



act
Iglesia Sueca

MATERNIDAD SEGURA PARA NIÑAS Y ADOLESCENTES EN HONDURAS



¿QUIENES SOMOS?

Una organización dedicada a fortalecer la voz y el poder de las mujeres en la sociedad. Nuestra misión es crear un espacio inclusivo donde las mujeres puedan desarrollarse plenamente, compartiendo experiencias y conocimientos. A través de programas educativos y de liderazgo, buscamos impactar positivamente en la comunidad, fomentando la igualdad y el respeto.

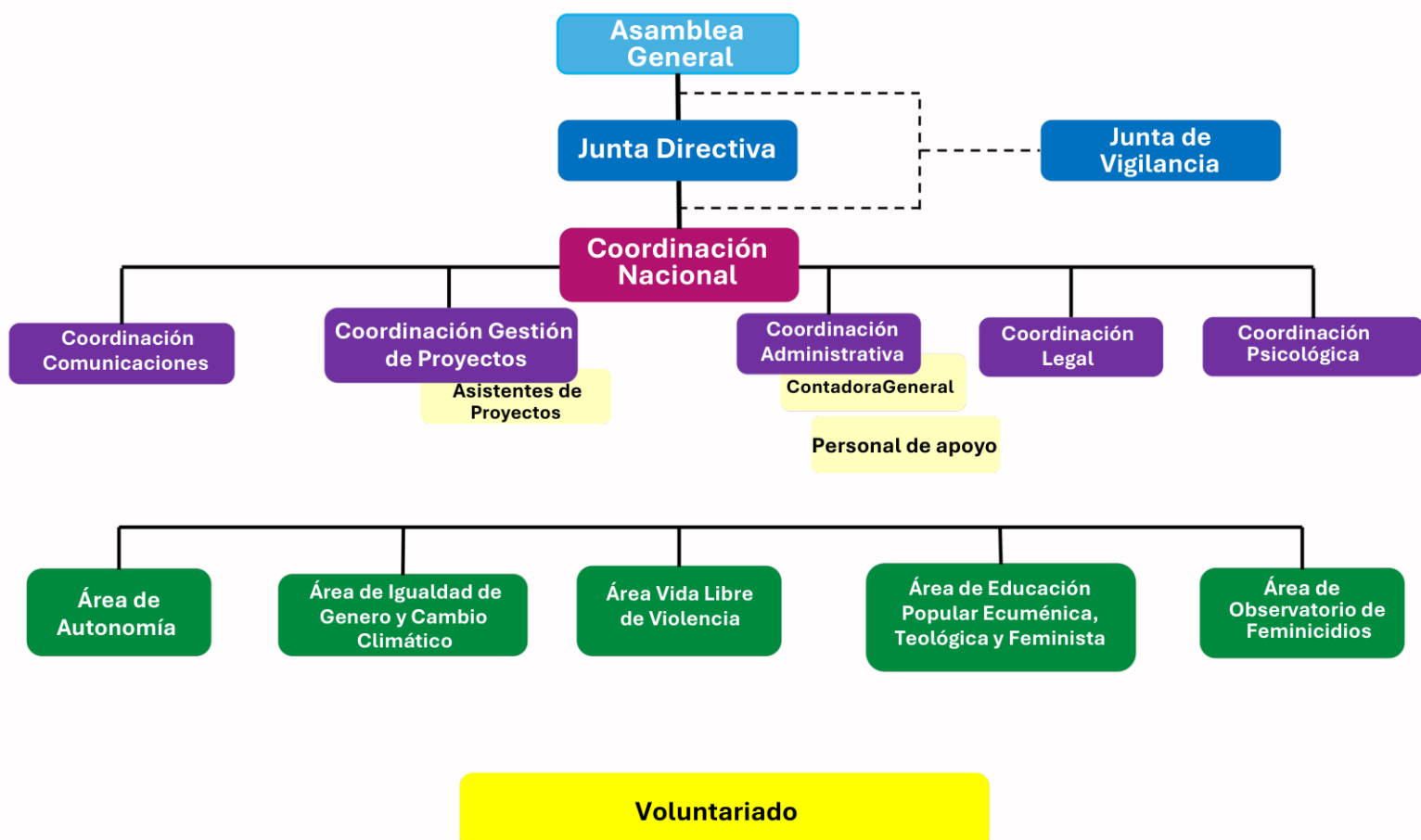
MISIÓN:

Somos mujeres de fe que luchamos contra toda acción violenta que pretenda impedir el ejercicio del derecho a decidir de las mujeres y las niñas.

EJES TEMATICOS:

1. **Autonomía:** Promover la capacidad y las condiciones para tomar decisiones libres sobre la vida de las mujeres en igualdad de condiciones.
2. **Igualdad de Género y Cambio Climático:** Promueve acciones independientemente del sexo, porque las y los sujetos de derecho tiene los mismos derechos, oportunidades y responsabilidades en todos los ámbitos de la vida, para que todas las personas puedan vivir plenamente y desarrollarse en la sociedad.
3. **Vida Libre de Violencia:** Impulsar una vida libre de violencia para las mujeres promoviendo el derecho que tenemos todas las mujeres y niñas a una vida libre de violencia, que es el derecho que tiene la mujer a que ninguna acción u omisión, basada en el género, le cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.
4. **Educción Popular Ecuménica Teológica y Feminista:** Desarrollar programas educativos no formales, con un enfoque pedagógico para dar a conocer las actividades y generar actividades educativas a para las y los sujetos de derechos. La educación popular feminista es un enfoque pedagógico que combina educación popular con el feminismo, buscando empoderar a las mujeres para que se conviertan en sujetos políticos y transformen la realidad a través de la reflexión crítica y la acción colectiva.
5. **Observatorio de femicidios:** El observatorio de femicidios recopila, analiza y difunde datos e información sobre los femicidios y otras violencias de género. Su objetivo es generar conocimientos para diseñar, implementar y evaluar políticas públicas que prevengan, sancionen y eliminen la violencia contra la mujer.

ORGANIGRAMA



ENCUENTRANOS EN:



Facebook: Somos las EDD

<https://www.facebook.com/share/1LxgTnY2aC/?mibextid=wwXlfr>



Instagram: derechodedicirhn

<https://www.instagram.com/derechodedicirhn?igsh=MWxtM2Zkbnk4Z2s1Ng==>



X: @ecumenicas1

<https://x.com/ecumenicas1?s=21>



Tik Tok: EcuménicasPorElDerechoaDecidir

https://www.tiktok.com/@somoslasedd?_r=1&_t=ZM-91xX5dUmu7w



Sitio Web: Ecuménicas.org

<https://Ecuménicas.org>

MATERNIDAD SEGURA PARA NIÑAS Y ADOLESCENTES EN HONDURAS

Una producción realizada por
Ecuménicas por el Derecho a Decidir.

CONSULTOR:

Lic. Ricardo Antonio Medina
Casa consultora Conexiones

REVISIÓN ESPECIALIZADA EN GENERO:

Licda. Katherine Lizeth Flores,
Oficial de programas y Gestion de proyectos
Ecumenicas por El Derecho a Decidir,Honduras.

AGRADECIMIENTOS:

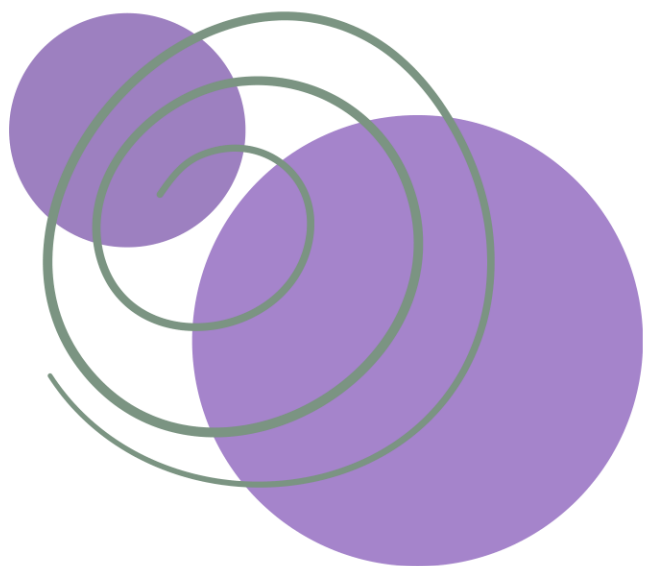
Iglesia de suecia de Act

EN EL MARCO DEL PROYECTO:

“Maternidades seguras para adolescentes en Honduras”

CONTENIDO:

Contenido	1
Lista de acrónimos	2
I Resumen Ejecutivo	3
II. Introducción	5
III. Antecedentes y contexto	7
IV. Objetivos del Protocolo de linea base	9
V. Enfoque Metodologico	10
VI. Resultados Cualitativos	17
VII. Resultados Cuantitativos	48
VIII. Discusión	51
IX. Hallazgos	53
X. Conclusiones	56
XI. Recomendaciones estrategicas por Componente	58
XII. Anexos	62



LISTA DE ACRONIMOS:

ACT Alianza: Action by Churches Together Alliance

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

ECOS: Asociación ECOS

EDD: Ecuménicas por el Derecho a Decidir

ENAPEA: Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

ENDESA: Encuesta Nacional de Demografía y Salud

EPHPM: Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos

Múltiples INE: Instituto Nacional de Estadística

MICS: Multiple Indicator Cluster Survey

OMM: Oficina Municipal de la Mujer

ONG: Organizaciones no gubernamentales

OSC: Organizaciones de Sociedad Civil

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SSR: Salud Sexual y Reproductiva

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

I. RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe ejecutivo de la línea de base del proyecto Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras, Elaborado por Ecuménicas Por el Derecho a Decidir, con el apoyo de ECOS/ACT Alianza, Iglesia Sueca y bajo la contratación de la casa consultora Conexiones: Consultoría en Investigación, Desarrollo y Estrategias Sociales. Su propósito es establecer un punto de referencia técnico, analítico y contextual para comprender la situación actual de niñas y adolescentes embarazadas o madres jóvenes en cinco departamentos priorizados del país, con el fin de orientar acciones de prevención, atención integral, protección de derechos y fortalecimiento institucional. El estudio se desarrolló con un enfoque de derechos humanos, interculturalidad e interseccionalidad, reconociendo que el embarazo adolescente es un fenómeno estructural que se inserta en dinámicas complejas de pobreza, desigualdad de género, violencia sexual, rezago educativo y debilitamiento de redes de protección social.

Metodológicamente, se empleó un diseño mixto que combinó encuestas estructuradas aplicadas mediante KoboToolbox, análisis estadístico en SPSS y Power BI, y un componente cualitativo robusto basado en grupos focales, entrevistas semiestructuradas y análisis temático. La información se trianguló con estadísticas nacionales del INE, ENDESA/MICS 2019, EPHPM 2024 y registros de salud locales, permitiendo una interpretación integral del fenómeno. El levantamiento se realizó en los municipios de Trujillo (Colón); San Pedro Sula y Choloma (Cortés); Distrito Central, Ojojona, San Buenaventura y Santa Ana (Francisco Morazán); Intibucá, Jesús de Otoro, La Esperanza y Yamaranguila (Intibucá); Santa Barbara y Catacamas (Olancho), lo que permitió capturar una diversidad territorial que refleja el contraste entre áreas urbanas, periurbanas y rurales.

Los hallazgos muestran que la maternidad adolescente en los territorios priorizados continúa siendo un problema persistente, multicausal y profundamente vinculado a vulneraciones de derechos. Si bien existe un número importante de adolescentes entre 15 y 19 años, también se registraron casos desde los 11 a 14 años, lo que confirma la presencia de maternidades extremadamente tempranas, muchas de ellas asociadas a situaciones de violencia sexual de los cuales en ninguno de los casos han existido amparos legales a las víctimas y en los que los agresores continúan en la impunidad. Según la ENDESA/MICS 2019, un 15% de las adolescentes hondureñas había estado embarazada antes de los 19 años; la tendencia observada en terreno es incluso más alta en zonas rurales y de mayor pobreza. La investigación muestra que el embarazo adolescente genera interrupción en proyectos de vida, en acceso a sistema educativo generalizada, debido a prácticas institucionales discriminatorias, estigma social y la percepción de que la maternidad es incompatible con la permanencia escolar, especialmente en municipios como Choloma y San Buenaventura, donde persisten sanciones a como la expulsiones de los centros de estudio, traslados forzados a jornadas nocturnas y discriminación por parte de compañeros y personal docente.

El análisis cualitativo evidencia que la violencia sexual, el incesto y las uniones tempranas son factores centrales que desencadenan embarazos infantiles y adolescentes. Diversos testimonios recogidos en centros de salud de lugares como El Pedregal (Tegucigalpa), Choloma y Santa Ana revelan que los agresores suelen ser familiares o adultos cercanos, y que la mayoría de los casos no se denuncia por miedo, dependencia económica o presión familiar. Estas dinámicas ocurren en un contexto donde la pobreza extrema, el acceso a salud sexual y reproductiva sigue siendo un tabú y la educación sexual integral es débil, acompañada de factores en los cuales la comunicación entre padres, madres y adolescentes está marcada por silencio, vergüenza o desinformación.

En el acceso a los servicios de salud, la línea de base identifica importantes limitaciones: la mayoría de las adolescentes llega tardíamente al primer control prenatal, muchas veces después de las 20 semanas; esto debido a factores socio demográficos como la accesibilidad de los centros de salud, la crisis de los cuidados y el poco acceso a recursos económicos para movilizarse, a factores de impacto psicosocial como la vergüenza, el miedo hacia sus agresores, la cultura del silencio y las persistentes experiencias de trato discriminatorio, aun en instituciones especializadas. Relacionado a la institucionalidad la inexistencia o inoperancia de espacios diferenciados de atención para adolescentes y la carencia de acceso a información científica y de calidad dificultan la atención integral. Aunque el personal de salud realiza esfuerzos significativos, las condiciones estructurales no les permiten garantizar una atención respetuosa, amigable y segura. Esto se suma a la ausencia de mecanismos sistemáticos para la detección de violencia y la derivación segura y sin revictimización de los casos de violencia sexual.

En el ámbito emocional, las adolescentes enfrentan sentimientos profundos de vergüenza, ansiedad, depresión y aislamiento. Muchas expresan miedo a salir de sus casas por temor al juicio social, mientras otras relatan sentirse confundidas o con pérdida de sentido frente a la maternidad temprana. La falta de apoyo psicológico institucional y comunitario especializado agrava esta situación, evidenciando la necesidad urgente de integrar atención en salud mental y acompañamiento psicosocial como un pilar del trabajo articulado. Asimismo, las redes de apoyo institucional son escasas, dependen de iniciativas individuales y carecen de coordinación intersectorial. Solo un pequeño porcentaje de adolescentes participa en organizaciones o clubes juveniles, pese al alto interés expresado en formar parte de actividades y programas que promuevan entornos libres de violencias.

Los hallazgos integrados confirman que es el comportamiento machista de hombres en su mayoría de edad mayor y menores que replican prácticas misóginas y violentas sobre los cuerpos de las niñas y adolescentes y que se sostiene avalados por la impunidad que impera en el país; este es un problema que se sigue identificando socialmente como un asunto privado o doméstico en el cual no se puede involucrar la comunidad. La línea de base establece así un diagnóstico profundo, territorializado y con evidencia para la acción en el cual se identifica como prioridades abordar lo siguiente:

1. Priorizar e implementar la educación sexual integral entre pares, con participación de padres, madres y juventudes en su diversidad.
2. Sensibilizar y construir articulación intersectorial con espacios que brindan servicios de salud diferenciados para adolescentes; proponer espacios de interlocución que incorporen enfoques de acción sin daño y derechos para contribuir a la permanencia escolar; prevenir uniones tempranas y violencia sexual a través de espacios de empoderamiento y reconstrucción de proyectos de vida de las niñas y adolescentes que sobrevivientes de estas violencias.
3. Ampliar el acompañamiento emocional y psicosocial desde la construcción de redes locales de protección sostenibles que integren salud, educación, municipalidades y organizaciones comunitarias y que coloque al centro el trato humanizado hacia las personas gestantes o sobrevivientes de violencias basadas en género .

II. INTRODUCCIÓN

Ecumenicas por el derecho a decidir presenta el estudio de línea de base como un instrumento orientador para la ejecución de base del proyecto **“Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras”**, en el marco de una iniciativa integral que busca contribuir a la reducción de los embarazos en niñas y adolescentes, la prevención de la violencia sexual y el fortalecimiento de la atención materna segura, respetuosa y libre de violencia.

Este documento responde a la necesidad de establecer con rigor metodológico la situación inicial de los indicadores de resultado e impacto del proyecto, generando información cuantitativa y cualitativa que permita medir los avances y transformaciones esperadas a lo largo del ciclo de intervención. De igual forma, el documento sienta las bases para la recolección de datos de calidad, la aplicación de metodologías mixtas sensibles al contexto y el cumplimiento estricto de principios éticos, con especial énfasis en el enfoque de género, derechos humanos, interseccionalidad y la acción sin daño.

El embarazo adolescente en Honduras constituye una problemática estructural vinculada a la desigualdad social y de género, a la persistencia de normas patriarcales y al limitado acceso de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) libres de estigma, discriminación y respetuosos. Según datos del Observatorio de Igualdad de Género de la CEPAL y del Instituto Nacional de Estadística (INE), el país mantiene una de las tasas más altas de fecundidad adolescente en América Latina, lo que refleja la confluencia de factores culturales, institucionales y económicos que limitan las oportunidades de desarrollo de las niñas y jóvenes. A nivel territorial, las brechas se profundizan en zonas rurales, indígenas y afrodescendientes, donde la cobertura de servicios de salud es deficiente y la educación sexual integral aún enfrenta resistencias sociales y religiosas. La situación se agrava por la persistencia de la violencia sexual y el abuso infantil, que generan maternidades forzadas, exclusión del sistema educativo y vulneración sistemática de derechos.

En este contexto, la línea de base se planteó como un ejercicio técnico de gran relevancia, no solo para establecer una fotografía inicial del contexto en el que operará el proyecto, sino también como un mecanismo de aprendizaje social y político, orientado a la transformación de las estructuras de inequidad que sostienen la maternidad temprana y la violencia de género.

Además, el presente documento se articula con los objetivos estratégicos de EDD, que buscan:

- Promover el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.
- Fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la prevención del embarazo adolescente.
- Incidir en políticas públicas sensibles al género y basadas en evidencia.
- Consolidar redes de apoyo psicosocial y comunitario que favorezcan maternidades seguras, libres y decididas.

La línea de base, por tanto, no se limitó a la medición de indicadores, sino que constituye una herramienta de incidencia política, planificación estratégica y monitoreo de cambios estructurales. Su ejecución se enmarca en una visión feminista e interseccional, que reconoce las múltiples dimensiones de la desigualdad (género, edad, etnia, ruralidad, clase social y orientación sexual) y que busca visibilizar las experiencias y voces de las niñas y adolescentes como protagonistas de su propio proceso de transformación.

Desde una perspectiva técnica, este protocolo adopto un enfoque de investigación mixta (cuantitativo y cualitativo) que permitirá obtener tanto mediciones objetivas como narrativas subjetivas sobre las percepciones, actitudes, prácticas y condiciones de vida de la población objetivo. La combinación de encuestas estructuradas, entrevistas a profundidad, grupos focales diferenciados, observación directa y mapeo participativo garantiza una comprensión integral de la realidad y una triangulación metodológica sólida.

El proceso se desarrollará bajo el principio de acción sin daño (Do No Harm), asegurando que ninguna participante experimente revictimización, exposición o riesgo durante las etapas de levantamiento. Los protocolos de ética y protección de datos se ajustarán a estándares internacionales y nacionales, garantizando el consentimiento informado, la confidencialidad, la anonimización de la información y los mecanismos de referencia en casos de violencia basada en género.

Finalmente, este documento constituye el punto de partida formal para la implementación del estudio de línea de base. Su estructura permite asegurar la trazabilidad de cada fase del proceso, desde la planificación y levantamiento de información hasta el análisis e interpretación de los resultados, estableciendo un marco de referencia que orientará las decisiones estratégicas de EDD y sus socios en los siete departamentos priorizados: Atlántida, Colón, Cortés, Olancho, Francisco Morazán, Santa Barbara e Intibucá. El protocolo se concibe como una herramienta técnica, ética y política, comprometida con la generación de evidencia confiable, la protección de los derechos humanos y la transformación cultural necesaria para que la maternidad en Honduras sea una elección libre, segura y digna.

III. ANTECEDENTES Y CONTEXTO

La maternidad adolescente en Honduras constituye uno de los desafíos sociales y de derechos humanos más persistentes del país, debido a que se encuentra estrechamente vinculada con patrones históricos de desigualdad, brechas estructurales y fallas institucionales que afectan de manera desproporcionada a niñas y adolescentes. Este fenómeno no solo refleja la persistencia de inequidades de género y pobreza, sino que también representa un indicador crítico del nivel de protección, autonomía y bienestar al que acceden las niñas en sus hogares y comunidades. Lejos de ser un evento aislado, el embarazo temprano emerge en un entramado de factores relacionados con la falta de oportunidades educativas, la violencia sexual, la ausencia de educación sexual integral, las normas culturales restrictivas y la débil articulación entre los sistemas de salud, educación y protección social. En un país donde la vulnerabilidad se profundiza por la pobreza multidimensional y las prácticas discriminatorias, la maternidad en la adolescencia constituye un síntoma de la reproducción intergeneracional de desigualdades y de la limitada capacidad institucional para garantizar derechos fundamentales.

Las cifras nacionales contribuyen a dimensionar esta problemática, aunque no siempre reflejan su magnitud real debido a inconsistencias en los sistemas de información. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA/MICS 2019), el 15% de las adolescentes hondureñas entre 15 y 19 años ya eran madres o estaban embarazadas, mientras que **un 5% de las mujeres del país reportó haber sufrido abuso sexual antes de los 12 años**. Estos datos evidencian una realidad marcada por la falta de prevención, el silencio y la impunidad, ya que en la mayoría de los casos los agresores pertenecen al círculo cercano. La Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM 2024) muestra que las mujeres alcanzan en promedio solo 7.5 años de estudio, cifra que desciende a 6.1 en áreas rurales, confirmando que la escolaridad limitada incrementa significativamente el riesgo de embarazo temprano. Sin embargo, una de las observaciones más relevantes de este estudio es la irregularidad encontrada en los registros administrativos del Instituto Nacional de Estadística, particularmente en la serie intercensal donde se observa una disminución abrupta e inexplicable en el número de adolescentes madres. Esta caída no coincide con los patrones observados en encuestas nacionales ni con los testimonios de personal de salud y actores comunitarios. La discrepancia puede ser consecuencia de subregistro, cambios metodológicos en la captación o inconsistencias en la clasificación, lo que obliga a interpretar con cautela cualquier tendencia basada únicamente en dichos registros y refuerza la importancia de triangulaciones metodológicas y levantamientos participativos como los desarrollados en el presente estudio.

El análisis institucional y cultural revela que la maternidad adolescente se desarrolla en un entorno marcado por mandatos patriarcales y dinámicas de poder profundamente arraigadas. En muchas comunidades (especialmente rurales o semi rurales) persiste la normalización de relaciones afectivas entre niñas y hombres mayores, así como la concepción de la maternidad como destino natural de la mujer, con la posición “eso es un asunto de pareja y privado no hay que meterse”. Estas dinámicas contribuyen a que los casos de violencia sexual, control emocional y coerción sean minimizados o interpretados como “relaciones consensuadas”, invisibilizando violaciones a derechos fundamentales. Al mismo tiempo, hablar de sexualidad continúa siendo un tabú en numerosos hogares hondureños. Las adolescentes crecen en entornos donde la información sobre métodos anticonceptivos, consentimiento, prevención del abuso, o toma de decisiones es limitada, sesgada o inexistente; esto reproduce ciclos de silencio, miedo y desconocimiento. En el ámbito escolar, las restricciones también persisten.

Los centros educativos públicos muestran mayor apertura hacia adolescentes embarazadas, mientras que los centros privados ejercen exclusión directa y justifican estas prácticas como medidas de protección del “prestigio institucional”, lo cual profundiza la discriminación y el abandono escolar.

Desde la perspectiva de la respuesta estatal, Honduras cuenta con marcos normativos y estrategias como la reforma al Código de Familia (2017), que prohibió los matrimonios infantiles, o la ENAPEA (Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo en Adolescentes), destinada a prevenir la maternidad temprana. No obstante, estas políticas enfrentan barreras de implementación relacionadas con presupuestos insuficientes, rotación de personal, ausencia de protocolos claros, falta de coordinación entre instituciones y limitaciones logísticas. En los territorios priorizados por este proyecto, las entrevistas revelan que los centros de salud carecen de personal suficiente (especialmente psicólogos y promotores comunitarios), no disponen de espacios confidenciales para atención diferenciada y enfrentan dificultades para abordar temas de sexualidad por prejuicios personales o comunitarios. Aunque existen esfuerzos de unidades locales como las Oficinas Municipales de la Mujer (OMM), su alcance es limitado y depende en gran medida de voluntades individuales más que de sistemas formales de articulación territorial.

En este contexto, la maternidad adolescente debe entenderse como el resultado de múltiples vulnerabilidades que se profundizan en territorios con rezago económico, baja escolaridad y dinámicas culturales restrictivas. El proyecto se desarrolló en municipios siete departamentos priorizados: Atlántida, Colón, Cortés, Olancho, Francisco Morazán, Santa Barbara e Intibucá con realidades contrastantes: zonas urbanas industrializadas como San Pedro Sula y Choloma, donde la violencia y el estigma comunitario son predominantes; territorios semi rurales como Ojojona y San Buenaventura, donde el temor al juicio social retrasa la búsqueda de apoyo formal; y zonas rurales dispersas como Intibucá y Catacamas, donde la distancia, la pobreza y la falta de transporte limitan el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. En todos estos contextos, se constató que las adolescentes enfrentan barreras similares: miedo al juicio moral, discriminación escolar, dependencia económica, ausencia de educación sexual integral y una atención en salud principalmente reactiva —centrada en el parto— y no preventiva o psicosocial.

En el contexto hondureño evidencia que la maternidad adolescente es un fenómeno estructural que se reproduce y perpetua por la convergencia de inequidades educativas, culturales, territoriales y de género. La irregularidad en los registros estadísticos oficiales, las profundas brechas en el sistema educativo y de salud, la normalización de relaciones desiguales y el silencio en torno a la sexualidad configuran un escenario donde las niñas continúan expuestas a maternidades tempranas sin acompañamiento adecuado. Esta línea de base surge como un instrumento clave para comprender esta realidad desde el territorio y desde las voces de quienes la viven, permitiendo orientar políticas, intervenciones y estrategias que garanticen los derechos, la dignidad y las oportunidades de las niñas y adolescentes en Honduras.

IV. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO DE LÍNEA DE BASE

Objetivo General

Generar un diagnóstico técnico, integral y basado en evidencia sobre la situación de las niñas y adolescentes embarazadas o madres jóvenes en los municipios priorizados del proyecto, con el fin de establecer una línea de base que oriente las acciones de prevención, atención y protección de derechos en el marco del proyecto “Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras”.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar socio demográficamente a las niñas y adolescentes embarazadas o madres jóvenes, incluyendo edad, escolaridad, situación del hogar, número de hijos, estado civil y condiciones socioeconómicas. Identificar brechas y barreras en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente aquellos relacionados con atención prenatal, consejería, disponibilidad de métodos anticonceptivos, trato recibido y condiciones de confidencialidad.
2. Analizar las trayectorias educativas y las causas asociadas al abandono o continuidad escolar, considerando discriminación, estigma, normas institucionales y apoyo familiar.
3. Examinar los factores comunitarios, culturales y familiares que inciden en la maternidad adolescente, tales como estigma, violencia sexual, uniones tempranas, dinámicas de género y roles impuestos.
4. Documentar las percepciones y capacidades de actores clave del territorio (personal de salud, OMM, patronatos, organizaciones comunitarias y liderazgos locales), identificando brechas institucionales y oportunidades de fortalecimiento.

V. ENFOQUE METODOLÓGICO

La línea de base del proyecto “Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras” se construyó a partir de un diseño metodológico que combina de manera articulada herramientas cuantitativas, cualitativas y revisión documental. El propósito no fue únicamente describir la situación de las niñas y adolescentes embarazadas o madres jóvenes, sino comprender las relaciones de poder, desigualdades de género y brechas institucionales que sostienen la maternidad temprana en los municipios priorizados.

El enfoque metodológico se estructuró sobre cuatro pilares:

1. Levantamiento de información primaria mediante encuesta a niñas y adolescentes;
2. profundización cualitativa con actores comunitarios e institucionales;
3. análisis comparativo con estadísticas oficiales del INE (ENDESA/MICS, estadísticas de Nacimientos y EPHPM 2024);
4. triangulación de hallazgos a través de distintas fuentes, territorios y tipos de informantes.

Todo el proceso se desarrolló bajo enfoque de derechos humanos, enfoque de derechos de la niñez y la adolescencia y estrictas consideraciones éticas de protección para no realizar acción con daño. Adicionando el análisis de género como un eje estratégico del análisis y la intervención de la organización Ecuménicas por el Derecho a Decidir quien a través su especialista en género realizaron la transversalización de los datos recabados a través de la línea de base.

Diseño general del estudio

El estudio se concibió como una línea de base explicativa, de carácter no experimental y de corte transversal. La unidad de análisis principal fueron niñas y adolescentes embarazadas o madres jóvenes, residentes en los municipios seleccionados, mientras que las unidades de observación complementarias fueron actores clave que trabajan directamente con esta población: personal de salud de centros integrales de salud (CIS), liderazgos comunitarios, organizaciones de mujeres y Oficinas Municipales de la Mujer (OMM).

El diseño reconoce que la maternidad adolescente es un fenómeno sub-registrado, estigmatizado y en muchos casos oculto, lo que limita la aplicación de esquemas muestrales probabilísticos clásicos. Por ello, se optó por una combinación de muestreo intencional y de oportunidad, priorizando el contacto con adolescentes ya identificadas por servicios de salud locales, redes comunitarias y organizaciones acompañantes del proyecto.

En paralelo, se realizó una revisión sistemática de fuentes secundarias para contextualizar los hallazgos:

- ENDESA/MICS 2019 para indicadores de embarazo adolescente, abuso sexual y violencia contra las mujeres.
- Estadísticas de Nacimientos 2013-2014 (INE) para la situación de madres de 10 a 14 años.
- LXXXI EPHPM 2024 para analizar el rezago educativo de las mujeres (años promedio de estudio por edad, dominio geográfico y condición socioeconómica).
-

Esta combinación permitió anclar el análisis territorial en un marco nacional de referencia y detectar posibles inconsistencias o subestimaciones en los registros oficiales

Ámbito territorial y población de referencia

El trabajo de campo se desarrolló en cinco departamentos que concentran una mezcla de contextos urbanos, periurbanos y rurales, con alta presencia de pobreza, violencia y limitaciones de acceso a servicios:

- Colón: Trujillo.
- Cortés: San Pedro Sula y Choloma.
- Francisco Morazán: Distrito Central, Ojojona, San Buenaventura y Santa Ana.
- Intibucá: Intibucá, Jesús de Otoro, La Esperanza y Yamaranguila.
- Olancho: Catacamas.
- Santa Barbara: Azacualpa, Arada, Macuelizo, Colinas, Trinidad, Las Vegas

La población objetivo primaria estuvo conformada por niñas y adolescentes de entre 10 y 21 años, embarazadas o madres jóvenes, residentes en los municipios priorizados. La población objetivo secundaria estuvo formada por:

- Personal de salud de CIS y establecimientos de primer nivel.
- Líderes y lideresas comunitarias.
- Representantes de organizaciones de mujeres, en particular colectivos que trabajan violencia, derechos sexuales y reproductivos y protección de niñas y adolescentes.
- Personal de OMM y otras dependencias municipales vinculadas con niñez y adolescencia.

La inclusión de estos actores respondió a la necesidad de leer el fenómeno desde varios ángulos: el de las adolescentes, el de las instituciones que las atienden (o que no logran atenderlas) y el de las comunidades que reproducen o cuestionan las normas sociales que sostienen el embarazo temprano.

Componente cuantitativo: encuesta a niñas y adolescentes

Instrumento y dimensiones de análisis

El instrumento cuantitativo fue un cuestionario estructurado, diseñado específicamente para este estudio y programado en KoboToolbox / KoboCollect. El cuestionario se organizó en bloques temáticos que responden al marco de resultados del proyecto:

1. Identificación y características sociodemográficas

Edad, lugar de residencia, composición del hogar, situación conyugal.

2. Trayectoria educativa y situación actual

Nivel máximo aprobado, estado actual (estudia / dejó de estudiar), causas de deserción, condiciones para el retorno.

3. Historia del embarazo y maternidad

Edad al primer embarazo, planificación o no del embarazo, reacción familiar y comunitaria, cambios percibidos en su vida cotidiana.

4. Salud sexual y reproductiva

Conocimiento de métodos anticonceptivos, acceso previo a información y servicios, uso de servicios de control prenatal, experiencias en centros de salud.

5. Violencia, abuso y discriminación

Situaciones de violencia física, psicológica o sexual antes y después del embarazo; discriminación en el hogar, comunidad, escuela y servicios.

6. Apoyo familiar, comunitario e institucional

Redes de apoyo percibidas, actores que apoyan y actores que juzgan; apoyos materiales y emocionales.

7. Estado emocional y expectativas

Sentimientos asociados al embarazo y maternidad, percepción de futuro, proyectos personales, expectativas en educación y trabajo.

El diseño del cuestionario buscó equilibrar la necesidad de información con la protección emocional, evitando preguntas revictimizantes y utilizando formulaciones progresivas (de general a sensible), con saltos automáticos programados en Kobo para no exponer a las adolescentes a preguntas que no aplicaban a su situación.

Estrategia de selección y levantamiento

Dado el carácter sensible del tema y la ausencia de marcos de muestreo específicos para niñas y adolescentes embarazadas, se adoptó una estrategia de muestreo intencional y de cadena (tipo bola de nieve controlada):

- Contacto inicial con adolescentes identificadas por CIS, OMM, organizaciones de base y redes comunitarias.
- Validación de criterios de inclusión: edad, condición de embarazo o maternidad, residencia en los municipios priorizados y consentimiento informado.
- En algunos casos, las propias participantes refirieron a otras adolescentes en situación similar, lo que permitió ampliar la cobertura sin recurrir a mecanismos de búsqueda masiva que pudieran exponerlas.

El levantamiento se realizó cara a cara, en espacios previamente acordados con las adolescentes y/o sus familias, priorizando horarios diurnos y sitios percibidos como seguros (vivienda, centros de salud, espacios comunitarios). El equipo encuestador estuvo conformado por personal con experiencia en trabajo de campo y manejo de temas sensibles, lo que redujo el riesgo de institucionalizar entrevistas frías o meramente procedimentales.

Procesamiento y análisis estadístico

Las entrevistas capturadas en Kobo fueron exportadas a Excel y posteriormente a SPSS para su procesamiento. Se aplicaron las siguientes etapas:

- Limpieza: revisión de rangos, detección de valores atípicos y corrección de inconsistencias lógicas entre preguntas.
- Validación: contraste de totales, revisión de patrones de no respuesta y coherencia interna en variables clave (edad – nivel educativo – edad al embarazo, por ejemplo).
- Construcción de indicadores: elaboración de distribuciones de frecuencia, porcentajes, cruces simples y, cuando fue pertinente, combinación de variables para estimar brechas de acceso a educación y servicios de salud.

La generación de gráficos y resúmenes visuales se realizó en Power BI, lo que permitió construir un primer tablero de lectura rápida sobre el perfil de las adolescentes encuestadas y sus principales condiciones de vulnerabilidad. Estos resultados se utilizaron como insumo para orientar el análisis cualitativo y para contrastar con los datos del INE (ENDESA 2019, Estadísticas de Nacimientos y EPHPM 2024).

Componente cualitativo: voces de la comunidad y del sistema de salud

Selección de participantes y dispositivos de recolección

El componente cualitativo se diseñó bajo una lógica de muestreo intencionado, buscando perfilar participantes que, desde su práctica cotidiana, se relacionan directamente con niñas y adolescentes en condición de embarazo. Más que un conteo rígido de grupos o entrevistas, se priorizó la diversidad de miradas y la representatividad funcional de quienes participaron.

Se trabajó con:

- Personal de centros de salud (médicas/os, enfermeras, auxiliares, trabajadoras sociales, psicología cuando estuvo disponible).
- Liderazgos comunitarios: patronatos, redes de voluntarias de salud, referentes barriales y rurales.
- Representantes de organizaciones de mujeres y colectivos que abordan violencia, salud sexual y derechos de las adolescentes.
- Personal de Oficinas Municipales de la Mujer, especialmente en municipios donde ya existe colaboración con el sector salud.

Se utilizaron principalmente dos dispositivos:

- Grupos focales, para recoger percepciones compartidas, acuerdos, tensiones y relatos colectivos sobre embarazos en menores, reacciones comunitarias, rol de las instituciones y brechas de servicios.
- Entrevistas semiestructuradas, para profundizar en la experiencia de atención desde el sistema de salud y en los desafíos operativos y éticos que enfrenta el personal que atiende a adolescentes embarazadas.

Registro, transcripción y codificación

Todas las sesiones fueron grabadas en audio con el consentimiento de las personas participantes. Posteriormente, el material fue transcrito de forma textual, preservando expresiones clave que permiten entender el tono y la carga emocional de los discursos.

Las transcripciones se importaron al software NVivo, donde se llevó a cabo un proceso de codificación en tres etapas:

1. Codificación abierta: identificación de unidades de significado vinculadas a temas como: ser madre adolescente, estigma, trato institucional, redes de apoyo, violencia, acceso a servicios, rol de las iglesias, decisiones familiares, ocultamiento del embarazo, etc.
2. Codificación axial: agrupación de códigos en categorías intermedias que articularan dimensiones estructurales (pobreza, género, normas sociales), institucionales (respuesta del sistema de salud, OMM, escuelas) y subjetivas (miedo, culpa, vergüenza, resiliencia).
3. Codificación selectiva: organización de categorías centrales y subcategorías, definiendo ejes temáticos para la redacción del informe: educación, salud, violencia, redes de apoyo, brechas institucionales, entre otros.

Para analizar la densidad de relaciones entre categorías y observar coocurrencias temáticas, se utilizó MAXQDA, lo que permitió generar matrices de cruce entre temas (por ejemplo, “juicio comunitario” con “no acudir al centro de salud”, o “escuela privada” con “expulsión/deserción”) y fortalecer la consistencia de las interpretaciones.

Triangulación con datos cuantitativos y fuentes secundarias

El análisis cualitativo no se trabajó de manera aislada, sino en diálogo continuo con:

- Los resultados de la encuesta aplicada a niñas y adolescentes.
- Los indicadores de ENDESA/MICS 2019 sobre maternidad adolescente y violencia sexual.
- La evidencia de las Estadísticas de Nacimientos 2013-2014 sobre nacimientos en niñas de 10 a 14 años.
- Los datos de la EPHPM 2024 sobre rezago educativo de mujeres por dominio geográfico y quintil de ingreso.

Esta triangulación permitió, por ejemplo, contrastar el discurso institucional de que “hay pocos casos” con la evidencia de subregistro o de ocultamiento, o relacionar el rezago educativo en áreas rurales con testimonios de adolescentes que abandonaron la escuela por embarazo, discriminación o falta de apoyo.

Consideraciones éticas y de protección

Dado que la población objetivo incluye niñas y adolescentes en situación de alta vulnerabilidad, la ética de la investigación fue un componente central de la metodología, no un requisito formal.

Se implementaron, entre otras, las siguientes medidas:

- **Consentimiento informado adaptado a la edad y contexto:**

1. En el caso de menores, se explicó el propósito del estudio en lenguaje sencillo y se contó con autorización de madre, padre, tutor/a o referente responsable, cuando fue posible.
2. Se reforzó el carácter voluntario de la participación y el derecho a no responder preguntas que generaran incomodidad.

- **Confidencialidad y anonimato:**

1. No se recogieron nombres completos ni datos que permitieran la identificación directa de las participantes en los productos analíticos.
2. Las citas textuales presentadas en el informe fueron anonimizadas y desasociadas de elementos que permitieran reconocer a las adolescentes, su familia o su comunidad específica.

- **Manejo de información sensible:**

1. En situaciones donde emergieron relatos de violencia sexual o riesgo, se evitó insistir o profundizar en detalles que pudieran reabrir traumas.

2. Se brindó orientación básica sobre rutas locales de atención (centros de salud, OMM, instancias de protección) cuando correspondía, sin sustituir los canales formales de denuncia o acompañamiento.

- **Protección del equipo de campo:**

1. Se promovieron espacios de reflexión interna para el equipo encuestador y facilitadoras/es, considerando la carga emocional que implica escuchar testimonios de violencia, abuso y maternidad temprana.

Alcances y limitaciones del estudio

La metodología adoptada permite construir un diagnóstico sólido y útil para la toma de decisiones, pero también tiene límites que es necesario reconocer:

- La selección de adolescentes se basó en redes de referencia y contactos institucionales, lo que no permite inferencias probabilísticas a todo el universo de niñas y adolescentes embarazadas del país. Sin embargo, el estudio sí ofrece una radiografía consistente de contextos prioritarios y patrones que se repiten en distintos territorios.
- El estigma y el ocultamiento de los embarazos en menores, así como el miedo a contar experiencias de abuso sexual, podrían llevar a una subdeclaración de ciertos eventos. Esto se intentó mitigar mediante entrevistas en espacios seguros, lenguaje cuidadoso y equipo de campo sensibilizado, pero sigue siendo un límite estructural.
- En el componente cualitativo, la participación de iglesias y algunos actores institucionales fue limitada o indirecta, lo que restringe el análisis de su rol en algunos territorios. No obstante, los testimonios de salud, OMM y liderazgos comunitarios permiten identificar tendencias claras sobre su influencia, apoyo o resistencia.
- La comparación con estadísticas del INE (ENDESA, Estadísticas de Nacimientos, EPHPM 2024) permitió detectar posibles inconsistencias y caídas abruptas en algunos indicadores de maternidad adolescente y nacimientos en menores, lo que sugiere subregistro o cambios metodológicos. El informe retoma estas irregularidades no como falla del estudio, sino como un insumo crítico para cuestionar la calidad del dato oficial y la visibilización real del problema.

Pese a estas limitaciones, la combinación de encuesta, trabajo cualitativo y contraste con fuentes secundarias ofrece una base sólida y rigurosa para orientar la estrategia de intervención del proyecto, ajustar la teoría de cambio, definir indicadores y establecer líneas de acción focalizadas en prevención, atención y restitución de derechos de niñas y adolescentes.

VI. RESULTADOS CUANTITATIVOS

El análisis cuantitativo presentado en este capítulo se basa en la encuesta estructurada aplicada a niñas y adolescentes embarazadas o madres jóvenes en los departamentos de Colón, Cortés, Francisco Morazán, Intibucá, Santa Barbara y Olancho. Los datos permiten establecer una fotografía inicial sobre sus perfiles demográficos, trayectorias educativas, experiencias vinculadas al embarazo y maternidad, acceso a servicios de salud y redes de apoyo. Esta información constituye el punto de partida técnico para el monitoreo de avances en el marco del proyecto.

La interpretación de resultados se complementa con datos oficiales del INE (ENDESA/MICS 2019, Estadísticas de Nacimientos 2013-2014 y EPMP 2024) con el fin de contextualizar los hallazgos en la realidad nacional. Esta triangulación demuestra que la maternidad adolescente en Honduras continúa siendo un problema estructural arraigado en desigualdades de género, pobreza, violencia sexual y falta de acceso a servicios de educación sexual integral.

Ilustración 1: Componente 1: Edad y Nivel Educativo



Fuente: Línea de Base del Proyecto “Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras”, Conexiones-EDD, 2025.

1. DESCRIPCIÓN

La imagen presenta dos gráficos que describen el perfil sociodemográfico de las adolescentes encuestadas. El primer gráfico muestra la distribución porcentual según edad, abarcando desde los 12 hasta los 21 años. Se observan valores bajos en edades muy tempranas —1% a los 12 años y 3% a los 13— seguidos de un ascenso progresivo en los 14 y 15 años, y alcanzando los porcentajes más altos entre los 16 y 20 años (14%, 11%, 15%, 14% y 17% respectivamente). El segundo gráfico detalla el nivel educativo alcanzado por las adolescentes: primaria representa el 36%, secundaria el 33% y media el 15%, mientras que el 11% nunca asistió a la escuela, y solo un 2% alcanzó la universidad y otro 2% la educación técnica.

Ambos gráficos capturan la estructura sociodemográfica y educativa de la población objetivo del proyecto, evidenciando un perfil caracterizado por adolescencia media y tardía, con rezago educativo significativo.

1. ANÁLISIS

La presencia de embarazos desde los 12 y 13 años (4% combinado) es una señal alarmante de violación de derechos. En el contexto hondureño, donde el informe menciona que el 5% de las mujeres del país reportó haber sufrido abuso sexual antes de los 12 años y los hallazgos cualitativos revelan que la violencia sexual e incesto son factores centrales, estos casos en niñas tan jóvenes no son incidentes aislados. Indican fallas graves en la detección de violencia sexual y la persistencia de un "silencio social" que encubre estos crímenes por miedo, dependencia económica o presión familiar. Esto refleja una impunidad estructural y normas patriarcales que minimizan la agencia de las niñas.

El nivel educativo es un indicador crítico de desigualdad de género. Que un 11% de las adolescentes nunca haya asistido a la escuela y que un 36% solo alcance la primaria, sumado al 33% que llega a secundaria y un 15% a media (bachillerato), demuestra cómo el embarazo adolescente interrumpe drásticamente las trayectorias educativas. El informe lo confirma al indicar que la maternidad temprana es una causa directa del abandono escolar. En el contexto hondureño, esto perpetúa un ciclo de pobreza intergeneracional, ya que la falta de educación limita las oportunidades laborales y la autonomía económica de las mujeres, reforzando su dependencia y vulnerabilidad. La cifra de 6.1 años de estudio para mujeres en zonas rurales es consistente con esta realidad, mostrando la feminización de la pobreza y la exclusión.

Aunque la mayoría de los embarazos se concentran en adolescentes mayores (16-20 años), el documento subraya que incluso en estas edades, la maternidad se da en un contexto de estigma y discriminación, especialmente en entornos rurales donde "formar pareja a los 11 o 15 años no siempre se considera problemático". Esto naturaliza la maternidad temprana como parte del rol tradicional femenino y dificulta la prevención efectiva.

2. ANÁLISIS DE BRECHA

Los datos reflejan tres brechas contundentes.

1. La primera es una brecha de protección: los embarazos antes de los 14 años evidencian fallas graves en la detección de violencia sexual, pues los servicios de salud no activan protocolos obligatorios y las comunidades tienden a encubrir estos casos para evitar el "qué dirán" o conflictos con figuras masculinas de poder local.
2. La segunda es una brecha educativa estructural, expresada en la deserción acelerada y en la falta de políticas de permanencia o reinserción para madres adolescentes, especialmente en colegios privados donde, según los grupos focales, se ejerce presión directa para que las jóvenes abandonen la institución por "cuidar el prestigio".
3. La tercera es una brecha territorial e interseccional, ya que las adolescentes de zonas rurales, indígenas o con condiciones económicas precarias enfrentan dobles y triples barreras: menor acceso a educación, mayor estigmatización y mayores limitaciones para recibir información y servicios de salud sexual y reproductiva.

Estos hallazgos muestran que la edad y el nivel educativo no solo describen un perfil demográfico, sino que revelan un entramado de desigualdades que sostienen el ciclo de embarazo adolescente y que requieren intervenciones específicas, interseccionales y culturalmente pertinentes.

ILUSTRACIÓN 2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA



Fuente: Línea de Base del Proyecto "Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras", Conexiones-EDD, 2025.

1. DESCRIPCIÓN

El gráfico presenta la distribución porcentual de las adolescentes encuestadas según su departamento de residencia. Se observan dos departamentos con la mayor representación: Intibucá (32%) y Francisco Morazán (32%), lo que evidencia que casi dos tercios de las participantes provienen de estos territorios. En un segundo nivel se encuentran Cortés (15%) y Olancho (15%), ambos con una participación intermedia que refleja dinámicas urbanas y rurales diferenciadas. Finalmente, Colón (7%) representa el porcentaje más bajo dentro del conjunto de departamentos incluidos en el levantamiento. La distribución muestra un predominio de territorios rurales y semi rurales (Intibucá, Olancho), junto con zonas de alta densidad poblacional urbana (Francisco Morazán y Cortés), lo que permite comparar comportamientos de la maternidad adolescente en contextos sociodemográficos contrastantes.

2. ANÁLISIS

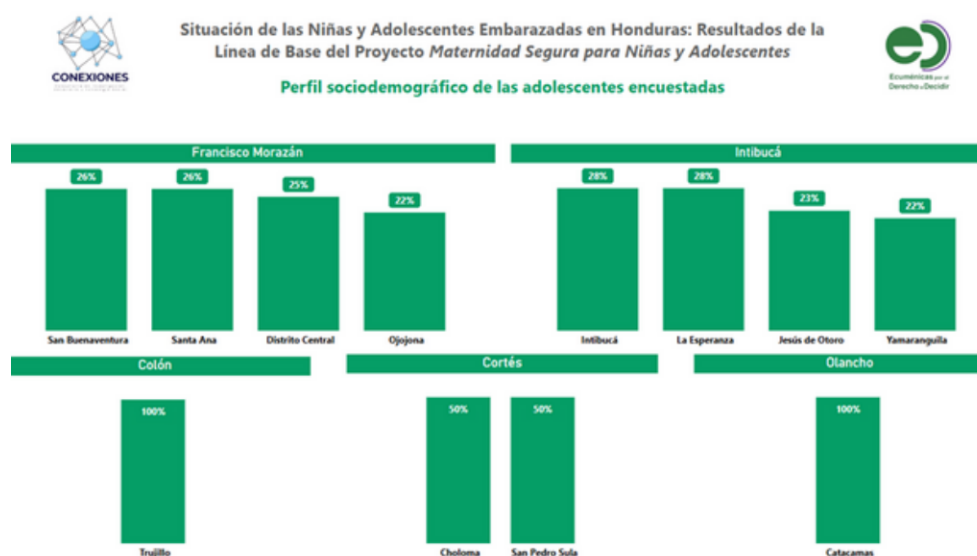
Este gráfico evidencia una brecha territorial estructural y la interseccionalidad de las vulnerabilidades en Honduras. La alta concentración en Intibucá (32%) y Olancho (15%) subraya cómo el fenómeno se intensifica en territorios rurales y semi-rurales. Como menciona el informe, Intibucá se caracteriza por "pobreza multidimensional, dispersión geográfica, barreras culturales y acceso limitado a servicios educativos y de salud". En estas zonas, las normas patriarcales, las uniones tempranas y el silencio ante el abuso son predominantes. La brecha de acceso a servicios es más profunda en comunidades indígenas lenkas, donde las normas culturales restringen la discusión sobre sexualidad y dificultan la denuncia. Esto refuerza la idea de que la ubicación geográfica, combinada con la etnia y la pobreza, agudiza las desigualdades de género.

La presencia significativa en Francisco Morazán (32%) y Cortés (15%) refleja realidades urbanas y periurbanas donde el embarazo adolescente se asocia a "migración interna, hogares fragmentados, violencia urbana y acceso irregular a educación sexual integral". En San Pedro Sula y Choloma (Cortés), el informe indica que "la violencia y el estigma comunitario son predominantes". Esto sugiere que, si bien la ruralidad y la etnia son factores clave, la violencia comunitaria y las precarias condiciones socioeconómicas en zonas urbanas también empujan a las adolescentes a la maternidad temprana, a menudo forzada o resultado de relaciones desiguales de poder. La baja representación de Colón y Santa Barbara (7%) no debe interpretarse como menor incidencia del fenómeno, sino como un reflejo de su menor densidad poblacional en la muestra, manteniendo condiciones culturales y estructurales similares a las de Intibucá y Olancho. La variabilidad territorial exige estrategias diferenciadas que consideren la intersección de género, geografía y nivel socioeconómico.

ANÁLISIS DE BRECHA EN EL CONTEXTO DEL PROYECTO

La distribución interdepartamental evidencia una brecha territorial estructural, en la que las adolescentes de departamentos rurales como Intibucá y Olancho enfrentan mayores obstáculos para acceder a servicios de salud, educación y protección, lo que favorece la aparición de embarazos tempranos y la perpetuación del silencio ante posibles casos de violencia sexual. Estas brechas son más profundas en comunidades indígenas lencas, donde las normas culturales restringen la discusión abierta sobre sexualidad y dificultan la denuncia. Por otro lado, en los departamentos con mayor urbanización, como Francisco Morazán y Cortés, la brecha se expresa en términos de déficit de políticas preventivas, falta de educación sexual integral y patrones de violencia urbana, lo que reduce la capacidad de las instituciones para prevenir embarazos tempranos desde la escuela y los servicios de salud. Finalmente, la brecha institucional atraviesa todos los territorios: no existen mecanismos articulares de detección temprana, seguimiento ni acompañamiento para adolescentes embarazadas, y las OMM carecen de recursos suficientes para brindar apoyo constante. En conjunto, esta distribución territorial no solo señala dónde están las adolescentes, sino qué tan desiguales son sus oportunidades dependiendo del departamento en el que viven, lo que obliga al proyecto a diferenciar estrategias según el contexto rural, urbano o semi rural.

ILUSTRACIÓN 3: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR MUNICIPIO DENTRO DE CADA DEPARTAMENTO



Fuente: Línea de Base del Proyecto "Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras", Conexiones-EDD, 2025.

1. DESCRIPCIÓN

La imagen presenta la distribución porcentual de las adolescentes encuestadas según su municipio de residencia dentro de cada departamento incluido en el estudio. En Francisco Morazán, los valores se distribuyen entre San Buenaventura (26%), Santa Ana (26%), Distrito Central (25%) y Ojojona (22%), mostrando una cobertura relativamente equilibrada entre zonas urbanas y semi rurales. En Intibucá, la distribución también es amplia y diversa: Intibucá (28%), La Esperanza (28%), Jesús de Otoro (23%) y Yamaranguila (22%), reflejando territorios predominantemente rurales e indígenas. En Colón solo se reporta el municipio de Trujillo, que representa el 100% de los casos en ese departamento. Para Cortés, los datos se dividen entre Choloma (50%) y San Pedro Sula (50%), mientras que en Olancho la totalidad corresponde a Catacamas (100%). En conjunto, la imagen muestra la diversidad territorial del levantamiento, combinando municipios urbanos, rurales, semi rurales e indígenas.

2. ANÁLISIS

Este gráfico complementa el anterior, mostrando la granularidad de las desigualdades dentro de los departamentos y la diversidad de contextos que influyen en la maternidad adolescente.

La distribución revela que la maternidad adolescente no es homogénea y está influida por las características específicas de cada municipio. En Francisco Morazán, el Distrito Central (urbano) aporta casos desde un entorno de "violencia, pobreza y fragmentación familiar", mientras que municipios como Ojojona, San Buenaventura Santa Barbara y Santa Ana (semi-rurales) muestran un vínculo con "estigma comunitario, uniones tempranas y menor acceso a educación media". Esto refuerza la idea de que la interseccionalidad de factores como la urbanidad/ruralidad, la pobreza y las dinámicas familiares son determinantes.

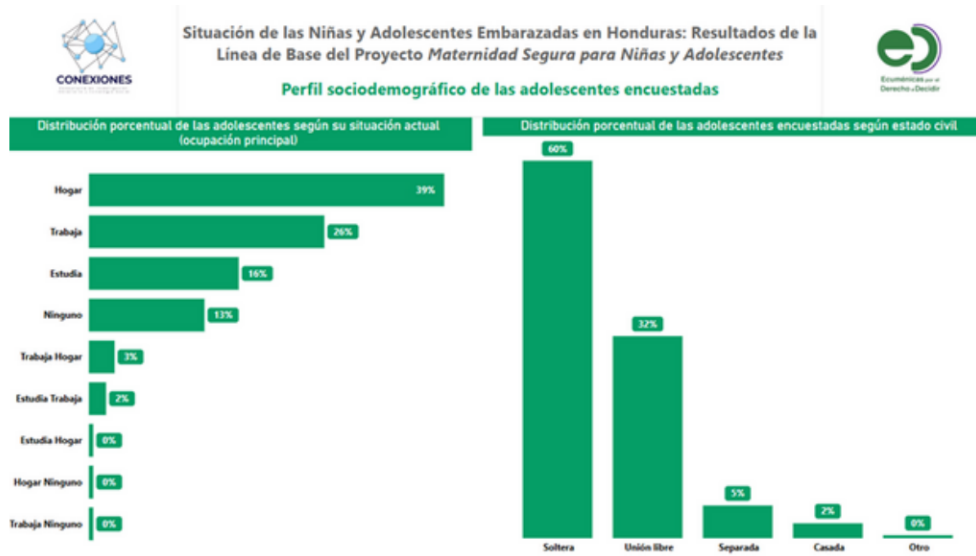
La distribución relativamente homogénea en Intibucá (28%, 28%, 23%, 22% en sus municipios) sugiere que la problemática está distribuida de manera generalizada en este departamento, asociada a "rezago estructural, barreras de acceso, contextos indígenas lenca y patrones culturales que limitan la autonomía de las adolescentes". Esto es crítico desde una perspectiva de género, ya que en estas comunidades las normas culturales restringen la autonomía de las niñas y mujeres, las posibilidades de discutir sobre sexualidad y la denuncia de abusos. La concentración total en Trujillo (Colón) y Catacamas (Olancho) ilustra que en estos territorios, "las distancias geográficas, la falta de transporte y la baja disponibilidad de servicios de salud reproductiva influyen directamente en la ocurrencia y manejo del embarazo adolescente". Para las adolescentes, esto significa barreras adicionales para acceder a servicios esenciales, lo que profundiza su vulnerabilidad y limita su capacidad de decisión sobre su salud sexual y reproductiva.

La división equitativa entre Choloma y San Pedro Sula (50% cada uno) en Cortés y Santa Barbara, refleja un fenómeno ligado a "dinámicas urbanas-industriales (migración interna, trabajo precario, ausencia de supervisión parental) así como a violencia comunitaria y exposición a relaciones desiguales". La precariedad laboral y la ausencia de supervisión parental pueden dejar a las adolescentes en situaciones de mayor riesgo de violencia y explotación de sus cuerpos por el simple hecho de ser mujeres o corporalidades femeninas.

1. ANÁLISIS DE BRECHA EN EL CONTEXTO TERRITORIAL

Los datos evidencian tres tipos de brechas cruciales. La primera es una brecha territorial rural-urbana, pues, aunque el embarazo adolescente está presente en municipios metropolitanos como San Pedro Sula y el Distrito Central, las brechas más profundas aparecen en municipios rurales e indígenas de Intibucá, donde la disponibilidad de servicios de salud, educación y protección es menor, y donde el control social y el estigma impiden que las adolescentes busquen ayuda o denuncien situaciones de violencia sexual. La segunda es una brecha de acceso a servicios, evidente en territorios como Catacamas y Trujillo, donde la distancia física entre comunidades y centros de salud limita la atención oportuna, mientras que las OMM cuentan con recursos muy limitados para acompañar casos. La tercera es una brecha cultural y de género, especialmente visible en municipios rurales donde prevalecen normas patriarcales que normalizan uniones tempranas, responsabilizan exclusivamente a la adolescente y silencian a los agresores. En municipios urbanos como San Pedro Sula, estas brechas se manifiestan de manera distinta: mayor exposición a violencia comunitaria, relaciones de poder desiguales y falta de educación sexual integral. En síntesis, el análisis municipal permite comprender que el territorio no solo determina la distribución de los casos, sino también la profundidad de las vulnerabilidades, el tipo de riesgos y las oportunidades de intervención diferenciada para el proyecto.

ILUSTRACIÓN 4: SITUACIÓN ACTUAL (OCUPACIÓN) Y ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES



Fuente: Línea de Base del Proyecto “Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras”, Conexiones-EDD, 2025.

1. DESCRIPCIÓN

La imagen presenta dos gráficos complementarios que describen la situación actual de las adolescentes encuestadas. El primer gráfico muestra la ocupación principal: el 39% se dedica exclusivamente a labores del hogar, un 26% trabaja, el 16% estudia, el 13% no realiza ninguna actividad y porcentajes menores combinan trabajo y hogar (3%) o estudio y trabajo (2%). No se registran casos relevantes en categorías como “estudia y hogar”, “hogar y ninguno” o “trabaja y ninguno”. El segundo gráfico presenta el estado civil, donde la mayoría de las adolescentes se declara soltera (60%), seguida de un 32% en unión libre, mientras que el 5% está separada y solo el 2% se encuentra casada. Estas distribuciones permiten observar la carga de responsabilidades que enfrentan las adolescentes y las formas en que la maternidad temprana se inserta en dinámicas de dependencia afectiva, económica y doméstica.

2. ANÁLISIS

Estos gráficos exponen brechas estructurales profundas de género, socioeconómicas y de protección que afectan la autonomía de las adolescentes.

Feminización de las Labores del Hogar y Abandono Educativo reflejan el 39% de las encuestadas que se han dedicado exclusivamente a labores del hogar y el 16% que estudia, contrastan con el 33% que trabaja o combina trabajo/estudio/hogar. Esto refleja una transición acelerada a responsabilidades adultas, donde la maternidad temprana impone la carga del cuidado y el trabajo doméstico casi exclusivamente sobre las adolescentes. Esto limita su permanencia en el sistema educativo y restringe su participación en actividades productivas que mejoren sus ingresos. En Honduras, esto reproduce la división sexual del trabajo y la dependencia económica, un pilar fundamental del sistema patriarcal y perpetua las violencias basadas en género.

El 32% en unión libre y el 2% casada (34% combinado) es significativo. El informe señala que muchas de estas uniones libres involucran a "hombres mayores y constituyen formas de violencia estructural invisibilizada". Las adolescentes quedan sujetas a relaciones desiguales que condicionan su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, oportunidades educativas y protección. Esto se alinea con la normalización cultural de uniones tempranas en el contexto hondureño, especialmente en zonas rurales, donde el machismo minimiza la responsabilidad masculina y carga a la mujer con el "juicio social".

En relación a la vulnerabilidad económica y limitación de autonomía: El 26% que trabaja lo hace generalmente en condiciones precarias e informales, lo que sumado a la dependencia económica hacia sus parejas o familias, reduce su capacidad para negociar decisiones reproductivas y educativas. Este escenario contribuye a un ciclo de maternidad temprana, dependencia económica y exclusión sistemática.

1. ANÁLISIS DE BRECHA EN EL CONTEXTO DEL PROYECTO

Los dos gráficos exponen brechas estructurales profundas que afectan directamente la autonomía de las adolescentes. La primera es una brecha de género, ya que la carga del cuidado y del trabajo doméstico recae casi exclusivamente sobre ellas, lo que limita su permanencia en el sistema educativo y restringe su participación en actividades productivas que puedan mejorar sus ingresos y su independencia. La segunda es una brecha socioeconómica, evidenciada por la alta proporción de adolescentes que trabajan en condiciones informales y la ausencia de mecanismos institucionales que faciliten la reinserción educativa o el acceso a empleo digno. La tercera es una brecha de protección, especialmente vinculada a las uniones libres, pues muchas involucran a hombres mayores y constituyen formas de violencia estructural invisibilizada, donde la adolescente queda sujeta a relaciones desiguales que condicionan su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, a oportunidades educativas y a circuitos de protección contra la violencia. Finalmente, estos datos reflejan que las políticas públicas no están respondiendo a la multidimensionalidad del problema: las OMM tienen recursos insuficientes para acompañar casos, los centros educativos carecen de protocolos para evitar la deserción y las unidades de salud aún no aplican estrategias diferenciadas para adolescentes madres o embarazadas. La suma de estas brechas reproduce un ciclo de maternidad temprana, dependencia económica y exclusión que afecta de manera desigual a niñas y adolescentes según su territorio de origen.

ILUSTRACIÓN 5: GRUPO ÉTNICO Y CONDICIÓN ACTUAL DE EMBARAZO



Fuente: Línea de Base del Proyecto “Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras”, Conexiones-EDD, 2025.

1. DESCRIPCIÓN

La imagen contiene dos gráficos circulares. El primero muestra la distribución porcentual de las adolescentes según pertenencia a grupo étnico. La mayoría, un 91%, no se identifica con ningún grupo étnico, mientras que el 7% se reconoce como misquita, el 2% como lenca y un porcentaje mínimo aparece como “otro”. El segundo gráfico presenta la condición actual del embarazo: el 71% de las adolescentes no está embarazada en este momento, lo que implica que ya son madres jóvenes; mientras que el 29% sí se encuentra actualmente embarazada. Ambos gráficos permiten comprender la composición cultural de la muestra y las características reproductivas de las adolescentes que participaron.

2. ANÁLISIS

Estos gráficos son cruciales para entender las brechas culturales y las implicaciones de la maternidad temprana en Honduras.

Existe un sub-registro étnico y brecha cultural según el estudio el 91% no se identifica con ningún grupo étnico es un dato engañoso, ya que el levantamiento se realizó en territorios con comunidades indígenas. Esto sugiere "estigmatización, pérdida progresiva de identidad comunitaria o la percepción de que la identidad indígena no aporta beneficios tangibles en el acceso a servicios". Desde una perspectiva de género, la invisibilidad étnica se traduce en la ausencia de políticas culturalmente adecuadas en salud y educación, afectando especialmente a las adolescentes indígenas que enfrentan "barreras lingüísticas, geográficas y culturales". Esto limita su acceso a información y servicios sensibles a su cultura, perpetuando desigualdades.

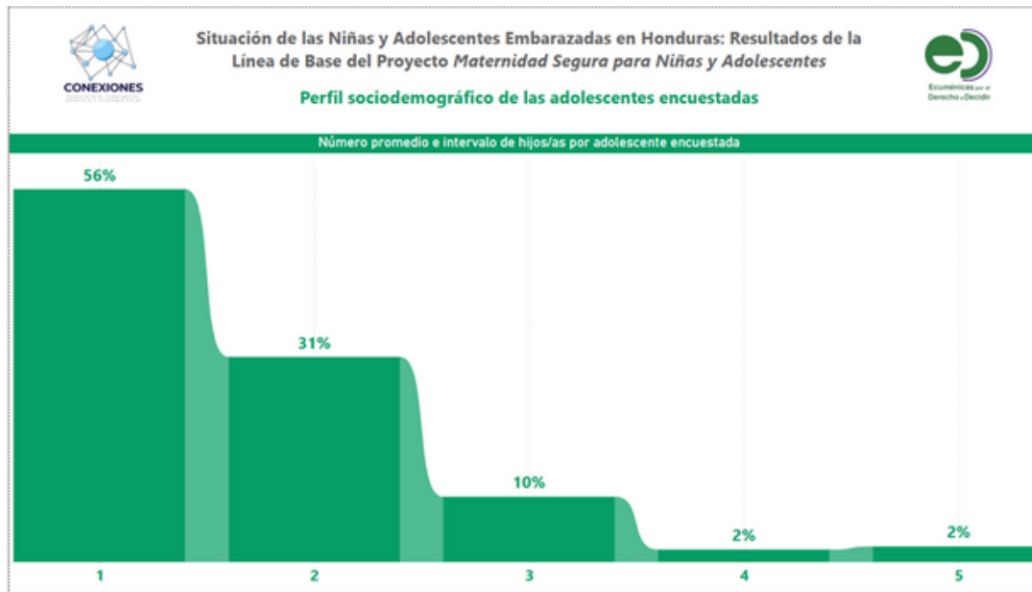
En relación a la maternidad inmediata y riesgos posparto representa que el 71% de las adolescentes que ya son madres (no está embarazadas) y el 29% que sí lo están (actualmente embarazada) revela que la mayoría de las encuestadas ya han transitado por el parto. Esto es un indicador crítico de que el proyecto no solo debe enfocarse en la prevención del primer embarazo, sino también en la atención postparto y la prevención de segundos embarazos. Las madres adolescentes enfrentan mayores riesgos de repetir embarazos, especialmente si no reciben "consejería postparto, acceso a métodos anticonceptivos, métodos de anticoncepción de emergencias en prácticas sexuales impuestas y de riesgo o seguimiento en salud sexual y reproductiva". La maternidad inmediata expone a las adolescentes a mayor dependencia económica, abandono escolar y aislamiento social, perpetuando el ciclo intergeneracional de pobreza, lo cual es una grave brecha de protección integral en materia de género.

La combinación de la baja autoidentificación étnica y la alta proporción de madres adolescentes, sugiere que las intervenciones deben ser culturalmente sensibles y específicas para las necesidades de las adolescentes que ya han sido madres, reconociendo las dinámicas de estigma y discriminación que operan en las comunidades indígenas y rurales.

1. ANÁLISIS DE BRECHA EN EL CONTEXTO DEL PROYECTO

En términos de brechas, los datos revelan lagunas importantes. La primera es una brecha de reconocimiento étnico y pertinencia cultural: la baja autoidentificación podría implicar ausencia de políticas culturalmente adecuadas en salud y educación, lo que afecta especialmente a adolescentes indígenas que enfrentan barreras lingüísticas, geográficas y culturales. Esto se vuelve crítico para el diseño de intervenciones diferenciadas en municipios como Intibucá, La Esperanza o Jesús de Otoro, donde la identidad lenca está presente, pero no siempre reconocida formalmente por las adolescentes. La segunda es una brecha de atención reproductiva, ya que las adolescentes que ya fueron madres enfrentan mayores riesgos de repetir embarazos, especialmente cuando no reciben consejería postparto, acceso a métodos anticonceptivos o seguimiento en salud sexual y reproductiva. La tercera es una brecha de protección, porque un embarazo temprano seguido de maternidad inmediata expone a las adolescentes a mayor dependencia económica y emocional, mayor probabilidad de abandono escolar y mayor aislamiento social, lo que perpetúa el ciclo intergeneracional de pobreza. En resumen, esta imagen evidencia que el proyecto debe considerar enfoques culturalmente sensibles, estrategias específicas para madres adolescentes y mecanismos de protección activa para prevenir segundos embarazos y fortalecer el acceso a servicios.

ILUSTRACIÓN 6: NÚMERO PROMEDIO E INTERVALO DE HIJOS/AS POR ADOLESCENTE ENCUESTADA



Fuente: Línea de Base del Proyecto “Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras”, Conexiones-EDD, 2025.

1. DESCRIPCIÓN

El gráfico tipo radar muestra el número promedio e intervalo de hijos/as por adolescente encuestada, representado en un rango que va de 0 a 5 hijos. Se observa una concentración moderada alrededor de uno y dos hijos, mientras que los valores extremos (especialmente cuatro o cinco hijos) aparecen representados en niveles significativamente más bajos, aunque presentes. La figura sugiere que, aunque la mayoría de las adolescentes tiene uno o dos hijos, existen casos aislados con tres, cuatro e incluso cinco hijos, lo que muestra una variabilidad importante dentro de la población. Esta representación gráfica permite visualizar tanto la tendencia central como la dispersión de la experiencia reproductiva temprana entre las participantes de la línea de base.

2. ANÁLISIS

Este gráfico es un claro indicador de una grave brecha en el acceso a la salud sexual y reproductiva, así como de las consecuencias de la falta de autonomía reproductiva para las adolescentes.

Trayectorias Reproductivas Aceleradas: Que casi la mitad de las adolescentes (45% combinado para 2, 3, 4 y 5 hijos) tengan más de un hijo es alarmante. Esto no es un simple indicador demográfico, sino una evidencia de "trayectorias reproductivas aceleradas" que corresponden a "dinámicas de uniones tempranas, pobreza extrema, falta de acceso a métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia y normalización de la maternidad como destino social para niñas y adolescentes". En Honduras, la presión social y cultural, junto con la falta de educación sexual integral, a menudo empuja a las adolescentes a estas trayectorias sin un control real sobre su cuerpo y su vida reproductiva.

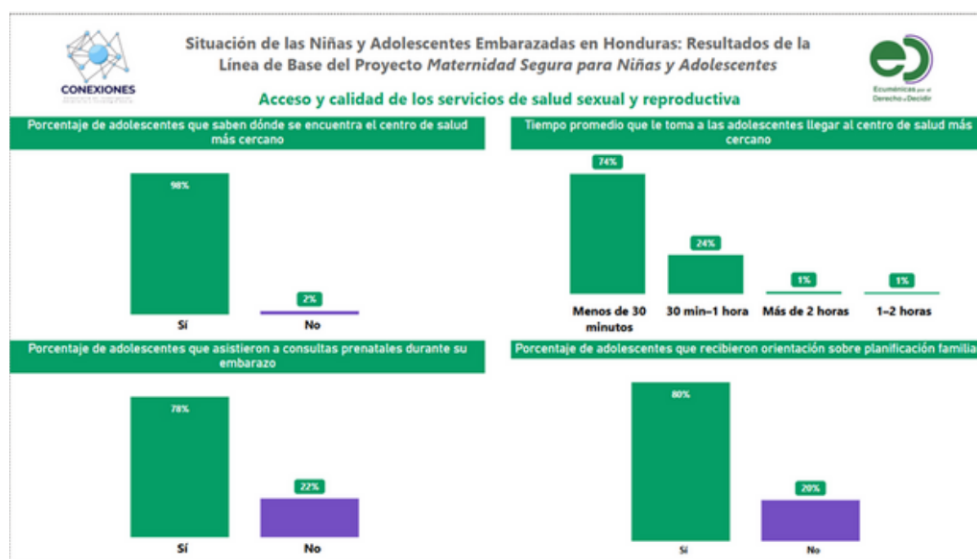
La repetición precoz de embarazos refleja que el sistema de salud no está brindando "métodos anticonceptivos oportunos, información adecuada o acompañamiento continuo que permita prevenir nuevas gestaciones". Desde una perspectiva de género, esto es una violación del derecho a la salud sexual y reproductiva y de la autonomía corporal. La falta de espacios confidenciales y personal capacitado para adolescentes madres agrava esta situación, dejando a las jóvenes sin las herramientas para tomar decisiones informadas.

La presencia de adolescentes con 3, 4 o 5 hijos es particularmente crítica. Esto evidencia contextos donde las relaciones sexuales pueden estar "mediadas por coerción, dependencia económica o dinámicas de control por parte de parejas adultas". El informe destaca que en Honduras, el machismo y la normalización de relaciones desiguales con hombres mayores son factores que contribuyen a estas maternidades. La falta de protección institucional y el estigma social empujan a las adolescentes a un mayor aislamiento y a la imposibilidad de salir de un ciclo de violencia sistemática.

3. ANÁLISIS DE BRECHA EN EL CONTEXTO DEL PROYECTO

Los datos expuestos evidencian una brecha crítica en acceso a salud sexual y reproductiva, especialmente en el postparto inmediato, pues la repetición precoz de embarazos refleja que las adolescentes no están recibiendo métodos anticonceptivos oportunos, información adecuada o acompañamiento continuo que permita prevenir nuevas gestaciones. También se observa una brecha institucional, ya que los servicios de salud no aplican estrategias diferenciadas para adolescentes, carecen de espacios confidenciales y no cuentan con personal capacitado para abordar casos de jóvenes que ya son madres, pero siguen siendo menores de edad. Adicionalmente, existe una brecha de protección: múltiples maternidades en adolescencia revelan contextos donde las relaciones sexuales están mediadas por coerción, dependencia económica o dinámicas de control por parte de parejas adultas. Finalmente, surge una brecha socioeconómica, ya que la repetición de embarazos profundiza la exclusión educativa y laboral, cerrando más rápido las oportunidades de movilidad social y dejando a las adolescentes atrapadas en ciclos intergeneracionales de pobreza. En conjunto, este componente evidencia que la prevención secundaria (evitar segundas o terceras gestaciones) debe ser un eje prioritario del proyecto, con intervenciones territoriales específicas y culturalmente pertinentes.

ILUSTRACIÓN 7: COMPONENTE 2 – ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Fuente: Línea de Base del Proyecto “Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras”, Conexiones-EDD, 2025.

1. DESCRIPCIÓN

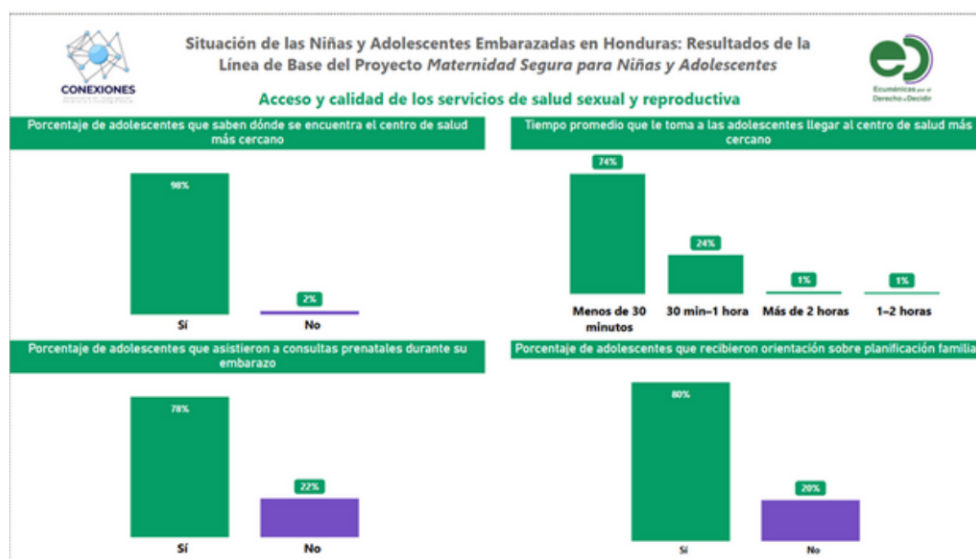
La imagen presenta cuatro indicadores clave relacionados con el acceso y uso de servicios de salud sexual y reproductiva entre las adolescentes encuestadas. En primer lugar, el 98 % afirma saber dónde se ubica el centro de salud más cercano, mostrando un nivel casi universal de reconocimiento territorial del servicio, mientras que solo el 2 % desconoce su ubicación. En cuanto al tiempo de desplazamiento, la mayoría (74 %) tarda menos de 30 minutos en llegar, seguida por un 24 % que necesita entre 30 minutos y una hora; los tiempos extremos (más de dos horas o entre una y dos horas) representan apenas el 2 % en conjunto. Respecto a la atención prenatal, el 78 % reporta haber asistido a consultas durante su embarazo, mientras que el 22 % no lo hizo. Finalmente, el 80 % recibió orientación sobre planificación familiar, frente a un 20 % que no tuvo acceso a esta información. En conjunto, los datos describen una población que, en términos generales, tiene acceso físico y geográfico a los servicios, pero con matices importantes en el uso efectivo de los mismos y en la calidad de la atención brindada.

Aunque el 80% recibió orientación, el alto índice de embarazos recurrentes sugiere que esta orientación no es suficiente o no está adaptada a sus necesidades reales, carece de continuidad o es impartida en un contexto de miedo, juicio moral o presión institucional. En el contexto hondureño, donde la sexualidad es tabú y la educación sexual es débil la información puede ser percibida como “útil” pero no necesariamente empodera a las adolescentes para tomar decisiones informadas y ejercer su autonomía reproductiva.

2. ANÁLISIS

A pesar de la cercanía física a los servicios, persisten brechas profundas en el acceso efectivo, la calidad del acompañamiento y la apropiación de derechos. La primera brecha es de atención prenatal temprana, ya que el 22 % que no asiste indica fallas en la captación, seguimiento y derivación, aun en territorios donde la distancia no es un obstáculo.

ILUSTRACIÓN 7: COMPONENTE 2 – ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Fuente: Línea de Base del Proyecto “Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras”, Conexiones-EDD, 2025.

1. DESCRIPCIÓN

La imagen presenta cuatro indicadores clave relacionados con el acceso y uso de servicios de salud sexual y reproductiva entre las adolescentes encuestadas. En primer lugar, el 98 % afirma saber dónde se ubica el centro de salud más cercano, mostrando un nivel casi universal de reconocimiento territorial del servicio, mientras que solo el 2 % desconoce su ubicación. En cuanto al tiempo de desplazamiento, la mayoría (74 %) tarda menos de 30 minutos en llegar, seguida por un 24 % que necesita entre 30 minutos y una hora; los tiempos extremos (más de dos horas o entre una y dos horas) representan apenas el 2 % en conjunto. Respecto a la atención prenatal, el 78 % reporta haber asistido a consultas durante su embarazo, mientras que el 22 % no lo hizo. Finalmente, el 80 % recibió orientación sobre planificación familiar, frente a un 20 % que no tuvo acceso a esta información. En conjunto, los datos describen una población que, en términos generales, tiene acceso físico y geográfico a los servicios, pero con matices importantes en el uso efectivo de los mismos y en la calidad de la atención brindada.

Aunque el 80% recibió orientación, el alto índice de embarazos recurrentes sugiere que esta orientación no es suficiente o no está adaptada a sus necesidades reales, carece de continuidad o es impartida en un contexto de miedo, juicio moral o presión institucional. En el contexto hondureño, donde la sexualidad es tabú y la educación sexual es débil la información puede ser percibida como “útil” pero no necesariamente empodera a las adolescentes para tomar decisiones informadas y ejercer su autonomía reproductiva.

2. ANÁLISIS

A pesar de la cercanía física a los servicios, persisten brechas profundas en el acceso efectivo, la calidad del acompañamiento y la apropiación de derechos. La primera brecha es de atención prenatal temprana, ya que el 22 % que no asiste indica fallas en la captación, seguimiento y derivación, aun en territorios donde la distancia no es un obstáculo.

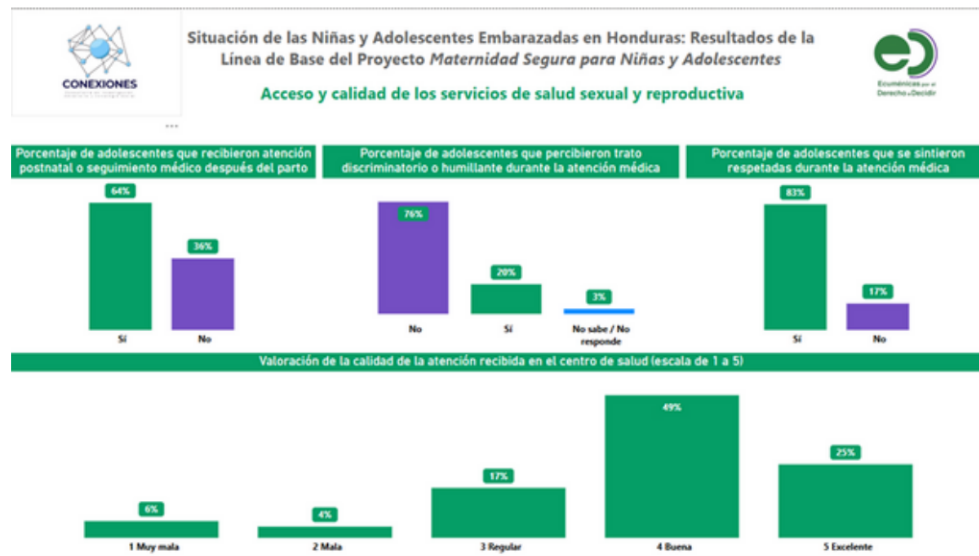
Acceso Físico vs. Acceso Efectivo: El 98% que conoce el centro de salud y el 74% que llega en menos de 30 minutos sugieren una buena accesibilidad geográfica. Sin embargo, el análisis del informe y los hallazgos cualitativos matizan que el "miedo, estigma, horarios reducidos y experiencias negativas con el personal de salud" actúan como barreras psicológicas y emocionales. Las adolescentes en Honduras a menudo enfrentan "vergüenza y miedo al juicio moral" lo que les impide buscar atención temprana. La proximidad no garantiza una atención "segura, respetuosa y amigable" para las adolescentes, elementos esenciales para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. El 22% que no asistió a consultas prenatales es una cifra crítica. Esto indica una falla en la "captación temprana y el seguimiento continuo". La atención tardía o ausente pone en riesgo la salud de la madre. Esta brecha de género es exacerbada por la falta de un enfoque humanizado y el trato discriminatorio que, según el informe, disuade a las jóvenes de buscar atención oportuna.

Aunque el 80% recibió orientación, el alto índice de embarazos recurrentes sugiere que esta orientación no es suficiente o no está adaptada a sus necesidades reales, carece de continuidad o es impartida en un contexto de miedo, juicio moral o presión institucional. En el contexto hondureño, donde la sexualidad es tabú y la educación sexual es débil la información puede ser percibida como "útil" pero no necesariamente empodera a las adolescentes para tomar decisiones informadas y ejercer su autonomía reproductiva.

3. ANÁLISIS DE BRECHA EN EL CONTEXTO DEL PROYECTO

A pesar de la cercanía física a los servicios, persisten brechas profundas en el acceso efectivo, la calidad del acompañamiento y la apropiación de derechos. La primera brecha es de atención prenatal temprana, ya que el 22 % que no asiste indica fallas en la captación, seguimiento y derivación, aun en territorios donde la distancia no es un obstáculo. La segunda brecha es de calidad y pertinencia de la orientación en planificación familiar, dado que su cobertura no garantiza uso sostenido ni adecuada comprensión del derecho a decidir, especialmente en contextos donde predominan normas patriarcales o presiones de pareja. También existe una brecha actitudinal e institucional, donde el trato moralizante o discriminatorio sigue siendo un factor central que inhibe la asistencia al centro de salud, según lo revelado en grupos focales. Finalmente, se evidencia una brecha de continuidad del cuidado, pues los servicios no logran vincular a las adolescentes con esquemas integrales postparto, prevención secundaria de embarazos ni apoyo psicosocial, lo que limita la capacidad de los servicios para transformar de manera sostenida las condiciones de vida de la población objetivo. Estas brechas confirman que el proyecto debe fortalecer el enfoque de atención diferenciada, mejorar la capacitación del personal de salud y promover estrategias comunitarias que reduzcan el miedo, el estigma y la información incompleta.

ILUSTRACIÓN 8: ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Fuente: Línea de Base del Proyecto “Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras”, Conexiones-EDD, 2025

1. DESCRIPCIÓN

La imagen presenta cuatro indicadores asociados a la calidad percibida de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como una escala de valoración general de la atención recibida. En primer lugar, el 64 % de las adolescentes encuestadas señala haber recibido atención postnatal o seguimiento médico después del parto, mientras que un 36 % no tuvo acceso a dicho seguimiento, pese a tratarse de un servicio esencial para la salud materna y neonatal. En cuanto al trato recibido durante la atención médica, el 20 % afirma haber experimentado episodios de trato discriminatorio o humillante, mientras que el 76 % indica no haberlos vivido y un 3 % no responde. A pesar de esta percepción de discriminación, el 83 % de las adolescentes afirma haberse sentido respetada durante la atención médica, frente al 17 % que manifiesta lo contrario. Finalmente, la valoración general de la calidad del servicio muestra que el 49 % considera la atención “buena” y un 25 % la califica como “excelente”, mientras que un 17 % la evalúa como “regular” y un 10 % la califica como “mala” o “muy mala”.

2. ANÁLISIS

Estos gráficos profundizan en la calidad percibida de la atención, revelando una compleja interacción entre percepciones positivas y experiencias negativas significativas que impactan la confianza de las adolescentes en el sistema de salud.

En el seguimiento postnatal existe un indicador crítico que sugiere que el 36% de las adolescentes no recibe atención postnatal es un dato muy preocupante desde una perspectiva de género. Esto significa que más de un tercio de las madres adolescentes quedan sin control médico esencial después del parto, "incrementando el riesgo de complicaciones maternas, depresión posparto y problemas en la salud". Esta falla no se debe a la falta de acceso geográfico, sino a "debilidades institucionales en la captación, registro y seguimiento sistemático", lo que refleja una brecha institucional en la atención.

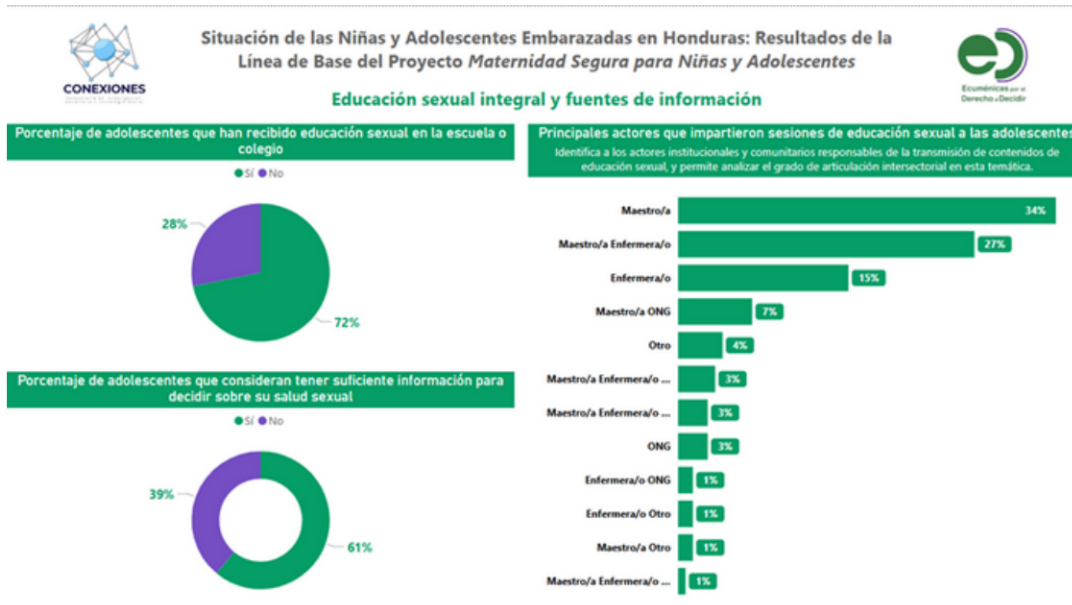
Que el 20% haya percibido trato discriminatorio o humillante es una cifra elevada, a pesar de que el 83% se haya sentido respetada. Este 20% es una señal de alerta y confirma los hallazgos cualitativos sobre "reproches, juicios sobre la sexualidad o el embarazo, y actitudes paternalistas" por parte del personal de salud. En Honduras, el estigma social y moral asociado a la maternidad adolescente, sumado a un sistema de salud con recursos limitados (falta de psicólogos, espacios diferenciados), crea un ambiente que disuade a las adolescentes de buscar ayuda y refuerza la desconfianza. Es una forma de violencia simbólica en el ámbito sanitario.

Entre otros factores la inconsciencia en la calidad de la atención refleja que aunque la mayoría valora la atención como "buena" o "excelente" (74% combinado), la coexistencia con experiencias de discriminación y la falta de seguimiento postparto, evidencian una "inconsistencia en la calidad del servicio". Esto sugiere que la atención puede ser técnicamente adecuada, pero carece de un enfoque humanizado y de género que considere las necesidades emocionales y psicosociales de las adolescentes. Esta brecha actitudinal e institucional es un obstáculo para la adherencia a controles y la continuidad del cuidado, impactando la autonomía y bienestar de las adolescentes.

3. ANÁLISIS DE BRECHAS EN EL CONTEXTO DEL PROYECTO

Las brechas identificadas son principalmente de calidad, dignidad y continuidad del cuidado, y representan un desafío estructural para el objetivo del proyecto. La primera brecha crítica corresponde al seguimiento postnatal, ya que más de un tercio de las adolescentes no recibe control médico después del parto, lo cual incrementa el riesgo de complicaciones maternas, depresión posparto y problemas en la salud del recién nacido. La segunda brecha es la experiencia de discriminación y trato humillante, que afecta al 20 % de las adolescentes y evidencia barreras actitudinales profundamente arraigadas en la cultura institucional. Este hallazgo es consistente con estudios nacionales previos del INE y encuestas como la ENDESA/MICS 2019, donde la percepción de maltrato obstétrico aparece como un elemento persistente que desalienta la búsqueda de atención y expone a las adolescentes a riesgos evitables. La tercera brecha corresponde a la inconsistencia en la calidad del servicio, que, aunque es bien evaluada por la mayoría, presenta vacíos en experiencias negativas que pueden afectar la adherencia a controles, la continuidad del cuidado y la confianza hacia el sistema de salud. En suma, las brechas muestran la necesidad de fortalecer protocolos de atención diferenciada, garantizar la formación del personal en derechos y trato respetuoso, y asegurar mecanismos de seguimiento que aborden las necesidades físicas, emocionales y sociales de las adolescentes embarazadas o madres jóvenes.

Ilustración 9: Componente 3 – Educación sexual integral y fuentes de información



Fuente: Línea de Base del Proyecto “Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras”, Conexiones-EDD, 2025

1. DESCRIPCIÓN

La imagen presenta tres indicadores clave vinculados a la educación sexual integral y las fuentes de información a las que acceden las adolescentes. En primer lugar, el 72 % de las adolescentes encuestadas reporta haber recibido educación sexual en la escuela o colegio, mientras que un 28 % no ha recibido ninguna formación, lo cual evidencia una amplia cobertura educativa, aunque no universal. En relación con los actores responsables de impartir estos contenidos, destacan los docentes, quienes concentran el 34 % de las sesiones, seguidos por la combinación de maestro/a y enfermero/a con un 27 %, y únicamente el personal de enfermería con un 15 %. Otros actores (ONG, instructores externos o combinaciones diversas) representan porcentajes menores que oscilan entre el 7 % y el 1 %. Por último, el 61 % de las adolescentes considera que tiene suficiente información para tomar decisiones sobre su salud sexual, mientras que el 39 % reconoce no contar con los conocimientos necesarios, lo que señala una brecha significativa en la apropiación de contenidos.

2. ANÁLISIS

Estos gráficos revelan una aparente alta cobertura de educación sexual, pero un análisis más profundo desde la perspectiva de género muestra importantes brechas en la calidad, profundidad y empoderamiento de esta información en el contexto hondureño.

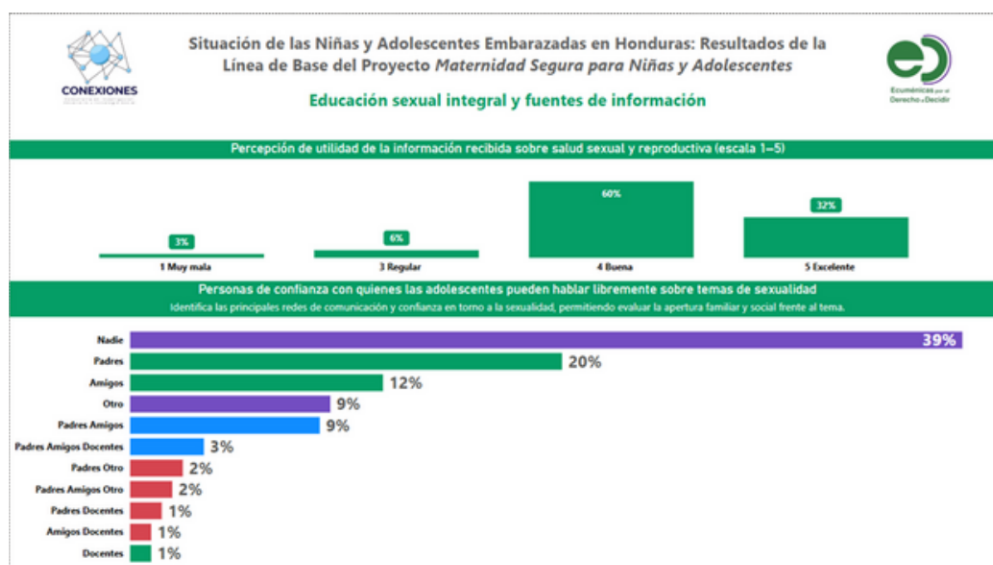
El 72% de las encuestadas reporta haber recibido educación sexual en la escuela o colegio es una cobertura significativa, pero el 39% no considera tener suficiente información para decidir sobre su salud sexual es una brecha crítica. Esto indica que la formación impartida "no siempre es integral, contextualizada ni cercana a sus necesidades reales, y puede limitarse a contenidos biológicos o preventivos sin abordar temas como consentimiento, relaciones afectivas, protección, violencia sexual o acceso a servicios". En el contexto hondureño, donde la sexualidad es un tabú y la violencia sexual prevalece, una educación sexual superficial no empodera a las adolescentes para ejercer sus derechos ni para prevenir embarazos no deseados, abusos o violaciones sexuales.

La predominancia de maestros (34%) y enfermeros (15%) como principales actores, sugiere que la educación se imparte desde estructuras formales. Sin embargo, el informe señala que "la mayoría de las sesiones son impartidas por docentes o personal sin especialización, y casi nunca incluyen a varones". Esto refuerza la idea patriarcal de que la sexualidad y la prevención del embarazo son responsabilidad exclusiva de las niñas, invisibilizando el rol de los varones y la corresponsabilidad. La falta de participación de organizaciones especializadas y la limitada percepción de suficiencia de la información, se relacionan con la resistencia de padres y líderes religiosos, quienes asocian la educación sexual con la "incitación al sexo". Esto crea un entorno donde la educación sexual integral y con enfoque de género es difícil de implementar, dejando a las adolescentes en un vacío de información vital y aumentando su vulnerabilidad.

3. ANÁLISIS DE BRECHAS EN EL CONTEXTO DEL PROYECTO

Las brechas identificadas se ubican en tres dimensiones críticas. En primer lugar, existe una brecha de acceso a educación sexual integral, ya que casi una de cada tres adolescentes no recibe ningún tipo de orientación en ambientes escolares, lo cual se relaciona con desigualdades históricas entre lo urbano y rural, así como con resistencias culturales en zonas donde la educación sexual es vista como un tabú. En segundo lugar, se identifica una brecha de calidad y profundidad de los contenidos, dado que una proporción considerable de adolescentes que sí recibió educación sexual no la considera suficiente para tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su sexualidad. Esta insuficiencia es consistente con el análisis cualitativo, donde se evidencia que la educación sexual suele centrarse en aspectos biológicos, dejando de lado temas sensibles como el abuso sexual, la violencia de pareja, las relaciones tempranas, el consentimiento o el acompañamiento emocional. Finalmente, se observa una brecha institucional e intersectorial, en la medida en que la participación de actores comunitarios, organizaciones de mujeres y personal de salud especializado es limitada, lo cual reduce la posibilidad de generar estrategias integrales, continuas y culturalmente pertinentes. Estas brechas adquieren relevancia en un contexto donde la ENDESA/MICS 2019 evidencia altos niveles de violencia sexual en niñas y adolescentes, lo que subraya la necesidad de que la educación sexual tenga un enfoque de derechos, prevención de violencia y empoderamiento.

Ilustración 10: Educación sexual integral y fuentes de información



Fuente: Línea de Base del Proyecto “Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras”, Conexiones-EDD, 2025

1. DESCRIPCIÓN

La gráfica presenta dos dimensiones relevantes. La primera corresponde a la percepción de utilidad de la información recibida sobre salud sexual y reproductiva, medida en una escala de 1 a 5. Los resultados muestran que el 60 % de las adolescentes califica la información como “buena” y un 32 % como “excelente”, mientras un 6 % la considera “regular” y solo un 3 % la evalúa como “muy mala”, lo que evidencia evaluaciones mayoritariamente positivas sobre la calidad percibida de la educación sexual recibida. La segunda dimensión identifica las personas de confianza con quienes las adolescentes pueden hablar libremente sobre sexualidad. El dato más relevante es que el 39 % declara que no tiene a nadie con quien hablar del tema, seguido de un 20 % que conversa con sus padres, un 12 % con amigos y porcentajes menores que incluyen combinaciones entre padres, amigos, docentes u otras personas. El porcentaje más bajo (1 %) corresponde a quienes hablan del tema exclusivamente con docentes.

2. ANÁLISIS

Estos gráficos presentan una paradoja central: la información sobre salud sexual puede ser percibida como útil, pero las adolescentes carecen de redes de confianza para hablar de estos temas, lo que las deja en una situación de aislamiento y vulnerabilidad.

La alta valoración de la utilidad de la información (92% entre “buena” y “excelente”) indica que, cuando se imparte, es valorada. Sin embargo, el 39% declara “no tener a nadie con quien hablar” sobre sexualidad lo que representa una estadística devastadora. Esta “barrera emocional y relacional significativa” es un reflejo directo del tabú que rodea la sexualidad en los hogares hondureños, el “silencio familiar” y la “vergüenza” que reproduce patrones de riesgo. Desde una perspectiva de género, esto perpetúa la desinformación y la incapacidad de las adolescentes para buscar ayuda o tomar decisiones informadas sobre su cuerpo.

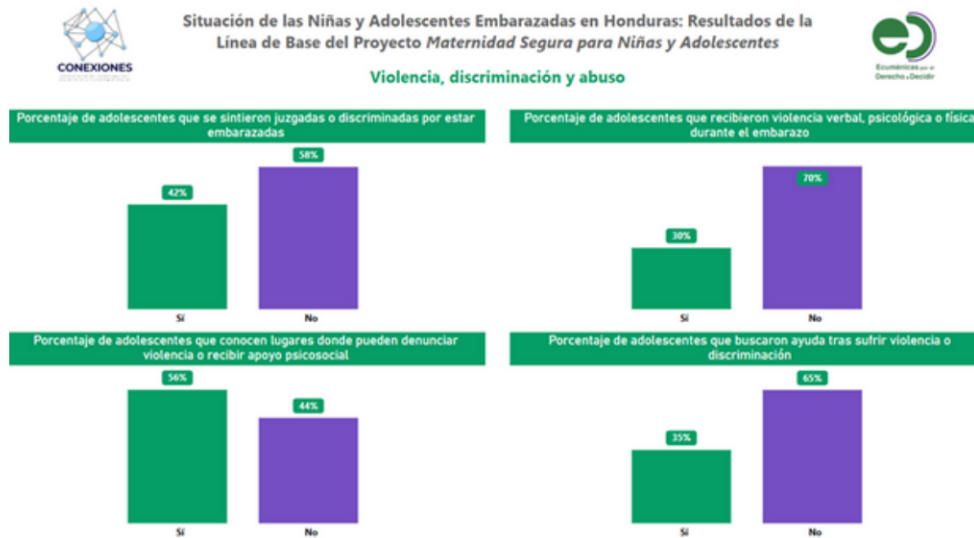
El hecho de que solo el 20% hable con sus padres y un bajo porcentaje (12%) con amigos, sumado al (1%) con docentes, subraya la "ausencia de redes de acompañamiento y diálogo seguro". En el contexto hondureño, esto agrava el riesgo de las adolescentes a tomar decisiones desinformadas, a retrasar la búsqueda de ayuda ante violencia sexual o relaciones coercitivas. La familia, que debería ser un espacio de apoyo, se convierte en un lugar de silencio debido a tabúes y creencias religiosas que ven la sexualidad como algo negativo.

El bajo porcentaje de docentes como personas de confianza (1%) es preocupante, ya que son los principales proveedores de educación sexual. Esto indica que, aunque impartan información, no se han convertido en "figuras confiables para conversaciones íntimas o delicadas". La falta de espacios seguros y confidenciales en las escuelas y comunidades para que las adolescentes expresen sus dudas y preocupaciones es una falla institucional importante que contribuye a que se perpetuen las situaciones de violaciones a derechos.

3. ANÁLISIS DE BRECHAS EN EL CONTEXTO DEL PROYECTO

Las brechas observadas se centran en la ausencia de redes de acompañamiento y diálogo seguro, lo cual constituye un factor crítico de vulnerabilidad. La inexistencia de interlocutores de confianza para casi cuatro de cada diez adolescentes incrementa el riesgo de decisiones desinformadas, retrasos en buscar ayuda ante violencia sexual o relaciones coercitivas, y menor capacidad para negociar prácticas sexuales seguras. Desde la perspectiva institucional, se identifica una brecha de articulación entre la educación sexual impartida y el acompañamiento emocional requerido, de modo que los contenidos pueden ser técnicamente adecuados, pero insuficientes si no van acompañados de espacios de escucha, orientación y apoyo afectivo. Esto es especialmente relevante considerando los datos de la ENDESA/MICS 2019, que muestran que una proporción importante de las niñas y adolescentes hondureñas experimentó abuso sexual antes de los 12 años, lo que demanda entornos protectores y canales confidenciales donde puedan expresarse sin miedo. Finalmente, existe una brecha intergeneracional y sociocultural: pese a que los padres aparecen como la segunda fuente de diálogo, el porcentaje sigue siendo bajo y refleja persistentes tabúes, normas patriarcales y ausencias formativas en los núcleos familiares. Abordar estas brechas requiere estrategias de comunicación comunitaria, fortalecimiento de capacidades parentales y creación de espacios seguros para adolescentes dentro del proyecto, articulando salud, educación y redes comunitarias.

Ilustración 11: Componente 4 – Violencia, discriminación y abuso



Fuente: Línea de Base del Proyecto “Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras”, Conexiones-EDD, 2025

1. DESCRIPCIÓN

La gráfica presenta cuatro indicadores clave relacionados con experiencias de estigma, violencia y acceso a mecanismos de protección durante el embarazo adolescente. En primer lugar, el 42 % de las adolescentes encuestadas reportó haberse sentido juzgada o discriminada por estar embarazada, mientras el 58 % afirmó no haber experimentado esta situación. En segundo lugar, un 30 % indicó haber recibido violencia verbal, psicológica o física durante el embarazo, frente a un 70 % que declaró no haber sufrido este tipo de agresiones. En relación con el acceso a mecanismos de denuncia o apoyo, el 56 % manifestó conocer lugares donde es posible reportar casos de violencia o recibir atención psicosocial, mientras que el 44 % no cuenta con esta información. Finalmente, solo un 35 % de las adolescentes que experimentaron violencia buscaron ayuda, en contraste con el 65 % que no lo hizo, lo que refleja una brecha importante entre conocimiento de servicios y su utilización efectiva.

2. ANÁLISIS

Estos gráficos son una cruda revelación de la violencia estructural y el estigma que enfrentan las adolescentes embarazadas en Honduras, destacando profundas brechas en protección y efectividad de los mecanismos de apoyo.

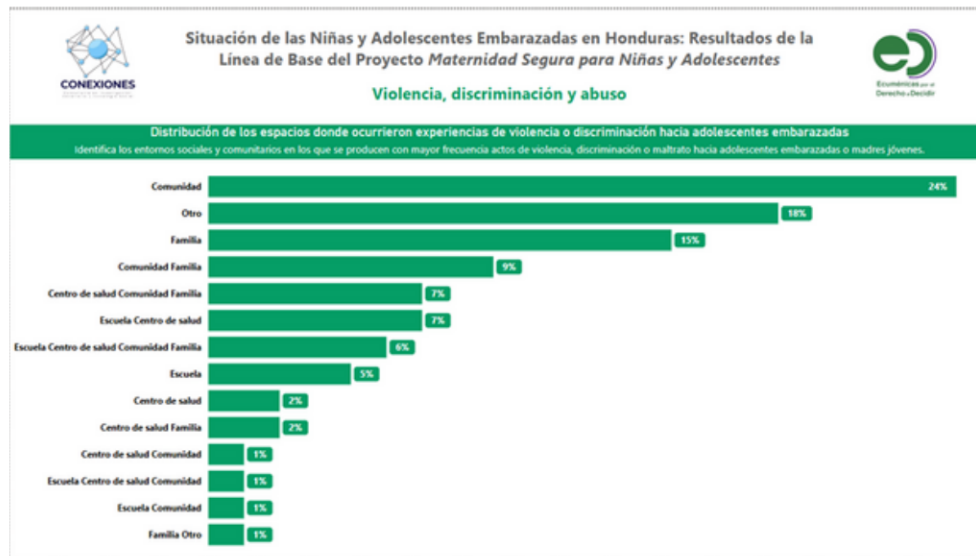
Estigma y Discriminación como Violencia Simbólica: El hecho que el 42% de las encuestadas se sienta juzgada o discriminada por estar embarazada, es una manifestación clara de la violencia simbólica y social de género. Aunque el 58% no lo haya experimentado, la cifra es alarmante y probablemente subestimada debido al temor a reconocer abiertamente el estigma. En el contexto hondureño, donde el informe menciona que "la comunidad lo asume como parte de la normalidad social" en algunos lugares y que "el conjunto de juicios sociales refuerza un ciclo de exclusión" el estigma se convierte en un mecanismo de control social que aísla a las adolescentes y limita su participación social.

El 30% que sufrió violencia verbal, psicológica o física durante el embarazo es un indicador preocupante que coincide con tendencias nacionales (ENDESA/MICS 2019,). Esto refuerza la idea de que la maternidad adolescente a menudo se inserta en relaciones de poder desiguales y entornos violentos, donde los "episodios de maltrato verbal en el hogar, rechazo por parte de parejas o reacciones agresivas al informar sobre su embarazo" son comunes. Esto es una expresión de la cultura machista que invisibiliza al agresor y carga la responsabilidad en las mujeres. A pesar de que el 56% conoce lugares donde buscar ayuda, solo el 35% buscó ayuda. Esta brecha importante entre conocimiento de servicios y su utilización efectiva es crítica. El "miedo al juicio comunitario, la vergüenza, la normalización de la violencia en los hogares y una limitada confianza en la respuesta institucional actúan como barreras inquebrantables. En un país con altos niveles de violencia de género, la falta de confianza en las instituciones y la persistencia de tabúes culturales dejan a las adolescentes desprotegidas y revictimizadas.

3. ANÁLISIS DE BRECHAS EN EL CONTEXTO DEL PROYECTO

El análisis evidencia varias brechas estructurales que el proyecto debe abordar. En primer lugar, la brecha de reconocimiento y denuncia de la violencia: aunque una proporción significativa experimenta estigma o abuso, la mayoría no busca ayuda (65 %), lo cual refleja falta de confianza en los servicios, temor a represalias o desconocimiento de cómo activar rutas de protección. En segundo lugar, existe una brecha en la efectividad de la información: conocer lugares de denuncia no se traduce en acceso real, lo que señala la necesidad de estrategias de acompañamiento emocional, orientación personalizada y trabajo comunitario para fortalecer la autonomía de las adolescentes. En tercer lugar, se observa una brecha institucional vinculada a la ausencia de espacios seguros, diferenciados y libres de prejuicios, tanto en centros de salud como en estructuras comunitarias, lo que coincide con hallazgos cualitativos donde las adolescentes relataron sentirse juzgadas por personal de salud o por líderes comunitarios. Finalmente, la brecha sociocultural —basada en normas patriarcales, control familiar, temor al escándalo y tolerancia de la violencia— sigue siendo uno de los principales obstáculos para la protección de derechos. Estas brechas demandan un enfoque integral que combine acciones de sensibilización comunitaria, fortalecimiento de capacidades institucionales, articulación intersectorial y creación de redes de apoyo psicosocial centradas en las adolescentes.

Ilustración 12: Espacios donde ocurre la violencia, discriminación o maltrato



Fuente: Línea de Base del Proyecto “Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras”, Conexiones-EDD, 2025

1. DESCRIPCIÓN

La gráfica presenta la distribución de los espacios donde las adolescentes embarazadas o madres jóvenes reportaron haber experimentado situaciones de violencia, discriminación o maltrato. El entorno comunitario aparece como el espacio de mayor incidencia, concentrando un 24 % de los reportes. Le sigue la categoría “Otro” con 18 %, que agrupa entornos diversos no especificados por las adolescentes. La familia representa el tercer espacio con mayor presencia de violencia (15 %), seguida por combinaciones de comunidad y familia (9 %), así como interacciones simultáneas entre comunidad, escuela y centros de salud (de 7 % a 6 %). Otros espacios como únicamente la escuela, el centro de salud o combinaciones menores de estos aparecen con porcentajes reducidos, entre el 5 % y el 1 %. En síntesis, la mayor parte de las experiencias de violencia se producen en entornos cercanos y cotidianos: la comunidad, la familia, y en menor medida la escuela o centros de salud reflejando una dispersión multiespacial de la problemática.

2. ANÁLISIS

Este gráfico subraya la naturaleza inmersa de la violencia y discriminación en la vida de las adolescentes embarazadas, revelando cómo sus entornos más cercanos y cotidianos se convierten en espacios de riesgo, lo que exige un enfoque interseccional para la protección de sus derechos.

La Comunidad como Espacio de Control Social: El 24% de los reportes en el entorno comunitario es el más alto, lo que indica que la comunidad ejerce un fuerte “control social, rumores, burlas, aislamiento y señalamientos moralizantes”. En Honduras, el estigma social hacia la maternidad adolescente es profundo, y estas prácticas comunitarias refuerzan el aislamiento y la vergüenza, dificultando que las adolescentes busquen apoyo formal y ejerzan su autonomía. Esto demuestra una brecha comunitaria crítica donde el entorno inmediato perpetúa el estigma.

El 15% de los reportes en la familia, sumado al 9% en "comunidad y familia", es alarmante. Esto evidencia "dinámicas de violencia intrafamiliar, control coercitivo, castigos físicos o verbales, o expulsión del hogar como castigo por el embarazo". El informe resalta que muchas adolescentes carecen de un núcleo de apoyo seguro lo que las empuja a la dependencia emocional y económica, a menudo perpetuando uniones forzadas. La familia, que debería ser un refugio, se convierte en un espacio de vulnerabilidad debido a normas patriarcales y la "pérdida de honor" asociada al embarazo.

La presencia de maltrato en centros de salud o escuelas (aunque en menores porcentajes) es "especialmente preocupante, porque indica fallas institucionales en entornos que deberían brindar protección". En el contexto hondureño, esto se manifiesta en trato discriminatorio en los centros de salud, bullying y expulsiones en las escuelas. La discriminación en estos espacios que deberían ser seguros intensifica el aislamiento y la desconfianza, reproduciendo la exclusión social de las adolescentes embarazadas. La aparición de categorías combinadas (comunidad, escuela y centro de salud) revela que la discriminación "no es un hecho aislado, sino una experiencia transversal que acompaña a las adolescentes en distintos espacios del territorio. Esto subraya la necesidad de un enfoque intersectorial y de género que aborde la protección de manera integral, ya que las adolescentes se ven expuestas a múltiples formas de violencia en diferentes esferas de su vida.

1. ANÁLISIS DE BRECHAS EN EL CONTEXTO DEL PROYECTO

lugar, existe una brecha comunitaria crítica, donde el entorno inmediato (vecinos, líderes locales, redes informales) ejerce un papel predominante en la reproducción del estigma, dificultando la búsqueda de apoyo formal. Esta brecha demanda intervenciones comunitarias sostenidas, con enfoque territorial, dirigidas a transformar narrativas sociales sobre el embarazo adolescente y la sexualidad femenina. En segundo lugar, se observa una brecha familiar significativa: un 15 % de violencia reportada dentro del hogar refleja que muchas adolescentes carecen de un núcleo de apoyo seguro, lo que puede derivar en abandono escolar, depresión, dependencia emocional y silenciamiento forzado. Tercero, se identifica una brecha institucional: aunque porcentajes menores, la presencia de maltrato en escuelas y centros de salud evidencia que la atención no siempre es digna, diferenciada ni respetuosa, lo que contraviene estándares de atención segura para adolescentes. Esto afecta directamente la búsqueda de servicios prenatales, postnatales y psicosociales. Finalmente, la existencia de múltiples combinaciones de espacios de violencia refleja una brecha de articulación intersectorial, donde ninguna institución o comunidad asume plenamente la protección de las adolescentes. Superar estas brechas requerirá fortalecer redes de protección local, capacitar personal institucional, activar rutas de denuncia seguras y desarrollar acciones de sensibilización comunitaria con perspectiva de género e interseccionalidad.

Ilustración 13: Componente 5 — Apoyo emocional, autoestima y redes de contención



Fuente: Línea de Base del Proyecto “Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras”, Conexiones-EDD, 2025

1. DESCRIPCIÓN

La gráfica presenta tres indicadores clave asociados al estado emocional y percepción personal de las adolescentes encuestadas: sentirse valiosa, reconocer cualidades positivas y percibir que “no sirven para nada”. En el primer indicador, el 67 % de las adolescentes afirma sentirse siempre una persona valiosa, el 29 % lo expresa solo a veces y un 4 % indica que nunca se siente valiosa. Un patrón similar se observa en el reconocimiento de cualidades positivas, donde el 66 % señala que siempre identifica aspectos positivos de sí misma, el 29 % solo a veces y un 5 % nunca lo hace. El tercer indicador, con una orientación negativa, revela que el 40 % siente a veces que “no sirve para nada”, otro 40 % señala que nunca tiene esta sensación, mientras que un 20 % dice experimentar la siempre. Estos datos muestran una mezcla entre percepciones positivas relativamente predominantes y núcleos significativos de malestar emocional que afectan a un grupo considerable de adolescentes embarazadas o madres jóvenes.

2. ANÁLISIS

Estos gráficos ilustran la fragilidad emocional y el impacto psicológico del embarazo adolescente, aun cuando una parte significativa mantiene una autoevaluación positiva. Las cifras revelan una brecha emocional estructural en el bienestar de las adolescentes.

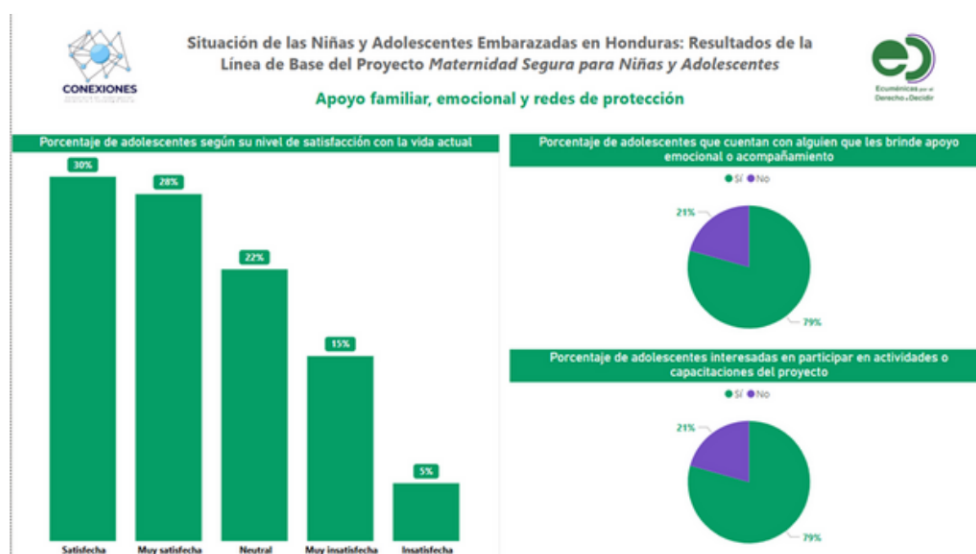
Impacto en la Autoestima y el Sentido de Valor: Aunque la mayoría (67%) se siente siempre valiosa y el 66% reconoce siempre cualidades positivas, es crítico que un 29% se sienta valiosa “a veces” y un 4-5% “nunca”. Además, el 20% que “siempre” siente que “no sirve para nada” y el 40% que lo siente “a veces” suman un 60% de adolescentes con sentimientos negativos. Este es un indicador de alerta de salud mental, que sugiere síntomas de baja autoestima persistente, sentimientos de inutilidad y posibles cuadros de depresión o desesperanza aprendida. En el contexto hondureño, donde el estigma social, el juicio moral y la violencia intrafamiliar son prevalentes, el embarazo adolescente altera profundamente la construcción de identidad y el sentido de valor propio, afectando sus expectativas de futuro.

Los hallazgos cualitativos confirman que las adolescentes sienten miedo, culpa, aislamiento social y frustración por las oportunidades perdidas. En entornos rurales, la maternidad temprana es percibida como un "peso emocional socialmente vigilado". Esto es una consecuencia directa de las normas de género patriarcales que culpabilizan a la mujer por el embarazo, mientras los varones son exentos de responsabilidad. La falta de apoyo psicológico institucional agrava estos sentimientos, generando un ciclo de soledad y desvalorización. El hecho de que una proporción significativa de adolescentes evidencie señales de baja autoestima y sentimientos de inutilidad, demanda un "fortalecimiento urgente de servicios de salud mental comunitarios, consejería diferenciada y acompañamiento psicosocial continuo". En Honduras, esta brecha institucional y de redes de apoyo impide que las adolescentes superen los impactos emocionales del embarazo, lo que puede llevar a depresión postparto y perpetuar ciclos de maltrato y dependencia inclusive a contrastar los índices de suicidio que existen y a analizar los subregistros de jóvenes en gestación que son víctimas del sistema y mueren bajo la categoría de suicidio adolescentes.

1. ANÁLISIS DE BRECHAS EN EL CONTEXTO DEL PROYECTO

Los resultados revelan tres brechas principales. La primera es una brecha emocional estructural, donde una proporción significativa de adolescentes evidencia señales de baja autoestima y sentimientos de inutilidad, lo cual impacta directamente su capacidad de agencia, toma de decisiones y búsqueda de apoyo. Esta brecha demanda un fortalecimiento urgente de servicios de salud mental comunitarios, consejería diferenciada y acompañamiento psicosocial continuo. La segunda es una brecha familiar y de redes de apoyo, ya que las cifras sugieren que la autoestima está fuertemente influenciada por la presencia o ausencia de entornos protectores: las adolescentes que experimentan rechazo, juicio o control coercitivo muestran niveles de malestar emocional mucho mayores. Esto coincide con el análisis cualitativo, donde se evidencia que muchas viven su embarazo en soledad emocional, temor al señalamiento y mínima contención afectiva. Finalmente, emerge una brecha institucional: aunque la autoestima está ligada al ámbito personal, su deterioro es también consecuencia de servicios de salud y educación que no siempre ofrecen trato respetuoso, espacios seguros o acompañamiento oportuno. Esta falta de apoyo integral contribuye a que una parte importante de las adolescentes internalicen narrativas negativas sobre sí mismas. El proyecto debe atender estas brechas con un enfoque intersectorial, integrando acciones educativas, psicosociales y comunitarias que fortalezcan las capacidades emocionales de las adolescentes y promuevan su bienestar integral.

Ilustración 14: Apoyo familiar, emocional y redes de protección



Fuente: Línea de Base del Proyecto “Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras”, Conexiones-EDD, 2025

1. DESCRIPCIÓN

Los datos muestran el nivel de satisfacción general con la vida de las adolescentes encuestadas, la disponibilidad de apoyo emocional y el interés en actividades del proyecto. En cuanto a satisfacción vital, el 30 % se declara satisfecha, un 28 % muy satisfecha y un 22 % mantiene una percepción neutral, mientras que un 15 % se considera muy insatisfecha y un 5 % insatisfecha. Esto revela una distribución heterogénea, pero con predominio de valoraciones positivas. Respecto al acompañamiento emocional, el 79 % de las adolescentes afirma contar con alguien que les brinda apoyo, mientras que un 21 % señala que no tiene a ninguna persona con quien apoyarse. Finalmente, el nivel de interés en participar en actividades o capacitaciones del proyecto es también alto: el 79 % manifiesta disposición a involucrarse, mientras que un 21 % no muestra interés. Este conjunto de indicadores describe una población que, si bien vive múltiples vulnerabilidades, conserva niveles importantes de satisfacción general y disponibilidad emocional, así como apertura a oportunidades de aprendizaje.

2. ANÁLISIS

Estos gráficos ofrecen una visión matizada de la resiliencia y las necesidades emocionales de las adolescentes, revelando una brecha en el bienestar emocional oculto y una demanda insatisfecha de apoyo.

Satisfacción Aparente vs. Vulnerabilidad Emocional: Aunque el 58% se declara satisfecha o muy satisfecha con la vida, el 42% restante se encuentra en estados neutrales, insatisfechos o muy insatisfechos. El informe advierte que esta satisfacción debe interpretarse con cautela, ya que la satisfacción no necesariamente refleja bienestar integral, y puede ser resultado de mecanismos de aceptación obligada o disminución de expectativas futuras. Esto sugiere una brecha emocional estructural donde las adolescentes tienden a esconder malestar para no dar vergüenza o no preocupar a la familia. En el contexto patriarcal hondureño, la presión por mantener una fachada de resiliencia y la falta de espacios seguros para expresar vulnerabilidades son comunes.

El 21% que no cuenta con nadie que le brinde apoyo emocional es un dato alarmante. Esta "brecha de apoyo emocional e integración social" deja a las adolescentes más expuestas a depresión, aislamiento social, abandono escolar y normalización de la violencia. En un contexto donde la familia a menudo es fuente de juicio o rechazo y las redes institucionales son débiles, este 21% representa un grupo altamente vulnerable que necesita estrategias de acompañamiento psicosocial diferenciadas.

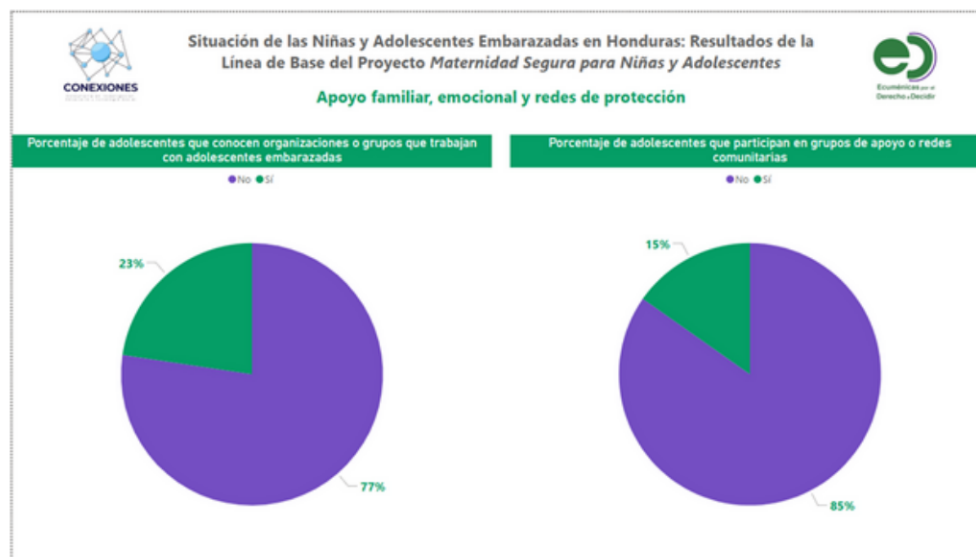
1. ANÁLISIS DE BRECHAS EN EL CONTEXTO DEL PROYECTO

Los resultados permiten identificar tres brechas relevantes. La primera es una brecha de bienestar emocional oculto: aunque la mayoría reporta satisfacción, más del 40 % se ubica entre neutral e insatisfecha, lo cual indica la existencia de estados emocionales frágiles, posiblemente invisibilizados por dinámicas familiares de control, juicios morales o estigma. Las adolescentes semi rurales, según los hallazgos cualitativos, tienden a esconder malestar para "no dar vergüenza" o "no preocupar a la familia", lo que puede distorsionar su auto reporte de satisfacción.

La segunda brecha es una brecha de apoyo emocional e integración social, representada por el 21 % que no cuenta con ninguna persona de confianza. Estas adolescentes presentan mayor riesgo de violencia, abandono escolar, dependencia económica coercitiva y aislamiento emocional. El proyecto necesita diseñar estrategias de acompañamiento psicosocial diferenciado para este subgrupo, priorizando consejerías individuales, espacios seguros de escucha y fortalecimiento de redes comunitarias.

La tercera es una brecha de participación y motivación, donde el mismo 21 % sin apoyo emocional también se muestra menos interesado en participar en actividades del proyecto. Esto sugiere barreras adicionales como miedo al juicio comunitario, restricciones familiares, limitaciones de movilidad o incluso desconfianza hacia instituciones. Esta brecha debe abordarse con estrategias focalizadas de acercamiento, visitas domiciliarias, articulación con OMM y centros educativos, y acciones diseñadas específicamente para adolescentes que viven aislamiento y desprotección emocional.

Ilustración 15: Conocimiento de organizaciones y participación en redes comunitarias



Fuente: Línea de Base del Proyecto “Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras”, Conexiones-EDD, 2025

1. DESCRIPCIÓN

Los datos muestran que solo el **23%** de las adolescentes encuestadas afirma conocer organizaciones o grupos en sus comunidades que trabajan específicamente con adolescentes embarazadas o madres jóvenes. En contraste, el **77%** desconoce la existencia de estas instancias, lo que evidencia una limitada visibilidad institucional a nivel territorial. En cuanto a participación activa en redes, la brecha es aún mayor: únicamente el **15%** de las adolescentes forma parte de algún grupo de apoyo o red comunitaria, mientras que el **85%** no participa en ninguna iniciativa colectiva. Esta situación revela una desconexión significativa entre las adolescentes y la oferta comunitaria disponible. Aunque existen organizaciones locales —OMM, iglesias, grupos juveniles, organizaciones de mujeres, ONG locales— su alcance no parece estar llegando de manera efectiva a las adolescentes en condición de embarazo o maternidad.

2. ANÁLISIS

Estos gráficos exponen una profunda brecha de acceso a redes institucionales y de participación comunitaria, lo que deja a la gran mayoría de las adolescentes en Honduras sin apoyo formal y en aislamiento.

Limitada Visibilidad Institucional y Desconocimiento: El 77% de las adolescentes que desconoce la existencia de organizaciones que trabajan con su problemática es un reflejo de la limitada visibilidad institucional a nivel territorial. Esta brecha de acceso a redes institucionales significa que las adolescentes no saben dónde acudir para apoyo emocional, legal, información de salud sexual y reproductiva o mecanismos de denuncia. En el contexto hondureño, donde el informe menciona que las Oficinas Municipales de la Mujer (OMM) tienen recursos muy limitados y la articulación intersectorial es débil esta falta de conocimiento perpetúa la vulnerabilidad y la falta de protección efectiva.

El 85% que no participa en ningún grupo de apoyo o red comunitaria es un indicador crítico de la "brecha de participación y liderazgo juvenil". Esto limita la capacidad de las adolescentes para construir resiliencia, recibir apoyo entre pares y reducir el aislamiento. En el contexto de Honduras, donde "la maternidad adolescente sigue siendo un tema tabú que se maneja en el ámbito privado y familiar" el miedo al juicio social y las restricciones familiares impiden su participación, perpetuando su invisibilidad y la falta de representación de sus necesidades y derechos.

1. ANÁLISIS DE BRECHAS EN EL CONTEXTO DEL PROYECTO

A partir de los datos se identifican tres brechas críticas. La primera es una **brecha de acceso a redes institucionales**, donde el 77 % de las adolescentes desconoce las organizaciones disponibles. Esto se traduce en una barrera estructural: si las adolescentes no saben dónde acudir, no podrán acceder a apoyo emocional, acompañamiento legal, información de salud sexual y reproductiva o mecanismos de denuncia. Esta brecha debe abordarse mediante campañas de visibilidad, articulación con líderes comunitarios y fortalecimiento de la presencia local del proyecto.

La segunda brecha es una **brecha de participación y liderazgo juvenil**, evidenciada por el 85 % que no participa en redes o grupos de apoyo. Esto limita la capacidad de las adolescentes para construir resiliencia, recibir acompañamiento entre pares, reducir el aislamiento y generar mecanismos colectivos de protección. El proyecto debe considerar la creación o reactivación de círculos comunitarios de apoyo juvenil, espacios seguros para hablar de salud reproductiva, violencia y autoestima, y mecanismos territoriales donde las adolescentes puedan vincularse sin miedo al juicio.

La tercera brecha es una **brecha de protección comunitaria**, ya que la ausencia de participación en redes restringe la capacidad de las adolescentes para detectar, denunciar o responder a situaciones de violencia, discriminación y abuso. Los grupos focales y entrevistas señalan que la comunicación entre instituciones es débil, la PAE se entrega con secretividad y en muchas comunidades persisten narrativas moralizantes que inhiben la participación de adolescentes embarazadas. Esto obliga al proyecto a trabajar no solo con las adolescentes, sino también con actores comunitarios, patronatos, iglesias y municipalidades para reducir estigma, promover la corresponsabilidad y garantizar entornos seguros.

VII. RESULTADOS CUANTITATIVOS

1. Percepciones y significados del embarazo adolescente

El embarazo adolescente continúa siendo percibido por la comunidad como un fenómeno doloroso y problemático, sintetizado en la expresión “niñas criando niñas”. En Choloma, las participantes asocian el embarazo temprano con la pérdida de proyectos de vida y la carga emocional que representa asumir responsabilidades adultas en contextos de precariedad. Sin embargo, en las zonas rurales como San Buenaventura, el fenómeno adquiere una connotación distinta: la comunidad lo asume como parte de la normalidad social, donde “formar pareja a los 14 o 15 años” no siempre se considera problemático. Esta aceptación cultural revela un patrón histórico de desigualdad de género y reproducción intergeneracional de la pobreza.

El embarazo temprano aparece también vinculado a condiciones estructurales como el desempleo, el cierre de maquilas y la migración, que han fragmentado el núcleo familiar y reducido los mecanismos de protección social. Las familias permanecen desintegradas y las adolescentes buscan en las relaciones de pareja una vía de escape a la violencia intrafamiliar o al abandono emocional.

2. Factores estructurales, familiares y culturales

Los hallazgos evidencian que la falta de educación sexual integral y el silencio familiar constituyen factores decisivos. La mayoría de los padres no aborda estos temas por vergüenza, desconocimiento o creencias religiosas, mientras las adolescentes se informan a través de fuentes informales y redes sociales, lo que las expone a información errónea.

De manera paralela, los casos de violencia sexual e incesto emergen como una realidad preocupante. En el CIS de El Pedregal se registran episodios de abuso cometidos por familiares cercanos o adultos mayores, que quedan impunes debido a la falta de denuncias y al miedo a represalias. En Choloma, varias participantes reconocen que existen amenazas explícitas para impedir que las niñas o sus madres denuncien.

El patrón cultural del machismo atraviesa todas las zonas estudiadas: los varones rara vez son señalados o responsabilizados, mientras las adolescentes cargan con la sanción social. Las mujeres entrevistadas lo resumen en una frase contundente: “vivimos en un mundo donde siempre se juzga a la mujer”.

3. Reacciones sociales y educativas

La respuesta inmediata del entorno familiar suele ser punitiva. Las adolescentes son expulsadas del hogar o forzadas a convivir con el padre del bebé para “asumir su responsabilidad”, lo que refuerza la dependencia económica y emocional. La familia extiende su apoyo solo si la joven permanece con su pareja; de lo contrario, prevalece el rechazo.

En el ámbito educativo, la situación no difiere. En Choloma y San Buenaventura, las adolescentes embarazadas son trasladadas a jornadas nocturnas o excluidas de las aulas por considerarlas un “mal ejemplo”. En los colegios públicos hay cierta apertura, pero persisten prácticas de bullying y estigmatización, especialmente en los primeros meses del embarazo. La discriminación institucionalizada conduce a la deserción escolar y a la pérdida de oportunidades de formación. El conjunto de juicios sociales refuerza un ciclo de exclusión: las jóvenes son culpabilizadas, los varones quedan exentos y el embarazo se convierte en un marcador de vergüenza pública.

4. Acceso a servicios de salud y atención diferenciada

El acceso a servicios de salud se encuentra condicionado por la vergüenza, el miedo y el rumor comunitario. En las cuatro zonas analizadas, las adolescentes demoran en acudir al centro de salud, muchas veces ocultando su embarazo hasta fases avanzadas. Los profesionales de salud reconocen que la mayoría de las jóvenes llega después de las 20 semanas de gestación, lo que limita el control prenatal y aumenta los riesgos obstétricos.

El sistema sanitario no dispone de una infraestructura adecuada ni de personal especializado para brindar atención integral a adolescentes. En Santa Ana, el personal de salud comparte espacios reducidos y no cuenta con psicólogos permanentes; en Pedregal, las metas de educación sexual se alcanzan “con las manos y la boca”, al no existir presupuesto para materiales.

Además, el trato recibido por las adolescentes es un elemento disuasorio. En Choloma, las participantes reportan haber sido juzgadas o tratadas con dureza, incluso en instituciones como Ciudad Mujer. Estas experiencias generan desconfianza hacia los servicios públicos y fomentan la preferencia por la atención domiciliaria o el acompañamiento de parteras, aunque este último es cada vez menos frecuente.

3. Redes de apoyo y actores locales

Las redes de apoyo inmediatas se limitan principalmente al entorno familiar, en especial madres, abuelas y tías. Sin embargo, este apoyo es económicamente frágil y emocionalmente desigual. En muchos casos, las jóvenes dependen de la buena voluntad de familiares de amigas o de instituciones religiosas que ofrecen ayuda temporal.

A nivel comunitario, se identifican algunas organizaciones como MOMUCLAA, que promueve charlas de educación sexual en escuelas mediante autogestión, y el Club de Adolescentes impulsado por el centro de salud de Santa Ana. No obstante, su cobertura es limitada y carecen de financiamiento constante. Las municipalidades y oficinas de la mujer tienen un rol reactivo y discontinuo: proporcionan insumos o víveres en casos puntuales, pero no desarrollan estrategias sostenibles. Las alianzas entre salud, educación y gobierno local son aún débiles, lo que impide una respuesta coordinada al problema.

1. Impacto emocional y psicológico

La maternidad temprana tiene efectos profundos sobre la salud mental de las adolescentes. La vergüenza, el aislamiento y la depresión emergen como síntomas recurrentes. Las jóvenes expresan miedo al juicio social y retraimiento: “no salgo, me da pena que me miren”. En San Buenaventura, el personal de salud reconoce que muchas adolescentes “se sienten perdidas” y atraviesan episodios de ansiedad o tristeza severa.

El acompañamiento psicológico es prácticamente inexistente. Las niñas y adolescentes no reciben consejería ni orientación sistemática antes, durante o después del parto. El personal de salud señala la necesidad urgente de integrar atención psicológica en los centros, especialmente para prevenir depresión postparto y fortalecer la autoestima.

El vacío emocional se profundiza cuando el entorno familiar y social responde con rechazo, reproduciendo un ciclo de soledad y culpa que afecta el vínculo madre-hijo y la salud mental de largo plazo.

2. Prevención, educación sexual y propuestas de cambio

Las acciones de prevención existentes son insuficientes y dependen de la iniciativa personal del personal de salud o de organizaciones locales. Las charlas educativas se desarrollan con recursos propios, sin materiales ni apoyo presupuestario. En Santa Ana, los equipos de salud elaboran murales con fondos de consulta para impartir talleres en escuelas; en Pedregal, las trabajadoras sociales compran papel y marcadores de su propio dinero.

El mayor obstáculo para la prevención es la resistencia de los padres y las iglesias, que asocian la educación sexual con la incitación al sexo. Este tabú impide la entrada sistemática de los centros de salud a los colegios y limita la discusión sobre planificación familiar.

Las comunidades y el personal sanitario coinciden en que la prevención debe incluir a los padres y a los varones adolescentes, ampliando el enfoque tradicional centrado únicamente en las niñas. También demandan materiales didácticos, apoyo psicológico, programas recreativos y fortalecimiento de los clubes juveniles.

La coordinación interinstitucional se perfila como una condición indispensable: salud, educación, municipalidades y organizaciones comunitarias deben articular esfuerzos para generar una respuesta integral que combine educación, acompañamiento emocional y acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva.

VIII. DISCUSIÓN

La línea de base revela que la maternidad adolescente en los territorios priorizados no es un fenómeno aislado ni exclusivamente individual, sino que constituye la expresión más evidente de desigualdades estructurales persistentes en Honduras. La combinación de los datos cuantitativos levantados y el análisis cualitativo profundo evidencia un patrón de reproducción intergeneracional de pobreza, rezago educativo, violencia, silencios familiares y ausencia de servicios integrales de salud sexual y reproductiva. La ENDESA/MICS 2019 ya situaba a Honduras entre los países de mayor prevalencia de maternidad temprana en la región, con un 15% de adolescentes de 15-19 años que ya eran madres o estaban embarazadas; los datos de esta línea de base confirman que, en los municipios visitados, el problema no solo persiste, sino que se complejiza por factores culturales, comunitarios e institucionales que limitan la autonomía y los derechos de las niñas y adolescentes.

En primer lugar, la estructura sociodemográfica de las participantes muestra una concentración importante entre los 16 y 20 años, con presencia relevante de embarazos en edades tan tempranas como los 12, 13 y 14 años. Aunque la mayoría ha alcanzado niveles educativos de primaria o secundaria, existe un grupo significativo que nunca asistió a la escuela o quedó fuera del sistema. Esta exclusión coincide con los hallazgos cualitativos que señalan prácticas de expulsión, traslado a jornadas nocturnas y estigmatización escolar como mecanismos que profundizan la desvinculación educativa. La comparación con la EPHPM 2024 refuerza esta relación estructural: mientras el promedio nacional de años de estudio para las mujeres es de 7.5, en áreas rurales desciende a 6.1, exactamente los territorios donde las comunidades consideran “normal” la maternidad temprana. Esto demuestra que el rezago educativo no es solo antecedente del embarazo adolescente, sino una condición que se retroalimenta con la maternidad temprana, generando un círculo de exclusión que limita el futuro educativo y laboral de las jóvenes.

En materia de salud sexual y reproductiva, los datos cuantitativos indican que la mayoría conoce la ubicación del centro de salud y logra asistir a consultas prenatales; sin embargo, este dato es engañosamente optimista cuando se contrasta con la evidencia cualitativa. Los grupos focales y entrevistas revelan que las adolescentes no acuden temprano por miedo al juicio social, vergüenza o temor al trato discriminatorio del personal. En Choloma y Pedregal se reportaron experiencias de humillación, discriminación e incluso maltrato verbal, lo que coincide con los porcentajes relevantes que indican que un 20% percibió trato discriminatorio y un 17% no se sintió respetada durante la atención médica. Esto concuerda con el patrón nacional descrito por la ENDESA 2019, que reporta que entre las mujeres hondureñas la violencia psicológica y verbal es un componente recurrente en el acceso a servicios de salud, especialmente en zonas rurales y entre mujeres jóvenes. La falta de espacios amigables, psicólogos y materiales educativos (reconocida de forma reiterada por el personal de salud) evidencia limitaciones institucionales que no permiten una respuesta adecuada a las necesidades psicosociales de las adolescentes, reduciendo los servicios de salud a procesos biomédicos desprovistos de acompañamiento emocional.

Un hallazgo crítico es la elevada presencia de violencia emocional, discriminación y estigma. Aunque solo un 30% reconoce haber recibido violencia directa durante el embarazo, el estigma, la vergüenza y el aislamiento son experiencias casi universales según los discursos recogidos.

Las adolescentes que participaron en los grupos focales describieron el embarazo como un proceso solitario, marcado por juicios, expulsión del hogar y abandono escolar. Los resultados cuantitativos muestran que casi la mitad siente que “no sirve para nada”, y un 29% solo se considera valiosa “a veces”. Esta baja autoestima coincide con la descripción cualitativa de depresión, ansiedad, confusión y vacío emocional expresado tanto por adolescentes como por personal de salud. La falta de atención psicológica sistemática agrava esta problemática, especialmente en un contexto donde la violencia intrafamiliar, los abusos sexuales y el incesto aparecen como factores explicativos del embarazo temprano, confirmando la necesidad urgente de incorporar apoyo emocional formal en los centros de salud y en las redes comunitarias.

Otro elemento central es la débil articulación comunitaria e institucional. Aunque el 79% de las adolescentes reconoce tener “alguien cercano” para apoyo emocional, este acompañamiento se concentra casi exclusivamente en madres, abuelas o tías, lo que reproduce un apoyo saturado, informal y limitado. Las organizaciones comunitarias como Momuclaa o los clubes de adolescentes impulsados por centros de salud funcionan bajo esquemas de autogestión sin financiamiento estable, lo que reduce su impacto y sostenibilidad. Además, solo un 23% conoce organizaciones que trabajen con adolescentes embarazadas, y apenas un 15% participa en redes de apoyo. Esta baja participación comunitaria contrasta con el interés del 79% de adolescentes por integrarse a actividades del proyecto, evidencia de una demanda insatisfecha de acompañamiento, espacios seguros y oportunidades de formación.

La educación sexual integral es otro campo de brechas profundas. A pesar de que el 72% reporta haber recibido educación sexual en la escuela o colegio, solo el 61% considera tener suficiente información para decidir sobre su salud sexual. La calidad de la información recibida es cuestionable: la mayoría de las sesiones son impartidas por docentes o personal sin especialización, y casi nunca incluyen a varones, reforzando la idea de que la gestión de la sexualidad y la prevención del embarazo son exclusivamente responsabilidad de las niñas. El análisis cualitativo confirma la resistencia de padres y líderes religiosos a la educación sexual, quienes mantienen la creencia de que “hablar de planificación incita al sexo”. Este patrón coincide con los hallazgos de la ENDESA 2019, que muestra altos niveles de desconocimiento sobre métodos anticonceptivos entre adolescentes de zonas rurales y urbanas pobres, así como una correlación significativa entre baja escolaridad y maternidad temprana.

Finalmente, la información cualitativa evidencia propuestas claras desde las propias comunidades: fortalecer el trabajo con padres y varones adolescentes, ampliar la presencia institucional, mejorar la articulación entre salud-educación-municipalidades, asegurar recursos educativos y materiales, institucionalizar el apoyo psicológico y consolidar redes de apoyo comunitario. Esta agenda comunitaria coincide con la evidencia internacional sobre prevención del embarazo adolescente, que destaca la importancia de intervenciones multisectoriales sostenidas, con enfoque de género, derechos, educación sexual integral y acompañamiento psicosocial.

En síntesis, la discusión de los hallazgos revela que la maternidad adolescente es resultado de un sistema que falla simultáneamente en educación, salud, protección y comunidad. La combinación de estigma, abandono escolar, carencia de educación sexual integral, discriminación sanitaria y violencia estructural conforma un entorno que no solo permite, sino que perpetúa el embarazo temprano. La línea de base presenta así un panorama complejo pero transformable, donde la articulación interinstitucional, el fortalecimiento de capacidades comunitarias y la protección emocional de las adolescentes emergen como pilares esenciales para avanzar hacia una maternidad segura, digna y acompañada, y hacia una prevención efectiva y sostenible del embarazo adolescente en Honduras.

IX. HALLAZGOS

Los hallazgos de la línea de base revelan que la maternidad adolescente en los territorios priorizados es un fenómeno estructural profundamente asociado a desigualdades sociales, brechas educativas, violencia sexual, estigmas culturales y debilidades institucionales en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva. La caracterización sociodemográfica muestra que la mayoría de las adolescentes encuestadas tiene entre 15 y 20 años, aunque se identificaron casos de 12, 13 y 14 años, lo cual evidencia la presencia de maternidades extremadamente tempranas. Este patrón coincide con los registros del INE y de las Estadísticas de Nacimientos 2013-2014, donde ya se reportaban nacimientos en niñas de 10 a 14 años, tendencia que persiste y se profundiza en los territorios visitados. La ENDESA/MICS 2019 señala que el 15% de las adolescentes hondureñas entre 15 y 19 años ya habían estado embarazadas; las cifras locales muestran que la prevalencia es incluso mayor en municipios rurales y de alta pobreza, donde las condiciones de vida, las normas culturales y la ausencia de servicios efectivos aumentan la vulnerabilidad.

En educación, los hallazgos evidencian una relación directa entre rezago educativo y maternidad temprana. Aunque la mayoría de las adolescentes reporta haber alcanzado niveles de primaria o secundaria, existe una proporción relevante que nunca asistió a la escuela o abandonó sus estudios tras conocer el embarazo. Las razones más frecuentes para la deserción incluyen discriminación por parte de docentes y compañeros, traslado obligatorio a jornadas nocturnas, presiones familiares y la percepción de que la maternidad es incompatible con la continuidad académica. La EPHPM 2024 señala que el promedio nacional de años de estudio entre mujeres es de 7.5, pero desciende a 6.1 en zonas rurales, justo donde la maternidad adolescente se normaliza culturalmente. Los hallazgos cualitativos refuerzan esta relación: en comunidades de San Buenaventura y zonas rurales de Intibucá, los embarazos tempranos son concebidos como “parte de la vida normal”, lo que inhibe la prevención, oculta los riesgos y naturaliza la exclusión educativa como un evento esperable para las adolescentes embarazadas.

En el ámbito familiar y comunitario, se identifican patrones persistentes de estigma, expulsión del hogar y sanción moral hacia las adolescentes embarazadas. Los discursos de los grupos focales revelan que las jóvenes experimentan rechazo abierto, culpabilización y presión para unirse a la pareja como única opción aceptable socialmente. El machismo emerge como un determinante transversal: los varones adolescentes no enfrentan sanción social, mientras las jóvenes cargan con la totalidad del juicio. En Choloma, algunas participantes relataron que fueron obligadas a abandonar su casa al saberse su embarazo; en Santa Ana, se documentaron casos donde la familia solo brinda apoyo si la joven convive con el padre del bebé. Este patrón refuerza relaciones de dependencia emocional y económica que aumentan la vulnerabilidad de las jóvenes y las exponen a uniones tempranas no deseadas.

El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva presenta brechas significativas. Aunque los datos cuantitativos indican que la mayoría conoce su centro de salud y ha acudido al menos a una consulta, el análisis cualitativo revela que la vergüenza, el miedo al juicio moral y el trato discriminatorio limitan la continuidad y la calidad de la atención. Las adolescentes suelen acudir tardíamente, en muchos casos después de las 20 semanas de gestación.

El personal de salud reconoce que, pese a los esfuerzos, no existen espacios amigables para adolescentes, falta personal psicológico, los materiales educativos son mínimos y los servicios de educación sexual dependen del compromiso individual de los trabajadores, no de una estructura institucional. Las experiencias negativas en centros de salud, incluidas expresiones de reproche o humillación, disuaden a las jóvenes de buscar atención oportuna. Este patrón coincide con la ENDESA 2019, que documenta altos niveles de insatisfacción y barreras de acceso entre mujeres jóvenes, especialmente en contextos rurales y de bajo ingreso.

La violencia sexual es un componente central en la explicación del embarazo adolescente. Los hallazgos cualitativos recogidos en los centros de salud del Pedregal y Santa Ana señalan casos de abuso sexual perpetrados por familiares, vecinos o adultos mayores. La ENDESA/MICS 2019 reporta que el 5% de las mujeres hondureñas sufrió abuso sexual antes de los 12 años y 8% después de los 12; estos patrones se confirman en el campo a través de testimonios donde los bebés son hijos de adultos significativamente mayores, en contextos donde la denuncia no se realiza por miedo, amenazas o dependencia económica. La combinación de silencio familiar, normalización comunitaria y ausencia de mecanismos seguros de denuncia reproduce maternidades forzadas que permanecen invisibilizadas.

En cuanto a la salud mental y el bienestar emocional, los datos son contundentes. Aunque un 79% afirma contar con alguien cercano para apoyo emocional, la mayoría siente vergüenza, aislamiento y desvalorización personal. Casi la mitad reporta sentirse poco valiosa y un 30% expresa síntomas compatibles con ansiedad o depresión. Los grupos focales indican que las adolescentes “se sienten perdidas”, con confusión emocional y miedo al juicio social. La ausencia de apoyo psicológico institucional agrava estos procesos: los centros de salud no cuentan con psicólogos permanentes y el acompañamiento emocional es reactivo y limitado. Esta situación se suma a la presión social y familiar, generando un escenario de alta vulnerabilidad emocional y riesgo elevado de depresión posparto.

Las redes de apoyo institucional y comunitario presentan limitaciones importantes. Aunque existen esfuerzos como Momucal, clubes de adolescentes o iniciativas de centros de salud, su alcance es reducido y dependen de voluntades individuales o autogestión sin presupuesto. Solo un 23% de las adolescentes conoce a organizaciones que trabajen con maternidad adolescente y apenas un 15% participa en actividades comunitarias. Este vacío contrasta con el alto interés: el 79% desea integrarse a actividades del proyecto. La baja participación evidencia una oferta institucional insuficiente, limitada por recursos escasos, baja cobertura y débil articulación entre salud, educación, municipalidades y OSC locales.

En educación sexual integral, la brecha es profunda y estructural. Aunque el 72% reporta haber recibido algún tipo de educación sexual, el contenido carece de calidad, continuidad y enfoque de género. Las adolescentes no reciben información suficiente para tomar decisiones informadas; los padres y las iglesias mantienen un rol de resistencia; y los varones adolescentes quedan sistemáticamente excluidos de los procesos educativos. Los hallazgos cualitativos registran que muchas sesiones son improvisadas, carecen de materiales y se enfrentan a oposición de padres que consideran que “hablar de sexualidad promueve el sexo”. Esta dinámica confirma la brecha señalada por la ENDESA: los niveles más bajos de conocimiento y uso de anticonceptivos se encuentran en zonas rurales y entre mujeres con menor escolaridad, precisamente los territorios de intervención.

Finalmente, los hallazgos integrados muestran que la maternidad adolescente constituye un fenómeno multicausal sostenido por estructuras patriarcales, silencios familiares, estigma social, rezago educativo, debilidad institucional y violencia sexual. Los territorios priorizados presentan patrones coincidentes, aunque con matices específicos según su ruralidad, nivel de pobreza, disponibilidad de servicios y normas socioculturales. La línea de base establece así un diagnóstico profundo y contextualizado que servirá como punto de referencia para medir los avances del proyecto y orientar estrategias de intervención basadas en evidencia, derechos humanos y enfoque de género.

X. CONCLUSIONES

La línea de base del proyecto Maternidad Segura para Niñas y Adolescentes en Honduras confirma que el embarazo y la maternidad temprana constituyen una problemática estructural profundamente arraigada en desigualdades de género, brechas educativas, violencia sexual, atraso institucional y patrones socioculturales que limitan el ejercicio pleno de derechos de niñas y adolescentes. Los datos revelan que la maternidad adolescente no puede ser comprendida únicamente como un fenómeno individual, sino como el resultado de un entramado de factores familiares, comunitarios y estructurales que interactúan y se refuerzan mutuamente. La presencia de embarazos desde los 12 años, así como casos de adolescentes con dos, tres o más hijos, muestra la gravedad de la situación y la necesidad de respuestas urgentes, intersectoriales y sostenidas.

En el ámbito educativo, la maternidad adolescente emerge como causa y consecuencia del rezago escolar. Los hallazgos evidencian que la discriminación, la expulsión o el traslado a jornadas nocturnas son prácticas institucionales normalizadas que generan deserción educativa casi automática. Las adolescentes, al quedar fuera del sistema educativo, enfrentan un futuro limitado, sin oportunidades de capacitación ni inserción laboral, lo que perpetúa la pobreza y reduce significativamente su autonomía. La EPHPM 2024 confirma que las mujeres rurales tienen apenas 6.1 años de estudio en promedio, lo que coincide con las experiencias de las adolescentes que participaron en esta línea de base. Este rezago educativo, sumado a la falta de educación sexual integral, constituye un terreno fértil para la reproducción intergeneracional del embarazo adolescente.

El análisis cualitativo demuestra que la violencia sexual y el incesto son factores más comunes de lo que se reconoce públicamente. Múltiples testimonios señalan que los embarazos de niñas menores frecuentemente son producto de abusos perpetrados por familiares, vecinos o adultos mayores. La persistencia del silencio, el miedo a denunciar y la normalización social de estas prácticas reflejan un entorno de impunidad que obliga a niñas y adolescentes a asumir maternidades forzadas no reconocidas ni visibilizadas por las instituciones. Este hallazgo se alinea con la ENDESA/MICS 2019, que indica que el abuso sexual en niñas menores de 12 años es una realidad persistente en Honduras, aunque sub registrada.

En los servicios de salud, la atención a adolescentes embarazadas enfrenta serias limitaciones. El miedo al juicio moral, la vergüenza y el trato discriminatorio por parte del personal reducen la asistencia temprana y continua a los controles prenatales. La ausencia de psicólogos, la falta de espacios amigables y la carencia de materiales educativos restringen la capacidad del sistema para brindar atención integral y respetuosa. Si bien el personal de salud realiza esfuerzos notables a pesar de los recursos limitados, la estructura institucional no garantiza una atención diferenciada, lo que provoca que muchas adolescentes lleguen tardíamente a controles, aumentando los riesgos obstétricos y consolidando patrones de desconfianza hacia el sistema sanitario.

En lo emocional, las adolescentes enfrentan un impacto profundo marcado por vergüenza, aislamiento, tristeza y sentimientos de pérdida. La presencia de depresión, ansiedad y confusión emocional es recurrente en los testimonios. La falta de acompañamiento psicológico y de redes de apoyo consolidadas impide que estas emociones sean atendidas oportunamente, lo que afecta tanto el bienestar de las adolescentes como su vínculo con sus hijos e hijas, especialmente en los primeros meses de vida. La atención a la salud mental emerge como una necesidad crítica para evitar ciclos de maternidad no deseada, abandono escolar, violencia en pareja y dependencia afectiva.

Las redes de apoyo comunitario existen, pero son frágiles, dispersas y dependen de iniciativas individuales. Si bien organizaciones como Momuclaa, clubes de adolescentes y algunos centros de salud desarrollan acciones valiosas, su alcance es limitado debido a la ausencia de financiamiento, la falta de coordinación interinstitucional y la demanda creciente que supera sus capacidades. La participación institucional (particularmente municipalidades y Oficinas de la Mujer) es irregular y reactiva, lo que evidencia la necesidad de fortalecer mecanismos formales de articulación entre salud, educación, gobiernos locales y organizaciones comunitarias.

La educación sexual integral, pese a ser reconocida como una herramienta clave para la prevención, enfrenta obstáculos profundos: resistencia de padres e iglesias, ausencia de materiales educativos, falta de formación del personal docente y exclusión de los varones adolescentes de los procesos formativos. La evidencia muestra que la educación sexual impartida actualmente es insuficiente, fragmentada y sin enfoque de género. Las adolescentes no cuentan con información clara, científica y adaptada culturalmente que les permita tomar decisiones informadas sobre su sexualidad y reproducción. Estos vacíos generan ciclos de ignorancia que incrementan la vulnerabilidad a embarazos no deseados, uniones tempranas y violencia sexual.

Finalmente, los hallazgos integrados muestran que la maternidad adolescente no es un fenómeno aislado, sino un síntoma de fallas estructurales del Estado y las instituciones comunitarias. La falta de políticas públicas efectivas, la débil aplicación de protocolos diferenciados, la ausencia de recursos en salud y educación, y la normalización de la violencia y el silencio configuran un sistema que no protege los derechos de las niñas y adolescentes. La línea de base revela que, aunque existen esfuerzos aislados y buenas prácticas locales, la respuesta institucional sigue siendo insuficiente y fragmentada para enfrentar un problema que requiere intervenciones multidimensionales, sensibles al género, culturalmente pertinentes y sostenidas en el tiempo.

La maternidad adolescente en los municipios priorizados es una manifestación extrema de las desigualdades estructurales que afectan a las niñas y adolescentes hondureñas. La evidencia recogida en esta línea de base constituye un punto de partida fundamental para orientar las acciones del proyecto, fortalecer la coordinación interinstitucional y construir estrategias transformadoras que garanticen maternidades seguras, acompañadas y libres de violencia, así como oportunidades reales de educación, autonomía y desarrollo para las adolescentes. El embarazo adolescente en Santa Bárbara refleja múltiples desigualdades estructurales: limita derechos, reduce oportunidades educativas y laborales, y perpetúa condiciones de vulnerabilidad social. Su abordaje requiere estrategias integrales multisectoriales que fortalezcan educación, servicios de salud, prevención de violencia de género y políticas públicas basadas en evidencia. La cooperación internacional en alianza con el Estado y la sociedad civil tiene un rol estratégico en la formación técnica, financiamiento de programas y apoyo en la implementación de enfoques basados en los derechos humanos y la participación juvenil.

XI. RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS POR COMPONENTE

COMPONENTE 1. Prevención y Educación Sexual Integral (ESI)

Las acciones preventivas deben fortalecerse con una estrategia institucionalizada de Educación Sexual Integral (ESI) basada en evidencia científica, libre de prejuicios y culturalmente pertinente. Se recomienda que los centros educativos y de salud diseñen módulos adaptados por edad para niñas, adolescentes y familias, asegurando que la ESI sea impartida de forma continua y no como actividades aisladas. Es necesario incluir a los varones adolescentes en todos los procesos formativos, reconociendo su rol corresponsable en la prevención del embarazo, la violencia sexual y el ejercicio seguro de la sexualidad. Debe establecerse una alianza estratégica entre centros de salud, municipalidades, Oficinas Municipales de la Mujer, organizaciones comunitarias e iglesias abiertas al diálogo, para asegurar un trabajo sostenido que permita superar el tabú cultural que rodea la sexualidad. Se recomienda incluir metodologías participativas (dinámicas, grupos de pares, mentorías, clubes juveniles) que permitan diálogos seguros y respetuosos, así como la producción de materiales educativos accesibles, sostenibles y adecuados para zonas urbanas y rurales.

Adicionalmente, se recomienda crear e institucionalizar Escuelas de Padres y Madres, donde se aborden temas de crianza respetuosa, comunicación sobre sexualidad, prevención de violencia sexual, acompañamiento emocional y derechos sexuales y reproductivos (DSR). Este componente debe priorizar a hogares monoparentales, familias con experiencia de migración y adolescentes criadas por abuelas o tías, pues representan condiciones de alta vulnerabilidad identificadas en los grupos focales. Finalmente, es fundamental asegurar que el personal docente reciba formación obligatoria en ESI con enfoque de género, diversidad y derechos humanos, evitando que sus creencias personales limiten el currículo escolar o refuercen estigmas hacia adolescentes embarazadas o madres jóvenes.

COMPONENTE 2. Atención en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y Maternidad Segura

Los servicios de salud deben fortalecer su capacidad de atención diferenciada para adolescentes, creando espacios amigables, privados y libres de juicio donde las jóvenes puedan recibir consejería, métodos anticonceptivos, controles prenatales y postnatales oportunos. Se recomienda incorporar psicólogos o enlaces psicosociales en los centros de salud con mayor demanda, o establecer convenios con municipalidades y OSC para garantizar atención psicológica continua. El personal de salud debe recibir formación en trato humanizado, enfoque de género, atención centrada en la adolescencia y manejo de violencia basada en género (VBG), evitando prácticas de discriminación o culpabilización documentadas en los hallazgos cualitativos. Asimismo, se debe fortalecer la referencia y contrarreferencia entre centros de salud y hospitales, asegurando que las adolescentes no queden sin seguimiento durante el embarazo o después del parto.

Es recomendable implementar rutas de atención integral que incluyan tamizajes de salud mental, evaluación de riesgo de violencia, acceso a planificación familiar, consejería sobre cuidados del recién nacido y seguimiento psicosocial para adolescentes primerizas. El proyecto debe impulsar brigadas comunitarias que acerquen los servicios a zonas rurales, incluyendo visitas domiciliarias, orientación en escuelas y jornadas de prevención en mercados y espacios públicos. La creación y fortalecimiento de Clubes de Adolescentes también puede convertirse en un mecanismo sostenible para promover la salud sexual, el autocuidado, el liderazgo juvenil y la atención preventiva continua.

COMPONENTE 3. Protección de Derechos, Violencia Sexual y Uniones Tempranas

incesto o coerción social, es imprescindible fortalecer los protocolos de detección, denuncia y derivación segura. Se recomienda que todo el personal de salud y educación reciba capacitación obligatoria sobre Ley Especial contra la Violencia Doméstica, delitos sexuales, derechos de niñas y adolescentes y procedimientos de notificación obligatoria. Es necesario crear mecanismos confidenciales para que adolescentes puedan reportar situaciones de abuso sin temor a represalias; estos mecanismos deben incluir canales digitales seguros, buzones físicos y puntos de referencia comunitarios. El proyecto debe articularse con fiscalías, DINAF, PANI, Programa Ciudad Mujer y redes de mujeres para asegurar acompañamiento legal y psicológico inmediato ante casos de violencia.

Se recomienda trabajar de manera prioritaria en la prevención de uniones tempranas, abordando las presiones familiares que empujan a las adolescentes a convivir con el padre del bebé. Esto implica campañas comunitarias que desmonten la idea de que la “solución” ante un embarazo es la unión forzada, así como acciones de sensibilización con líderes religiosos y comunitarios. También se sugiere incluir contenidos sobre consentimiento, relaciones igualitarias, autonomía corporal y corresponsabilidad masculina en los procesos de ESI. Las acciones de protección deben ser diferenciadas por territorio, considerando las dinámicas específicas de zonas rurales donde el embarazo adolescente está normalizado y donde el control comunitario puede generar silencio frente al abuso.

COMPONENTE 4. Educación, Permanencia Escolar y Reintegración Académica

Para enfrentar la exclusión escolar asociada a maternidad adolescente, se recomienda coordinar con la Secretaría de Educación la implementación de protocolos de permanencia escolar que prohíban expulsiones, traslados forzados o prácticas discriminatorias contra adolescentes embarazadas. Es necesario fortalecer la sensibilización dirigida a docentes y directores, incorporando módulos sobre derechos educativos, no discriminación y adaptación curricular. Se recomienda implementar modalidades alternativas como educación flexible, tutorías personalizadas, reinserción escolar por ciclos y jornadas mixtas que permitan que las adolescentes continúen sus estudios durante el embarazo y la lactancia.

Asimismo, se recomienda establecer programas de acompañamiento educativo con apoyo de municipalidades y organizaciones comunitarias, donde las adolescentes puedan recibir refuerzo escolar, acceso a internet, espacios seguros para estudiar y apoyo para cuidado de sus hijos durante horas de clase. Los clubes de niñas y adolescentes deben convertirse en plataformas para promover su permanencia escolar, fortalecer la autoestima, construir proyectos de vida y fomentar habilidades para la vida (liderazgo, toma de decisiones, comunicación asertiva). La educación debe integrarse al acompañamiento emocional y psicosocial, reconociendo que la deserción escolar está vinculada al estigma, la depresión y la sobrecarga doméstica.

COMPONENTE 5. Redes de Apoyo, Comunidad y Gobernanza Local

Se recomienda fortalecer los mecanismos comunitarios de protección mediante la creación de Redes Locales de Maternidad Segura, integradas por centros de salud, municipalidades, Oficinas de la Mujer, organizaciones comunitarias, iglesias, liderazgos juveniles y clubes de adolescentes. Estas redes deben reunirse periódicamente para identificar casos, coordinar acciones, gestionar recursos y dar seguimiento a adolescentes en riesgo. Es fundamental institucionalizar la presencia de facilitadoras comunitarias o enlaces de protección que brinden acompañamiento directo a las adolescentes desde sus hogares, especialmente en zonas rurales o de difícil acceso.

El proyecto debe fortalecer la articulación intersectorial mediante mesas de coordinación, planes municipales de prevención y acuerdos de cooperación que garanticen sostenibilidad más allá de la duración de la intervención. Se recomienda invertir en la formación de lideresas comunitarias y adolescentes multiplicadoras, quienes pueden desempeñar un papel clave en la transformación cultural, la prevención de violencia y la promoción de derechos sexuales y reproductivos. Finalmente, se propone que las municipalidades asignen presupuestos específicos para la prevención de embarazo adolescente, fortaleciendo la institucionalidad local y la capacidad real de respuesta.

COMPONENTE 6. Bienestar Emocional, Acompañamiento Psicosocial y Salud Mental

Los hallazgos evidencian una urgente necesidad de fortalecer el componente de salud mental. Se recomienda establecer servicios de atención psicológica comunitaria, ya sea mediante personal fijo en los centros de salud o convenios con psicólogos locales, universidades e instituciones públicas. El acompañamiento emocional debe ser continuo, preventivo y diferenciado por edad, con énfasis en atención a niñas menores de 15 años, adolescentes primerizas y casos asociados a violencia sexual. Debe incluir sesiones individuales, grupos de apoyo, espacios de escucha segura, orientación sobre depresión posparto, fortalecimiento de autoestima y construcción de proyectos de vida.

Se recomienda integrar el apoyo psicosocial en todas las fases de atención: ESI, controles prenatales, visitas postnatales y seguimiento comunitario. Asimismo, es fundamental capacitar a personal de salud, docentes y líderes comunitarios en primeros auxilios psicológicos, manejo de crisis y detección de señales de riesgo emocional. El proyecto debe promover la creación de grupos de apoyo para madres adolescentes, donde puedan compartir experiencias, reducir el aislamiento, construir redes afectivas y fortalecer su agencia personal.

COMPONENTE 7. Comunicación, Sensibilización Comunitaria y Cambio Cultural

Para transformar los determinantes socioculturales del embarazo adolescente, se recomienda desarrollar campañas comunitarias de sensibilización que aborden temas como: derechos sexuales y reproductivos, consentimiento, prevención de violencia, roles de género, paternidad responsable y rechazo a uniones tempranas. Estas campañas deben ser adaptadas a cada territorio, utilizando lenguajes culturales pertinentes y canales accesibles (radio local, redes sociales, murales, teatro comunitario). Se recomienda involucrar a iglesias, colegios, líderes tradicionales y juventudes para generar cambios sostenidos en normas sociales y reducir la estigmatización hacia adolescentes embarazadas.

COMPONENTE 8. Gestión del Conocimiento, Monitoreo y Evaluación

Finalmente, se recomienda que el proyecto establezca un sistema de monitoreo participativo que permita dar seguimiento continuo a los indicadores de línea base, medir cambios intermedios y documentar aprendizajes. Es necesario crear fichas PIRS completas, tableros de seguimiento, análisis trimestrales, estudios de caso y rutas de incidencia local. La sistematización de experiencias permitirá fortalecer la sostenibilidad del proyecto y facilitar su réplica en otros territorios.

XII. ANEXOS

Anexo I. Libro de Códigos Cualitativo

1. Significados del embarazo adolescente

Subcódigo	Definición operativa	Ejemplo textual	Fuente
1.1. "Niñas criando niñas"	Percepción social que asocia el embarazo adolescente con una tragedia o problema social.	"Las organizaciones lo perciben como un flagelo, niñas teniendo niñas, es doloroso."	"Las organizaciones lo perciben como un flagelo, niñas teniendo niñas, es doloroso."
1.2. Desintegración familiar y social	Relación entre migración, desempleo y aumento de embarazos o abusos.	"El desempleo por cierre de maquilas ha influido, los padres están más tiempo en casa, eso también ha ocasionado incestos."	GF Choloma
1.3. Normalización rural del fenómeno	Percepción de aceptación o costumbre del embarazo temprano	"En la zona rural es algo normal, son pareja normal de 13 a 14 años."	GF San Buenaventura

2. Factores causales y contextuales

Subcódigo	Definición operativa	Ejemplo textual	Fuente
2.1. Falta de educación sexual	Ausencia de orientación desde el hogar y escuela.	"Los padres no se sientan con ellos a hablar de esos temas."	GF San Buenaventura
2.2. Violencia sexual e incesto	Casos de abuso por familiares o adultos.	"Algunos padres de los bebés son mayores de"	GF Choloma
2.3. Migración y ausencia parental	Impacto del abandono de padres que emigran.	"Muchas niñas viven con abuelas porque la mamá se fue a España."	CIS Pedregal
2.4. Tabú y desconocimiento	Miedo o vergüenza de hablar sobre sexualidad.	"Las madres no hablan, sienten pena, creen que se promueve el sexo."	CIS Santa Ana

3. Reacciones familiares y comunitarias

Subcódigo	Definición operativa	Ejemplo textual	Fuente
3.1. Expulsión del hogar	Reacción negativa de los padres al descubrir el embarazo.	"La madre le dice que se vaya con el padre del bebé."	CIS Santa Ana
3.2. Apoyo condicionado	La familia apoya solo si la joven vive con el padre del hijo.	"Si la familia la apoya, es porque está con el papá de su hija."	GF Choloma
3.3. Críticas y estigma	Rechazo social y juicios morales hacia la adolescente.	"Me he sentido juzgada durante el embarazo, al parir se normaliza."	GF Choloma
3.4. Normalización masculina	El varón no recibe sanción social, solo la joven.	"Vivimos en un mundo machista, siempre juzgan a la mujer."	CIS Pedregal

4. Educación y exclusión escolar

Subcódigo	Definición operativa	Ejemplo textual	Fuente
4.1. Expulsión o traslado escolar	Práctica de excluir o cambiar de turno a las embarazadas.	"La escuela las expulsa o las mandan a jornada nocturna."	GF Choloma
4.2. Apoyo parcial educativo	Instituciones públicas permiten continuar estudios, pero con limitaciones.	"En los colegios las dejan estudiar, pero depende del maestro."	GF San Buenaventura
4.3. Estigma y bullying escolar	Burla y discriminación de compañeros y docentes.	"Le decían la más calladita y resultó embarazada, le hacían bullying."	GF San Buenaventura

5. Acceso a servicios de salud

Subcódigo	Definición operativa	Ejemplo textual	Fuente
5.1. Temor y vergüenza de acudir	Las jóvenes evitan ir al centro por miedo al señalamiento.	"No salgo, me da pena que me miren."	GF Choloma
5.2. Mala atención y trato discriminatorio	Percepción negativa sobre el personal de salud.	"Han recibido pésimo trato, aún en Ciudad Mujer."	GF Choloma
5.3. Limitaciones estructurales	Falta de espacios físicos, psicólogos o materiales educativos.	"No tenemos un espacio exclusivo para adolescentes."	CIS Santa Ana
5.4. Referencias médicas incompletas	Falta de continuidad en el seguimiento de casos adolescentes.	"Solo se hace el primer control, luego se refiere al hospital."	CIS Santa Ana

6. Redes de apoyo y actores locales

Subcódigo	Definición operativa	Ejemplo textual	Fuente
6.1. Apoyo familiar limitado	Rol de madres, tías o abuelas en el acompañamiento.	"La tía es quien las lleva al control."	CIS Pedregal
6.2. Organizaciones comunitarias	OSC e iglesias que brindan orientación o insumos.	"Momucuaa hace orientación sexual por autogestión."	GF Choloma
6.3. Clubes de embarazadas o adolescentes	Iniciativas institucionales para acompañamiento.	"Tenemos un club de adolescentes en la escuela Juan Lindo."	CIS Santa Ana

7. Impacto emocional y psicológico

Subcódigo	Definición operativa	Ejemplo textual	Fuente
7.1. Vergüenza y aislamiento	Emociones negativas ligadas al juicio social.	"No salgo, me da pena que me miren."	GF Choloma
7.2. Depresión o confusión	Efectos psicológicos del embarazo en menores.	"Caen en depresión, se sienten perdidas."	GF San Buenaventura
7.3. Necesidad de apoyo psicológico	Reconocimiento de la necesidad de consejería y atención mental.	"Debería trabajarse bastante con psicología porque no saben cómo reaccionar."	GF San Buenaventura

8. Prevención y educación sexual

Subcódigo	Definición operativa	Ejemplo textual	Fuente
8.1. Charlas en escuelas y comunidades	Actividades preventivas lideradas por centros de salud u OSC.	"Vamos a las escuelas a hablar de autoestima y prevención."	CIS Santa Ana
8.2. Resistencia de padres e iglesias	Obstáculos sociales y culturales para impartir educación sexual.	"Los padres dicen que hablar de planificación incita a tener relaciones."	CIS Santa Ana
8.3. Educación dirigida solo a niñas	Falta de inclusión de varones en la prevención.	"No se trabaja con los varones, pero también son responsables."	GF San Buenaventura

9. Propuestas comunitarias de cambio

Subcódigo	Definición operativa	Ejemplo textual	Fuente
9.1. Mayor presencia institucional	Solicitud de más visitas y programas en comunidades.	"Las organizaciones deberían asistir a campo, conocer la realidad."	GF Choloma
9.2. Materiales y recursos educativos	Demanda de insumos para prevención y atención.	"Nos exigen metas, pero sin materiales ni presupuesto."	CIS Pedregal
9.3. Trabajo con padres y hombres	Enfoque integral de prevención.	"Hay que educar a los padres y a los varones también."	GF San Buenaventura
9.4. Coordinación interinstitucional	Propuesta de articulación entre salud, municipalidad y OSC.	"Salud y la alcaldía son los únicos que apoyan."	GF San Buenaventura

Anexo II. Matriz Axial – Línea de Base Cualitativa

● EJE 1. Significados y percepciones del embarazo adolescente

Categoría	Subcategorías relacionadas	Causas y condiciones	Consecuencias y efectos	Interpretación analítica
Percepción comunitaria del embarazo adolescente	"Niñas criando niñas", desintegración familiar, migración, pobreza	Crisis socioeconómica, desempleo, ruptura familiar, ausencia parental y control social débil	Estigmatización, juicios morales, pérdida de oportunidades educativas	El embarazo adolescente es percibido como un reflejo del deterioro social, vinculado a la precariedad económica y la desintegración familiar. La comunidad asocia el fenómeno con irresponsabilidad y vergüenza, invisibilizando las causas estructurales.
Normalización rural del fenómeno	Uniones tempranas "aceptadas" en zonas rurales	Tradición cultural, ausencia de control institucional y educación sexual	Reproducción intergeneracional de patrones de género y pobreza	En áreas rurales el embarazo adolescente no siempre se percibe como problema, sino como continuidad del rol tradicional femenino, lo que dificulta su prevención.

● EJE 2. Factores estructurales y familiares

Categoría	Subcategorías relacionadas	Causas y condiciones	Consecuencias y efectos	Interpretación analítica
Falta de educación sexual y comunicación familiar	Tabú, silencio, desinformación tecnológica	Padres sin formación, temor religioso, limitación institucional para abordar el tema	Inicios sexuales sin información, uso incorrecto o nulo de métodos anticonceptivos	El silencio en torno a la sexualidad genera desconocimiento, lo que expone a las adolescentes a embarazos no deseados o abusos.
Violencia sexual e incesto	Abuso por padres o familiares, impunidad	Falta de denuncia por miedo o amenazas, dependencia económica, omisión institucional	Trauma, maternidades forzadas, naturalización del abuso	Los embarazos en menores muchas veces tienen origen en la violencia sexual. La comunidad lo reconoce pero lo calla por miedo o normalización del abuso doméstico.
Ausencia parental y migración	Niñas criadas por abuelas o tías	Migración internacional, desintegración familiar	Falta de acompañamiento emocional y supervisión	La ausencia de figuras parentales crea vacíos afectivos que se sustituyen con relaciones tempranas o búsqueda de pertenencia.

● EJE 3. Reacciones sociales, familiares y educativas

Categoría	Subcategorías relacionadas	Causas y condiciones	Consecuencias y efectos	Interpretación analítica
Rechazo y expulsión familiar	Juicio moral, pérdida de honor, expulsión del hogar	Normas patriarcales, culpa atribuida a la joven	Abandono, vulnerabilidad económica, riesgo de uniones forzadas	La reacción familiar se centra en el castigo y no en el acompañamiento. Esto empuja a las jóvenes a relaciones de dependencia con el progenitor del bebé.
Estigmatización escolar	Expulsión, traslado a jornada nocturna, bullying	Prejuicios institucionales, falta de enfoque inclusivo en educación	Deserción escolar, pérdida de capital humano	La escuela reproduce la exclusión social, marginando a las embarazadas y reforzando el estigma.
Machismo y doble moral	Tolerancia hacia varones, crítica a mujeres	Cultura patriarcal, impunidad	Invisibilización del agresor, carga moral sobre la mujer	El sistema comunitario refuerza la desigualdad de género: la sanción recae sobre la joven, no sobre el responsable.

● EJE 4. Acceso a servicios de salud y atención diferenciada

Categoría	Subcategorías relacionadas	Causas y condiciones	Consecuencias y efectos	Interpretación analítica
Barreras de acceso	Miedo, vergüenza, rumor comunitario	Estigma, falta de privacidad, temor al juicio del personal	Atención tardía, controles incompletos, riesgos obstétricos	El temor al señalamiento impide la atención temprana; la exposición pública del embarazo refuerza el ocultamiento.
Limitaciones institucionales	Escasez de psicólogos, materiales y espacios	Infraestructura deficiente, falta de presupuesto	Servicios poco amigables, atención fragmentada	El sistema de salud no está adaptado a las necesidades psicosociales de las adolescentes; prioriza la atención médica sobre la emocional.
Trato discriminatorio	Falta de empatía del personal de salud	Formación deficiente, carga de trabajo, estigma moral	Desconfianza, deserción del sistema de salud	La atención carece de un enfoque humanizado, lo que reproduce la violencia simbólica en el ámbito sanitario.

● EJE 5. Redes de apoyo y actores locales

Categoría	Subcategorías relacionadas	Causas y condiciones	Consecuencias y efectos	Interpretación analítica
Apoyo familiar limitado	Madres, abuelas o tías como figuras cuidadoras	Padres ausentes, relaciones conflictivas	Sostenimiento precario, dependencia de terceros	Las redes familiares sustituyen al Estado pero carecen de recursos, reforzando el ciclo de vulnerabilidad.
Organizaciones comunitarias	Momucuaa, iglesia católica, club de embarazadas	Autogestión, falta de fondos institucionales	Cobertura limitada, sostenibilidad inestable	Las OSC actúan como amortiguadores sociales, pero sin coordinación interinstitucional ni financiamiento sostenido.
Instituciones locales	Alcaldía, Oficina de la Mujer, centros de salud	Capacidad de respuesta desigual	Apoyos ocasionales con víveres o insumos	Las instituciones locales muestran voluntad pero sin estructura técnica ni presupuesto estable.

● EJE 6. Impacto emocional y psicológico

Categoría	Subcategorías relacionadas	Causas y condiciones	Consecuencias y efectos	Interpretación analítica
Vergüenza y aislamiento	Estigma, miedo al juicio	Críticas familiares y sociales	Aislamiento, pérdida de autoestima	La carga emocional del embarazo adolescente se agrava por la exclusión; las jóvenes viven procesos de soledad y silencio.
Depresión y ansiedad	Estrés, rechazo, falta de apoyo	Ausencia de espacios seguros, negligencia institucional	Depresión postparto, abandono escolar	La falta de atención psicológica agrava la vulnerabilidad emocional y perpetúa ciclos de maltrato y dependencia.

● EJE 7. Prevención, educación y propuestas de cambio

Categoría	Subcategorías relacionadas	Causas y condiciones	Consecuencias y efectos	Interpretación analítica
Educación sexual integral	Charlas, clubes, formación docente	Falta de materiales, resistencia de padres	Cobertura parcial, impacto limitado	La prevención depende de voluntades individuales más que de políticas institucionales sostenidas.
Participación de padres y varones	Padres desinformados, hombres ausentes del proceso	Cultura machista, enfoque centrado en la mujer	Prevención incompleta, reproducción de roles de género	La educación sexual requiere involucrar activamente a padres y varones adolescentes.
Apoyo interinstitucional y comunitario	Coordinación salud- educación- municipalidad	Débil articulación, falta de recursos	Eficacia limitada en intervenciones	La prevención del embarazo adolescente demanda alianzas locales que combinen educación, salud y acompañamiento psicosocial.

● EJE 8. Síntesis analítica general

Elemento	Descripción
Núcleo central del fenómeno	El embarazo adolescente es una manifestación de exclusión estructural, donde convergen desigualdades de género, pobreza, desintegración familiar, silencio institucional y falta de educación sexual.
Causas estructurales	Desempleo, migración, violencia sexual, machismo, deficiente educación sexual, ausencia del Estado.
Efectos observables	Estigma, deserción escolar, dependencia económica, deterioro emocional, maternidades forzadas y reproducción intergeneracional de la pobreza.
Actores clave	Familia (madres/abuelas), centros de salud, escuelas, OSC locales, municipalidades, iglesias.
Propuestas comunitarias	Capacitación a padres, apoyo psicológico, materiales educativos, trabajo con varones, espacios amigables y coordinación entre salud y educación.

Anexo III. Perfiles del Equipo de Investigación

Ricardo Medina es un investigador social con amplia experiencia en análisis social estratégico, procesos organizativos comunitarios y en el diseño, implementación y evaluación de proyectos de prevención de violencia. Ha coordinado investigaciones nacionales que combinan revisión documental, encuestas, entrevistas y grupos focales, destacando recientemente el mapeo de servicios de prevención terciaria para NNAJ en Honduras. Su trayectoria incluye la facilitación de procesos participativos, la articulación con liderazgos comunitarios y el fortalecimiento de vínculos con instituciones del Estado —en particular operadores de justicia y organizaciones de cooperación internacional. En este estudio, Ricardo se desempeñó como referente técnico, aportando al diseño metodológico, supervisión de trabajo de campo, conducción de entrevistas y grupos focales, sistematización de hallazgos, análisis e interpretación de la información y orientación técnica durante todo el proceso investigativo.

Fredy Hidalgo es especialista en Monitoreo y Evaluación, con experiencia especializada en investigación cuantitativa, diagnósticos WASH y producción de análisis para la toma de decisiones basada en evidencia. Ha colaborado con el Banco Mundial/DEM como Analista de Datos Multidimensionales, evaluando campañas de acceso a agua potable mediante SPSS, Power BI y ArcGIS. Asimismo, se desempeñó como Especialista de Investigación para el Proyecto WASH de World Vision, participando en la línea de base en 49 municipios, en el análisis de brechas y en la formulación de recomendaciones estratégicas para intervenciones de agua, saneamiento e higiene. Sus competencias abarcan diseño de instrumentos, procesamiento estadístico, visualización de datos y análisis geoespacial. En este estudio, Fredy brindó apoyo técnico en la construcción de herramientas de recolección, procesamiento de información cuantitativa, visualización de resultados y síntesis de evidencia estadística.

Karol Espinoza es especialista en operaciones y coordinación de campo, con experiencia en asegurar la calidad logística, administrativa y ética de procesos de investigación social. Su trabajo incluye la gestión de equipos de campo, la organización de operaciones en territorios complejos y la implementación de protocolos de gestión de riesgos. Es responsable de garantizar la confidencialidad, protección de datos y aplicación de estándares éticos, especialmente en investigaciones con niñas, adolescentes y poblaciones en situación de vulnerabilidad. Ha coordinado estudios con metodologías mixtas, asegurando la correcta ejecución de cronogramas, supervisión de equipos, seguimiento operativo y cumplimiento de lineamientos de integridad y seguridad. En este estudio, Karol se desempeñó como Coordinadora Operativa de Campo, gestionando la logística, proporcionando acompañamiento a los equipos, asegurando el cumplimiento de estándares de confidencialidad y protección de datos, y velando por la integridad del proceso de recolección de información.

Anexo IV. Instrumentos de Medición

- Cuestionario para Niñas y Adolescentes Embarazadas / Madres Jóvenes

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN GENERAL

1. Departamento: _____
2. Municipio: _____
3. Comunidad o barrio: _____
4. Edad: _____
5. Nivel educativo alcanzado:
 - ☐ No asistió
 - ☐ Primaria
 - ☐ Secundaria
 - ☐ Media
 - ☐ Técnica
 - ☐ Universitaria
6. Situación actual:
 - ☐ Estudia ☐ Trabaja ☐ Hogar ☐ Ninguno
7. ¿Pertenece a algún grupo étnico?
Lenca ☐ Garífuna ☐ Misquito ☐ Otro: _____ ☐ Ninguno
8. Estado civil:
 - ☐ Soltera ☐ Casada ☐ Unión libre ☐ Separada ☐ Otro
9. Número de hijos/as: _____
10. ¿Está actualmente embarazada? ☐ Sí ☐ No

SECCIÓN 2. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR)

1. ¿Sabe dónde se encuentra el centro de salud más cercano? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Cuánto tiempo le toma llegar al centro de salud más cercano?
 - ☐ Menos de 30 minutos ☐ 30 min-1 hora ☐ 1-2 horas ☐ Más de 2 horas
3. ¿Ha asistido a consultas prenatales durante su embarazo? ☐ Sí ☐ No
4. Si respondió "sí": ¿cuántas veces ha asistido? _____
5. ¿Recibió orientación sobre planificación familiar? ☐ Sí ☐ N.
6. ¿Cómo calificaría la atención recibida en el centro de salud?
(1 = Muy mala, 5 = Excelente)
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

7. ¿El personal de salud le explicó de manera clara los procedimientos o cuidados? ☐ Sí ☐ No
8. ¿Se sintió respetada durante la atención médica? ☐ Sí ☐ No
9. ¿Percibió algún trato discriminatorio o humillante? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe / No responde
10. ¿Recibió atención postnatal o seguimiento después del parto? ☐ Sí ☐ No

SECCIÓN 3. EDUCACIÓN SEXUALINTEGRAL (ESI)

1. ¿Ha recibido educación sexual en la escuela o colegio? ☐ Sí ☐ No
2. Si respondió "sí": ¿quién impartió las sesiones?
☐ Maestro/a ☐ Enfermera/o ☐ ONG ☐ Otro: _____
3. En una escala del 1 al 5, ¿cuán útil considera la información recibida?
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
4. ¿Con quién puede hablar libremente sobre temas de sexualidad?
☐ Padres ☐ Amigos ☐ Docentes ☐ Nadie ☐ Otro:
5. ¿Considera que tiene suficiente información para decidir sobre su salud sexual?
☐ Sí ☐ No

SECCIÓN 4. VIOLENCIA, DISCRIMINACIÓN Y ESTIGMA

1. ¿Alguna vez ha sentido que fue juzgado discriminada por estar embarazada?
☐ Sí ☐ No
2. ¿En qué espacio ocurrió?
☐ Escuela ☐ Centro de salud ☐ Comunidad ☐ Familia ☐ Otro
3. ¿Ha recibido algún tipo de violencia verbal, psicológica o física durante su embarazo?
☐ Sí ☐ No
4. Si respondió "sí": ¿buscó ayuda? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Conoce algún lugar donde puede denunciar o recibir apoyo? ☐ Sí ☐ No

SECCIÓN 5. BIENESTAR Y APOYO PSICOSOCIAL

1. ¿Cuenta con alguien que le brinde apoyo emocional o acompañamiento?
☐ Sí ☐ No
2. ¿Participa en algún grupo de apoyo o red comunitaria? ☐ Sí ☐ No
3. En general, ¿cómo se siente con su vida actual?
☐ Muy insatisfecha ☐ Insatisfecha ☐ Neutral ☐ Satisfecha ☐ Muy satisfecha

4. Escala de autoestima (Rosenberg adaptada):

- Me siento una persona valiosa. ☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca
- Tengo cualidades positivas. ☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca
- A veces siento que no sirvo para nada. ☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca

SECCIÓN 6. PARTICIPACIÓN Y REDES

1. ¿Conoce alguna organización o grupo que trabaje con adolescentes embarazadas?
☐ Sí ☐ No
2. ¿Le gustaría participar en actividades o capacitaciones del proyecto “Maternidad Segura”?
☐ Sí ☐ No

CUESTIONARIO PARA PERSONAL DE SALUD Y EDUCACIÓN

1. Sexo: ☐ F ☐ M Edad: ____ Profesión: ____
2. ¿Recibió formación en educación sexual integral (ESI)? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Aplica contenidos de SSR o ESI en sus actividades laborales?
☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca
4. ¿Conoce los protocolos de atención diferenciada para adolescentes embarazadas?
☐ Sí ☐ No
5. ¿Considera que los centros de salud/educación cuentan con materiales adecuados sobre ESI?
☐ Sí ☐ No
6. ¿Ha presenciado o escuchado casos de discriminación hacia adolescentes embarazadas?
☐ Sí ☐ No
7. ¿Qué limitaciones existen para aplicar ESI o atención diferenciada?
 - ☐ Falta de tiempo
 - ☐ Falta de materiales
 - ☐ Tabú cultural
 - ☐ Resistencia institucional
 - ☐ Otro

B. Instrumento Grupos Focales

Objetivo

Explorar percepciones colectivas, emociones, experiencias compartidas y posibles soluciones comunitarias frente al embarazo adolescente.

Duración

90 minutos

Metodología

- Círculo de diálogo facilitado por una moderadora o moderador.
- Uso de dinámicas participativas (carteles, lluvia de ideas, tarjetas de colores).
- Registro en audio (con consentimiento) y notas de observador/a.

Preguntas

1. ¿Qué significa ser madre a temprana edad en esta comunidad?
2. ¿Cómo lo ve la familia y la escuela?
3. ¿Qué tan fácil es acudir al centro de salud o recibir orientación sexual?
4. ¿Se sienten escuchadas las jóvenes?
5. ¿Han sentido rechazo o discriminación por estar embarazadas o ser madres jóvenes?
6. ¿De quién principalmente?
7. ¿Quién las apoya durante el embarazo o la crianza?
8. ¿Cómo se sienten emocionalmente las jóvenes?
9. ¿Qué creen que debería cambiar para que las adolescentes tengan más oportunidades y menos embarazos tempranos?

Entrevista a profundidad

Objetivo

Identificar barreras estructurales, percepciones y experiencias en torno a la maternidad temprana, la SSR y la ESI.

1. ¿Cómo se percibe el embarazo en adolescentes dentro de esta comunidad?
2. ¿Qué actitudes o juicios sociales existen hacia las jóvenes embarazadas o madres?
3. ¿Qué dificultades enfrentan las adolescentes para acudir a los centros de salud?
4. ¿Cómo describiría el trato que reciben del personal?
5. ¿Qué políticas o protocolos existen en su institución para la atención diferenciada?
6. ¿Se cumplen de forma adecuada?
7. ¿Se imparte educación sexual en los centros educativos?
8. ¿Cómo reacciona la comunidad o las familias ante estos temas?
9. ¿Qué papel juegan las iglesias, patronatos o grupos comunitarios frente al embarazo adolescente?
10. ¿Qué acciones considera prioritarias para prevenir embarazos tempranos o mejorar la atención a adolescentes madres?

Anexo V. Registro Fotográfico



Figura V1 Grupo Focal Santa Ana

Fuente: Conexiones: Consultoría en Investigación, Desarrollo y Estrategias Sociales (2025)



Figura V2 Grupo Focal Choloma, Cortés

Fuente: Conexiones: Consultoría en Investigación, Desarrollo y Estrategias Sociales (2025)



Figura V3 Centro de Salud Integral Santa Ana, Francisco Morazán

Fuente: Conexiones: Consultoría en Investigación, Desarrollo y Estrategias Sociales (2025)



Figura V4 Centro de Salud Integral Colonia El Pedregal, Tegucigalpa, Francisco Morazán Fuente:

Conexiones: Consultoría en Investigación, Desarrollo y Estrategias Sociales (2025)



Figura V5 Centro de Salud Integral Sanbuenaventura, Francisco Morazán

Fuente: Conexiones: Consultoría en Investigación, Desarrollo y Estrategias Sociales (2025)



Figura V6 Encuestadora aplicando encuestas a madre adolescente

Fuente: Conexiones: Consultoría en Investigación, Desarrollo y Estrategias Sociales (2025)



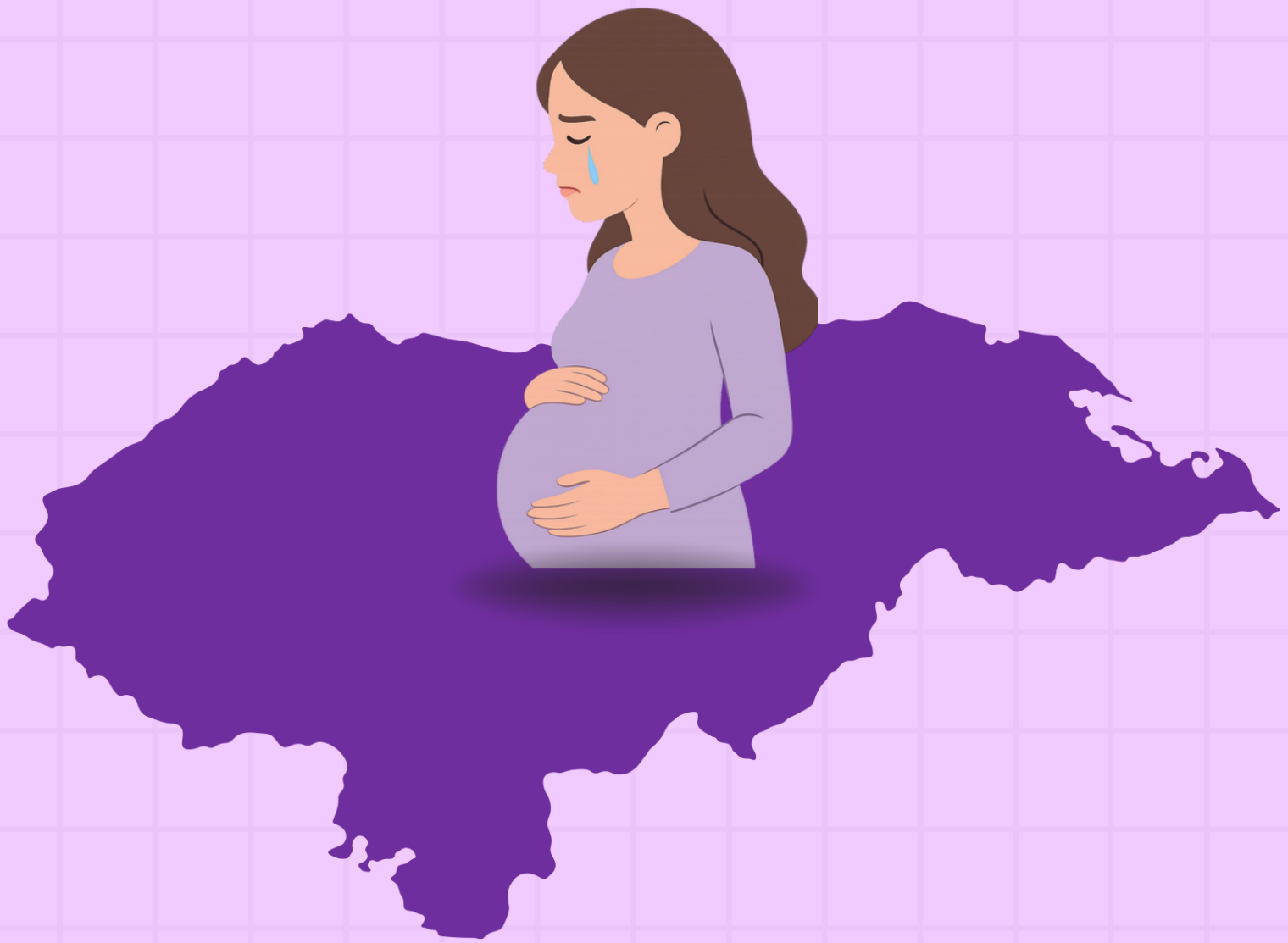
Figura V7 Encuestador aplicando encuesta a menor embarazada

Fuente: Conexiones: Consultoría en Investigación, Desarrollo y Estrategias Sociales (2025)



Figura V8 Entrevista a profundidad Centro de Salud Santa Ana, Francisco Morazán

Fuente: Conexiones: Consultoría en Investigación, Desarrollo y Estrategias Sociales (2025)



LINEA DE INVESTIGACIÓN DE EMBARAZOS EN NIÑAS Y ADOLESCENTE EN HONDURAS



Ecuménicas por el
Derecho a Decidir

act
Iglesia Sueca 