo qué circunstancias.
- **Llevar a cabo investigación** para guiar el proceso de escalamiento y medir el impacto de dichos esfuerzos.

Conocimiento y promoción de la salud, y prevención de enfermedades

Crear una cultura de la salud y promover el concepto de «derecho a la salud» podría sentar las bases para futuros más saludables para muchos de los AMJ del mundo. Como se destaca en otras secciones, los adolescentes jóvenes responden mejor a las recompensas que a los castigos; por lo tanto, es probable que las estrategias que otorgan poder sean más eficaces y tengan posibles beneficios de largo plazo. Ejemplos de actividades de promoción de la salud que podrían beneficiarse con la experimentación incluyen:

- «verificación de bienestar» (incluida la salud mental)
- educación sexual integral
- deportes y educación física
- jardines comunitarios, educación sobre nutrición y opciones de alimentación saludables
- educación sobre la pubertad

Estas y otras tácticas pueden ayudar a crear una «demanda» de información, servicios y programas de salud que tendrán beneficios de plazo más largo.

Dado el surgimiento de enfermedades no contagiosas (ENC) como impulsor clave de morbilidad y mortalidad a nivel global, se necesita enfocar atención explícita a comprender los fundamentos sociales y conductuales. También se necesita crear conciencia de la importancia de abordar el surgimiento de problemas y conductas de salud mental que puedan contribuir a un estado de salud deficiente más adelante en la vida. Esta área de trabajo podría constituir un ámbito importante y oportuno de programación a medida que los PIBM comienzan a enfrentar nuevos desafíos de salud y oportunidades que conforman la trayectoria de salud de esta generación de jóvenes.

Educación sexual integral

La necesidad de ESI para adolescentes es clara. Independientemente de la edad, el género o el lugar, los adolescentes jóvenes no cuentan con suficiente información sobre su cuerpo, su salud y sus derechos. La ESI puede brindarse a través de las escuelas en el sector educativo, o a través

de distintos tipos de plataformas comunitarias. Sería valioso probar las diferentes estrategias de ESI en distintos entornos. Una revisión integral de los programas de habilidades para la vida también dejaría en claro qué conjuntos de habilidades son más eficaces para que áreas específicas de salud y bienestar.

Programación de la pubertad

Dada la importancia de la pubertad para los AMJ, podría ser valioso experimentar en materia de «programación para la pubertad». El contenido de un «programa de pubertad» va a ser necesariamente diferente de acuerdo al contexto y al género, e incluiría la ESI como se describió anteriormente. Para las niñas, podría considerarse la atención explícita, y posiblemente nuevas herramientas, para la higiene y la administración del ciclo menstrual. El conocimiento del cuerpo y la «autoestima corporal» también son importantes, en especial, para las niñas. La identificación de tecnologías de salud clave adecuadas para este grupo etario (p. ej. vacuna del VPH) y las plataformas para la distribución segura y adecuada de productos de salud emergentes también pueden ser una inversión valiosa. Podrían desarrollarse y probarse diferentes conceptualizaciones y contenidos de la «programación para la pubertad». Al mismo tiempo, se necesita investigación básica para comprender más sobre el momento oportuno y la naturaleza de la transición a la pubertad y sus implicancias para la movilidad, la escolarización, el matrimonio, las normas de género, etc.

Normas de género, equidad y derechos

Se puede lograr mucho a través de los programas que abordan explícitamente normas y conductas de género. El trabajo en esta área es incipiente, pero prometedor. La ESI es un ejemplo de un programa que tiene que objetivo promover la equidad de género, pero hay otros. La mayoría de los programas destinados a reducir el matrimonio infantil y otras prácticas tradicionales nocivas tienen como enfoque las normas de género y el aseguramiento de los derechos de las niñas. Otra área importante de exploración es el acceso de las niñas a espacios y recursos comunitarios, el derecho a jugar, etc. Es necesario diseñar, im-

plementar y evaluar más programas diversos de transformación de género para crear una base de evidencias sobre este tema.

Transiciones educativas

Hasta la fecha, se ha realizado una cantidad considerable de trabajo en torno a los programas de transferencia de efectivo. Sería valioso continuar experimentando con dichos programas, en especial, con aquellos incentivos que alienten la transición de la escuela primaria a la secundaria (es decir, mayores incentivos en efectivo en los primeros grados de la escuela secundaria). También resultará útil estudiar si los incentivos en efectivo a los docentes o por desempeño a los estudiantes pueden mejorar el avance de grado en la escuela secundaria. Un área crítica emergente para la experimentación serían las iniciativas de seguridad escolar diseñadas rigurosamente. Finalmente, se necesita innovación para mejorar el contenido educativo, la calidad y la pedagogía, lo que incluye la experimentación con nuevos enfoques, la enseñanza de habilidades de pensamiento, la educación sexual integral en las escuelas y la comprensión del impacto de las TIC.

Intervenciones en la crianza de los hijos

A pesar de la promesa que significan las intervenciones en la crianza de los hijos para las poblaciones de PIBM, existe clara falta de estudios de investigación de alta calidad sobre intervenciones en las habilidades de los padres en general y en particular con los adolescentes muy jóvenes. Se necesitan estudios de programas sobre habilidades de los padres que tengan muestras de un tamaño suficientemente grande, un diseño riguroso (experimental o cuasi-experimental), evaluación de los resultados conductuales de padres e hijos, y mediciones no solo mediante conductas autoinformadas sino también mediante observaciones directas de interacciones entre padres e hijos. Las intervenciones en la crianza de hijos para abordar el maltrato tienen el potencial de ayudar a reducir la violencia que experimentan, y luego perpetran, los AMJ.

6.2 Mirar hacia el futuro

Hemos descrito varias áreas clave que se beneficiarían con más experimentación y nuevas investigaciones. Iniciar programas a esta edad es un reconocimiento de la capacidad en evolución y las necesidades distintivas de los jóvenes. Al recabar información sobre los riesgos y oportunidades de los AMJ, se pueden desarrollar estrategias que los aborden eficazmente y aporten la mezcla correcta de información, habilidades y servicios. El momento estratégico de las intervenciones permite obtener resultados positivos antes de que se establezca la arquitectura de la vida de los adolescentes jóvenes.

Dada la enorme diversidad de la población de los adolescentes muy jóvenes, ninguna metodología o enfoque funcionará en todos los entornos o con todos los subgrupos de AMJ. Debemos aprender más sobre el momento, la naturaleza y las consecuencias de las transiciones clave que atraviesan los adolescentes jóvenes, y en particular, la manera en que ocurren entre los grupos más vulnerables.

A medida que miramos hacia el futuro, vislumbramos una estrategia de investigación y acción más sólida, intrépida y dinámica para apoyar a las políticas y los programas innovadores que les brindarán a los adolescentes una transición segura, saludable y productiva a la edad adulta. El puente que vincula a la infancia y la adultez temprana es mucho más precario para muchos niños del mundo en desarrollo. Fortalecer esta transición para garantizar que conduzca a un futuro más prometedor merece más de nuestra atención. Creemos que el momento es oportuno para una nueva generación de investigación e intervenciones de programas dedicados a adolescentes muy jóvenes.

Epílogo

Ha llegado el momento

El presente informe intitulado «Invertir cuando vale la pena» refuerza los argumentos y la evidencia recabada en el informe del año 2006. Aun cuando la transición de los 10 a los 14 años debería ser un momento pacífico en el que los adolescentes asisten a la escuela, gozan de buena salud, crecen y adquieren las habilidades necesarias para transitar con confianza de la infancia hacia la adultez, muy poco de este proceso idealizado y escalonado de «transición» es una realidad para las niñas y niños más desfavorecidos y excluidos de los países más pobres del mundo.

En muchos entornos, la pubertad es una experiencia negativa para las niñas, que acarrea restricciones y dudas sobre sí mismas. Las niñas internalizan las restricciones espaciales de sus movimientos como exclusiones de las oportunidades de vida (Hallman y cols., 2014). Son objeto de muchos abusos graves, y por lo general permanentes, de los derechos humanos, como la mutilación genital femenina y la coerción sexual, que dejan una marca indeleble y pueden generar el surgimiento de responsabilidades, matrimonio y maternidad aún siendo niñas (el «matrimonio infantil» no el matrimonio precoz) y el contagio de infecciones de transmisión sexual cuando son obligadas a tener sexo con parejas mayores. Y, aunque no están preparadas para este rol, las niñas de muchas partes del mundo pueden esperar convertirse en sustentos únicos y sustanciales de sus hijos y de sí mismas, dadas las tasas extremadamente altas y constantes de madres solteras producto de divorcio, viudez y abandono económico. Durante el período entre los 10 y los 14 años de edad, los adolescentes más estresados, en especial, las niñas, pueden migrar o ser «obligadas» a migrar para huir de las difíciles presiones en sus

hogares de origen y la falta de oportunidades ante lo que podrían ser posibilidades igualmente desafiantes y desconocidas en los entornos urbanos.

Sin embargo, no existen políticas o programas específicos para los jóvenes de 10 a 14 años además del plan excesivamente optimista de «asistir a la escuela». La escolarización por sí sola, en especial dada la calidad generalmente deficiente de las escuelas en las comunidades más pobres, no puede satisfacer las necesidades de los adolescentes jóvenes en este momento de crecimiento y desafío explosivo. Existen otras habilidades además de las cognitivas para las cuales es necesario planificar en forma explícita: conocimientos sobre finanzas, establecimiento de ahorros y hábitos saludables, documentación personal, conocimiento de los derechos y las formas de reclamarlos, y ciudadanía activa. Este es un momento decisivo crítico, en especial, para las niñas. Sin un plan y un «puente» de respaldo hacia la adultez, la sexualidad y la fertilidad emergentes de las jóvenes y la mano de obra de varones y niñas, básicamente su potencial de vida, pueden ser apropiados por las familias y comunidades bajo el disfraz de «cultura», y pueden verse intensificados por las carencias.

Sin un conjunto vigilante de rendición de cuentas de programas comunitarios accesibles, los jóvenes más desfavorecidos de las comunidades más pobres serán excluidos de mercados emergentes y liderazgo, y obligados a subsidiar crisis familiares y conmociones sociales. Los adolescentes jóvenes, especialmente, las niñas, se ven profundamente afectados por las emergencias climáticas (como las inundaciones estacionales, los desastres naturales graves, los conflictos y las enfermedades infecciosas, ya sea VIH «lento» o

el Ébola rápido). La negligencia en este momento vital genera marginalización y sienta las bases para la pobreza individual y colectiva.

Ha llegado el momento de priorizar derechos explícitos para los jóvenes de 10 a 14 años, en especial, los que pertenecen a las comunidades marginadas, a nivel subnacional. Los planes deberán ser específicos para cada género, ya que la vida de las niñas y los varones comienza a tener diferencias marcadas e implica riesgos y oportunidades distintas.

Entonces, cerremos esta brecha. Existen numerosos programas para niños menores de cinco años, y los «derechos de los adultos» están, en teoría, disponibles durante la adultez, a la edad de consentimiento, o a los 18 años (que por lo general coinciden). ¿Qué sucede en los años intermedios?

Debemos articular y ejecutar programas para los adolescentes muy jóvenes que construyan activos sociales, económicos, cognitivos y de salud. Un aspecto central de esto es la creación de plataformas comunitarias o espacios de reunión, lugares en los que se crean habilidades y se puede participar en forma segura, especialmente, para

las niñas cuyo espacio social ya se encuentra restringido y, en muchos casos, cada vez más reducido. El acceso significativo requiere campañas locales de información práctica (¿dónde consiguen documentos de identidad los AMJ?) y conexiones tangibles (¿dónde consiguen las niñas cupones para servicios?) dentro de su geografía diaria. Los derechos pueden ser globales, pero el acceso es local. Si los adolescentes muy jóvenes no tienen información, no la pueden buscar. Si no pueden caminar hacia esa meta no van a poder lograrla. Aunque se activan a nivel nacional, estos programas para AMJ deben afirmarse a nivel subnacional e implementarse a nivel de la comunidad para que tengan éxito. El objetivo de una política explícita para adolescentes jóvenes debería ser asegurar, a través de recursos y estructuras locales específicas, que los AMJ sean seres seguros, felices y productivos sin importar quiénes son o dónde se encuentran.

JUDITH BRUCE

INVESTIGADORA EMERITA Y ANALISTA DE POLÍTICAS
POBREZA, GÉNERO Y JUVENTUD
POPULATION COUNCIL

Referencias

- Adukia, Anjali. 2013. "Sanitation and Education." Cambridge, MA: Harvard Graduate School of Education. www.open.uwi.edu/hflecarribbean/sites/default/files/adukia_sanitation_and_education.pdf.
- Ager, Alastair, Bree Akesson y Kelly Schunk. 2010. "Mapping of child protection monitoring and evaluation tools, Final Report." Nueva York: Columbia University and CPC Learning Network.
- Aitken, Stuart y Thomas Herman. 2009. "Literature review on qualitative methods and standards for engaging and studying independent children in the developing world." Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- Amin, Sajeda, Sigma Ainul, Farhana Akter, et al. 2014. "From evidence to action: Results from the 2013 baseline survey for the BALIKA project." Nueva York: Population Council. www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2014PGY_BALIKA_report.pdf.
- Andrews, Gavin, Justine Corry, Tim Slade, Cathy Isakidis y Heather Swanston. 2004. "Child sexual abuse," in *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden Of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, pp. 1851–1940.
- Austrian, Karen y D. Ghati. 2010. "Girl-centered program design: A toolkit to develop, strengthen, and expand adolescent girls programs." Nairobi: Population Council. www.popcouncil.org/girlcenteredprogram.
- Austrian, Karen y Eunice Muthengei. 2013. "Safe and smart savings products for vulnerable adolescent girls in Kenya and Uganda." Evaluation Report. Nueva York: Population Council.
- Baird, Sarah, Francisco H.G. Ferreira, Berk Özler y Michael Woolcock. 2014. "Conditional, unconditional and everything in between: A systematic review of the effects of cash transfer programmes on schooling outcomes," *Journal of Development Effectiveness* 6(1): 1–43.
- Baldwin, Susie B., David P. Eisenman, Jennifer N. Sayles, Gery Ryan y Kenneth S. Chuang. 2011. "Identification of human trafficking victims in health care settings," *Health and Human Rights* 13(1): E36–49.
- Banerjee, Abhijit, Paul Glewwe, Shawn Powers y Melanie Wasserman. 2013. "Expanding access and increasing student learning in post-primary education in developing countries: A review of the evidence." Cambridge: Massachusetts Institute of Technology. www.povertyactionlab.org/sites/default/files/publications/PPE%20Review%20Paper%20April%202013.pdf.
- Bankole, Akinrinola, Ann Biddlecom, Georges Guiella, Susheela Singh y Eliya Zulu. 2007. "Sexual behavior, knowledge and information sources of very young adolescents in four sub-Saharan African countries," *African Journal of Reproductive Health* 11(3): 28–43.
- Baptiste, Donna R., Chisina Kapungu, Steve Miller, Laurel Crown, David Henry, Dona Da Costa Martinez y Karen Jo-Bennett. 2009. "Increasing parent involvement in youth HIV prevention: A randomized Caribbean study," *AIDS Education and Prevention* 21(6): 495–511.
- Barker, Gary Thomas. 2000. "What about boys? A literature review on the health and development of adolescent boys." Geneva: World Health Organization.
- Barker, Gary Thomas, Christine Ricardo, Marcos Nascimento, et al. 2007. "Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions." Geneva: World Health Organization. http://asset.atlasproject.eu/who/t_file/664c72a1-9e60-4fa2-bec9-035459fd46a7/9af80260-bf71-11e1-afa7-0800200c9a66/Engaging_men_boys.pdf.
- Barrera-Osorio, Felipe y Leigh L. Linden. 2009. "The use and misuse of computers in education: Evidence from a randomized controlled trial of a language arts program." Cambridge, MA: Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (JPAL). www.leighlinden.com/Barrera-Linden%20Computadores_2009-03-25.pdf.
- Barry, Margaret M., Aleisha M. Clarke, Rachel Jenkins y Vikram Patel. 2013. "A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries," *BMC Public Health* 13: 835. doi:10.1186/1471-2458-13-835.
- Beaman, Lori, Esther Duflo, Rohini Pande y Petia Topalova. 2012. "Female leadership raises aspirations and educational attainment for girls: A policy experiment in India," *Science* 335 (6068): 582–86.
- Belfer, Myron L. 2008. "Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe," *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 49(3): 226–236. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x.

- Bellis, M.A., J. Downing y J.R. Ashton. 2006. "Adults at 12? Trends in puberty and their public health consequences," *Journal of Epidemiology and Community Health* 60(11): 910–911.
- Bhabha, Jacqueline. 2008. "Independent children, inconsistent adults: International child migration and the legal framework." Florence: UNICEF Innocenti Research Centre. ideas.repec.org/p/ucf/indipa/indipa08-3.html.
- Birdthistle, Isolde, Kelly Dickson, Matthew Freeman y Leila Javidi. 2011. "What impact does the provision of separate toilets for girls at schools have on their primary and secondary school enrolment, attendance and completion?: A systematic review of the evidence." London, UK: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, University of London.
- Black, M. y A. Ponirakis. 2000. "Computer-administered interviews with children about maltreatment methodological, developmental and ethical issues," *Journal of Interpersonal Violence* 15(7): 682–695.
- Black, Robert E., Cesar G. Victora, Susan P. Walker, et al. 2013. "Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries," *The Lancet* 382(9890): 427–451.
- Blakemore, Sarah-Jayne. 2008. "The social brain in adolescence," *Nature Reviews. Neuroscience* 9(4): 267–277. doi:10.1038/nrn2353.
- Blakemore, Sarah-Jayne y Kathryn L. Mills. 2014. "Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing?" *Annual Review of Psychology* 65(1): 187–207. doi:10.1146/annurev-psych-010213-115202.
- Blanc, Ann, William Winfrey y John Ross. 2013. New findings for maternal mortality age patterns: Aggregated results for 38 countries. *PLoS One* 8(4): e59864. <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0059864>.
- Blum, Robert, Nan Marie Astone y Michele Decker. 2013. "A conceptual framework for early adolescence: A platform for research and action." Geneva: World Health Organization.
- Blum, Robert W., Francisco I.P.M. Bastos, Caroline W. Kabiru y Linh C. Le. 2012. "Adolescent health in the 21st century," *The Lancet* 379(9826): 1567–68. doi:10.1016/S0140-6736(12)60407-3.
- Brady, Martha. 2005. "Creating safe spaces and building social assets for young women in the developing world: A new role for sports," *Women's Studies Quarterly* 33(1–2) 35–49.
- . 2011a. "Leveling the playing field: Building girls' sports programs and creating new opportunities," *Promoting Healthy, Safe, and Productive Transitions to Adulthood*. Brief No. 1. Nueva York: Population Council.
- . 2011b. "Taking Programs for Vulnerable Adolescents to Scale: Experiences, Insights, and Evidence." *Promoting Healthy, Safe, and Productive Transitions to Adulthood*. Brief No. 36. Nueva York: Population Council.
- Breinbauer, Cecilia y Matilde Maddaleno. 2005. "Promoting healthy behaviors in adolescents," in *Youth: Choices and Change*, pp. 262–264. Washington, DC: Pan American Health Organization (PAHO). www.paho.org/English/DD/PUB/Youth.
- Brody, Jane. 2015. "Screen addiction is taking a toll on children," *The New York Times*, July 6, Section: Well. well.blogs.nytimes.com/2015/07/06/screen-addiction-is-taking-a-toll-on-children/.
- Browne, Evie. 2013. "Child-friendly spaces for adolescent girls in emergency settings." Helpdesk Research Report. Birmingham, UK: GSDRC, University of Birmingham.
- Bruce, Judith y Vira David. 2015. "The girls roster toolkit: Seeing and valuing all the girls in your community." Nueva York: Population Council. www.popcouncil.org/uploads/pdfs/Girl_Roster_flyer.POPCOUNCIL.2015.pdf.
- Buckley, Chris y Ellen Barry. 2015. "Rohingya women flee violence only to be sold into marriage," *The New York Times*, August 2. www.nytimes.com/2015/08/03/world/asia/rohingya-women-flee-violence-only-to-be-sold-into-marriage.html.
- Butchart, A. 2006. "Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence." Geneva: WHO/IPSCAN.
- Carroll-Lind, Janis, James W. Chapman, Janet Gregory y Gabrielle Maxwell. 2006. "The key to the gatekeepers: Passive consent and other ethical issues surrounding the rights of children to speak on issues that concern them," *Child Abuse & Neglect* 30(9): 979–989. doi:10.1016/j.chiabu.2005.11.013.
- Catino, Jennifer. 2012. "The health of vulnerable adolescent girls: A strategic investment for double return." Nueva York: Population Council y VN Adolescent Girls Task Force.
- Caton, Carolyn, Josh Chaffin, Emmanuelle Comping, Mendy Marsh y Jennifer Schulte. 2014. "Economic strengthening to reduce risk of gender-based violence for adolescent girls in humanitarian settings." Washington, DC: Search for Common Ground (SFCG).
- CBS News. 2015. "Boko Haram sends girl suicide bombers to attack Nigeria markets." Nueva York: CBS News. www.cbsnews.com/news/boko-haram-girl-suicide-bomber-attack-nigeria-markets-reports/.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2015. "Physical activity facts." Atlanta: CDC. <http://www.cdc.gov/healthyyouth/physicalactivity/facts.htm>.
- Child Protection Monitoring and Evaluation Reference Group (CP MERG). 2012. "Ethical principles, dilemmas and risks in collecting data on violence against children: A review of available literature." Nueva York: UNICEF, Statistics and Monitoring Section, Division of Policy and Strategy.
- Child Soldiers International (CSI). "Child Soldiers International." 2015. www.child-soldiers.org.
- Chong, Erica, Kelly Hallman y Martha Brady. 2006. "Investing when it counts: Generating the evidence base for policies and programmes for very young adolescents." Nueva York: UNFPA y Population Council. www.unicef.org/InvestingWhenItCounts.pdf.
- Chowdhary, Neerja, Siham Sikander, Najia Atif, et al. 2014. "The content and delivery of psychological interventions for perinatal depression by non-specialist health workers in low and middle income countries: A systematic review," *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 28(1): 113–133.
- Clark, Shelley. 2004. "Early marriage and HIV risks in sub-Saharan Africa," *Studies in Family Planning* 35(3): 149–160.
- Clark, Thomas S., Gerhard K. Friedrich, Methembe Ndlovu, Torsten B. Neilands y Willi McFarland. 2006. "An adolescent-targeted HIV prevention project using African professional soccer players as role models and educators in Bulawayo, Zimbabwe," *AIDS and Behavior* 10(1): 77–83.
- Coalition for Adolescent Girls (CAG). 2012. "Missing the emergency: Shifting the paradigm for relief to adolescent girls." www.iywg.org/resources/missing-emergency-shifting-paradigm-relief-adolescent-girls.
- Collin-Vézina, Delphine, Isabelle Daigneault y Martine Hébert. 2013. "Lessons learned from child sexual abuse research: Prevalence, outcomes, and preventive strategies," *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 7(1): 22–30.
- Creswell, John W. y Vicki L. Plano Clark. 2007. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Crone, Eveline A. y Ronald E. Dahl. 2012. "Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility," *Nature Reviews Neuroscience* 13(9): 636–650. doi:10.1038/nrn3313.
- Dasgupta, P., K. Tureski, R. Lenzi, K. Bindu y G. Nanda. 2012. "Half the Sky Movement Multi-Media Communication Initiative: An evaluation of the 9-minutes mobile game and video." Washington, DC: D-Change, FHI 360.
- Decker, Michele R., Beth Dail Marshall, Mark Emerson, et al. 2014. "Respondent-driven sampling for an adolescent health study in vulnerable urban settings: A multi-country study," *Journal of Adolescent Health* 55(6): S6–12. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.07.021.
- DeMarco, Renee. 2005. "Conducting a participatory situation analysis of orphans and vulnerable children affected by HIV/AIDS: Guidelines and tools." Arlington, VA: Family Health International.
- Deshpande, Neha A. y Nawal M. Nour. 2013. "Sex trafficking of women and girls," *Reviews in Obstetrics and Gynecology* 6(1): e22.
- Devries, Karen M., Louise Knight, Jennifer C. Child, et al. 2015. "The good school toolkit for reducing physical violence from school staff to primary school students: A cluster-randomised controlled trial in Uganda," *The Lancet Global Health* 3(7): e378–386.
- Dixon-Mueller, Ruth. 2010. "The Sexual and reproductive health of young adolescents in developing countries: Reviewing the evidence, identifying research gaps, and moving the agenda." Report of a WHO Technical Consultation. Geneva: WHO. http://www.who.int/immunization/hpv/target/the_sexual_and_reproductive_health_of_young_adolescents_who_2011.pdf.
- Dosenbach, Nico U.F., Binyam Nardos, Alexander L. Cohen, et al. 2010. "Prediction of individual brain maturity using fMRI," *Science* 329 (5997): 1358–1361. doi:10.1126/science.1194144.
- Downing, Jennifer y Mark A. Bellis. 2009. "Early pubertal onset and its relationship with sexual risk taking, early pubertal onset and its relationship with sexual risk taking, substance use and anti-social behaviour: A preliminary cross-sectional study," *BMC Public Health* 9. doi: 10.1186/1471-2458-9-446.
- Economic Research Forum (ERF). 2006. "Egypt Labor Market Panel Survey (ELMPS) 2006." Egypt: Central Agency for Public Mobilization and Statistics.
- Edmonds, Eric y Maheshwor Shrestha. 2009. "Children's work and independent child migration: A critical review." Florence: UNICEF Innocenti Research Centre. ideas.repec.org/p/ucf/inwopa/inwopa586.html.
- Erulkar, A., T. Mekbib, N. Simie y T. Gulema. 2004. "The experience of adolescence in rural Amhara Region, Ethiopia." Accra: Population Council.
- Erulkar, Annabel y Eunice Muthengi. 2009. "Evaluation of Berhane Hewan: A program to delay child marriage in rural Ethiopia," *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35(1) 6–14.
- Eshel, Neir, Bernadette Daelmans, Meena Cabral de Mello y Jose Martines. 2006. "Responsive parenting: Interventions and outcomes," *Bulletin of the World Health Organization* 84(12): 991–998.

- ExpandNet/WHO Tools. n.d. www.expandnet.net/tools.htm.
- Family Violence Prevention Fund y World Childhood Foundation. 2005. "Turning pain into power: Trafficking survivors' perspectives on early intervention strategies." San Francisco: FVPF. www.futureswithoutviolence.org/turning-pain-into-power-trafficking-survivors-perspectives-on-early-intervention-strategies.
- Finkelhor, D., S.L. Hamby, R. Ormrod y H. Turner. 2005. "The juvenile victimization questionnaire: Reliability, validity, and national norms," *Child Abuse & Neglect* 29: 383–412.
- Fulu, Emma, Alice Kerr-Wilson y James Lang. 2014. "What works to prevent violence against women and girls: Evidence Review of Interventions to Prevent Violence against Women and Girls." Pretoria: Medical Research Council. http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/VAWG/What_Works_Inception_Report_June_2014_AnnexF_WG23_paper_prevention_interventions.pdf.
- Giedd, Jay N. 2008. "The teen brain: Insights from neuroimaging," *Journal of Adolescent Health* 42(4): 335–343. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.01.007.
- Gore, Fiona M., Paul J.N. Bloem, George C. Patton, et al. 2011. "Global burden of disease in young people aged 10–24 years: A systematic analysis," *The Lancet* 377(9783): 2093–2102. doi:10.1016/S0140-6736(11)60512-6.
- Graham, A., M. Powell, N. Taylor, D. Anderson y R. Fitzgerald. 2013. "Ethical research involving children (ERIC)." Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- Grant, Monica J. y Kelly K. Hallman. 2008. "Pregnancy-related school dropout and prior school performance in KwaZulu-Natal, South Africa," *Studies in Family Planning* 39(4): 369–382.
- Grant, Monica J., Cynthia B. Lloyd y Barbara S. Mensch. 2013. "Menstruation and school absenteeism: Evidence from rural Malawi," *Comparative Education Review* 57(2): 260.
- Greenbaum, V. Jordan. 2014. "Commercial sexual exploitation and sex trafficking of children in the United States," *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 44(9): 245–269.
- GSM Association. 2013a. "Children's use of mobile phones: An international comparison." London: GMSA and Japan: NTT DOCOMO.
- . 2013b. "Women and mobile—A global opportunity: A study on the mobile phone gender gap in low and middle-income countries." London: GSMA Development Fund, Cherie Blair Foundation for Women, Vital Wave Consulting.
- Guse, Kylene, Deb Levine, Summer Martins, et al. 2012. "Interventions using new digital media to improve adolescent sexual health: A systematic review," *Journal of Adolescent Health* 51(6): 535–543. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.03.014.
- Haberland, Nicole A. 2015. "The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: A comprehensive review of evaluation studies," *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 41(1): 31–42.
- Hadley, Craig, David Lindstrom, Fasil Tessema y Tefara Belachew. 2008. "Gender bias in the food insecurity experience of Ethiopian adolescents," *Social Science & Medicine* 66(2): 427–438.
- Hallman, Kelly. 2007. "Non-consensual sex, school enrolment and educational outcomes in South Africa," *Africa Insight* 37(3): 454.
- . 2011. "Social exclusion: The gendering of adolescent HIV risks in KwaZulu-Natal, South Africa," in J. Klot and V. Nguyen (eds.), *The Fourth Wave: An Assault on Women—Gender, Culture and HIV/AIDS in the 21st Century*, pp. 53–80. Nueva York: Social Science Research Council and Paris: UNESCO.
- Hallman, Kelly, K. Govender y Eva Roca. 2007. "Enhancing financial literacy, HIV/AIDS skills, and safe social spaces among vulnerable South African youth." Transitions to Adulthood. Brief 4. Nueva York: Population Council.
- . 2015. "Siykaka Nentsha: Local secondary school graduates create safe space classrooms for gendered social, health and financial skills acquisition in Rural South Africa." Unpublished. Nueva York: Population Council.
- Hallman, Kelly K., Nora J. Kenworthy, Judith Diers, Nick Swan y Bashi Devnarain. 2014. "The shrinking world of girls at puberty: Violence and gender-divergent access to the public sphere among adolescents in South Africa," *Global Public Health* 10(3): 279–295.
- Hallman, Kelly, Sara Peracca, Jennifer Catino y Marta Julia Ruiz. 2007. "Indigenous girls in Guatemala: Poverty and location," in Maureen A. Lewis y Marlaine E. Lockheed (eds.), *Exclusion, Gender and Schooling: Case Studies from the Developing World*, pp. 145–175. Washington, DC: Center for Global Development.
- Hallman, Kelly y Eva Roca. 2006. "Reducing the Social Exclusion of Girls." Brief No. 27. *Promoting Healthy, Safe and Productive Transitions to Adulthood*. Nueva York: Population Council.
- Halpern, Carolyn Tucker, Ellen M.H. Mitchell, Tilda Farhat y Phil Bardsley. 2008. "Effectiveness of web-based education on Kenyan and Brazilian adolescents' knowledge about HIV/AIDS, abortion law, and emergency contraception: Findings from TeenWeb," *Social Science & Medicine* 67(4): 628–37. doi:10.1016/j.socscimed.2008.05.001.

- Han, Chang-Keun, Fred M. Ssewamala y Julia Shu-Huah Wang. 2013. "Family economic empowerment and mental health among AIDS-affected children living in AIDS-impacted communities: Evidence from a randomised evaluation in Southwestern Uganda," *Journal of Epidemiology and Community Health* 67(3): 225–230.
- Hart, Jason, Ananda Galappatti, Jo Boyden y Miranda Armstrong. 2007. "Participatory tools for evaluating psychosocial work with children in areas of armed conflict: A pilot in Eastern Sri Lanka," *Intervention* 5(1): 41–60.
- Herman-Giddens, Marcia E. 2006. "Recent data on pubertal milestones in United States children: The secular trend toward earlier development," *International Journal of Andrology* 29(1): 241–246.
- Hermoso, Maria, Vesna Vucic, Christiane Vollhardt, et al. 2011. "The effect of iron on cognitive development and function in infants, children and adolescents: A systematic review," *Annals of Nutrition and Metabolism* 59 (2–4): 154–165.
- Hindin, M.J., P. Bloem y Jane Ferguson. 2015. "Effective nonvaccine interventions to be considered alongside Human Papilloma Virus vaccine delivery," *Journal of Adolescent Health* 56(1): 10–18.
- Hingle, Melanie D., Teresia M. O'Connor, Jayna M. Dave y Tom Baranowski. 2010. "Parental involvement in interventions to improve child dietary intake: A systematic review," *Preventive Medicine* 51(2): 103–111. doi:10.1016/j.ypmed.2010.04.014.
- Hodge, David R. y Cynthia A. Lietz. 2007. "The international sexual trafficking of women and children: A review of the literature," *Affilia* 22(2): 163–174.
- Idele, Priscilla, Amaya Gillespie, Tyler Porth, et al. 2014. "Epidemiology of HIV and AIDS among adolescents: Current status, inequities, and data gaps," *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 66 (July): S144–S153. doi:10.1097/QAI.0000000000000176.
- Igras, Susan M., Marjorie Macieira, Elaine Murphy y Rebecka Lundgren. 2014. "Investing in very young adolescents' sexual and reproductive health," *Global Public Health* 9(5): 555–569. doi:10.1080/17441692.2014.908230.
- Institute for Reproductive Health (IRH). 2015a. "Ending the hesitation around menstruation: GrowUp Smart." Washington, DC: IRH. www.irh.org/blog/ending-hesitation-around-menstruation-growup-smart.
- . 2015b. *My Changing Body: Body Literacy & Fertility Awareness for Young People (2nd Edition)*. Washington, DC: IRH. <http://irh.org/resource-library/my-changing-body-body-literacy-fertility-awareness-for-young-people-2nd-edition/>.
- Institute for Reproductive Health (IRH) y USAID. 2010. "Reaching Very Young Adolescents (VYAs): Advancing program, research and evaluation practices." Washington, DC: Institute for Reproductive Health, Georgetown University. irh.org/wp-content/uploads/2013/04/IRH_VYA_Technical_Consultation_2010_Meeting_Report_FINAL.pdf.
- Institute of Medicine (IOM). 2008. *Violence Prevention in Low and Middle-Income Countries: Finding a Place on the Global Agenda*. Washington, DC: National Academies Press.
- International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN). 2007. *World Perspectives on Child Abuse*, 6th Edition. Chicago: Aurora.
- Jacob, K.S. y Vikram Patel. 2014. "Classification of mental disorders: A global mental health perspective," *The Lancet* 383(9926): 1433–1435.
- Jejeebhoy, Shireen, Iqbal Shah y Shyam Thapa. 2005. *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*. London: Zed Books.
- Jensen, F.E. y A.E. Nutt. 2015. *The Teenage Brain: A Neuroscientist's Survival Guide to Raising Adolescents and Young Adults*. Nueva York: Harper Collins.
- Jensen, Robert. 2010. "The (perceived) returns to education and the demand for schooling," *The Quarterly Journal of Economics* 125(2): 515–548.
- Jimerson, Shane R., Gabrielle E. Anderson y Angela D. Whipple. 2002. "Winning the battle and losing the war: Examining the relation between grade retention and dropping out of high school," *Psychology in the Schools* 39(4): 441–457.
- Johnson, L., Y. Lee, D. Ansong, M. Sherraden, G. Chowa y F. Ssewamala. 2015. "Youth savings patterns and performance in Colombia, Ghana, Kenya and Nepal." YouthSave Research Report. St. Louis: Washington University. csd.wustl.edu/Publications/Documents/RR15-01.pdf.
- Kagitcibasi, Cigdem, Diane Sunar y Sevda Bekman. 2001. "Long-term effects of early intervention: Turkish low-income mothers and children," *Journal of Applied Developmental Psychology* 22(4): 333–361.
- Keino, Susan, Guy Plasqui, Grace Ettyang y Bart van den Borne. 2014. "Determinants of stunting and overweight among young children and adolescents in sub-Saharan Africa," *Food & Nutrition Bulletin* 35(2): 167–178.
- Kessler, Ronald C., G. Paul Amminger, Sergio Aguilar-Gaxiola, Jordi Alonso, Sing Lee y T. Bedirhan Ustün. 2007. "Age of onset of mental disorders: A review of recent literature," *Current Opinion in Psychiatry* 20(4): 359–364. doi:10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c.

- Kielling, Christian, Helen Baker-Henningham, Myron Belfer, et al. 2011. "Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action," *The Lancet* 378(9801): 1515–1525.
- Knerr, Wendy, Frances Gardner y Lucie Cluver. 2013. "Improving positive parenting skills and reducing harsh and abusive parenting in low-and middle-income countries: A systematic review," *Prevention Science* 14(4): 352–363.
- Kohl, R. 2011. "An analytical framework for scaling up pilots in public health," in Richard A. Cash, A. Mushtaque, R. Chowdhury, George B. Smith, Faruque Ahmed (eds.), *From One to Many: Scaling up Health Programs in Low Income Countries*, pp. 241–254. Dhaka, Bangladesh: University Press Limited.
- Konstantopoulos, Wendy Macias, Roy Ahn, et al. 2013. "An international comparative public health analysis of sex trafficking of women and girls in eight cities: Achieving a more effective health sector response," *Journal of Urban Health* 90(6): 1194–1204.
- Kremer, Michael y Alaka Holla. 2009. "Improving education in the developing world: What have we learned from randomized evaluations?" *Annual Review of Economics* 1: 513.
- Kumpfer, Karol L., Methinin Pinyuchon, Ana Teixeira de Melo y Henry O. Whiteside. 2008. "Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program," *Evaluation & the Health Professions* 31(2): 226–239.
- Lardoux, Solène y Afiwa N'Bouke. 2013. "Reaching adolescents and youth in Burkina Faso, Guinea-Bissau and Mauritania," *African Journal of Reproductive Health* 17(1): 73–84.
- Larkin, Heather, Brooke A. Beckos y Joseph J. Shields. 2012. "Mobilizing resilience and recovery in response to Adverse Childhood Experiences (ACE): A Restorative Integral Support (RIS) case study," *Journal of Prevention & Intervention in the Community* 40(4): 335–346. doi:10.1080/10852352.2012.707466.
- Lau, Patrick W.C., Erica Y. Lau, Del P. Wong y Lynda Ransdell. 2011. "A systematic review of information and communication technology-based interventions for promoting physical activity behavior change in children and adolescents," *Journal of Medical Internet Research* 13(3): e48. doi:10.2196/jmir.1533.
- Leach, F., M. Dunne y F. Salvi. 2014. *School-Related Gender-Based Violence: A Global Review of Current Issues and Approaches in Policy, Programming and Implementation Responses to School-Related Gender-Based Violence (SRGBV) for the Education Sector*. Paris: UNESCO.
- Leen, Eline, Emma Sorbring, Matt Mawer, Emma Holdsworth, Bo Helsing y Erica Bowen. 2013. "Prevalence, dynamic risk factors and the efficacy of primary interventions for adolescent dating violence: An international review," *Aggression and Violent Behavior* 18(1): 159–174.
- Logan, T.K., Robert Walker y Gretchen Hunt. 2009. "Understanding human trafficking in the United States," *Trauma, Violence, & Abuse* 10(1): 3–30.
- Lundgren, Rebecka, Miranda Beckman, Surendra Prasad Chaurasiya, Bhawna Subhedi y Brad Kerner. 2013. "Whose turn to do the dishes? Transforming gender attitudes and behaviours among very young adolescents in Nepal," *Gender & Development* 21(1): 127–145.
- Malhotra, Anju, Ann Warner, Allison McGonagle y Susan Lee-Rife. 2011. "Solutions to end child marriage." Washington, DC: International Center for Research on Women. www.icrw.org/files/publications/Solutions-to-End-Child-Marriage.pdf.
- Mandell, L. 2009. "Starting younger: Evidence supporting the effectiveness of personal financial education for pre-high school students." Seattle: University of Washington and the Aspen Institute. www.nationaltheatre.com/ntccom/pdfs/financialliteracy.pdf.
- Marie Stopes International. Ethics Review Committee (ERC) documents. <https://mariestopes.org/data-research/ethics-review-committee>.
- Marston, Cicely y Eleanor King. 2006. "Factors that shape young people's sexual behaviour: A systematic review," *The Lancet* 368(9547): 1581–1586.
- Martin, Megan. 2012. "The Arab Spring: Youth, freedom and the tools of technology." Al Arabiya News. April 6. english.alarabiya.net/views/2012/04/06/205837.html.
- McClain, Natalie M. y Stacy E. Garrity. 2011. "Sex trafficking and the exploitation of adolescents," *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 40(2): 243–252.
- Mejia, Anilena, Rachel Calam y Matthew R. Sanders. 2012. "A review of parenting programs in developing countries; Opportunities and Challenges for preventing emotional and behavioral difficulties in children," *Clinical Child and Family Psychology Review* 15(2): 163–175.
- . 2014. "Examining delivery preferences and cultural relevance of an evidence-based parenting program in a low-resource setting of Central America: Approaching parents as consumers," *Journal of Child and Family Studies* 24(4): 1004–1015. doi:10.1007/s10826-014-9911-x.
- Mensch, Barbara, Susheela Singh y John B. Casterline. 2005. "Trends in the timing of first marriage among men and women in the developing world." Nueva York: Population Council.

- Mensch, Barbara, Erica Soler-Hampejsek, Christine A. Kelly y Paul C. Hewett. 2011. "Transitions to adulthood in rural Malawi: Estimating the sequencing of sexual initiation, school leaving and marriage." Paper presented at the 2011 Meeting of the Population Association of America, Washington, DC.
- Mensch, Barbara, Erica Soler-Hampejsek, Christine A. Kelly, Paul C. Hewett y Monica J. Grant. 2014. "Challenges in measuring the sequencing of life events among adolescents in Malawi: A cautionary note," *Demography* 51(1): 277–285. doi:10.1007/s13524-013-0269-2.
- Meyer-Rochow, Victor Benno. 2009. "Food taboos: Their origins and purposes," *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 5:18. doi:10.1186/1746-4269-5-18.
- Mikton, Christopher y Alexander Butchart. 2009. "Child maltreatment prevention: A systematic review of reviews," *Bulletin of the World Health Organization* 87(5): 353–361. doi:10.1590/S0042-96862009000500012.
- Mmari, Kristin y Nan Astone. 2014. "Urban adolescent sexual and reproductive health in low-income and middle-income countries," *Archives of Disease in Childhood* 99(8) 778–782.
- Mmari, Kristin, Robert Blum, Freya Sonenstein, Beth Marshall, Heena Brahmabhatt, Emily Venables, Sinead Delany-Moretlwe, et al. 2014. "Adolescents' perceptions of health from disadvantaged urban communities: Findings from the WAVE study," *Social Science & Medicine* 104: 124–132.
- More, Sarika, V. B. Shivkumar, Nitin Gangane y Sumeet Shende. 2013. "Effects of iron deficiency on cognitive function in school going adolescent females in rural area of Central India," *Anemia*. doi:10.1155/2013/819136.
- Morris, Jodi, Myron Belfer, Amy Daniels, et al. 2011. "Treated prevalence of and mental health services received by children and adolescents in 42 low-and-middle-income countries," *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52(12): 1239–1246.
- Mudaly, N. y C. Goddard. 2009. "Ethics involving children who have been abused in child abuse research," *International Journal of Children's Rights* 17(2): 261–281.
- Mukuddem-Petersen, J. y H. Salome Kruger. 2004. "Association between stunting and overweight among 10-15-y-old children in the North West Province of South Africa: The THUSA BANA Study," *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 28(7): 842–851. doi:10.1038/sj.ijo.0802586.
- National Children's Advocacy Center (NCAC). 2013. "As a matter of fact: The relationship between child maltreatment and academic achievement." Huntsville: NCAC.
- Nguyen, Trang. 2008. "Information, role models and perceived returns to education: experimental evidence from Madagascar." Unpublished.
- O'Prey, L. y D. Shepard. 2014. "Financial education for children and youth: A systematic review and meta-analysis." Aflatoun Working Paper, 2014.lc.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2001. "Prevention of child abuse and neglect: Making the links between human rights and public health." Genève: OMS.
- . 2009. "Preventing violence through the development of safe, stable and nurturing relationships between children and their parents and caregivers." Genève: OMS.
- . 2011. "WHO ethical and safety guidance notes for research with adolescents: Report of a WHO technical consultation." Genève: OMS. whqlibdoc.who.int/hq/2011/who_rhr_11.11_eng.pdf.
- . 2012a. "Adolescent mental health: Mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations." Genève: OMS. whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503648_eng.pdf.
- . 2012b. "Global health estimates." Genève: OMS. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/.
- . 2013. "Health data and statistics." Genève: OMS. www.who.int/healthinfo/statistics/en/.
- . 2014a. "Global health estimates 2013 summary tables: DALYS, YLLs and YLDs by cause, age and sex by WHO regional group and World Bank income classification, 2000-2012 (provisional estimates)." Genève: OMS.
- . 2014b. "Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade." Genève: OMS. apps.who.int/adolescent/second-decade.
- . 2015. "Interim Report of the Commission on Ending Childhood Obesity." Genève: OMS.
- WHO, World Psychiatric Association (WPA), y International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP). 2005. *Child and Adolescent Mental Health Resources: Global Concerns—Implications for the Future*. Genève: OMS. www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf.
- Pasick, Rena J., Nancy J. Burke, Judith C. Barker, et al. 2009. "Behavioral theory in a diverse society: Like a compass on Mars," *Health Education & Behavior* 36(5 Suppl.): 11S–35S.
- Patel, Vikram, Niall Boyce, Pamela Y. Collins, Shekhar Saxena y Richard Horton. 2011. "A renewed agenda for global mental health," *The Lancet* 378(9801): 1441–1442. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61385-8.

- Patel, Vikram, Alan J. Flisher, Sarah Hetrick y Patrick McGorry. 2007. "Mental health of young people: A global public-health challenge," *The Lancet* 369(9569): 1302–1313. doi:10.1016/S0140-6736(07)60368-7.
- Patel, Vikram, Helen A. Weiss, Neerja Chowdhary, et al. 2011. "Lay health worker led intervention for depressive and anxiety disorders in India: Impact on clinical and disability outcomes over 12 months," *The British Journal of Psychiatry* 199(6): 459–466.
- Patton, George C., Carolyn Coffey, Claudia Cappa, et al. 2012. "Health of the world's adolescents: A synthesis of internationally comparable data," *The Lancet* 379(9826): 1665–1675. doi:10.1016/S0140-6736(12)60203-7.
- Peacock, Dean y Gary Barker. 2014. "Working with men and boys to prevent gender-based violence principles, lessons learned, and ways forward," *Men and Masculinities* 17(5): 578–599.
- Peña, R., M. Quintanilla, K. Navarro, J. Martínez, V. Castillo, W. Pérez y C. Källestål. 2008. "Evaluating a peer intervention strategy for the promotion of sexual health-related knowledge and skills in 10- to 14-year-old girls. Findings from the 'Entre Amigas' project in Nicaragua," *American Journal of Health Promotion* 22(4): 275–281.
- Pereda, Noemi, Georgina Guilera, Maria Fornis y Juana Gómez-Benito. 2009a. "The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994)," *Child Abuse & Neglect* 33(6): 331–342.
- . 2009b. "The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis," *Clinical Psychology Review* 29(4): 328–338.
- Pereznieto, P., C. Harper, B. Clench y J. Coarasa. 2010. "The economic impact of school violence: A report for Plan International." London: Plan International and Overseas Development Institute. www.ungei.org/files/violence.pdf.
- Phetla, Godfrey, Joanna Busza, James R. Hargreaves, et al. 2008. "'They have opened our mouths': Increasing women's skills and motivation for sexual communication with young people in rural South Africa," *AIDS Education and Prevention*, 6(December): 504–518. doi:10.1521/aeap.2008.20.6.504.
- Phillips, A.E., G.B. Gomez, M.C. Boily y G.P. Garnett. 2010. "A systematic review and meta-analysis of quantitative interviewing tools to investigate self-reported HIV and STI associated behaviors in low- and middle- income countries," *International Journal of Epidemiology* 39(6): 1541–1555.
- Piperata, Barbara A., Kammi K. Schmeer, Craig Hadley y Genevieve Ritchie-Ewing. 2013. "Dietary inequalities of mother-child pairs in the rural Amazon: Evidence of maternal-child buffering?" *Social Science & Medicine* 96: 183–191. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953613004231.
- Population Council. 2015. "Adolescent Girls' Programming Toolkits." Nueva York: Population Council. www.popcouncil.org/research/adolescent-girls-programming-toolkits.
- . 2000–15. "The adolescent experience in-depth: Using data to identify and reach the most vulnerable young people." Nueva York: Population Council. Accessed June 16. www.popcouncil.org/research/the-adolescent-experience-in-depth-using-data-to-identify-and-reach-th.
- Population Reference Bureau (PRB). 2015. "Addressing risk factors for noncommunicable diseases among young people in Africa: Key to prevention and sustainable development." Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Psaki, Stephanie, Barbara Mensch y Erica Soler-Hampejsek. 2015. "The effects of violence in school and at home on education outcomes in rural Malawi: A longitudinal analysis." Paper presented at the 2015 Annual Meeting of the Population Association of America. San Diego, CA.
- Puska, Pekka. 2004. "The global strategy on diet, physical activity & health: 10 years on." Cancer Prevention Research and Policy Blog. wcrf.org/int/blog/articles/2014/05/global-strategy-diet-physical-activity-health-10-years.
- Raftree, Linda y K. Bachan. 2013. "Integrating information and communication technologies into communication for development strategies to support and empower marginalized adolescent girls." Nueva York: UNICEF.
- Robles, Omar. 2014. "I'm here: Adolescent girls in emergencies report." Nueva York: Women's Refugee Commission. womensrefugeecommission.org/resources/document/1078-i-m-here-report-final-pdf.
- Santhya, K. G. y Shireen J. Jejeebhoy. 2015. "Sexual and reproductive health and rights of adolescent girls: Evidence from low- and middle-income countries," *Global Public Health* 10(2): 189–221. doi:10.1080/17441692.2014.986169.
- Save the Children. 2008. "Kit of tools for participatory research and evaluation with children, young people and adults." Oslo, Norway: Save the Children.
- Save the Children Denmark, Ethiopian Ministry of Education y Ethiopian Ministry of Women's Affairs. 2008. "A study on violence against girls in primary schools and its impacts on girls' education in Ethiopia." Addis Ababa: Save the Children.
- Sawyer, Susan M., Rima A. Afifi, Linda H. Bearinger, Sarah-Jayne Blakemore, Bruce Dick, Alex C. Eze y George C. Patton. 2012. "Adolescence: A foundation for future health," *The Lancet* 379(9826): 1630–40. doi:10.1016/S0140-6736(12)60072-5.

- Schauer, Elizabeth y Thomas Elbert. 2010. "Psychological impact of child soldiering," in Erin Martz (ed.), *Trauma Rehabilitation After War and Conflict*, pp. 311–360. Nueva York: Springer Science + Business Media.
- Schenk, K. y J. Williamson. 2005. "Ethical approaches to gathering information from children and adolescents in international settings: Guidelines and resources." Washington, DC: Population Council.
- Schwartz, David, Jennifer E. Lansford, Kenneth A. Dodge, Gregory S. Pettit y John E. Bates. 2013. "The link between harsh home environments and negative academic trajectories is exacerbated by victimization in the elementary school peer group," *Developmental Psychology* 49(2): 305.
- Sedlak, A. et al. 2010. "Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4) Report to Congress." Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- Selim, Mona, Nahla G. Abdel-Tawab, Khaled El Sayed, Asmaa Elbadawy y Heba El Kalaawy. 2013. "The Ishraq Program for out-of-school girls: From pilot to scale-up." Cairo, Egypt: Population Council.
- Shared Hope International. 2009. *The National Report on Domestic Minor Sex Trafficking: America's Prostituted Children*. Vancouver: Shared Hope International.
- Shumba, Almon. 2002. "The nature, extent and effects of emotional abuse on primary school pupils by teachers in Zimbabwe," *Child Abuse & Neglect* 26(8): 783–791.
- Simmons, R., P. Fajans y L. Ghiron. 2007. "Scaling up health service delivery: From pilot innovations to policies and programmes." Geneva: World Health Organization.
- Slopen, Natalie, Garrett Fitzmaurice, David R. Williams y Stephen E. Gilman. 2010. "Poverty, food insecurity, and the behavior for childhood internalizing and externalizing disorders," *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 49(5): 444–452.
- Small, Kevonne y Justice Policy Center. 2008. *An Analysis of Federally Prosecuted CSEC Cases Since the Passage of the Victims of Trafficking and Violence Protection Act of 2000: Final Report*. Washington, DC: Urban Institute, Justice Policy Center.
- Sommer, Marni. 2011. "An early window of opportunity for promoting girls' health: Policy implications of the girl's puberty book project in Tanzania," *International Electronic Journal of Health Education* 14: 77–92.
- Staurowsky, E., M.J. DeSousa, G. Ducher, N. Gentner, K. Miller, S. Shakib, N. Theberge y N. Williams. 2015. "Her life depends on it III: Sport, physical activity, and the health and well-being of American girls and women." East Meadow, NY: Women's Sports Foundation. www.womenssportsfoundation.org/en/sitecore/content/home/research/articles-and-reports/mental-and-physical-health/her-life-depends-on-it-iii.aspx.
- Steinberg, Lawrence. 2014. "The science of adolescent brain development and its implication for adolescent rights and responsibilities," in Jacqueline Bhabha, *Human Rights and Adolescence*. Pennsylvania Studies in Human Rights. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Stoltenborgh, Marije, Marinus H. van IJzendoorn, Eveline M. Euser y Marian J. Bakermans-Kranenburg. 2011. "A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world," *Child Maltreatment* 16(2): 79–101.
- Sumpter, Colin y Belen Torondel. 2013. "A systematic review of the health and social effects of menstrual hygiene management," *PLoS ONE* 8(4). doi:10.1371/journal.pone.0062004.
- Temin, Miriam y Ruth Levine. 2009. "Start with a girl: A new agenda for global health." Girls Count Series. Washington, DC: Center for Global Development. www.cgdev.org/files/1422899_file_Start_with_a_Girl_FINAL.pdf.
- Temin, Miriam, Mark R. Montgomery, Sarah Engbretsen y Kathryn M. Barker. 2013. "Girls on the move: Adolescent girls & migration in the developing world. A *Girls Count* report on adolescent girls." Nueva York: Population Council. www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2013PGY_GirlsOnTheMove.pdf.
- Theoklitou, D., N. Kabitsis y A. Kabitsi. 2012. "Physical and emotional abuse of primary school children by teachers," *Child Abuse & Neglect* 36(1): 64–70.
- UNESCO. 2009. "International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach for schools, teachers, and health educators." Paris: UNESCO.
- . 2015. "Education for all 2000–2015: Achievements and challenges." Education for All Global Monitoring Report. Paris: UNESCO.
- UNESCO Institute for Statistics. 2011. "Early adolescent girls: A global view of participation in lower secondary education." Fact Sheet 11. Paris: UNESCO. www.uis.unesco.org/FactSheets/Documents/fs11-2011-en.pdf.
- . 2015. "A growing number of children and adolescents are out of school as aid fails to meet the mark." UNESCO Paper 22/Fact Sheet 31. Paris: UNESCO. www.uis.unesco.org/Education/Documents/fs-31-out-of-school-children-en.pdf.
- UNFPA. 2010. "Comprehensive sexuality education: Advancing human rights, gender equality and improved sexual and reproductive health." Nueva York: UNFPA.

- UNICEF. 2005. "Early marriage: A harmful traditional practice." Nueva York: UNICEF.
- . 2006. "Guidelines on the protection of child victims of trafficking." Nueva York: UNICEF. www.unicef.org/ceecis/0610-Unicef_Victims_Guidelines_en.pdf.
- . 2007. "A national study on violence against children and young women in Swaziland." Mbabane: UNICEF Swaziland.
- . 2011. "Adolescence: An age of opportunity—the state of the world's children." Nueva York: UNICEF. www.unicef.org/adolescence/files/SOWC_2011_Main_Report_EN_02092011.pdf.
- . 2012a. "Child social and financial education. A Companion to the Child Friendly Schools Manual." Nueva York: UNICEF.
- . 2012b. "Global evaluation of life skills education programmes." Nueva York: UNICEF.
- . 2012c. "Progress for children: A report card on adolescents." Nueva York: UNICEF.
- . 2013. "Towards an AIDS-free generation: Children and AIDS Sixth Stocktaking Report." Nueva York: UNICEF.
- . 2014a. "Ending child marriage: Progress and prospects." Nueva York: UNICEF. www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR.pdf.
- . 2014b. "Female genital mutilation/cutting: What might the future hold?" Nueva York: UNICEF.
- . 2014c. "Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children." Nueva York: UNICEF. www.unicef.org/publications/index_74865.html.
- UNICEF y Collaborating Centre for Operational Research and Evaluation. 2013. *National Baseline Survey on Life Experiences of Adolescents*. Harare: UNICEF y Zimbabwe National Statistics Agency.
- UNICEF, National Center for Injury Prevention and Control, US Centers for Disease Control and Prevention y Kenya National Bureau of Statistics. 2012. *Violence Against Children in Kenya: Findings from a 2010 National Survey*. Nairobi: UNICEF.
- UNICEF, US Centers for Disease Control and Prevention Children's Fund y Université de Muhimbili Health and Allied Sciences. 2011. *Violence against Children in Tanzania: Findings from a National Survey 2009*. Dar es Salaam: UNICEF Tanzania.
- UNODC. 2009. "Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention." Vienna: UNODC.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs—Population Division (UNDESA). 2013. *World Population Prospects, the 2012 Revision*. esa.un.org/wpp/.
- Van Wyk, J.D., M.E. Eloff y P.M. Heyns. 1983. "The evaluation of an integrated parent-training program," *The Journal of Social Psychology* 121(2): 273–281.
- Verstraeten, Roosmarijn, Dominique Roberfroid, Carl Lachat, et al. 2012. "Effectiveness of preventive school-based obesity interventions in low- and middle-income countries: A systematic review," *The American Journal of Clinical Nutrition*. August. doi:10.3945/ajcn.112.035378.
- Villarruel, Antonia M., Carol Loveland Cherry, Esther Gallegos Cabriaes, David L. Ronis y Yan Zhou. 2008. "A parent-adolescent intervention to increase sexual risk communication: Results of a randomized controlled trial," *AIDS Education and Prevention* 20(5): 371–383. doi:10.1521/aeap.2008.20.5.371.
- War Child. 2015. "Child soldiers." www.warchild.org.uk/issues/child-soldiers.
- Wight, Daniel y Deirdre Fullerton. 2013. "A review of interventions with parents to promote the sexual health of their children," *Journal of Adolescent Health* 52(1): 4–27.
- Williamson, Celia y Michael Prior. 2009. "Domestic minor sex trafficking: A network of underground players in the Midwest," *Journal of Child & Adolescent Trauma* 2(1): 46–61.
- Women's Refugee Commission (WRC), Johns Hopkins University, Adolescent Reproductive Health Network, International Medical Corps, Save the Children, American University in Beirut. 2014. "Very young adolescents in humanitarian settings: Examining the sexual and reproductive health needs and risks of girls and boys aged 10–14 in Ethiopia, Lebanon and Thailand." Nueva York: WRC.
- Yaqub, Shahin. 2009. "Independent child migrants in developing countries: Unexplored links in migration and development." Florence: UNICEF Innocenti Research Centre. ideas.repec.org/p/ucf/inwopa/inwopa09-62.html.
- Yoder, P. Stanley, Shanxiao Wang y Elise Johansen. 2013. "Estimates of female genital mutilation/cutting in 27 African countries and Yemen," *Studies in Family Planning* 44(2): 189–204.
- Zolotor, A.J., D.K. Runya, M.P. Dunne, D. Jain, H.R. Petrus, C. Ramirez, E. Volkova, et al. 2009. "ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C): Instrument development and multinational pilot testing," *Child Abuse & Neglect* 33(11): 833–841.

One Dag Hammarskjold Plaza
New York, NY 10017

popcouncil.org