

DEMOMUJER

Determinantes biológicos y sociales
relacionados con los matrimonios infantiles
y las uniones tempranas

El caso de las mujeres atendidas
por la Asociación Calidad de Vida

Vol.
12, 2022

ISSN: 2310-4171

Editorial
UNAH

ASOCIACIÓN
**Calidad
de Vida**



MAESTRÍA
DEMOGRAFÍA Y DESARROLLO



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS

DEMOMUJER publica los resultados de las investigaciones desarrolladas en la Maestría en Demografía y Desarrollo de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Su objetivo es visibilizar temáticas centradas en el papel que desempeñan las mujeres en la dinámica demográfica, el desarrollo social y económico de Honduras.

Equipo investigador

Marysabel Zelaya Ochoa
Ana Karenina Cardona
Ana Carolina Paz
Astrid Elena Valle

Diseño

Daniela Lozano

Diagramación

Luis Matute

Asuntos administrativos

Yessica Carías Mejía
Dania Rodríguez

Pintura de portada

Sofía Zelaya

Corrección

Silvia Matute

Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Facultad de Ciencias Sociales
Maestría en Demografía y Desarrollo
Edificio 1847, 4.º nivel, Coordinación General de Posgrados
de la Facultad de Ciencias Sociales, cubículo 13
Ciudad Universitaria, Tegucigalpa, MDC, Honduras, Am. Cen.



2216-5100 ext. 100769 / 100655



mae.demografiaydes@unah.edu.hn



@maedemografiahn



Maestría en Demografía y Desarrollo



<https://mdd.unah.edu.hn>

Índice

- 4** **Introducción**
- 6** **Capítulo I**
Marco metodológico
- 12** **Capítulo II**
Marco referencial
- 24** **Capítulo III**
Antecedentes generales del MIUT en Honduras
según datos de la ENDESA-MICS, 2019
- 30** **Capítulo IV**
Análisis de resultados
- 57** **Capítulo v**
MIUT y formas de violencia experimentadas
por mujeres
- 72** **Capítulo VI**
Reflexión final
- 73** **Bibliografía y anexos**

Introducción

Uno de los problemas sociales que ha afectado a la adolescencia desde tiempos históricos es el matrimonio infantil y las uniones tempranas (MIUT). Este fenómeno social está ligado a diversos factores, entre ellos, las prácticas culturales que han presentado este hecho como normal y socialmente aceptado, la desigualdad de género que priva a los y las adolescentes de su derecho a elegir de manera libre e informada; de igual manera, problemas estructurales como la pobreza y la falta de acceso a la educación son detonantes que inciden en el incremento del MIUT. Para un adolescente contraer matrimonio o iniciar una unión le aísla de su entorno familiar y comunitario, lo que impide el ejercicio de sus derechos humanos.

Las cifras pueden ser alarmantes, según la UNICEF (2019), una de cada cuatro mujeres jóvenes de América Latina y el Caribe (ALC) contrajo matrimonio por primera vez o mantenía una unión temprana antes de cumplir los 18 años. La prevalencia en la región es superior a la tasa mundial, pero inferior a la de África subsahariana y Asia meridional. Los índices de matrimonio infantil varían en toda ALC, desde menos del 10 % en Jamaica hasta más del 30 % en la República Dominicana, Nicaragua, Honduras y Belice (UNICEF, 2019).

Diversos organismos internacionales han emprendido acciones que, en primera instancia, visibilizan las causas y consecuencias que el MIUT tiene sobre la vida de adolescentes, de igual manera, han impulsado acciones encaminadas a prevenir y eliminar esta práctica nociva. Entre las acciones resaltan: enmiendas a las leyes destinadas a elevar la edad mínima para contraer matrimonio a los 18 años, la prohibición del MIUT unido a sanciones contra quienes lleven a cabo estas prácticas. Asimismo, se han promovido a nivel internacional algunas políticas y planes de acción, entre ellos, destacan los compromisos establecidos en el contexto de la Agenda 2030, específicamente el ODS 5, que se propone «lograr la igualdad entre géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas».

La Maestría en Demografía y Desarrollo (MDD) realiza cada año una investigación por medio de la «Serie de Estudios Demomujer», en 2022 el tema central es el MIUT, planteando como objetivo general: analizar los determinantes biológicos y sociales relacionados con el matrimonio infantil y las uniones tempranas (MIUT), entre mujeres atendidas por la Asociación Calidad de Vida, ubicada en el municipio del Distrito Central. Este estudio tendrá un alcance descriptivo, con un enfoque mixto, tratando de complementar la información cuantitativa y cualitativa para generar una mayor comprensión de las causas y consecuencias que se presentan y su relación con los determinantes biológicos y sociales.

Para el desarrollo de esta investigación se ha establecido una alianza con la Asociación Calidad de Vida, una organización que desde la década de los noventa ha trabajado con mujeres víctimas de las distintas formas de violencia; entre sus funciones, atiende el área psicológica y social, brinda apoyo legal, realiza capacitaciones en temas de salud sexual y reproductiva, derechos humanos, terapia ocupacional y grupal.

Se espera con el desarrollo de esta investigación contribuir en la comprensión de una de las aristas que tiene el fenómeno y, mediante la evidencia científica, generar insumos que sirvan como punto de partida para la propuesta de programas de prevención orientados a reducir el MIUT.

Capítulo I. Marco metodológico

Tema de investigación

Planteamiento del problema

El matrimonio infantil y las uniones tempranas (MIUT) entre las jóvenes adolescentes¹ es una práctica vigente en todas las etapas de la historia humana, socialmente aceptada y promovida en muchos contextos socioculturales en perjuicio de miles de jóvenes que han lidiado con las consecuencias biológicas y sociales que inciden negativamente en el desarrollo integral y pleno ejercicio de sus derechos humanos. Este tema por muchos años permaneció inadvertido, sin embargo, las luchas emprendidas en las últimas décadas del siglo XX por diversas organizaciones, orientadas a reivindicar los derechos de niñas y adolescentes, han hecho visible esta realidad que, si bien es cierto tiene repercusiones a nivel personal, también trasciende al plano familiar y comunitario, espacio donde se enfrentan las consecuencias y desafíos que genera esta problemática social.

El MIUT es una práctica social de carácter global que afecta a individuos de ambos sexos, sin embargo, son las niñas y las adolescentes quienes representan la mayor proporción de casos. Las cifras revelan que, en todo el mundo, más de 60 millones de mujeres entre 20-24 años se casaron antes de llegar a los 18 años; las tasas más altas se registran en África occidental, seguido por el sur de Asia, norte de África, Oriente Medio y ALC. Si las tendencias actuales continúan, más de 142 millones de niñas menores de 18 años estarán casadas en la próxima década, es decir, 39 000 niñas cada día contraerán matrimonio (Mendoza, 2016, p. 255).

Según la UNICEF, ALC es la única región del mundo en donde el MIUT no refleja ningún descenso, y a nivel de prevalencia no se identifican cambios significativos en los últimos diez años. En tal sentido, si esta tendencia no cambia, se proyecta que al 2030 esta región presentará uno de los índices más elevados de matrimonio infantil, por detrás únicamente de África subsahariana (UNICEF, 2022). Esta situación refleja la necesidad de impulsar acciones a nivel de políticas públicas orientadas a empoderar a las niñas y adolescentes fortaleciendo su capital social desde el ámbito local, en otras palabras, la inversión en aspectos como educación, salud, conocimiento y empoderamiento a nivel de derechos es una necesidad prioritaria.

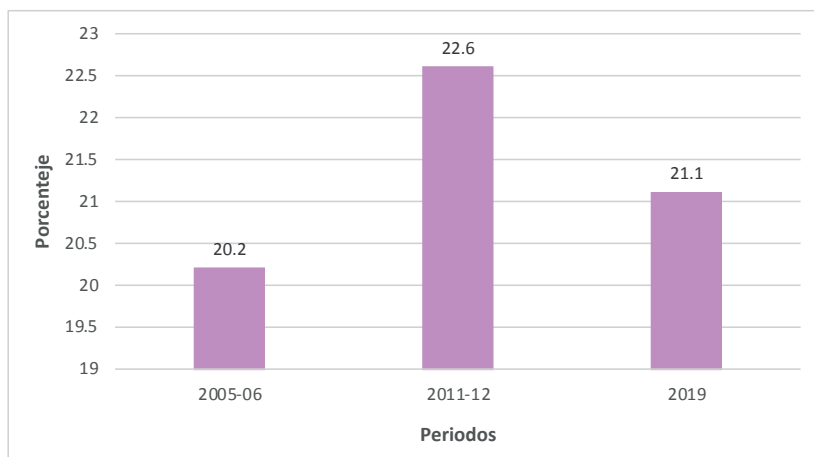
La Conferencia de El Cairo celebrada en 1994 vislumbró entre los retos de población «empoderar a las mujeres y las niñas para garantizar el bienestar de los individuos, las familias, las naciones y el mundo en su conjunto»; sin embargo, 25 años después, específicamente en la Conferencia

¹ En el contexto de este estudio, se considera como adolescente a todos los y las jóvenes entre 12 y 20 años.

Internacional de Nairobi (2019), se identificó en diversos contextos geográficos que los avances son lentos y desiguales, por ejemplo, en el tema de MIUT, a nivel mundial diariamente miles de adolescentes se ven forzadas a casarse, este hecho las hace vulnerables frente a distintas formas de violencia, además de acortar las escasas oportunidades de educación e inserción laboral, sin olvidar que la maternidad temprana se ve acompañada de las complicaciones que genera el embarazo; todos estos factores limitan su visión de futuro y frustran los sueños que en algún momento pudieron plantearse como parte de un proyecto de vida.

Al igual que en el resto del mundo, en Honduras el MIUT está vigente, siendo visible la persistencia del fenómeno en el tiempo. Al revisar los datos de las tres últimas ediciones de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA), aproximadamente una de cada cinco adolescentes manifestó estar casada o en unión conyugal (Figura 1). En otras palabras, cada una de esas niñas y jóvenes enfrentará y arrastrará, aun en la etapa adulta, con consecuencias biológicas, psicológicas y sociales, además de ver limitadas las posibilidades de incrementar conocimientos, habilidades y capacidades que les permitan tomar el control de sus decisiones.

Figura 1. Honduras: mujeres adolescentes que declararon matrimonios o uniones tempranas



Fuente: elaboración propia con base en datos del INE, ENDESA -MICS, años 2005-06, 2011-12 y 2019.

La última ENDESA-MICS realizada en 2019 muestra que, entre las mujeres de 15 a 49 años, 8.6 % manifestó estar casada antes de los 15 años; para los hombres en este mismo rango de edad, el porcentaje fue de 1.7 %. En el contexto de la pregunta «¿Está actualmente casado(a) o unido(a)?», dirigida al grupo poblacional entre 15 a 19 años, el porcentaje representó 21.1 % para las mujeres y 5.6 % para los hombres. En otras palabras, el MIUT es 3.8 veces más frecuente entre mujeres que entre hombres adolescentes.

Diversos estudios reflejan que el MIUT tiene estrecha relación con distintas formas de violencia que se originan en la desigualdad de género, en esa línea, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), específicamente el ODS 5 y las metas 5.2 y 5.3, plantean acciones específicas:

Meta 5.2. Eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas en los ámbitos público, privado, incluida la trata y explotación sexual y otros tipos de explotación.

Meta 5.3. Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina (ONU, 2015).

En el contexto de la violencia, uno de los elementos que debe considerarse es el *continuum de la violencia*. Este término, definido por Cynthia Cockburn (2004), hace referencia a una inercia y continuidad de la violencia en la vida de la gente, y especialmente de las mujeres, pues sus historias parecen transcurrir en un continuo donde la norma y la constante es la violencia en su contra, siempre y en todo lugar (USAID, PNUD, Fundación Iris, 2012). El término hace también alusión a un número considerable de mujeres victimizadas en varios momentos de su vida y en distintos contextos. En el caso de Honduras, un detalle particular es que el continuum de la violencia se da en un contexto social en donde predominan todas las formas de violencia, tanto en el ámbito público como privado; en el diario vivir se identifican las consecuencias, pero no se abordan las causas estructurales, esto contribuye a que el círculo de la violencia se perpetúe en el tiempo.

Entre las niñas y las adolescentes múltiples factores pueden influir al momento de tomar la decisión de iniciar un MIUT; algunos estudios consideran que la pobreza, combinada con normas sociales y las relaciones de género, promueve este tipo de prácticas. Una de las consecuencias con las cuales lidian las mujeres que se unen en una relación marital a temprana edad está relacionada con diversas formas de violencia que tienen repercusiones físicas, psicológicas, educativas, sociales y económicas, situaciones que inciden de manera negativa en las posibilidades de acumular capital social.

En este sentido, Kalmus y Murray (1982)

estiman que muy a menudo una mujer está atrapada en un matrimonio abusivo por una dependencia objetiva o económica (baja educación, desempleo, niños que mantener), que no le permite ver o tener alternativas fuera de esa relación; y también por una dependencia subjetiva o emocional que se define como la inversión que una mujer tiene en los ideales del matrimonio y la maternidad, que no se siente capaz de sacrificar (p. 277).

En Honduras, la Asociación Calidad de Vida es una organización referente en el trabajo con mujeres víctimas de violencias. Su visión va encaminada a brindar atención para mejorar las condiciones de vida de la mujer bajo un enfoque integral, prestando servicios psicológicos, legales, pedagógicos y sociales. Entre las intervenciones que realizan se identifican mujeres que durante su adolescencia tuvieron un MIUT; algunas de ellas permanecen en la relación, otras se separaron de esa primera pareja y posteriormente se unieron a nuevas parejas. A lo largo de la vida estas mujeres experimentaron diferentes situaciones de violencia, razón por la cual acuden a los servicios que presta la Asociación con la esperanza de reiniciar sus vidas bajo una nueva perspectiva que posibilite conocimiento, redes de apoyo, pero sobre todo empoderamiento en el ejercicio de sus derechos.

La UNAH por medio de la Maestría en Demografía y Desarrollo realizó una alianza con la Asociación Calidad de Vida para profundizar en la temática del MIUT con base en la pregunta: «¿Cómo inciden los determinantes biológicos y sociales entre las mujeres que contrajeron nupcias o se unieron en pareja siendo adolescentes?».

Objetivos de investigación

Objetivo general

Analizar los determinantes biológicos y sociales de las mujeres que durante su adolescencia contrajeron un matrimonio infantil o unión temprana (MIUT) atendidas por la Asociación Calidad de Vida, ubicada en el municipio del Distrito Central, año 2022.

Objetivos específicos

- Identificar las características biológicas predominantes entre las mujeres que durante la adolescencia contrajeron MIUT.
- Analizar los conocimientos, prácticas y vivencias de las mujeres durante su adolescencia, en torno a aspectos de salud sexual y reproductiva.
- Analizar las características sociales del hogar de procedencia de la adolescente y su relación con la decisión de contraer un MIUT.
- Identificar las formas de violencia que experimentan las jóvenes que durante su adolescencia contrajeron MIUT.

Características del estudio

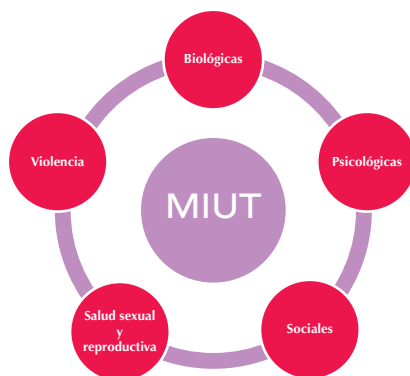
La investigación «Determinantes biológicos y sociales relacionados con los matrimonios y uniones tempranas: el caso de las mujeres atendidas por la Asociación Calidad de Vida, año 2022» tiene como sujeto de análisis a mujeres que han recibido atención por parte de la institución. Como criterio de selección de la muestra, se determinó que las participantes durante su adolescencia experimentarían un MIUT. Este estudio es de carácter retrospectivo, pues toda la información solicitada estuvo referida a ese hecho y a esa etapa de la vida.

Procedimiento para el análisis de datos

En función del propósito, es una investigación teórica con alcance descriptivo. De acuerdo con la naturaleza de los datos, el estudio se desarrolló bajo un enfoque mixto. La información se recopiló entre el 2 y 12 de agosto de 2022. Para captar la información de tipo cuantitativa, se aplicó un cuestionario a 18 mujeres² que responde a los objetivos específicos de la investigación y las variables seleccionadas (Anexo 1 y Figura 2); todas las participantes residen en el Distrito Central, 12 de ellas nacieron en este municipio y otros cercanos a Francisco Morazán, el resto es originario de La Paz (1), Choluteca (1), El Paraíso (1). Las participantes oscilaban entre las edades de 19 a 64 años (Tabla 1). La información se presenta mediante tablas y figuras y se analiza en el contexto de la teoría del desarrollo psicosocial, el modelo ecológico y el enfoque de derechos.

² Después de firmar el consentimiento informado.

Figura 2. MIUT: variables seleccionadas para el estudio



Fuente: elaboración propia, 2022.

Tabla 1. Mujeres que experimentaron un MIUT y edad cumplida en el año 2022

Edad declarada	Frecuencia	Porcentaje
19	1	5.6
20	1	5.6
22	1	5.6
25	2	11.1
30	2	11.1
31	1	5.6
34	1	5.6
35	2	11.1
43	1	5.6
45	1	5.6
47	1	5.6
51	1	5.6
62	2	11.1
64	1	5.6
Total	18	100.0

Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta aplicada a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Para la información cualitativa, una profesional de la psicología realizó seis entrevistas a profundidad centradas en los determinantes psicosociales que intervienen al momento de decidir establecer un MIUT, y el análisis de estos datos se desarrolló bajo el enfoque de desarrollo psicosocial planteado por Erick Erickson (Anexo 2).

Las mujeres que participaron en el estudio fueron convocadas por la Asociación Calidad de Vida, que también financió gastos de transporte. Cabe mencionar que, aun cuando las mujeres terminan su proceso de apoyo y tratamiento, mantienen un contacto permanente con esta institución.

Consideraciones éticas

Los principios éticos aplicados para el desarrollo de esta investigación son los promulgados por la Asociación Médica Mundial (2014) en la Declaración de Helsinki. Por medio de consentimientos informados, se solicitó autorización a las instituciones que brindaron los datos sobre los indicadores, al personal que trabaja en ellas y a las participantes de la investigación que fueron encuestadas o entrevistadas. Como parte del proceso, también se dio a conocer a las participantes el alcance, los beneficios y los objetivos del estudio. Por ser un proyecto de investigación que involucra aspectos sociales e información institucional, se tomaron medidas orientadas a la protección del anonimato y la participación fue voluntaria.

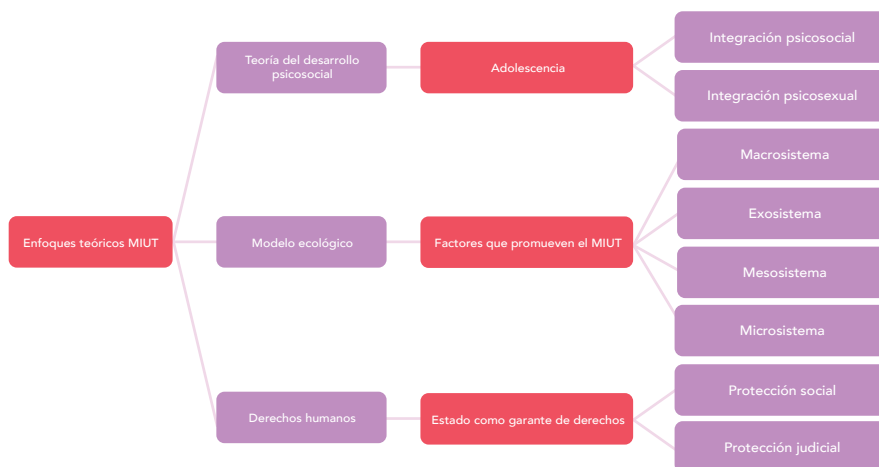
Capítulo II. Marco referencial

Este capítulo presenta los enfoques teóricos, así como el marco legal y conceptual desarrollado como referente para esta investigación, con el propósito de contextualizar el estudio de manera precisa y focalizada.

Enfoques teóricos

Para estudiar los determinantes biológicos y sociales del MIUT, se ha realizado una revisión bibliográfica que ha permitido identificar tres tipos de enfoques. El primero basado en la teoría del desarrollo psicosocial de Erick Erikson. Para analizar el tema de la violencia de género, se identificó el modelo ecológico, en donde el maltrato se contextualiza como producto de la interacción de múltiples factores relacionados con la historia individual de la víctima y del maltratador, con el macrosistema (mitos sobre la violencia, cultura machista), con el exosistema (estrés, respuesta de las instituciones ante la solicitud de la víctima, redes sociales) y con el microsistema (conflictos conyugales). Finalmente se describe el enfoque de derechos humanos, considerando que el MIUT constituye una violación a los derechos humanos de la niñez con repercusiones negativas en su desarrollo integral (Figura 3).

Figura 3. MIUT: enfoques teóricos y variables de estudio



Fuente: elaboración propia, 2022.

Teoría del desarrollo psicosocial

Esta teoría fue desarrollada por Erick Erikson³. Su principal trabajo fue extender los estudios del contexto del psicoanálisis del desarrollo psicosexual hacia el contexto del desarrollo psicosocial del ciclo de vida completo de la persona, atribuyendo para cada estadio una crisis dialéctica que se manifiesta en las etapas del desarrollo psicosocial de la persona.

La crisis, según Erikson, comprende:

El paso de una etapa a otra, como un proceso progresivo de cambio de las estructuras operacionales, o un proceso de estancamiento (o regresivo) en el mismo, manteniendo las estructuras operacionales. Comprende, también, la relación dialéctica entre las fuerzas sintónicas (virtudes o potencialidades) y las distónicas (defectos o vulnerabilidad) de cada etapa. De la resolución positiva de la crisis dialéctica emerge una fuerza, virtud o potencialidad, específica para aquella fase. De su no resolución emerge una patología, un defecto o fragilidad específica para aquella etapa (Bordignon, 2005, p. 52).

La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson destaca los siguientes aspectos:

a) Diferencias individuales: los individuos difieren en cuanto a las fuerzas internas; hombres y mujeres presentan diferencias de la personalidad debidas a las diferencias biológicas. b) Adaptación y ajustamiento: un 'yo' fuerte es la llave para la salud mental; deriva de una buena resolución de las ocho fases de desarrollo del 'yo', con predominancia de las fuerzas positivas sobre las negativas (confianza sobre desconfianza, etc.). c) Procesos cognitivos: el inconsciente es una fuerza importante en la formación de la personalidad; la experiencia es influenciada por modalidades biológicas que se expresan por medio de símbolos y juegos. d) Sociedad: modela la forma con que las personas se desenvuelven (de ahí el término 'desarrollo psicosocial'); las instituciones culturales dan soporte a las fuerzas del 'yo' (la religión da sustentación a la confianza y a la esperanza, etc.). e) Influencias biológicas: los factores biológicos son determinantes en la formación de la personalidad; las diferencias de sexo en la personalidad son fuertemente influenciadas por las diferencias del 'aparato genital'. f) Desarrollo del niño: se hace a lo largo de cuatro fases psicosociales, cada una de ellas contiene una crisis que desarrolla una fuerza específica del 'yo'. g) Desarrollo del adulto: los adolescentes y los adultos se desarrollan a lo largo de otras cuatro fases psicosociales; también ahí cada fase envuelve una crisis y desarrolla una fuerza específica del 'yo' (Bordignon, 2005, p. 51).

Erikson identifica diversos estadios⁴ en el desarrollo psicosocial del ser humano. Para el propósito de esta investigación es relevante considerar la etapa comprendida entre los 12 y 20 años, a la que el autor denomina estadio de la *identidad versus confusión de roles*, misma que abarca el periodo de la pubertad y adolescencia, iniciándose con la combinación del crecimiento rápido del cuerpo y de la madurez psicosexual, que despierta intereses por la sexualidad y formación de la identidad sexual.

³ Psicoanalista infantil de origen alemán reconocido mundialmente por sus contribuciones en psicología del desarrollo.

⁴ Confianza versus desconfianza esperanza (0 a 12-18 meses), autonomía versus vergüenza y duda (*infancia de 2 a 3 años*), iniciativa versus culpa y miedo (*preescolar de 3 a 5 años*), industria versus inferioridad (*escolar de 5-6 a 11-13 años*), identidad versus confusión de roles (*adolescencia: de 12 a 20 años*), intimidad versus aislamiento (*joven adulto: de 20 a 30 años*), generatividad versus estancamiento (*adulto: de 30 a 50 años*), integridad versus desespero (*vejez: después de los 50 años*).

La integración psicosexual y psicosocial en la adolescencia tiene la función de la formación de la identidad personal en los siguientes aspectos:

a) identidad psicosexual por el ejercicio del sentimiento de confianza y lealtad con quien pueda compartir amor, como compañeros de vida; b) la identificación ideológica por la asunción de un conjunto de valores, que son expresados en un sistema ideológico o en un sistema político; c) la identidad psicosocial por la inserción en movimientos o asociaciones de tipo social; d) la identidad profesional por la selección de una profesión en la cual poder dedicar sus energías y capacidades de trabajo y crecer profesionalmente; y e) la identidad cultural y religiosa en la que se consolida su experiencia cultural y religiosa, además de fortalecer el sentido espiritual de la vida. La fuerza distónica es la confusión de identidad, de roles, la inseguridad y la incertidumbre en la formación de la identidad (Bordignon, 2005, p. 56).

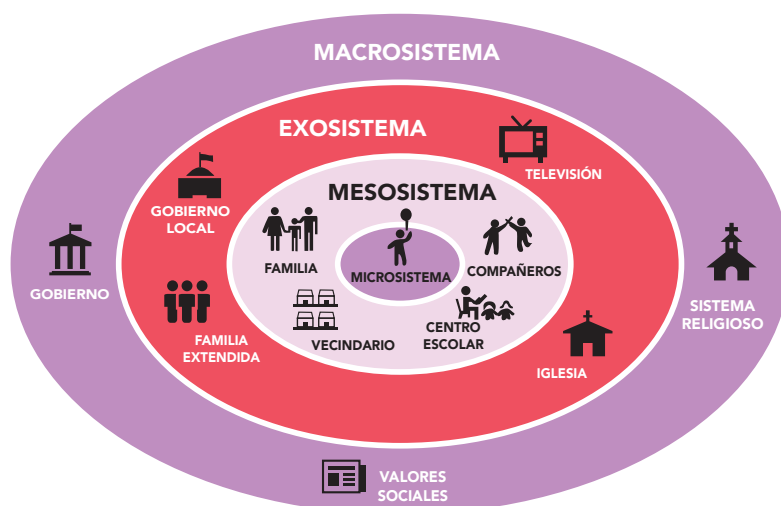
Modelo ecológico

Los estudios coinciden que las manifestaciones de violencias en las relaciones de pareja son un problema presente en todas las sociedades independientemente de la clase social, origen étnico, religión, nivel educativo o edad; por lo tanto, para estudiar el fenómeno se requiere considerar los diversos ámbitos en los que se desenvuelve el ser humano. En este contexto, uno de los enfoques teóricos que ayuda a identificar las múltiples relaciones es el modelo ecológico.

El modelo ecológico surge a partir de la propuesta desarrollada por Urie Bronfenbrenner (1987), quien propone una perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana. Esta perspectiva concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. Bronfenbrenner denomina a esos niveles como *microsistema*, *mesosistema*, *exosistema* y *macrosistema* (Figura 4).

El microsistema constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo (usualmente la familia); el mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (la relación entre la familia y la escuela, o entre la familia y los amigos); al exosistema lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo, aun cuando no tienen una relación directa, el efecto es indirecto por medio de los miembros que conforma el microsistema (por ejemplo la naturaleza del trabajo de los progenitores, relaciones que mantiene un profesor con el resto de docentes y administrativos); finalmente, al macrosistema lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona en relación al resto individuos de su sociedad y sus sistema de valores.

Bronfenbrenner (1987) argumenta que la capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las interconexiones sociales entre ese sistema y otros. Todos los niveles del modelo ecológico propuesto dependen unos de otros y, por lo tanto, se requiere de una participación conjunta de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos (Frias Arenta, López Escobar y Díaz Méndez, 2003, p. 16).

Figura 4. Niveles del modelo ecológico propuesto por Urie Bronfenbrenner

Fuente: Martínez, 2019, diapositiva 1.

El modelo ecológico ha sido una herramienta muy útil para el estudio del maltrato infantil⁵. De igual manera, desde este modelo se plantean acciones preventivas sobre todo a nivel de estrategias de comunicación y capacitación para reducir el MIUT, una práctica muy dañina que reproduce roles de género y relaciones desiguales entre hombres y mujeres. «Junto a mandatos generacionales, estas normas y roles son motores que alimentan y fundamentan la tolerancia social hacia el MIUT, la invisibilización de la responsabilidad del hombre adulto y una percepción de esta problemática como un tema privado» (UNICEF, 2019, p. 8).

En el contexto del evento regional «Acelerar las acciones para erradicar el matrimonio infantil y las uniones tempranas en América Latina y el Caribe», realizado del 9 al 11 de octubre de 2017, equipos multisectoriales e interdisciplinarios de cinco países analizaron la temática con base en las dimensiones del modelo ecológico; a este respecto, se rescata una síntesis a manera de diagnóstico que identifica aspectos que inciden de manera directa en la decisión de las niñas y adolescentes al momento del MIUT (Tabla 2).

⁵ El MIUT constituye a la vez una forma de maltrato infantil que afecta el ejercicio de los derechos del niño y la niña y el ejercicio libre e informado en temas de salud sexual y reproductiva.

Tabla 2. Modelo ecológico del programa regional, niveles de actuación y obstáculos relacionados para guiar la acción

Niveles	Dimensión	Diagnóstico
Macrosistema	Sociopolítico	<ul style="list-style-type: none"> • Baja inversión en el capital social de las niñas. • Falta de política y programas que generen proyectos de vida. • Distribución desigual de los recursos. • Insuficiente calidad y accesibilidad de servicios clave, especialmente salud y educación.
	Comunidades locales	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación social respecto al MIUT. • Ausencia de movilización social para proteger a las niñas contra el MIUT. • Actitudes negativas hacia la autonomía de las niñas. • Violencia de género, incluida la violencia sexual.
Mesosistema	Hogares y familia	<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza. • Valor limitado a la educación. • Las niñas son consideradas una carga económica para las familias. • Se acepta el MIUT como parte de un proyecto de vida. • Capacidad limitada para desafiar las normas de género ya establecidas. • Edad de pubertad y debut sexual.
	Niñas	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia de género incluida la violencia sexual. • Limitadas alternativas para desarrollar un proyecto de vida. • Maternidad temprana es parte del proyecto de vida.

Fuente: elaboración propia con base en el documento *Acelerar las acciones para erradicar el matrimonio Infantil y las uniones tempranas en América Latina y el Caribe 2018*.

El modelo ecológico se basa en la evidencia de que no existe un único factor que explique por sí solo por qué algunas personas o grupos de personas tienen mayor riesgo de violencia interpersonal, en tanto otras están mejor protegidas contra ese riesgo.

Enfoque de derechos humanos

A partir de la Declaración de los Derechos Humanos proclamada el 10 de diciembre de 1948, diversas instancias han emprendido acciones puntuales para velar por el respeto y cumplimiento de esta proclamación. En ese mismo contexto, el 20 de noviembre de 1959, setenta y ocho Estados miembros de Naciones Unidas aprobaron la Declaración de los Derechos del Niño y las Niñas, con ello asumieron la obligación de ofrecer protección integral, un compromiso que comprende protección social y jurídica (Nares Hernández *et al.*, 2015, p. 147).

La Declaración de los Derechos del Niño y la Niña da lugar a cambios trascendentales, uno de los más relevantes es la implementación de un modelo de protección tutelar a cargo del Estado. En este sentido, el Estado debe ser el garante del bienestar integral de niños y niñas, incluyendo la pubertad y adolescencia, etapa en la que se presentan los casos de MIUT.

El MIUT ha sido una práctica cultural socialmente aceptada, sin embargo, desde el enfoque de derechos humanos es una experiencia muy nociva para el desarrollo biopsicosocial de los niños y las niñas, cuyas consecuencias inciden desfavorablemente durante el desarrollo pleno de su vida adulta. En gran parte de los casos ha limitado el acceso a la educación o la consecución sistemática de la misma, esta situación a futuro repercute con su ingreso al mercado laboral, lo que afecta de manera directa en su autonomía económica y por ende en el acceso a bienes y servicios; consecuentemente ambos factores tienen implicaciones en la transición generacional de la pobreza.

Otro factor relacionado al tema de derechos humanos es que el MIUT compromete la salud de las niñas en todos sus sentidos, pero especialmente la salud sexual y reproductiva (SSR), pues frente a un embarazo y parto aumentan los riesgos relacionados con la mortalidad materna e infantil, sobre todo en contextos donde el acceso a servicios de salud es de baja cobertura y predominan patrones culturales que limitan a la adolescente el acceso a información científica que le permita conocer los cambios que tendrá a nivel físico, psicológico y emocional y el nivel de atención e importancia que requieren. Por otra parte, diversos estudios reflejan que un porcentaje significativo de jóvenes adolescentes que contraen MIUT son víctimas de violencia de género e intrafamiliar vinculada a la desigualdad que se da entre hombres mujeres, estas jóvenes carecen de autonomía para tomar sus propias decisiones, por lo tanto, presentan fuerte limitación para empoderarse de sus derechos.

El MIUT vulnera los tratados internacionales, pero, sobre todo, atenta contra el desarrollo pleno de los y las menores, quienes verán coartadas sus posibilidades de libertad y ejercicio de derechos, dado que no se respeta uno de los principios básicos del matrimonio, el libre consentimiento entre los individuos, aparte irrumpe en una de las etapas críticas del desarrollo biopsicosocial del ser humano: *la adolescencia*.

Marco conceptual

La investigación requiere definir las categorías conceptuales que se estarán manejando en el desarrollo del estudio propuesto.

Niñez

En Honduras el Código de la Niñez y la Adolescencia (1996), en el artículo 1, define que un niño o niña es «toda persona menor de dieciocho años». Además, establece que legalmente la niñez comprende los periodos siguientes:

La infancia que se inicia con el nacimiento y termina a los doce (12) años en los varones, y a los catorce (14) años en las mujeres.

La adolescencia inicia a los catorce años y termina a los dieciocho (18) años.

Adolescencia

La UNICEF define la adolescencia como:

El periodo de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, específicamente entre los 10 y 19 años. Esta etapa se subdivide a la vez en adolescencia temprana (10 y 13 años), adolescencia media⁶ (14 y 16 años) y adolescencia tardía⁷ (17 y 21 años).

En el caso de Honduras, según el Código de la Niñez y la Adolescencia, «los mayores de dieciocho años (18), pero menores de veintiún años (21), toman el nombre de menores adultos».

Esta investigación contextualiza la adolescencia como una etapa de la vida que se desarrolla entre los 12 y 20 años. Para establecer este criterio, se consideró las leyes nacionales, pero a la vez se extendió el periodo hasta antes de adquirir la mayoría de edad, dado que el desarrollo biológico y social se da a diferentes ritmos en cada adolescente y está relacionado con el contexto en el cual crece y se desenvuelve.

Matrimonio infantil y uniones tempranas

El matrimonio infantil es toda unión legal en la que uno de los cónyuges o pareja menor de 18 años se une con otra, de igual o mayor edad, con el propósito de constituir una familia.

En el caso de las uniones tempranas, se maneja de igual manera el criterio de la edad (menores de 18 años), con la característica de que son parejas que deciden convivir de manera informal y *consensuada*; en este contexto, la decisión de unirse con una pareja e iniciar su actividad sexual es influida y tomada por otras personas, sin que él o la menor tenga plena conciencia de las consecuencias de esa decisión con relación al ejercicio de sus derechos humanos.

⁶ Se evidencian cambios a nivel psicológico y en la construcción de su identidad, buscan mayor independencia de sus padres, en esta etapa pueden caer en situación de riesgo.

⁷ Los cambios más significativos se presentan a nivel de sus conexiones cerebrales.

Violencia

El Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud (2002) define la violencia como el «uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones». La violencia se aborda desde tres categorías atendiendo al contexto en el que se produce (Tabla 3).

Tabla 3. Tipos de violencias y características

Categorías	Características
Violencia autoinfligida	Es aquella en la que el agresor y la víctima son la misma persona. Se subdivide en autolesión y suicidio.
Violencia interpersonal	Es el tipo de violencia que se presenta entre las personas, se subdivide en «violencia familiar y de pareja» y «violencia comunitaria». La violencia familiar y de pareja incluye el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos. La violencia comunitaria se subdivide en violencia de conocidos y violencia de extraños, e incluye la violencia juvenil, las agresiones por parte de extraños, los actos de violencia relacionados con delitos contra la propiedad, y la violencia en el lugar de trabajo y en otras instituciones.
Violencia colectiva	Es la perpetrada por grupos más grandes de personas, y se subdivide en violencia social, violencia política y violencia económica.

Fuente: elaboración propia con base en el Informe Mundial de Violencia y Salud, 2002.

Violencia contra la mujer

Esta investigación retoma el concepto presentado en la Conferencia de Beijing (1995) realizada por Naciones Unidas, en la que se consideró que «la violencia contra la mujer está relacionada con cualquier acto basado en el género que resulte en daños psicológicos, sexuales, físicos, incluyendo amenazas de tales actos y privación de la libertad».

Desde la óptica del Plan Municipal Contra la Violencia Vers les Dones (2007-2009), el concepto género, inscrito en la expresión violencia de género, se refiere a las creencias, actitudes, sentimientos, valores y conductas que marcan la diferencia entre hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social. En otras palabras, hay un desequilibrio de las relaciones de poder que concede más valor a los roles masculinos, y produce la socialización de hombres y mujeres desde la perspectiva patriarcal (Ayuntamiento de Barcelona, 2007).

Marco legal

Históricamente, en la región centroamericana, el MIUT ha sido una praxis aceptada por diversos sectores sociales. Pese a ello es una práctica inadecuada que violenta los derechos de niños, niñas y adolescentes, y es una tarea compleja que requiere incidencia en diferentes niveles. Hay que resaltar que un elemento fundamental para lograr este fin son los cambios en las legislaturas de los países, de modo que garanticen el respeto y la integridad de las y los menores.

A raíz de las alarmantes estadísticas de embarazo adolescente, violencia de género, MIUT, que dejan en evidencia la precaria protección que los Estados ofrecen a los menores, en las últimas décadas se ha observado una mayor incidencia política para lograr establecer, reformar y/o implementar políticas públicas y legislaciones que limiten e impidan que este tipo de prácticas se sigan perpetuando.

Contexto internacional

Con respecto al contexto legal en torno al MIUT, hay que analizar que ha existido una disparidad entre lo que plantean los acuerdos supranacionales para los países signatarios (Tabla 4) y lo que indican sus legislaturas nacionales. Si bien es cierto hay un consenso con respecto a lo que sería considerado matrimonio infantil (matrimonio de menores de 18 años), las leyes nacionales suelen contener excepciones, de las que se valen los padres, madres, tutores o jueces para aprobar y realizar estas uniones (Tabla 5). Las excepciones implican el matrimonio con la autorización de los padres/tutores del o la menor y en muchas ocasiones están relacionadas con la sexualidad; por ejemplo, si la menor ya inició su vida sexual, si ya tiene hijos o si se encuentra en estado de embarazo. Hay que señalar que existe un gran vacío legal con respecto a las uniones informales, es decir, aquellas que quedan al margen de los órganos administrativos oficiales, y en cuyos casos se carece de penas o sanciones legales para los responsables, lamentablemente en este punto recae la mayoría de los casos.

Tabla 4. Marco internacional sobre MIUT

Tratado	Descripción
Convención suplementaria sobre la abolición de la esclavitud, la trata de esclavos y las instituciones y prácticas análogas a la esclavitud ⁸	Los Estados parte en la Convención adoptarán todas aquellas medidas legislativas o de cualquier otra índole para lograr progresivamente y a la mayor brevedad posible la completa abolición o el abandono de las instituciones y prácticas que se indican a continuación, dondequiera que subsistan, les sea o no aplicable la definición de esclavitud. Art. 1. Toda institución o práctica en virtud de la cual: i) Una mujer, sin que la asista el derecho a oponerse, es prometida o dada en matrimonio a cambio de una contrapartida en dinero o en especie entregada a sus padres, a su tutor, a su familia o a cualquier otra persona o grupo de personas.

Tratado	Descripción
Convención sobre el consentimiento para el matrimonio, la edad mínima para contraer matrimonio y el registro de los matrimonios ⁹	Los Estados parte en la presente Convención adoptarán las medidas legislativas necesarias para determinar la edad mínima para contraer matrimonio. No podrán contraer legalmente matrimonio las personas que no hayan cumplido esa edad, salvo que la autoridad competente por causas justificadas y en interés de los contrayentes, dispense el requisito de la edad.
Convención sobre los Derechos del Niño, 1989	<p>Art. 2.1. Establece que los Estados parte tienen la obligación de garantizar a todos los seres humanos de menos de 18 años el disfrute de todos los derechos enunciados en la Convención.</p> <p>Art. 4. Los Estados parte deberán adoptar todas las medidas legislativas para crear las normas internas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la Convención.</p>
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer	Art. 16.2. No tendrán ningún efecto jurídico los responsables y el matrimonio de niños y se adoptarán todas las medidas necesarias, incluso de carácter legislativo, para fijar una edad mínima para la celebración del matrimonio y hacer obligatoria la inscripción del matrimonio en un registro oficial.
Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030	Meta 5.3. Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.
Recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta, 2012.	<p>El matrimonio infantil, también denominado matrimonio a edad temprana, es cualquier matrimonio en el que al menos uno de los contrayentes sea menor de 18 años.</p> <p>f. Que la edad mínima legal para contraer matrimonio para niñas y niños, con o sin el consentimiento de los padres, se fije en los 18 años. Cuando se permita un matrimonio a una edad más temprana en circunstancias excepcionales, la edad mínima absoluta no debe ser inferior a 16 años, los motivos para obtener el permiso deben ser legítimos y estar rigurosamente definidos por la legislación, y el matrimonio solo lo debe permitir un tribunal de justicia con el consentimiento pleno, libre e informado del niño o de ambos niños, que deben comparecer ante el tribunal.</p>

Fuente: elaboración propia, 2022.

⁸ Adoptada por una Conferencia de Plenipotenciarios convocada por el Consejo Económico y Social en su resolución 608 (XXI), del 30 de abril de 1956.

⁹ Abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 1763 A (XVII), del 7 de noviembre de 1962.

Tabla 5. Edad legal mínima para contraer matrimonio y edad legal mínima para contraer matrimonio con el consentimiento de los padres en países de Centroamérica

País	Edad legal mínima para contraer matrimonio	Edad legal mínima para contraer matrimonio con el consentimiento de los padres	
		Mujeres	Hombres
Honduras	21	18	18
Guatemala	18	18	18
El Salvador	18	18	18
Nicaragua	18	16	16
Costa Rica	18	15	15

Fuente: elaboración propia, 2022.

Contexto nacional

En Honduras, el decreto n.º 44-2017 deroga el párrafo tercero del artículo 16 del Código de Familia, a su vez reformado mediante decreto n.º 35-2013, Código de la Niñez y la Adolescencia. Ambas normas permitían excepcionalmente el matrimonio de menores de 18 años, por ejemplo, en los casos en que la menor se encontrará en estado de embarazo, o ya hubiese concebido, se permitía el matrimonio de menores de edad con consentimiento de los padres o tutores legales. El mismo Código contempla que la mayoría de edad se obtiene al cumplirse los veintiún años. A saber, solo las personas mayores de edad gozan de libre aptitud para contraer matrimonio.

Considerando que el MIUT limita las oportunidades de desarrollo humano y sostenible principalmente de las niñas, a la vez que violenta sus derechos, diferentes organizaciones de sociedad civil impulsaron actividades de incidencia política para modificar la legislación y prohibir cualquier matrimonio en menores de 18 años. Situación que se vio oficializada el 12 de julio de 2017 en la sesión del Congreso Nacional realizada en Gracias, Lempira, donde se aprobó elevar la edad mínima para contraer matrimonio independientemente de que se cuente con el consentimiento de los padres o que la menor esté embarazada, en tal sentido, la edad mínima pasó de 16 a 18 años.

El Código de la Familia de Honduras establece, en su artículo 16, que «la mayoría de edad se obtiene al cumplirse los veintiún (21) años. Solo las personas mayores de edad gozan de libre aptitud para contraer matrimonio» (1984). Sin embargo, antes de 2017, la ley permitía el matrimonio con consentimiento de los padres o tutores legales de los mayores de 16 años o menores de esa edad en los casos en que la menor se encontrará en estado de embarazo o ya hubiese concebido.

Asociación Calidad de Vida

Breve reseña histórica

La Asociación Calidad de Vida surge a partir de una iniciativa promovida por tres mujeres¹⁰. Estas profesionales identificaron que en Honduras la violencia hacia las mujeres era más visible,

¹⁰ Una trabajadora social y una economista (ambas hondureñas) y una psicóloga forense (de nacionalidad estadounidense).

y que las víctimas no contaban con una atención integral brindada con calidad y calidez en el proceso legal de denuncia de violencia en cada una de las etapas. Es así como en 1996 se funda la Asociación Calidad de Vida, una organización de mujeres sin fines de lucro, con el objetivo de proteger la vida de las mujeres víctimas de las violencias.

Como parte del proyecto se consideró la necesidad de establecer una casa refugio, a la que se le denominó Casa Nova¹¹, la cual funciona a partir del 5 de junio de 1996 y apoya ofreciendo un espacio de atención y protección a las mujeres sobrevivientes de violencia doméstica, sus hijos e hijas. Inicialmente, fue instalada en un módulo del Centro Casitas Kennedy del Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia (IHNFA), y funcionaba con los aportes de esa institución, la Embajada Americana y la Sociedad Amigos de los Niños (SAN), que dirigía Sor María Rosa. A partir del año 2002 Casa Nova se traslada al edificio que actualmente ocupa, este logro se dio a partir de algunas alianzas que se establecieron con el Instituto Nacional de la Mujer (INAM)¹²

En sus primeros años, la Asociación Calidad de Vida enfrentó dificultades porque el tema de la violencia doméstica era invisibilizado, unido a ello las organizaciones de mujeres eran prácticamente inexistentes, además de la escasa oferta institucional en el ámbito judicial y de salud. Actualmente, ha logrado posicionarse como la organización líder en el manejo de la protección de la vida de las mujeres a través de tres casas de refugio que atienden de manera diferenciada¹³ las violencias contra las mujeres, sus hijas e hijos.

Visión y misión

La Asociación Calidad de Vida se rige por principios como responsabilidad, respeto, solidaridad, compromiso, confidencialidad, honestidad y transparencia, de igual manera cuenta con una visión y misión:

Visión

Mujeres víctimas y sobrevivientes de las violencias acceden a espacios seguros en cada departamento del país, se organizan y participan en la construcción de una realidad más equitativa.

Misión

Defendemos los derechos de las mujeres víctimas y sobrevivientes de las violencias (sus hijos e hijas), a través de acciones de incidencia política, prevención y atención integral de calidad y calidez.

¹¹ Ubicada en el MDC.

¹² Institución responsable de formular, promover y coordinar la ejecución y seguimiento de la Política Nacional de la Mujer, así como los planes de acción que la ejecuten y la integración de la mujer al desarrollo sostenible.

¹³ La Asociación Calidad de Vida atiende a las mujeres víctimas de violencia considerando las necesidades prácticas, sociales, psicológicas, médicas, legales, ocupacionales y educativas, en coordinación con redes e instituciones gubernamentales, no gubernamentales, locales, nacionales e internacionales.

Capítulo III. Antecedentes generales del MIUT en Honduras según datos de la ENDESA-MICS, 2019

El tema del MIUT es una realidad compleja en toda la región latinoamericana y Honduras no es la excepción. En muchos casos este fenómeno está asociado a diversas formas de vulnerabilidad que van desde hogares disfuncionales, desigualdades de género, violencia intrafamiliar y social, pobreza, escasas oportunidades educativas, una débil institucionalidad que pone en precario el cumplimiento de los marcos legales, e incluso los patrones culturales arraigados a cada territorio.

El último informe de la ENDESA-MICS¹⁴ de 2019 logra visibilizar que el MIUT es una realidad latente, así como una práctica más común entre las niñas que entre los niños. En el caso de las mujeres, del total de la muestra (19 279 mujeres de 15 a 49 años), 64.4 % manifestó haberse casado o unido a una edad temprana; por ejemplo, entre las mujeres de 15 a 49 años, 8.8 % lo hizo antes de los 15 años y 34.5 % antes de los 18 años. Los primeros datos reflejan estadísticas que responden a una situación vivida por las mujeres durante su adolescencia, en cambio al momento de realizar la encuesta se identificó que 21.1 % de mujeres adolescentes respondieron de manera afirmativa a la pregunta (Tabla 6).

Tabla 6. Honduras: porcentaje de mujeres entre los 15 y 49 años en MIUT, 2019

Mujeres de 20 a 49 años	Porcentaje
Casadas antes de los 15 años	8.8
Casadas antes de los 18 años	34.5
Casadas entre 15 y 18 años	21.1
Total	64.4

Fuente: elaboración propia con base en datos de la ENDESA-MICS, 2019.

Los datos anteriores dan cuenta del hecho que el MIUT es una práctica histórica que se ha normalizado en el país. El abordaje de la temática desde la perspectiva de derechos humanos es relativamente reciente. Resalta el impacto negativo que ha tenido esta experiencia en la vida de las mujeres y la necesidad de fomentar cambios en las prácticas que perpetúan y vulneran los derechos de las niñas y adolescentes.

¹⁴ Indicadores Múltiples por Conglomerados.

MIUT entre adolescentes de Honduras según área de residencia y departamento

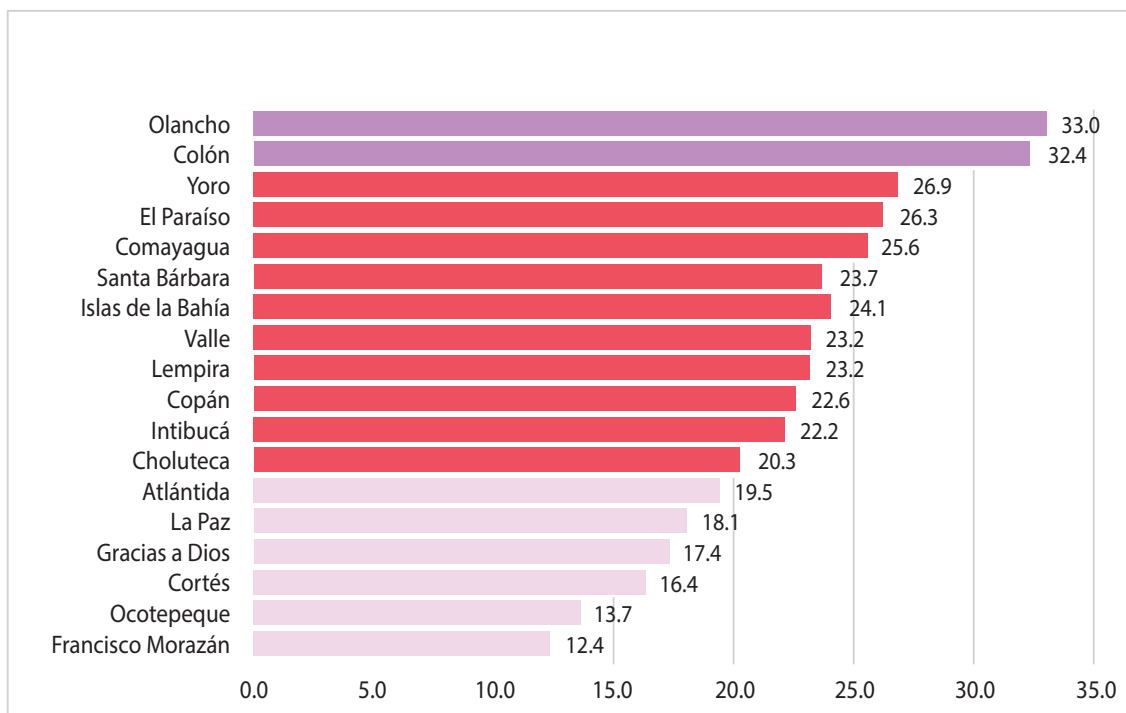
Un detalle que se observa entre las jóvenes de 15 a 19 años que al momento de la encuesta manifestaron estar actualmente casadas o unidas, es el hecho de que el MIUT es más frecuente entre las jóvenes que residen en el área rural, pues prácticamente el valor porcentual se duplica; para el caso, el área urbana representó 13.7 % en cambio en el área rural 27.4 %.

Al desagregar los datos por departamento, se logra identificar algunas diferencias, seis departamentos muestran valores entre 12.4 % y 19.5 %, diez departamentos se ubicaron entre 20.3 % y 26.9 % (esta concentración es la que al final determina la media a nivel nacional); resaltan los casos de Colón (32.4 %) y Olancho (33.0 %), ambos representan casi un tercio de la población adolescente en MIUT, 1 de cada 3 jóvenes. Esta situación no siempre implica una elección libre e informada, pues las adolescentes han crecido en contextos donde prevalecen distintas formas de vulnerabilidad sociodemográfica, unidas a inmadurez socioemocional, baja autoestima, oportunidades educativas y de relacionamiento social limitadas (Figura 5).

En el caso particular de Colón y Olancho, se identifican factores socioculturales que pueden incidir en este comportamiento, por ejemplo, Colón es un departamento con asentamientos garífunas que reproducen prácticas culturales relacionadas con el MIUT, en este sentido, entre 2020-2021 la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo, en asocio con Ayuda en Acción, implementó proyectos en distintas comunidades del departamento que impulsan la construcción de un sistema de protección integral, para promover los derechos humanos entre niños, niñas y adolescentes, y la prevención de la violencia en doce comunidades garífunas. Estos también hacen énfasis en la erradicación del matrimonio infantil y los abusos sexuales que sufren las niñas y adolescentes¹⁵. Respecto a Olancho, podrían considerarse algunas particularidades, por ejemplo, el departamento tiene predominio de comunidades rurales con una cultura patriarcal arraigada que se reproduce desde el hogar, esta situación incide en la carencia de conocimiento respecto a todo tipo de derechos humanos y por ende en la falta de autonomía y empoderamiento de las mujeres en todas las edades.

¹⁵ El proyecto se denomina Wamalali y cubre doce comunidades de los municipios de Iriona, Santa Fe y Balfate.

Figura 5. Honduras: porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que se encontraban en MIUT, 2019



Fuente: elaboración propia con base en datos de la ENDESA - MICS, 2019.

MIUT entre adolescentes según pobreza y nivel educativo

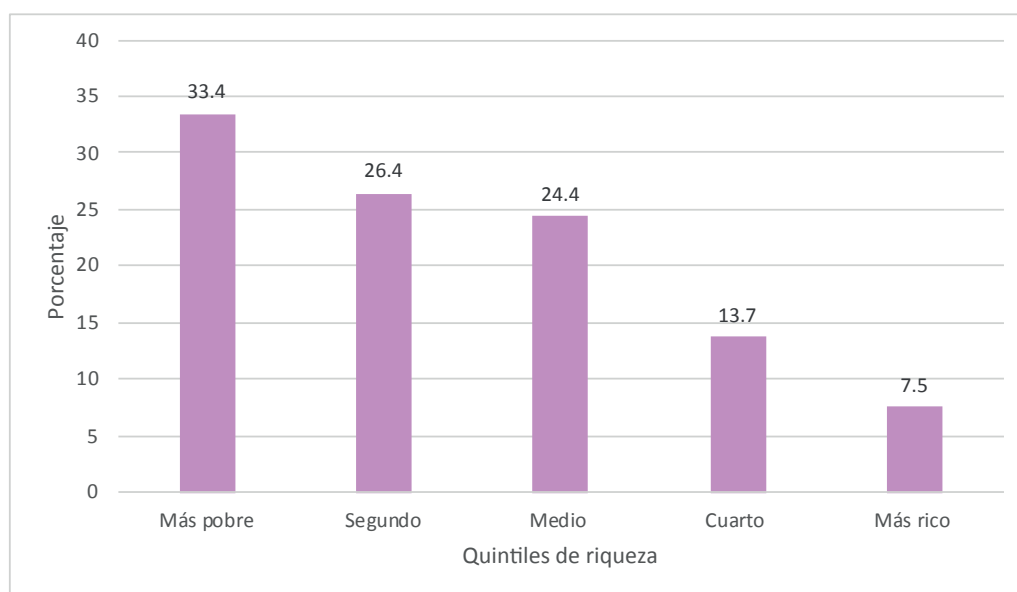
Entre los factores que inciden para que una adolescente contraiga matrimonio o se una en pareja, está la pobreza. Según la organización Girls Not Brides, cuando la pobreza es aguda, dar a una niña en matrimonio permite a los padres reducir sus gastos familiares como costos de alimentación, vestuario, educación, medicinas. Además, hay comunidades en las que las transacciones económicas son consustanciales al proceso de matrimonio, esto implica el pago de la dote o «precio de la novia», ingresos que son bien recibidos por las familias pobres (Girls Not Brides, 2015).

La situación descrita anteriormente no es distinta en Honduras, pues aun cuando no se maneja de manera abierta, lo cierto es que hay casos en donde los padres consideran que la joven tiene edad para formar su propio hogar, por lo tanto, en unión legal o no, las familias evalúan el mejor prospecto para sus hijas e incluso pueden presionarlas a tomar la decisión. Por otra parte, en comunidades conflictivas donde prevalece la presencia generalizada, los padres consideran que el MIUT es un mecanismo para proteger a sus hijas, sin embargo, esto no las exonera de ser víctimas de distintas formas de violencia en el matrimonio o la unión consensuada o forzada. Cabe recalcar que no siempre la decisión de un MIUT recae en manos de los padres, hay adolescentes que visualizan en este hecho una forma de independizarse del hogar, de sus carencias económicas, de la vigilancia y disciplina de sus padres, además pueden experimentar una etapa de enamoramiento e iniciación de la vida sexual activa que influye determinadamente en su decisión, sin evaluar previamente todas las implicaciones que conlleva.

El MIUT es una práctica que se da en todos los estratos sociales, sin embargo, los estudios realizados hacen énfasis en la pobreza como un detonante que incide en la perpetuación del fenómeno. Para 2019, la ENDESA -MICS presentó entre sus datos el índice de riqueza¹⁶; al analizar el cruce de variables, es evidente que hay una relación entre el acceso a bienes de consumo de los hogares de procedencia de las jóvenes casadas o unidas y el MIUT, por ejemplo, las menos favorecidas, se ubicaron entre el primer y segundo quintil, de modo que acumularon 60 % de los casos, el quintil intermedio representó 24.4 %, los dos últimos quintiles suman 21.2 % (Figura 6).

Para el año 2019, el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer calculó, con base en estadísticas del MIUT, que, si esta práctica fuese erradicada, las mujeres tendrían mayor oportunidad de alcanzar autonomía económica, al aumentar sus ingresos en el mercado laboral. En esta misma línea, las mujeres que se casaron siendo niñas tienen menores ingresos, generalmente abandonan la escuela y limitan su vida al ámbito doméstico, con ello la pobreza se perpetua en sus vidas (Campana, 2020).

Figura 6. MIUT según quintil de riqueza, 2019



Fuente: elaboración propia con base en datos de la ENDESA -MICS, 2019.

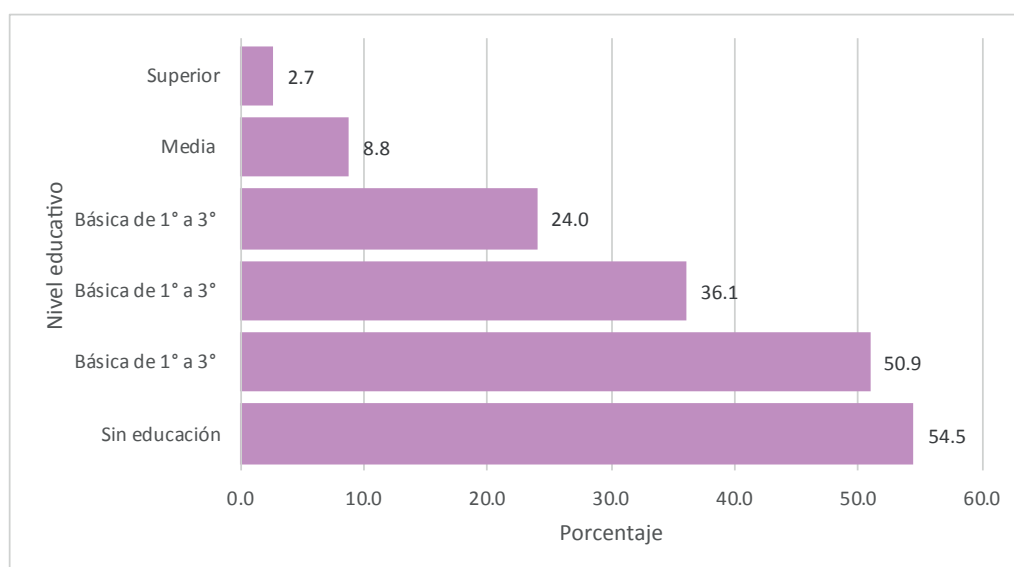
Además de la pobreza, el MIUT puede estar ligado a las escasas oportunidades que tienen las adolescentes de continuar con su formación escolar. El hecho de que la educación tiene un costo financiero (tanto en el sistema público como privado), que no puede ser sufragado por el hogar, se vuelve una limitante de gran peso, además a nivel nacional existe una escasa cobertura escolar sobre todo en el nivel medio que es el que proporciona una formación básica para la inserción de las jóvenes en el mercado laboral.

¹⁶ El índice de riqueza es un indicador que considera un análisis de los componentes principales utilizando información sobre la propiedad de bienes de consumo, características de la vivienda, agua y saneamiento y otras características relacionadas con la riqueza de los hogares.

Los datos de la ENDESA-MICS 2019¹⁷ mostraron que entre las jóvenes que estaban en MIUT existen bajos niveles escolares, siendo el más representativo: sin educación (54%), en la medida que se avanza a los niveles subsiguientes disminuyen los valores porcentuales; en un escenario ideal este comportamiento debería ser inverso (Figura 7).

El estudio «Trabajando juntos para terminar contra el matrimonio infantil» revela que, si las niñas terminan su educación secundaria, al 2030 se evitarían 50 millones de matrimonios forzados (Girls Not Brides, 2015). En este contexto, el MIUT limita la posibilidad de acumulación de habilidades y conocimientos diversos, que desarrollen la capacidad de reflexión y empoderamiento a nivel de derechos humanos, y la oportunidad de planear y concebir un proyecto de vida.

Figura 7. MIUT: porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, según nivel educativo



Fuente: elaboración propia con base en datos de la ENDESA - MICS, 2019.

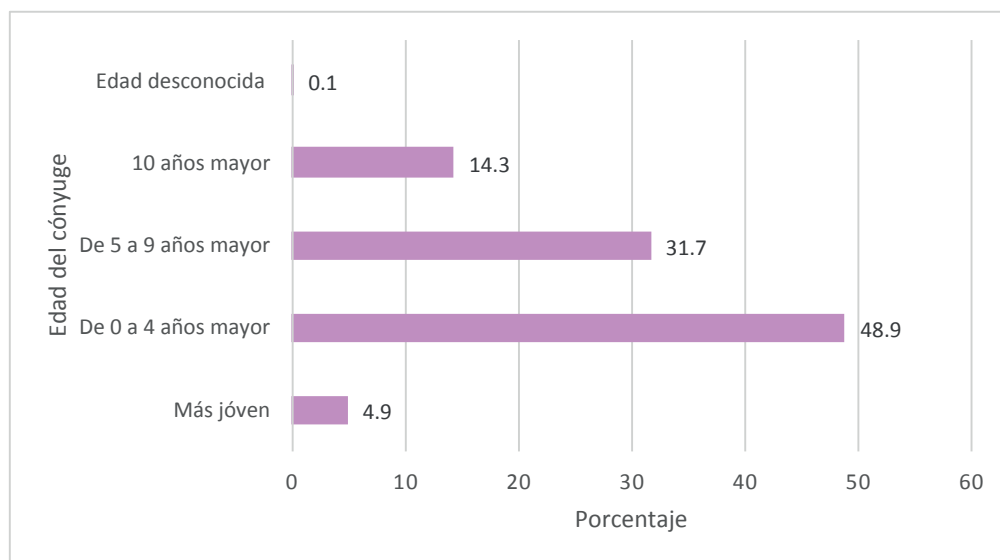
¹⁷ La muestra es estratificada.

MIUT entre adolescentes de 15 a 19 años de acuerdo con la diferencia de edad con el esposo o pareja

Uno de los aspectos que consideró la ENDESA-MICS 2019 con relación al MIUT fue la diferencia de edad entre los cónyuges. Los estudios realizados a nivel mundial identifican que es frecuente que las adolescentes se unan con parejas mayores. En Honduras, este tipo de situaciones en que el cónyuge era hasta 10 años mayor representó 14.3 % de los casos; en el otro extremo, la mayoría de las parejas en MIUT presentó una diferencia entre 0 y 4 años (48.9 %), y un segundo lugar, entre 5 y 9 años (31.7 %) (Figura 8).

Independientemente de la diferencia de edades que se puede presentar en un MIUT, eso no limita las diferencias de poder que se pueden ejercer al momento de tomar decisiones en el hogar constituido, pues las adolescentes están sometidas a la autoridad de sus cónyuges y desde el ámbito sociocultural se promueve la sumisión a la pareja, además carecen de autonomía económica, un factor que las ubica en una posición de vulnerabilidad.

Figura 8. Adolescentes casadas o unidas de acuerdo con la diferencia de edad con el cónyuge, 2019



Fuente: elaboración propia con base en datos de la ENDESA-MICS, 2019.

Capítulo IV. Análisis de resultados

Este capítulo presenta el análisis de los datos cuantitativos y cualitativos obtenidos durante la consulta realizada a las mujeres que en su adolescencia contrajeron matrimonio o tuvieron una unión marital y que han recibido apoyo y atención en la Asociación Calidad de Vida¹⁸.

Características generales de las participantes en el estudio y de sus hogares de procedencia

Al estudiar el tema del MIUT no pueden obviarse algunos antecedentes importantes en la vida de las adolescentes. Factores considerados en el modelo ecológico identifican las interconexiones entre los niveles desde el nivel micro hasta el nivel macro y cómo estos inciden en la conducta y por ende en las decisiones que toma una adolescente respecto a establecer una relación de unión o matrimonio desde temprana edad.

Características sociales del hogar de procedencia de mujeres que durante la adolescencia contrajeron un MIUT

Área de residencia y condición de pobreza

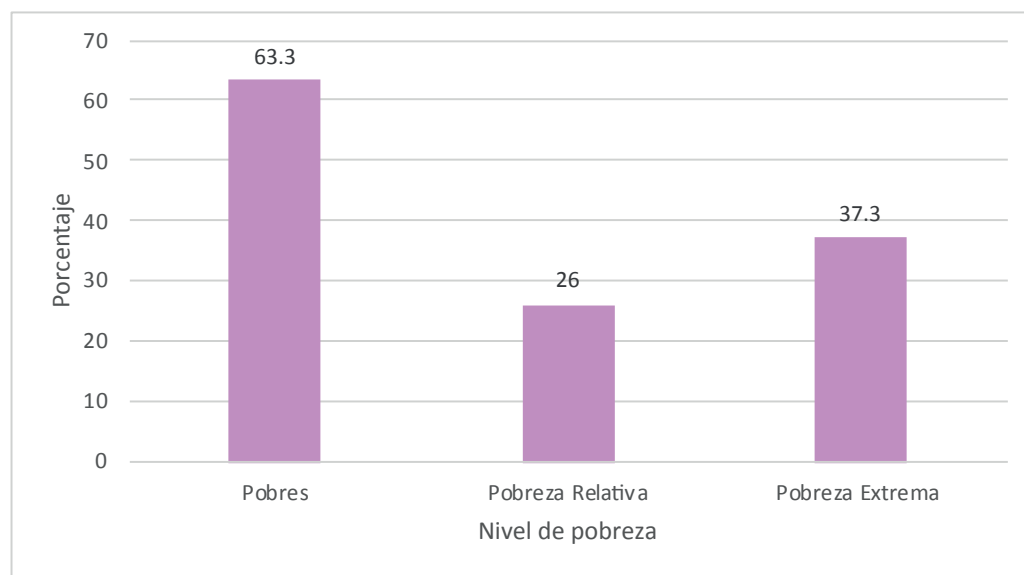
Al plantear la investigación en el ámbito del Distrito Central es coherente que 72.2 % de las participantes proceden de un hogar que reside en un contexto urbano, esta diferencia geográfica genera dinámicas distintas, las más significativas están relacionadas con el aspecto laboral y sociocultural.

En 2021, según datos del INE, 57 % de los hogares se ubicaron en el área urbana y el Distrito Central concentró 22 % de los hogares urbanos a nivel nacional. Diversas razones históricas y coyunturales han afectado las condiciones socioeconómicas de los hogares, por ejemplo, para 2021 se identificó que, en el Distrito Central, 63.3 % de los hogares estaban en condición de pobreza, al desagregar este valor 26 % se encontraba en pobreza relativa¹⁹ y 37.3 % en pobreza extrema²⁰ (Figura 9).

¹⁸ Como parte de la alianza que realizó la UNAH por medio de la Maestría en Demografía y Desarrollo y la Asociación Calidad de Vida que opera en el MDC, se logró una convocatoria a entrevistas de 23 mujeres, 18 de ellas participaron con un cuestionario y 5 en una entrevista a profundidad.

¹⁹ Hogares cuyo ingreso es menor que el costo de la canasta básica y mayor que el costo de la canasta básica de alimentos.

²⁰ Hogares que tienen un ingreso per cápita inferior al costo de la canasta básica de alimentos.

Figura 9. MDC: hogares según el nivel de pobreza, en porcentaje, año 2021

Fuente: elaboración propia con base en datos del INE-LXXII EPHPM, año 2021.

Entre las mujeres entrevistadas, el 50 % manifestó haber experimentado una condición de pobreza permanente en su hogar de procedencia (Tabla 7). Durante la aplicación del cuestionario, se identificó que las participantes toman como medida de pobreza «tener alimento en su hogar», la respuesta estaba acompañada de afirmaciones como «No, siempre tuvimos que comer» o «Sí, a veces no teníamos comida porque mi padre no tenía trabajo».

Tabla 7. Hogares que experimentaron una condición de pobreza permanente

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No	8	44.4
Sí	9	50
No contestó	1	5.6
Total	18	100

Fuente: elaboración propia con base en datos del cuestionario aplicado a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Instituciones que trabajan en pro de los derechos de la niñez a nivel mundial señalan, entre los factores que promueven el MIUT, la condición de pobreza de los hogares; en otras palabras, el problema estructural de país no genera condiciones de bienestar que promuevan el desarrollo humano sostenible, afectando con ello las decisiones de las adolescentes al considerar al MIUT como su tabla de salvación.

Si la meta es apostar por el desarrollo humano y sostenible de los hogares hondureños, la reducción de la fecundidad puede ser una decisión positiva respecto a la distribución de ingresos en los hogares.

Jefatura del hogar de procedencia y nivel educativo del jefe de hogar

Un detalle que llama la atención es el hecho de que 55.6 % de los hogares de procedencia de las mujeres participantes en esta investigación tenían como jefe de hogar a la madre (Tabla 8). Para una mujer jefe de hogar asumir la responsabilidad de manutención y crianza de los hijos representa una tarea ardua que se realiza en condiciones difíciles y desventajosas. Según García y de Oliveira (2005), «los factores asociados a esta situación pueden estar relacionados con incremento de las separaciones y divorcios, los abandonos masculinos y los embarazos en mujeres jóvenes que luego permanecen solteras o en uniones esporádicas, especialmente cuando el varón se desvincula de las responsabilidades que resultan de estos diferentes eventos (p. 30)».

Tabla 8. Jefe del hogar de procedencia

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Madre	10	55.6
Padre	7	38.9
Otro	1	5.6
Total	18	100

Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta aplicada a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Respecto al nivel educativo de la madre, se identifica que el mayor porcentaje se concentra en el nivel de básica incompleta con 38.9 %, en otras palabras, estas mujeres no alcanzan los nueve años de escolaridad obligatoria que establece la Ley Fundamental de Educación, 22.2 % tenía educación media completa y 16.7 % no contaba con ningún nivel escolar (Tabla 9).

Con la crisis de empleo y subempleo que prevalece en Honduras y en el Distrito Central, la ausencia de activos humanos como educación, salud y trabajo incrementa la vulnerabilidad social de los miembros del hogar, en detrimento de la formación de capital humano y de las posibilidades de desarrollo humano y sostenible.

Tabla 9. Nivel educativo de la madre de la entrevistada

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	3	16.7
Básica incompleta	7	38.9
Básica completa	1	5.6
Media incompleta	2	11.1
Media completa	4	22.2
Universitaria completa	1	5.6
Total	18	100.0

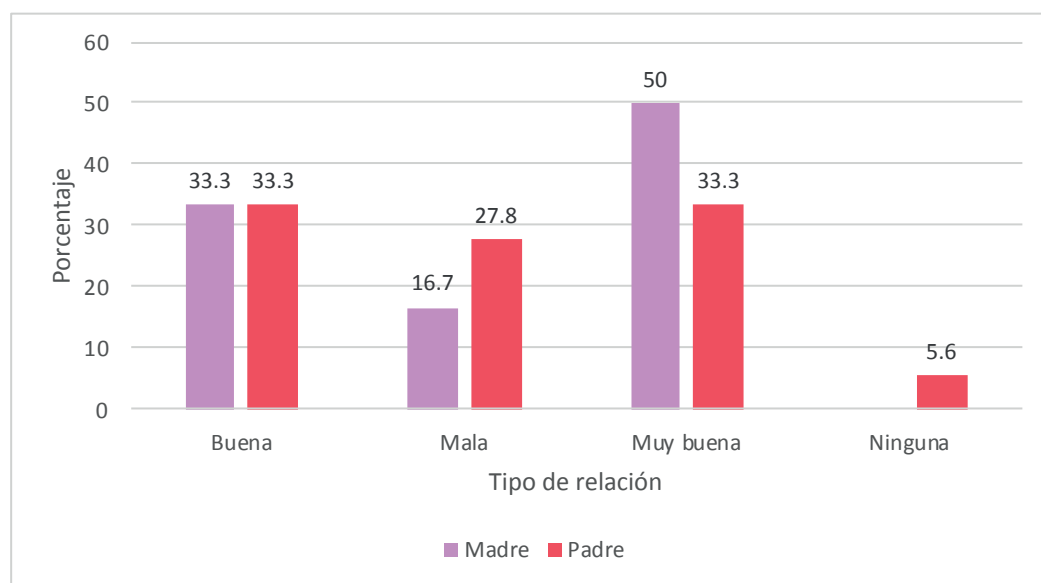
Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta aplicada a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Relaciones familiares con los padres

La crianza y el cuidado de los hijos es una tarea que implica una responsabilidad trascendental para los padres en todas las etapas de la vida. La adolescencia requiere especial atención, pues implica cambios biopsicosociales que al no ser atendidos generan desequilibrios, sobre todo a nivel de la conducta, ante ello se pueden tomar decisiones en detrimento del bienestar de la persona cuyas consecuencias le afectan por el resto de la vida.

En general se identifican valores porcentuales favorables respecto a la relación entre la adolescente y la madre, por ejemplo, 33.3 % la calificó como «buena» y 50 % como «muy buena», lo cual se explica en gran medida por el predominio de hogares liderados por madres. Respecto a la relación con el padre, predominan las categorías «buena» (33.3 %) y «muy buena» (33.3 %), sin embargo, 27.8 % la consideró como «mala» (Figura 10).

Figura 10. Relación con el padre y la madre durante la adolescencia



Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta aplicada a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Un reto para los padres o cuidadores de adolescentes consiste en trabajar en el fortalecimiento de relaciones cimentadas en valores, confianza, respeto y acceso a la información sobre temas de SSR, factores positivos que ayuden al adolescente para asimilar e integrar los cambios biológicos y sociales de manera asertiva; sin embargo, no existe una única receta y cada ser humano tiene sus propias fortalezas y debilidades (padres, madres e hijos), además un elemento de peso que puede incidir en la conducta de las adolescentes es el enamoramiento, una experiencia que se puede vivir en todas las etapas de la vida, pero que en la adolescencia quizá se viva con mayor intensidad, desconocimiento y falta de experiencia.

Consumo de drogas en el hogar de procedencia

El uso de plantas de las cuales provienen muchas drogas es una práctica histórica que estuvo ligada a la sanación y contacto con las deidades. Según González y Martínez, la ingesta de estas plantas está asociada a los orígenes del consumo mágico y religioso de sustancias psicoactivas, centrado en la creencia de que solo los sacerdotes podían entrar en contacto con el Dios supremo (González y Martínez, 2022). En la actualidad, el consumo de drogas se ha popularizado impactando en los estilos de vida de las familias y sus miembros; este hecho, unido a otros factores puede ser un detonante de la violencia intrafamiliar.

La información revela que en 38.9 % de los hogares se consumía algún tipo de droga por parte del padre o madre de las adolescentes, este hábito al igual que la expresión de distintas formas de violencia es parte de una conducta aprendida que se naturaliza en los miembros del hogar (Tabla 10), por tal razón, cuando la adolescente experimenta formas de violencia en diversos contextos, incluso en el matrimonio o la unión, percibe esta como algo común y cotidiano, y no logra identificar el atropello a sus derechos humanos.

Tabla 10. Tipo de droga que consumían los padres*

Tipo de droga	Madre	Padre
Alcohol	4	6
Marihuana	2	2
Cocaína	2	2
Crack	1	1
Cigarrillo	1	1
Otra	0	0

*Pregunta de opción múltiple, se obtuvo 22 respuestas.

Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta aplicada a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Características generales de las participantes en el estudio

Con el objetivo de comprender el fenómeno del MIUT entre las mujeres que participaron en el estudio, se presentan algunos datos que permiten contextualizar las características generales.

Edad al momento de la primera unión y tiempo de duración del MIUT

La edad es una variable trascendental cuando se aborda el tema del MIUT, sobre todo por el hecho de que las adolescentes experimentan diversos cambios biológicos y sociales que las ubican en una condición de inmadurez, por lo tanto, tomar la decisión de unirse o casarse puede ser una opción desacertada que tendrá implicaciones como embarazos tempranos²¹, interrupción en la

²¹ Un embarazo a temprana edad presenta mayor nivel de riesgo para la salud de la madre y el bebé.

transición escolar entre un nivel y otro, violencia marcada por desigualdad de género y menores oportunidades de conocer y empoderarse de sus derechos humanos.

Se parte de la premisa de que, a menor edad al momento de unirse o casarse, las adolescentes experimentarán mayor vulnerabilidad sociodemográfica y tendrán menor acceso a factores de protección, tales como educación, inserción laboral, conocimientos sobre derechos humanos y temas de SSR.

En este estudio se identificó casos donde las adolescentes iniciaron un MIUT a la edad de 13 años; para dos de las participantes el hecho duró apenas 1 semana, lo que indica que la decisión fue considerada en un momento emotivo-romántico o quizá inducido por una crisis familiar conflictiva (como lo manifestó una de las encuestadas), sin embargo, después de este hecho, ambas participantes tuvieron dos relaciones más antes de los 20 años. En el segundo caso, la mujer permaneció unida a su primera pareja durante 15 años, al momento de la consulta tenía 30 años, lo que permite deducir que dejó esa relación 2 años atrás (Tabla 5).

De manera general, el 50 % de las encuestadas se mantuvo con sus parejas hasta la edad adulta²². En cambio, para las que abandonaron las relaciones de MIUT en la adolescencia, la duración fue relativamente corta en periodos que oscilan entre 1 semana y 2 años, en estos casos fue frecuente el establecimiento de otras uniones o matrimonios tempranos durante la adolescencia (Tabla 11).

Tabla 11. MIUT entre las mujeres que participaron en el estudio

Participante	Edad		¿Cuánto tiempo duró su primer MIUT?		Entre los 12 y 20 años tuvo más de un MIUT	
	Actual 2022	Primer MIUT	Años	Semana	Respuesta	n.º
1	31	19	4		No	
2	51	15	2		Sí	2
3	62	15	5		No	
4	34	13		1	Sí	2
5	43	14	17		No	
6	20	15	2		No	
7	25	18	5		No	
8	45	15	1		Sí	3
9	30	13	15		No	
10	30	18	1		No	
11	62	17		1	Sí	2
12	64	20	1		No	
13	35	16	17		No	
14	47	19	25		No	
15	22	17	3		No	

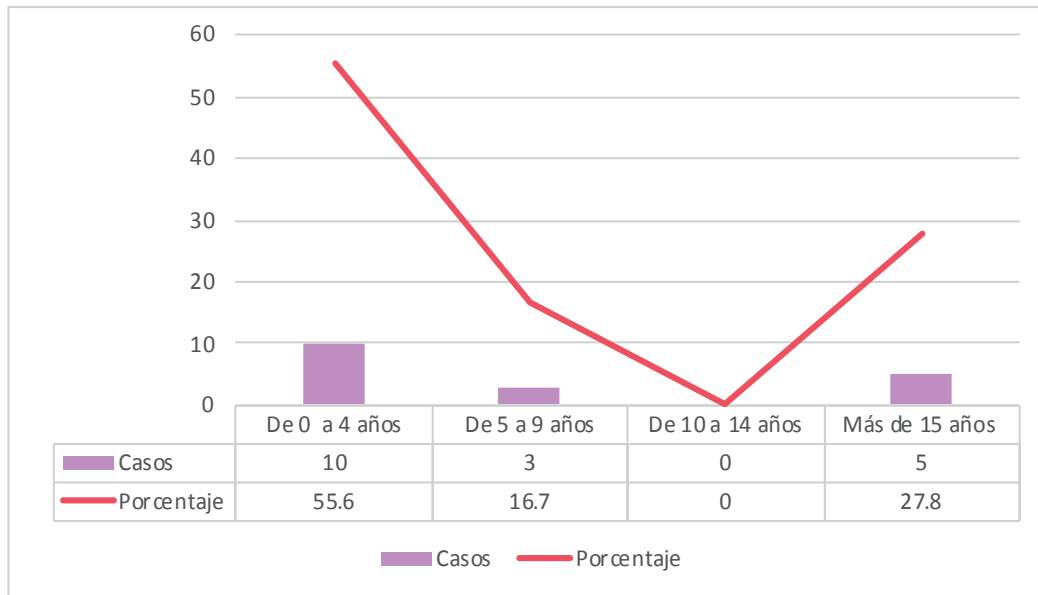
²² En Honduras la mayoría de edad se adquiere a los 21 años.

Participante	Edad		¿Cuánto tiempo duró su primer MIUT?		Entre los 12 y 20 años tuvo más de un MIUT	
	Actual 2022	Primer MIUT	Años	Semana	Respuesta	n.º
16	25	15	8		No	
17	19	18	1		No	
18	35	17	17		No	

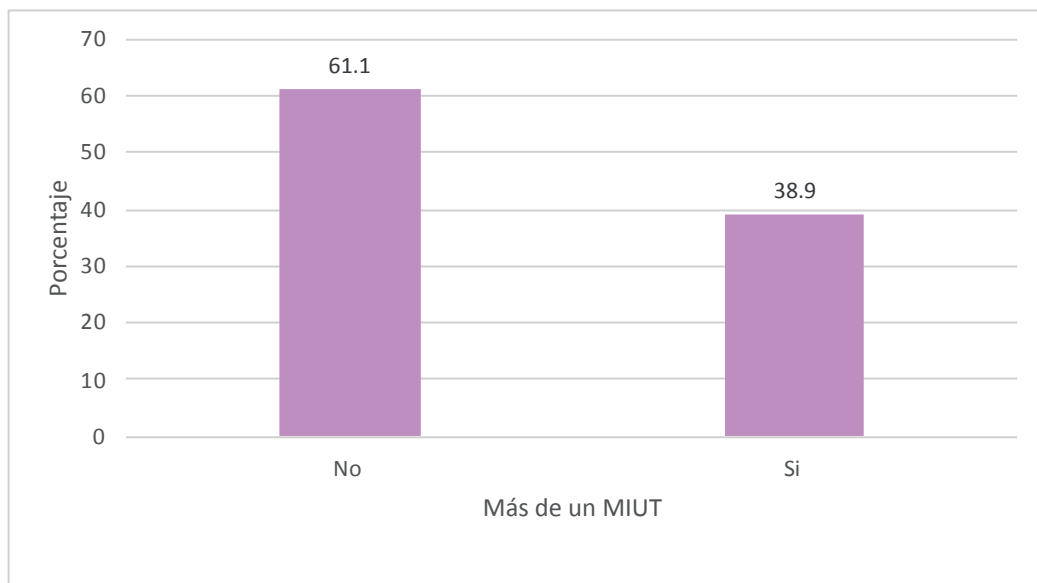
Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta aplicada a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Al desagregar los datos según rango de edad y tiempo de duración del MIUT, se logra visualizar que para 55.6 % de los casos, la relación duró entre 0 y 4 años, sin embargo, para 27.8 % de las participantes se prolongó por más de 15 años, periodo en el cual fueron víctimas de distintas formas de violencia (Figura 11). En esta misma línea, 39 % de las mujeres disolvieron su primer MIUT siendo aún adolescentes e iniciaron nuevas relaciones que también están sujetas a una separación (Figura 12). La probabilidad de divorciarse antes es casi cuatro veces mayor en parejas que se han casado al tener menos de 20 años que en aquellas parejas que se casaron con 25 años o más (Levine y Hennessy, 2016); en otras palabras, matrimonios tempranos aumentan la probabilidad de divorcio y a la vez el hecho de que haya mayor número de parejas con las cuales cohabitan.

Figura 11. MIUT: tiempo de duración de la relación



Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta aplicada a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Figura 12. Entre los 12 y 20 años tuvo más de un MIUT

Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta aplicada a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Nivel educativo de las entrevistadas

La educación como derecho humano fundamental puede actuar como un factor de protección frente a coyunturas que motivan u obligan a las adolescentes a considerar la opción de casarse o unirse en matrimonio. En la medida que se logra mayor acumulación de años escolares, se fomenta el capital social, una condición que puede ayudar a superar la pobreza, las desigualdades y a empoderarse integralmente de todo tipo de derechos. Aun cuando estos procesos no se presentan de manera automática, pueden marcar la ruta para el desarrollo humano y sostenible.

Al momento del primer MIUT, 61.1 % se encontraba estudiando, pero 38.9 % de las participantes no lo hacía; la situación está mediada por diversos factores tales como la falta de recursos económicos de los hogares, la falta de visión de los padres y las adolescentes respecto a la importancia que tiene la acumulación de años de escolaridad, además existe una competencia entre las responsabilidades domésticas y las actividades escolares (Tabla 12).

Tabla 12. MIUT: al momento de su primera unión, ¿usted estaba estudiando?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No	7	38.9
Sí	11	61.1
Total	18	100

Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta aplicada a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

En relación con el nivel educativo alcanzado por las encuestadas al momento del MIUT, 11.1 % no contaba con ningún nivel de escolaridad, para el nivel de educación básica incompleta los casos suman 38.9 %²³, para media incompleta 38.9 % y para media completa 11.1 % (Tabla 13). En otras palabras, el nivel de escolaridad identificado fue bajo, lo que refleja escasas oportunidades de formación, un factor de riesgo ante la decisión de establecer un MIUT.

Tabla 13. Educación alcanzada por la adolescente al momento del MIUT

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	2	11.1
Básica incompleta	7	38.9
Media completa	2	11.1
Media incompleta	7	38.9
Total	18	100.0

Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta aplicada a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Entre las encuestadas, 61.1 % manifestó que no continuó sus estudios durante su relación en MIUT; con el paso del tiempo, 38.9 % logró aumentar sus años de estudio promedio (AEP), por ejemplo, dos completaron su educación media, una logró trascender de básica incompleta a media completa y cuatro superaron su educación hasta el nivel superior universitario. Según *Girls not Brides*, las niñas casadas enfrentan barreras prácticas para la educación, incluidas las responsabilidades del hogar, el estigma, la exclusión forzada de la escuela y las normas de género que las mantienen en casa (*Girls not Brides*, 2022). Quizá la causa prioritaria para que el MIUT no cese en su frecuencia de casos es la aceptación en distintas culturas, una razón que limita su erradicación.

Desde la visión del modelo ecológico, los centros escolares se ubican en el meso sistema y tienen una relación directa con el microsistema, por lo tanto, juegan un papel protagónico en la formación del adolescente. Platone (2000) afirma que la escuela es el principal escenario del proceso de cambio en el sistema y se concibe como el instrumento fundamental que conduce a los seres humanos a internalizar el proceso de su propio aprendizaje, a la formación de una personalidad capaz de comprender la realidad que le circunda, crear y acometer empresas, así como resolver problemas de su entorno social y familiar (Lozada, 2016, p. 4). En otras palabras, una escasa formación educativa o una interrupción prolongada que limite el acceso de las adolescentes a los centros escolares como factor de exclusión atenta contra toda posibilidad de acumulación de capital social y por ende de desarrollo humano sostenible.

La educación es importante durante todas las etapas de la vida, sin embargo, en la adolescencia puede ser fundamental para apoyar el desarrollo de la personalidad, el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y las libertades fundamentales; estas acciones son relevantes para prevenir el MIUT.

²³ Se sumaron los casos de primaria incompleta y completa más básica incompleta, grados de 1° a 9°.

El acceso a recursos económicos y bienes

Entre diversos estudios que se han realizado sobre el MIUT, se identifica que uno de los factores promotores está relacionado con la pobreza de los hogares, sin embargo, este puede actuar como causa y consecuencia a la vez. Campana (2020) considera que, en familias de bajos ingresos, las niñas pueden representar una carga financiera, puesto que no generan ingresos a las familias, de modo que el MIUT se visualiza como una solución conveniente. Sin embargo, lejos de ello en la mayoría de los casos se perpetúa el ciclo de pobreza de las adolescentes y se limita a la vez sus oportunidades de desarrollo humano sostenible en todos sus indicadores.

Ante la pregunta: «¿Usted realizaba algún tipo de trabajo remunerado cuando era adolescente?», el 55 %, respondió de manera afirmativa (Tabla 14); para quienes se integraron a un trabajo, se desempeñaban en labores que no requieren altos niveles de especialización, por ejemplo, apoyo en asignaciones domésticas (cafeterías, comedores), dependientas en tiendas y algunas actividades de tipo comercial y agropecuario, los ingresos percibidos son bajos y no son permanentes, en otras palabras, hay precariedad laboral. Bajo un contexto de la vulnerabilidad económica, una propuesta de MIUT se visualiza de manera equivocada como una solución inmediata, sin considerar las consecuencias para el futuro, sobre todo en lo relacionado con el ciclo de formación humana.

Tabla 14. MIUT: ¿tenía algún tipo de ingreso económico?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No	8	44.4
Sí	10	55.6
Total	18	100

Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta aplicada a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

El estudio *Impactos económicos del matrimonio infantil*, realizado por el Banco Mundial y el Centro Internacional de Investigaciones sobre Mujeres, revela que el MIUT tiene un alto costo para los países en diversos aspectos, entre ellos, los ingresos de las mujeres; por ejemplo, con niños y familias más grandes se limita indirectamente los empleos disponibles para las mujeres en el mercado laboral, así como la cantidad de horas que pueden trabajar (Banco Mundial, 2017).

Características biológicas predominantes entre las mujeres que durante la adolescencia contrajeron MIUT

La menarquia, características de peso y altura de las adolescentes al momento del MIUT

La adolescencia como periodo de transición entre la niñez y la adultez enfrenta a las jóvenes a diversos cambios. Este periodo transcurre entre el inicio de la pubertad y el final del crecimiento del adolescente.

Desde el aspecto fisiológico son los cambios externos e internos los que marcan el inicio de la primera etapa de la adolescencia, es decir, la pubertad²⁴, la cual se caracteriza por cambios biológicos. Un hecho relevante durante la pubertad es la presencia del primer sangrado de origen menstrual, es decir, la menarquía.

En el caso de las mujeres que participaron en este estudio, respecto a la pregunta «¿A qué edad tuvo su primera menstruación?», la mayor frecuencia de casos se presentó entre los 12 y 13 años (61.1 %). Atendiendo a las etapas de la adolescencia que maneja la UNICEF, 77.8 %, presentó su primera menstruación durante la adolescencia temprana²⁵, es decir, entre los 10 y 13 años (Tabla 15).

Entre las participantes de mayor edad, manifestaron que su impacto frente a la primera menstruación estaba relacionado con la carencia de información para afrontar esta experiencia. Algunas creían haberse «golpeado», sentir preocupación por «no dejar de sangrar» y «miedo» al castigo de sus padres. Otras comentaron que pensaron que tenían una enfermedad grave e incluso experimentar temor de morir.

Tabla 15. MIUT: edad en que se presentó la menarquía

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10	1	5.6
11	2	11.1
12	5	27.8
13	6	33.3
14	3	16.7
16	1	5.6
Total	18	100

Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta aplicada a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

No se puede definir de manera precisa la edad en la cual una adolescente presentaría su primera menarquía, pues hay factores de orden biológico sobre los cuales no se tiene control, sin embargo, más allá de este aspecto es importante entender como cada adolescente asume esta experiencia que marca una etapa trascendental, pues implica el inicio de un proceso de madurez sexual. En tal sentido, Cumming *et al.* (1991) consideran que además de la preparación del cuerpo de la adolescente para la reproducción biológica también es una etapa en donde se debe afirmar la identidad sexual, a la vez abre la posibilidad de adquirir nuevos roles sociales.

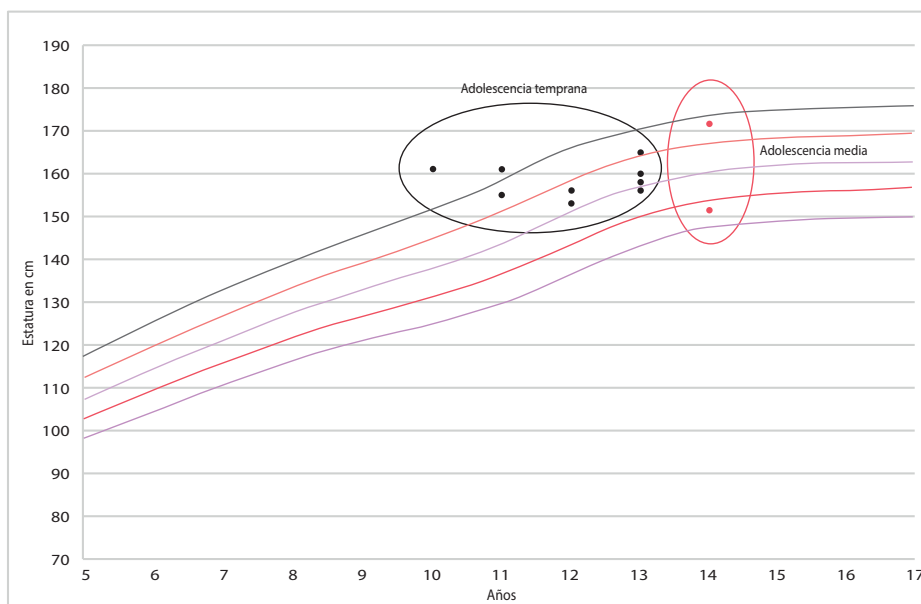
En el contexto de los cambios biológicos que se presentan durante la primera fase de la adolescencia está el llamado estirón puberal, que se manifiesta por un aumento en el ritmo de crecimiento, en el caso de las niñas, cuando se produce la menarquía, el crecimiento tiende a frenar. Al graficar

²⁴ Periodo en que el cuerpo fabrica hormonas sexuales que dan origen a los cambios corporales de las jóvenes.

²⁵ Según la UNICEF, la adolescencia se divide en tres fases: temprana de 10 a 13 años, media de 14 a 16 años, tardía de 17 a 21 años.

las variables edad de la menarquia y altura, se puede observar que, entre las mujeres que respondieron a la pregunta relacionada con altura, 54 % se ubica en un rango de 1.51 a 1.58 cm, lo cual está acorde a la altura promedio de las mujeres hondureñas (1.55 cm), para 36.4 % su altura se ubicó entre 1.60 a 1.65 cm y solo un caso alcanzó 1.71 cm (Figura 13).

Figura 13. MIUT: menarquia y altura²⁶



Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta aplicada a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

No se pudo calcular el índice de masa corporal (ICM) porque la mayoría de las mujeres desconocían su peso y altura en el momento del MIUT, este aspecto llama la atención debido a que indica un desconocimiento de su cuerpo, lo cual está relacionado con la autoconciencia, en otras palabras, el conocimiento que cada ser humano tiene de sí mismo, tanto en el aspecto físico como psicoemocional.

Menarquia y el contexto socioemocional

El tema de la menarquia se aborda con algunas particularidades en cada sociedad. Aun en pleno siglo XXI se sigue manejando supersticiones y tabúes que, lejos de fomentar la preparación que deben tener las adolescentes en temas de SSR, genera desinformación y confusión, por lo tanto, aumenta el miedo y la incertidumbre de las jóvenes.

En la consulta realizada a las participantes de este estudio, solo 24 % expresó que su experiencia fue normal, en igual porcentaje, manifestaron que fue una experiencia dolorosa; desde el punto de vista médico los dolores menstruales están relacionados con la contracción o relajación del útero al momento de eliminar el revestimiento que ya no necesita, de igual manera está ligado a la regularización de la ovulación, un proceso que oscila entre los 12 a 18 años. Por otra parte, 52 %

²⁶ 7 de las 18 jóvenes consultadas desconocían su estatura.

de las mujeres encuestadas manifestó que le produjo miedo e incertidumbre (44%) y frustración (8%) (Tabla 16).

Tabla 16. MIUT: tipo de reacción que experimentó ante su primera menstruación*

Reacción	Frecuencia	Porcentaje
Normal	6	24.0
Dolorosa	6	24.0
Miedo e incertidumbre	11	44.0
Frustración	2	8.0
No contestó*	0	0.0
No aplica*	0	0.0
Total	25	100

*Esta es una pregunta de respuesta múltiple. Durante la aplicación se obtuvieron 25 respuestas.

Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta aplicada a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Sentimientos como el miedo, incertidumbre y frustración pueden analizarse desde dos ópticas: en primera instancia, a la mayoría de las adolescentes no se les preparaba para enfrentar los cambios propios de esta etapa de sus vidas y, en segunda instancia, la confianza entre padres e hijas respecto a estos temas es débil y en ocasiones gira alrededor de verdades parciales, que lejos de ser un apoyo aumentan sus inseguridades y temores. Un detalle que debe considerarse es que el patrón tradicional de la familia ha cambiado, es decir, las familias son cada vez más diversas, y ante el hecho de que para los padres abordar el tema de la sexualidad no es un proceso fluido, con los nuevos patrones familiares en donde hay cambio de roles, el tema se vuelve más complejo.

Un elemento que no puede pasar desapercibido en la adolescencia y la menarquia es la curiosidad, un comportamiento instintivo natural en el ser humano que motiva el deseo de conocer y experimentar, además los cambios biológicos a nivel de su sexualidad están latentes y la sociedad las bombardea a diario por diversos medios transmitiendo un mensaje que lejos de colaborar en una formación sólida en temas de SSR incita prácticas que afectan un desarrollo biológico y social sano. Un segundo aspecto que debe considerarse es el tema cultural, para el caso en el folclore popular es común que una vez que se presenta la primera menarquia se diga a las jóvenes: «Ahora usted es una mujercita, ya no es una niña», como si este hecho biológico (menarquia) procesa en automático el resto de los aspectos biológicos y sociales que implica la transición entre la niñez y adultez.

En el caso de Honduras, el Currículo Nacional Básico (CNB) no desarrolla de manera sistemática en todos los niveles escolares temas de SSR, razón por la cual niños, niñas y adolescentes presentan vacíos en su formación. Bajo este contexto, al momento de experimentar los cambios en la pubertad y adolescencia se enfrentan a conflictos en diversas áreas de su vida, además, a nivel social, se presenta una confrontación entre instituciones y grupos religiosos respecto a la pertinencia de la temática desde los primeros años escolares; esta polémica lejos de generar beneficios incrementa desconocimiento, una situación que limita la comprensión y el manejo de los cambios biológicos y sociales que se manifiestan en el proceso de transición entre la niñez y la etapa adulta.

Menarquia, primera relación sexual y MIUT

Los cambios biológicos en la adolescencia también tienen un impacto emocional, el cual está ligado a la acción hormonal; esto incide en la manifestación de conductas como irritabilidad, ansiedad, dolor, estrés y en algunos casos es determinante en el desenvolvimiento sano e integral de la vida del adolescente. De igual manera, la sexualidad adquiere una nueva dimensión que da paso a la atracción por otra persona en un contexto de enamoramiento y romanticismo. Sin embargo, en el caso de los MIUT, no siempre la atracción sexual es la determinante causal que da origen a este tipo de relación.

En el caso de las mujeres que participaron en el estudio, la menarquia se presentó en distintos momentos de su adolescencia, los rangos de tiempo entre su menarquia y el MIUT no son cercanos, en promedio hay 3.6 años de temporalidad entre un evento y otro. Sin embargo, cuando se establece la relación entre la primera relación sexual²⁷ y el MIUT, es evidente que este fue un hecho determinante, por ejemplo, entre 11 de las 18 participantes, es decir, en 61.1 % no se presentó diferencia temporal entre la primera relación sexual y el MIUT (Tabla 17).

Tabla 17. Diferencia temporal en años entre primera relación sexual y el MIUT

Participante	Edad			Diferencia temporal entre eventos	
	Menarquia	Relación sexual	Primer MIUT	Menarquia y la primera relación sexual	Primera relación sexual y el MIUT
1	10	16	18	6	2
2	11	13	13	2	0
3	11	16	18	5	2
4	12	15	15	3	0
5	12	13	13	1	0
6	12	19	19	7	0
7	12	14	17	2	3
8	12	15	17	3	2
9	13	15	15	2	0
10	13	15	15	2	0
11	13	17	17	4	0
12	13	16	17	3	1
13	13	15	15	2	0
14	13	16	18	3	2
15	14	15	15	1	0
16	14	19	19	5	0
17	14	15	15	1	0
18	16	20	20	4	0

Fuente: elaboración propia con base en datos de la encuesta aplicada a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto del 2022.

²⁷ En promedio la primera relación sexual se presentó a los 15.7 años.

En su mayoría los MIUT se consumaron durante la etapa de la adolescencia tardía (17 y más años), estos representaron el 50 % de los casos (Figura 14). La edad que representa mayor frecuencia de casos es 15 años (5 casos); este detalle es interesante, en concreto, porque para las culturas mesoamericanas (mayas y aztecas) esta edad representaba la entrada a la vida adulta y la aceptación de los nuevos roles que debían asumir los adolescentes, y a causa de ello se celebraban «los ritos de pubertad». Con la colonización española, se introducen nuevos elementos, pero en esencia simboliza la presentación de la joven ante la sociedad y la transición hacia la vida adulta.

Desde la óptica psicológica se debe plantear el tema de la maduración cerebral (etapa que culmina a los 30 años), pues durante la adolescencia el proceso de maduración de varios circuitos neurales está incompleto. La evidencia científica indica que la toma de decisiones es un proceso que depende de áreas cerebrales involucradas con el control de las emociones (Manes y Niro, 2014, p. 224). Bajo este contexto, el MIUT se presenta en una etapa de la vida en donde la situación biopsicosocial de la adolescente es inestable y precaria, tal como lo menciona Manes y Niro (2014), pues hay una batalla entre los centros emocionales y racionales (p. 231).

Condición actual de salud entre las mujeres que experimentaron un MIUT

La salud es un aspecto importante en la vida del ser humano, sin embargo, aun cuando los padecimientos entre ambos sexos sean los mismos, la afectación física, psicológica y socioemocional puede ser distinta.

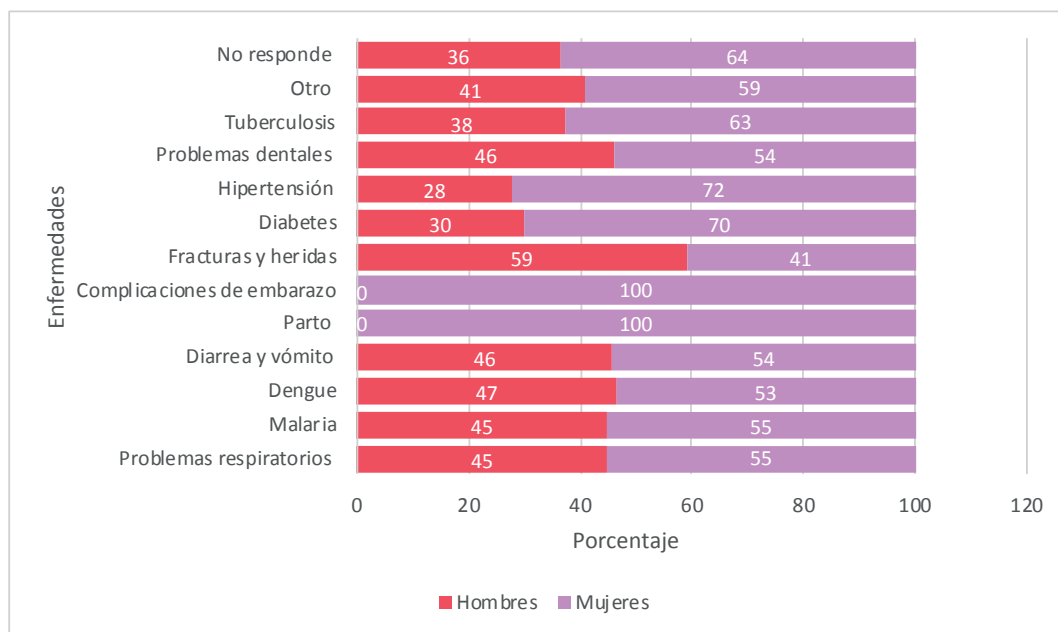
Según la OMS, la salud de las mujeres está influenciada por su condición biológica, sus roles de género y los determinantes sociales. Estadísticas a nivel mundial reflejan que la longevidad femenina es más elevada, pero de igual manera el patrón de morbilidad entre hombres y mujeres es diferenciado, siendo las mujeres quienes manifiestan mayor frecuencia en sus padecimientos.

Según Valls (2008),

hay enfermedades que, sin ser específicas del sexo femenino, presentan alta prevalencia y son causa de enfermedad, discapacidad o muerte prematura, como las anemias, el dolor crónico, las enfermedades autoinmunes, las enfermedades endocrinológicas, la ansiedad y depresión. Existen también factores de riesgo diferenciales que deberían ser prevenidos o abordados de forma diferente entre mujeres y hombres, como las causas de patología cardiovascular, diabetes mellitus o la obesidad (Valls Llobet *et al.*, 2008, p. 11).

En el caso de Honduras, la ENDESA-MICS 2019 identifica un patrón en relación con las consultas médicas que realiza la población hondureña, de alguna manera este dato permite tener un primer acercamiento al patrón de morbilidad femenino. En el caso de las mujeres, independientemente de las atenciones relacionadas con la función reproductiva, a excepción de las fracturas y heridas (más frecuentes entre hombres), en el resto de las atenciones médicas sus porcentajes son más representativos respecto a los hombres (Figura 14), lo cual puede estar asociado no solo al patrón de morbilidad femenino, sino también al hecho de que ellas acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud.

Figura 14. Honduras: enfermedades por las que la población acude a los servicios de salud, 2019



Fuente: elaboración propia con base en datos de la ENDESA - MICS, 2019.

En la consulta que se realizó a las mujeres que recibieron atención en la Asociación Calidad de Vida, se identificó que un tercio de ellas (33.3 %) manifestó tener padecimientos permanentes de salud (Tabla 18). Dos de las enfermedades reportadas están relacionadas con las características biológicas femeninas (menopausia, cáncer de mama y enfermedades de tipo ginecológico). En este sentido, un estudio realizado por Torres y Ángeles (2009) resalta que la edad temprana de la menarquia y la edad tardía de la menopausia pueden tener relación con el incremento del riesgo de cáncer de mama (Torres Mejía y Ángeles Llerenas, 2009).

Se identificó algunos casos de mujeres con dificultades funcionales, uno de ellos se encuentra estrechamente ligado a complicaciones en el embarazo y parto durante su adolescencia. La entrevistada relató que el personal de salud que la atendió le informó sobre problemas de desnutrición severos y cuerpo poco desarrollado para el embarazo y parto, ante esta situación tuvo que usar una silla de ruedas inmediatamente después del parto por un periodo prolongado, por lo que este evento la dejó con problemas permanentes en la columna.

Tabla 18. Mujeres que experimentaron un MIUT y enfermedades reportadas

Enfermedades reportadas	Años de la mujer					
	22	43	47	51	62	64
Hernia	■					
Problemas con la columna vertebral		■				
Artritis, presión alta, catarata y miopía			■			
Hipertensión y menopausia				■		
Problemas respiratorios					■	
Sobreviviente de cáncer de mama						■

Fuente: elaboración propia con base en datos del cuestionario aplicado a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

El estudio no indagó sobre la condición de salud que presentaron estas mujeres durante la adolescencia, sin embargo, la transición sana de las adolescentes hacia la etapa adulta puede ser determinante no solo por el rol reproductivo que está directamente ligado a la descendencia, también es importante en relación con la calidad de vida que tendrá como adulta. En tal sentido, se debe prestar atención a todas las dimensiones que inciden en el desarrollo biológicos y sociales de los adolescentes y el rol que desempeñan los diversos actores que identifica los niveles del modelo ecológico, pues la adolescencia no solo implica cambios biológicos (que inicialmente se identifican a nivel del microsistema), también supone el desarrollo cognitivo y relacional en donde intervienen de manera directa e indirecta elementos del mesosistema, exosistema, macrosistema.

SSR entre adolescentes que experimentaron un MIUT

Inicialmente, la adolescencia está marcada por cambios biológicos, en paralelo el proceso implica aspectos relacionados con la madurez psicológica y social, el detalle es que generalmente se producen de manera asincrónica; en tal sentido, ellas y ellos requieren apoyo para lograr el equilibrio en estas tres áreas y consolidar de manera armoniosa su identidad y su autonomía.

En todas las etapas evolutivas de la adolescencia hay características específicas importantes, pero la sexualidad tiene un rol protagónico. Según Ros *et al.* (2001), el ser humano nace sexuado biológicamente, pero su sexualidad se irá construyendo a lo largo de toda la vida y se mostrará de diferentes maneras en cada momento de su evolución, en este sentido, la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales en la adolescencia (Ros Rahola *et al.*, 2001, p. 30).

Conocimientos sobre SSR

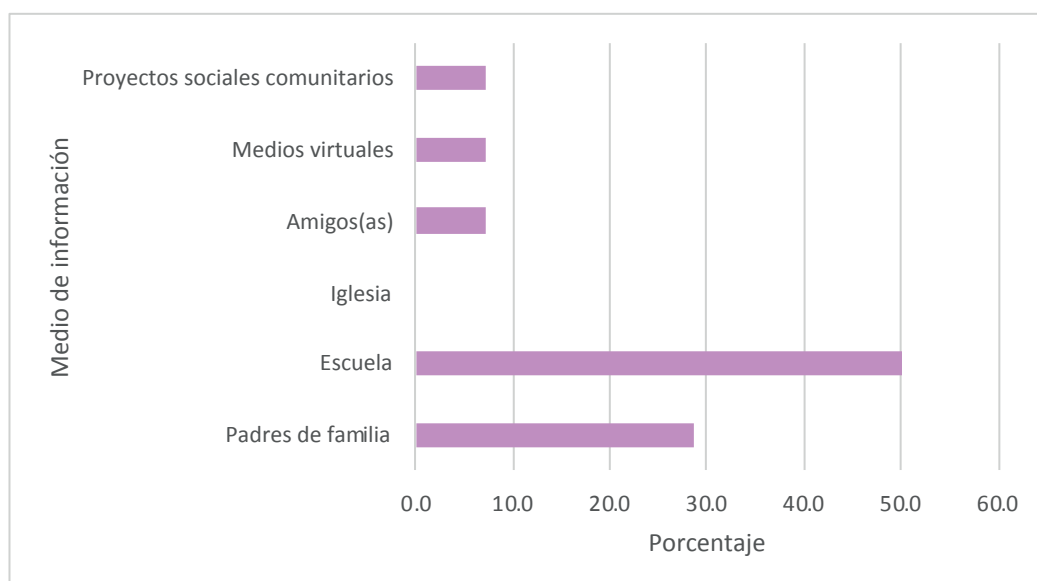
Con la pubertad, ellos y ellas identifican cambios en su cuerpo; entre lo visible se presenta la aceleración y desaceleración del crecimiento, cambios relacionados con su sistema reproductor, modificación del esqueleto, músculos y distribución de grasa, desarrollo del sistema cardiovascular y respiratorio. Un desarrollo armonioso en su conjunto tiene vital importancia en la salud biopsicosocial de las adolescentes.

En esta investigación, 61.1 % de las mujeres consultadas manifestó que identificó sus primeros cambios biológicos entre los 11 y 13 años, quizá la respuesta está relacionada con la edad de la menarquia, ya que la mayoría tuvo su primer sangrado entre los 12 y 13 años; 66.7 % declaró que sus padres no les informaron sobre las implicaciones que tendrían los cambios biológicos, psicoemocionales y sociales que estarían experimentando durante la adolescencia. Las razones descritas fueron las siguientes: «no sabía cómo hacerlo» (13.3 %), «pena o vergüenza» (26.7%) y «la consideración de que es un tabú» (20%). En otras palabras, es un tema que no se aborda de manera casual entre padres e hijos, incluso puede llegar a ser incómodo, sobre todo cuando los padres tienen sus propias inseguridades y no cuentan con la formación idónea que facilite la fluidez de la información, al final este vacío formativo tiene impacto en la expresión sana de la sexualidad entre las adolescentes.

El abordaje de temas de SSR debe ser concebido como un proceso de formación sistemático en todas las etapas de la vida humana, esta es la ruta que permitirá superar los tabúes sociales y facilitar a los adolescentes integrar su sexualidad, basados en el conocimiento de su cuerpo, cimentando a la vez sus valores y derechos, tanto humanos como los relacionados con su sexualidad.

Por otra parte, solo la mitad de las entrevistadas mencionó haber recibido información en temas de SSR, identificando a los centros escolares como la principal fuente (50%); sin embargo, cabe recalcar que, en el ámbito educativo, este tema se aborda desde un contexto biológico, se considera a la vez los métodos de planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual (ITS), quedando al margen la parte psicoemocional y social, un aspecto determinante para las adolescentes al momento de iniciar la vida sexual. Para el 28.8 % la información fue transmitida por sus padres, otras fuentes de información identificadas fueron amigos (7%), proyectos comunitarios (7%), los medios virtuales (7%) (Figura 15).

Figura 15. Medio de información de la adolescente sobre temas de SSR



Fuente: elaboración propia con base en datos del cuestionario aplicado a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto del 2022.

En el caso de la iglesia, 44 % mencionó que durante la adolescencia participó de manera activa, pero no la identificó como una institución que contribuya en la formación en temas de SSR (Tabla 19); este es un espacio que se está desaprovechando, pues la iglesia debe asumir la responsabilidad en la formación integral de la feligresía. Es evidente que se requiere promover alianzas entre las instituciones que trabajan directamente con este tipo de temas y las iglesias, de tal manera que esta institución, además de ser un canal promotor de valores morales y espirituales, contribuya a la vez en la formación de derechos sexuales y reproductivos.

Tabla 19. Participaba en algún grupo social durante la adolescencia

Tipo de grupos sociales	Frecuencia	Porcentaje
Deportivo	1	5.6
Ninguno	9	50.0
Religioso	8	44.4
Total	18	100.0

Fuente: elaboración propia con base en datos del cuestionario aplicado a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Históricamente, los servicios de salud en Honduras reflejan que su cobertura es limitada, hay una sobredemanda de atenciones en todas las especialidades; en este sentido, 55.6 % de las encuestadas manifestó que durante su adolescencia no tuvo acceso a servicios de salud, de seguridad y protección social. Este hecho permite inferir que tampoco hubo acceso a servicios de SSR, pues este tema no ha representado una prioridad para el sistema de salud, pese a ello se identifican algunos esfuerzos por parte de instituciones de cooperación internacional que están trabajando con alcaldías y mancomunidades en proyectos puntuales, con el objetivo de fortalecer la atención en SSR en centros de salud y hospitales públicos.

Prácticas y vivencias de las adolescentes relacionadas con la SSR

Inicio de la vida sexual activa

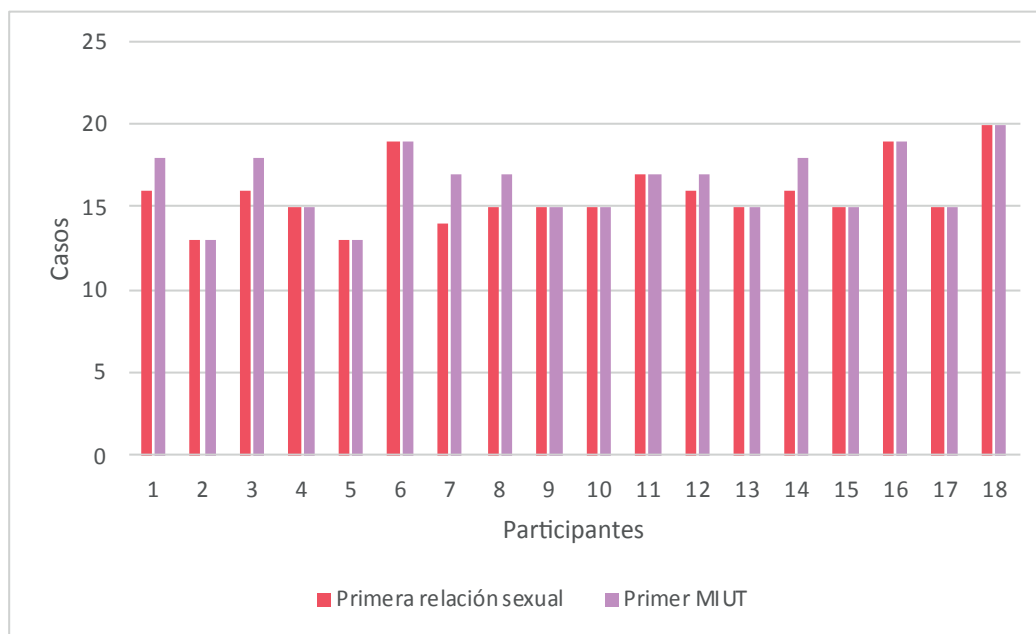
El inicio de la vida sexual activa entre adolescentes es trascendental para su salud física y psicosocial, en tal sentido, la formación en temas de SSR puede ser la piedra angular para prevenir diversos riesgos como un embarazo no planificado y la exposición a ITS e incluso traumas emocionales que a futuro tienen repercusiones a nivel de salud mental.

Según la resolución 2003/28 de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, la salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental. Por su parte, Correa y Petchesky consideran que pueden definirse también en términos de poder y recursos: «El poder para tomar decisiones informadas sobre la propia fertilidad, la procreación y el cuidado de los hijos, la salud

ginecológica y la actividad sexual, así como los recursos para llevar a la práctica dichas decisiones de manera segura y efectiva» (Correa y Petchesky, 1996).

La aplicación del cuestionario permitió identificar una relación directa entre el inicio de la vida sexual activa y el MIUT. En 66 % de los casos no se presenta diferencia de edad, es decir, la relación sexual marca su inicio; para el restante 33 %, se identifica un rango de 1 y 3 años, entre su primera relación sexual y el MIUT (Figura 16). Sin embargo, la complejidad del tema permite identificar situaciones de violencia sexual, para el caso, algunas participantes inician su vida sexual antes del MIUT producto de una violación, una de las víctimas fue obligada a casarse con su violador y ese fue su primer MIUT, en otros casos las participantes sufrieron la violación (algunos terminaron en embarazo) y tiempo después tienen un MIUT.

Figura 16. Primera relación sexual y primer MIUT



Fuente: elaboración propia con base en datos del cuestionario aplicado a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Uso de métodos anticonceptivos durante el primer MIUT

La SSR es un tema que enfrenta diversos desafíos: desde una de sus aristas se promueve el acceso a la información e insumos relacionados con los métodos anticonceptivos y su uso. Se trata de minimizar el riesgo que asumen ellas y ellos al iniciar su vida sexual sin conocimiento y sin protección.

Entre las participantes, 44.4 % (8 mujeres) manifestó que durante su MIUT hizo uso de algún método anticonceptivo, siendo las pastillas (36.4 %) y la inyección (36.4 %) los que presentan mayor frecuencia; en el caso del condón masculino, representa 18.2% (Tabla 20). En otras palabras, son las mujeres quienes asumen la responsabilidad de la planificación familiar y, bajo este contexto, es importante que ellas ejerzan su derecho a elegir cuando quieren tener sus hijos y no solo responder a la presión social y familiar que las obliga a demostrar su fertilidad y capacidad de ser madre.

Tabla 20. Método anticonceptivo utilizado durante el MIUT*

Método anticonceptivo	Recuento	Porcentaje
Pastillas anticonceptivas	4	36.4
Condón masculino	2	18.2
Condón femenino	0	0.0
Inyección	4	36.4
Ritmo	0	0.0
DIU	1	9.1
T de cobre	0	0.0
Implante	0	0.0
Otro	0	0.0
Total	11	100.0

*Pregunta de opción múltiple, se obtuvo 11 respuestas por parte de 8 mujeres

Fuente: elaboración propia con base en datos del cuestionario aplicado a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Padecimiento de ITS entre las participantes

Las ITS pueden afectar a personas de cualquier edad, pero los adolescentes se identifican entre los grupos poblacionales de mayor prevalencia, probablemente este hecho está relacionado con el desconocimiento respecto a las implicaciones en salud que tiene adquirir una ITS y la práctica de conductas de riesgo como la promiscuidad sexual.

Algunos estudios han señalado que las parejas jóvenes tienden a usar el preservativo para evitar embarazos no deseados y no para evitar contagiarse de ITS (Moscoso, Rosario y Rodríguez, 2001, p. 90). Los adolescentes dejan de lado el riesgo de contraer una ITS, quizá por desconocimiento respecto de las consecuencias que presenta para la salud en general (Chacon *et al.*, 2009, p. 80).

En el contexto de esta investigación, 16.7 % declaró haber padecido una ITS en su adolescencia, esta situación llama a la reflexión sobre la importancia que tiene la educación en temas de SSR; desde este ámbito es necesario fomentar el conocimiento y la responsabilidad que se asume al iniciar la vida sexual activa, además, se requiere mejorar la comunicación en diversas instancias (padres-hijos, docentes-alumnos, ministros religiosos-adolescentes, entre otros) y trabajar con los obstáculos sociales y culturales que limitan el acceso a una adecuada información.

Primer embarazo y control prenatal

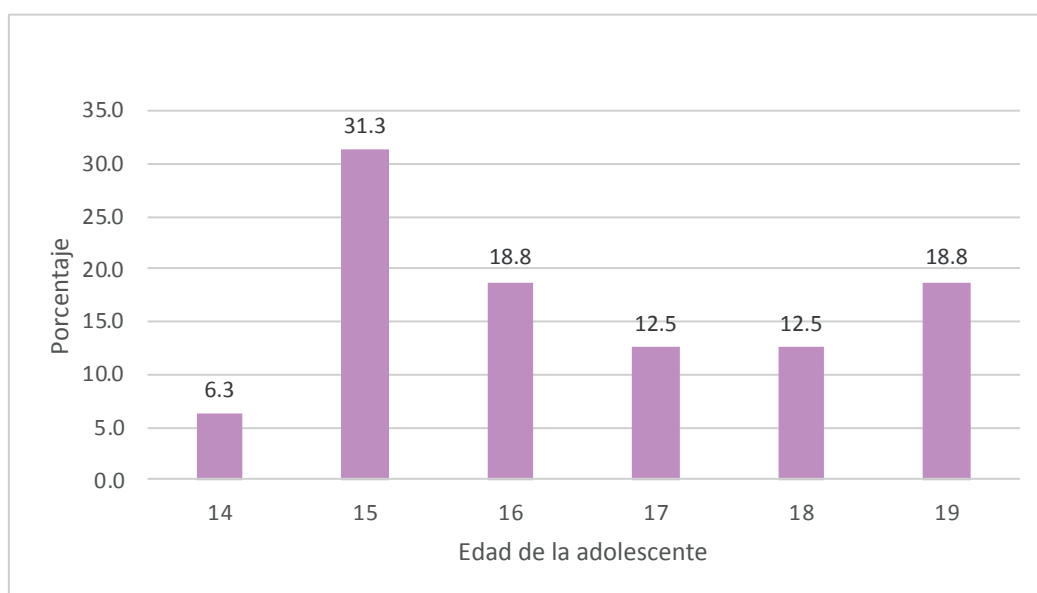
El término embarazo adolescente se refiere a menores que son madres entre los 13 y los 19 años. Un embarazo adolescente es un embarazo de riesgo debido a tres factores importantes: el peligro de un parto prematuro, el bajo peso del bebé al nacer y la alta mortalidad infantil. Los psicólogos

sostienen que las jóvenes embarazadas no están psicológicamente preparadas para asumir el rol, que debe ir acompañado de madurez sexual y social (Michael y Magill, 2022).

Con el MIUT, la posibilidad de embarazo adolescente incrementa no solo por la exposición frecuente a la relación sexual, sino que va de la mano con los limitados conocimientos que la adolescente tiene sobre SSR y el bajo nivel de empoderamiento en la toma de decisiones. Un embarazo en la adolescencia puede generar impactos físicos, psicológicos y sociales que repercuten negativamente en la conclusión íntegra de su desarrollo.

En la investigación se observó que 88 % de las jóvenes tuvo su primer embarazo siendo adolescente, la edad más representativa al momento de dar a luz al primer hijo(a) fue de 15 años, alcanzando un valor de 31.3 %. Este dato coincide con la edad del MIUT, lo que permite inferir que en este caso ambos eventos están conectados (Figura 17).

Figura 17. MIUT: edad del primer embarazo



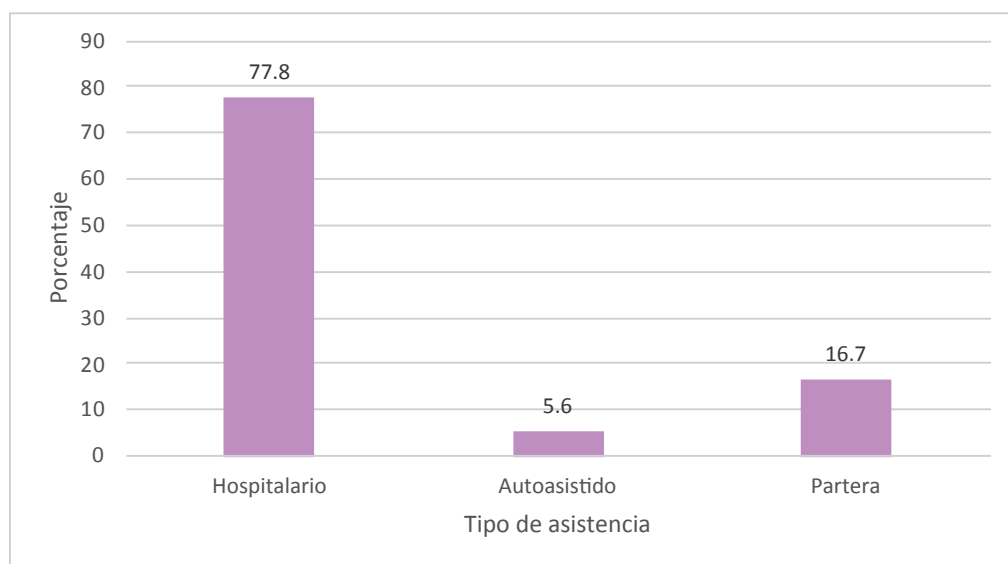
Fuente: elaboración propia con base en datos del cuestionario aplicado a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Respecto al control prenatal, 83.3 % recibió este tipo de atención por parte de los servicios de salud, este es un factor positivo en función del bienestar de la madre y del bebé, pues la atención prenatal sistemática es la mejor garantía para la salud del embarazo. Ante la pregunta: «¿Tuvo algún aborto siendo menor de 18 años?», 16.7 % contestó de manera afirmativa e identificó entre las causas de la pérdida: daños en la matriz relacionadas con la edad, útero débil, desconocimiento del embarazo. En relación con el lugar y apoyo recibido al momento de dar a luz, 77.8 % lo hizo en un centro hospitalario, 16.7 % fue asistido por una partera y 5.6 % lo realizó de manera autoasistida (Figura 18).

Durante el parto, 11.1 % tuvo la necesidad de practicar una cesárea²⁸, un procedimiento que implica cirugía quirúrgica. Bajo este contexto, el parto hospitalario es la mejor opción que puede tener una adolescente, sobre todo por el hecho de que en algunos casos los embarazos tienen características de riesgo o de alto riesgo.

Las normas nacionales para la atención materno-neonatal consideran que la atención prenatal adecuada tiene como objetivo vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y el puerperio. Además, debe permitir identificar y prevenir complicaciones, así como detectar oportunamente signos de peligro en la madre o en el feto²⁹. En tal sentido, en los últimos años la Secretaría de Salud con apoyo de organismos internacionales ha establecido clínicas materno infantil a nivel municipal, con el propósito de ampliar la cobertura de atención prenatal y el parto hospitalario seguro, ese es un factor de protección que facilita a las adolescentes embarazadas, sobre todo entre las que residen en el área rural, acceder a establecimientos que cuenten con condiciones básicas necesarias para asegurar la salud materno infantil.

Figura 18. MIUT: tipo de asistencia durante el primer embarazo



Fuente: elaboración propia con base en datos del cuestionario aplicado a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Durante décadas las mujeres embarazadas han experimentado violencia obstétrica por parte de profesionales de la salud durante la labor de parto y el puerperio, lo cual constituye una de las tantas formas en las que se manifiesta la violencia de género, pero también es una violación a los derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, en las últimas dos décadas la Secretaría de Salud ha promovido la atención en salud teniendo en cuenta principios como la calidad y calidez. En el contexto de este estudio, 77.8 % de las participantes manifestaron no haber sido víctimas de

²⁸ La cesárea se realiza cuando la inducción es fallida o se presentan anomalías de la fase activa del parto.

²⁹ Mínimamente, el ingreso a control prenatal debe ser antes de la semana 14 de gestación, con al menos cinco controles hasta el parto. El embarazo entre 17 y 20 años se considera «de riesgo» y en menores de 16 de «alto riesgo».

violencia obstétrica, sin embargo, para 22.2 % hubo experiencias negativas. En otras palabras, se requiere continuar impulsando acciones de control que evalúen de manera permanente la atención que brinda el personal de salud, con el propósito de eliminar todas las formas de violencia hacia la población que demanda servicios de salud.

Total de hijos desde la adolescencia hasta la actualidad (2022)

Diversos estudios han demostrado que el inicio temprano de la vida sexual activa entre las adolescentes incrementa la probabilidad de tener mayor número de hijos a lo largo de su edad reproductiva. Esta premisa se comprueba en el presente estudio, por ejemplo, se identificó que durante la adolescencia 50 % de las mujeres encuestadas tuvieron un hijo y solo dos de las participantes no han tenido un nuevo embarazo. Para las mujeres que dieron a luz tres hijos, el porcentaje suma 27 % y son las que representan mayor fecundidad a lo largo de su vida reproductiva, a tal grado que en algunos casos llega a duplicarse (Tabla 21).

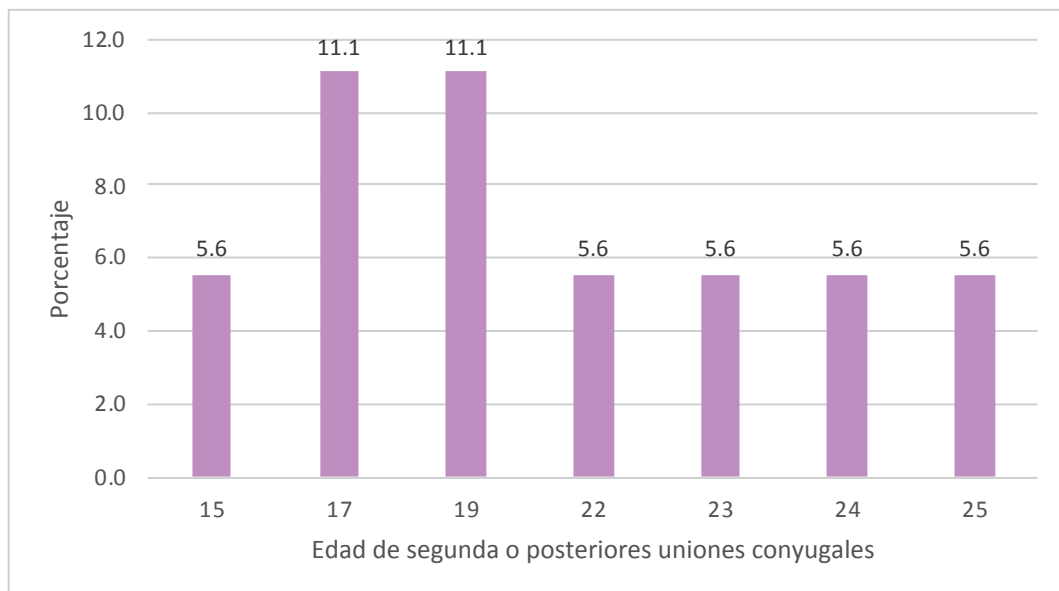
Tabla 21. Total de hijos desde la adolescencia hasta la actualidad

Participante	Hijos siendo menor de edad	Total de hijos en la actualidad	Diferencia
1	1	3	2
2	3	6	3
3	3	7	4
4	3	4	1
5	1	3	2
6	1	1	0
7	0	0	0
8	3	8	5
9	3	4	1
10	1	1	0
11	1	6	5
12	0	7	7
13	1	3	2
14	2	3	1
15	1	1	0
16	1	1	0
17	0	0	0
18	1	2	1

Fuente: elaboración propia con base en datos del cuestionario aplicado a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Se identifica a la vez en 33 % de los casos que los hijos(as) no tenían el mismo padre, en otras palabras, aun cuando estuvieron en un MIUT, este no se mantuvo en el tiempo; por ejemplo, 55.6 % entre las edades de 15 a 19 años reportó más de una unión (Figura 19).

Figura 19. MIUT: edad en la que se dio una segunda o posterior unión



Fuente: elaboración propia con base en datos del cuestionario aplicado a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

La primera relación sexual y el nacimiento del primer hijo tiene trascendencia en la vida de las adolescentes, pues deben asumir nuevos roles y, en muchos casos, en condiciones de vulnerabilidad social. Según Welti, la forma en que se consuma la primera unión sexual y el nacimiento del primogénito puede influir en la capacidad de decisión, ya sea porque se amplía o queda vulnerada (Welti Chanes, 2005, p. 146); sin embargo, para la mayoría de las adolescentes en MIUT predomina la segunda condición.

Aun cuando este estudio no indaga sobre particularidades de cada relación, lo cierto es que el MIUT tiene repercusiones sociales, educativas, de salud, y laborales, sumergiendo a las adolescentes al ámbito doméstico, y limitando la capacidad para expresar sus opiniones y de aspirar a su autonomía.

Prácticas y vivencias relacionadas con SSR entre las madres de las adolescentes que experimentaron un MIUT

MIUT de la madre de la adolescente

Evidentemente, la familia es la primera institución socializadora y el espacio en donde los miembros observan y adquieren patrones culturales que pueden ser decisivos a nivel de sus conductas.

En el caso del MIUT, los antecedentes de los padres tienden a ser un escenario que reproducen las hijas e hijos, en otras palabras, en gran parte de los casos cuando las madres han experimentado un MIUT sus hijas tienden a reproducir el patrón. Es así como se puede afirmar que los comportamientos sociales no son instintivos, sino socializados. En esta investigación, 28 % de las madres de las mujeres encuestadas tuvo un MIUT. La edad más frecuente de esa unión fue 15 años, un patrón que se repite en ambos casos. Respecto a los embarazos en la adolescencia, 39 % tuvo hijos entre los 15 y 19 años.

Número de parejas de la madre hasta la actualidad

Las razones por las cuales una relación de pareja durante la adolescencia no funciona y termina en ruptura pueden ser múltiples, incluyen el abandono de la pareja, situaciones de violencia (física, psicológica, sexual, económica, emocional, aislamiento social) y la necesidad de liberarse del control que se ejerce sobre su vida.

Se identifica que en el caso de las madres de las mujeres que participaron en el estudio, 44.4 % se mantuvo en la relación que inicio siendo adolescente; en el otro lado de la moneda, 55.6 % termina con su primera relación e inicia una nueva bajo la esperanza de tener otra oportunidad sentimental, el rango de nuevas uniones se mueve entre 2 y 4 parejas, por ejemplo, para aquellas que tuvieron 3 o 4 parejas, el valor representa 16.7 % en cada caso, respectivamente (Tabla 22). Más allá del hecho de que las mujeres inicien nuevas relaciones, es necesario promover la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres, de tal manera que eliminen de su pensamiento y de sus prácticas visualizar a la pareja como una tabla de salvación a sus necesidades afectivas y económicas.

Tabla 22. Número de parejas de la madre de la participante

Número de parejas de la madre	Frecuencia	Porcentaje
1	8	44.4
2	4	22.2
3	3	16.7
4	3	16.7
Total	18	100

Fuente: elaboración propia con base en datos del cuestionario aplicado a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

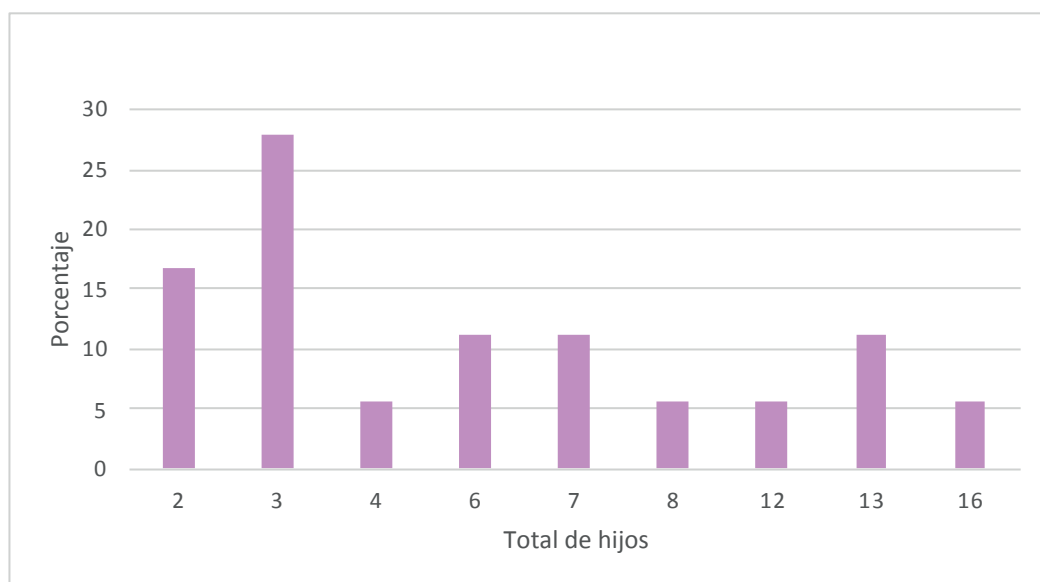
Número total de hijos

Cuando las mujeres inician un MIUT, incrementa la posibilidad de una maternidad temprana, lo que está asociado a un mayor número de hijos a lo largo de su vida reproductiva. En Honduras, según la ENESF 2001 y la ENDESA-MICS 2019, en las últimas dos décadas la Tasa Global de

Fecundidad³⁰ (TGF) ha disminuido, pasando de 4.4 en 2001 a 2.6 hijos por mujer en 2019; pese a ello, la fecundidad durante la adolescencia es un valor que no presenta descenso significativo, por ejemplo, en 2019 se registró que, en mujeres de 15 a 19 años, el 23 % alguna vez estuvo embarazada (INE, 2020, p. 148); en otras palabras, el descenso de la TGF no se asocia al matrimonio infantil y la maternidad temprana de las adolescentes.

En el caso particular de las madres de las mujeres que participaron en el estudio, 55.7 % supera el promedio de la TGF, identificando un rango de entre 4 y 16 hijos (Figura 20). Como parte del riesgo que asumen las mujeres que se embarazan en la adolescencia, se presentan situaciones como el aborto; los datos captados en las encuestas muestran que 44.4 % tuvieron pérdida de embarazo, la frecuencia de este hecho fue entre 1 o 2 abortos. Si se compara la misma situación respecto a experiencia de las hijas, se identifica una reducción ostensible de abortos, que equivale a 27.7 puntos porcentuales; en concreto, el acceso a servicios de salud y control de embarazo puede marcar la diferencia.

Figura 20. Total de hijos paridos por la madre de la participante



Fuente: elaboración propia con base en datos del cuestionario aplicado a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

³⁰ La Tasa de Global de Fecundidad (TGF) es una medida sintética que denota el número de nacidos vivos que tendría una mujer si estuviera sujeta a las tasas de fertilidad específicas por edad actuales a lo largo de sus años reproductivos (15-49 años).

Capítulo V. MIUT y formas de violencia experimentadas por mujeres

La violencia ha estado presente desde el origen de la humanidad, aunque su notoriedad objetiva se visibiliza a partir del surgimiento de la propiedad privada sobre los medios de producción, las clases sociales y el Estado.

Durante la prehistoria, como parte de las estrategias de sobrevivencia, se estableció la división social del trabajo, en este proceso las mujeres tuvieron un papel trascendental en el descubrimiento y desarrollo de la agricultura, este hecho las ubica en una posición de igualdad comunitaria y en posiciones de poder. Las formas familiares eran de completa colectividad y se respetaba una línea de consanguinidad materna, pues existía cierta clase de libertad sexual, donde cada mujer pertenecía igualmente a todos los hombres y todos los hombres a cada mujer, por lo cual la única forma para definir la procedencia sanguínea del nuevo integrante de la familia era el vientre de su madre, sin embargo, una vez que nace el nuevo ser pasaba a formar parte de la colectividad comunal de las sociedades primitivas (La Izquierda Socialista, 2020).

La posición que tenían las mujeres en la comunidad primitiva se rompe con el establecimiento del patriarcado, y este cambio se dio basado en el *principio de herencia*, que incluye tanto los bienes como los hijos. Al respecto, Engels comenta:

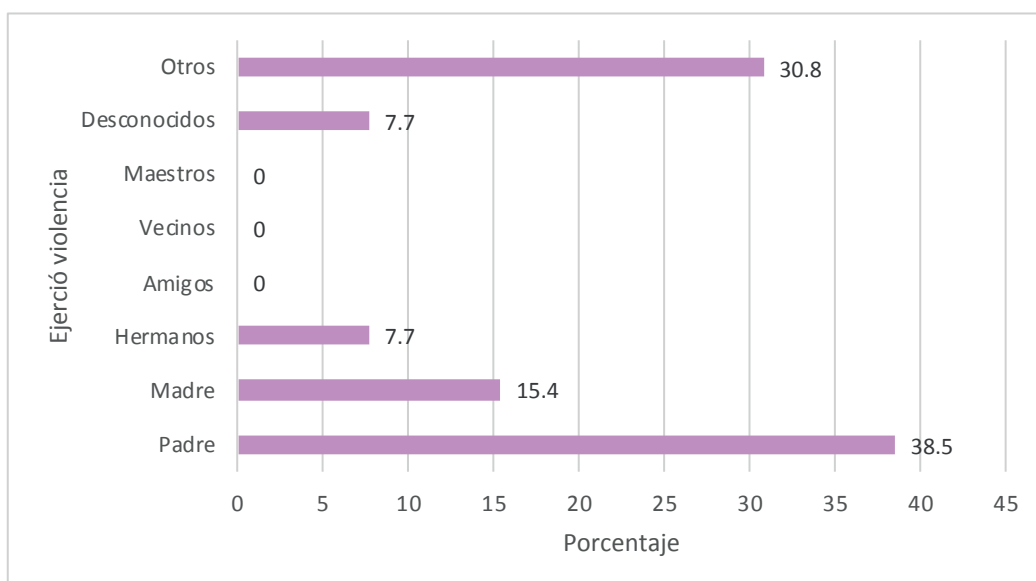
Con arreglo al derecho materno, es decir, mientras la descendencia solo se contaba por línea femenina, según la primitiva, ley de herencia imperante en la gens, los miembros de esta heredaban al principio de su pariente gentil fenecido. Sus bienes debían quedar en la gens. Por efecto de su poca importancia, estos bienes pasaban en la práctica, desde los tiempos más remotos, a los parientes más próximos, es decir, a los consanguíneos por línea materna. Pero los hijos del difunto no pertenecían a su gens, sino a la de la madre; al principio heredaban de la madre, con los demás consanguíneos de esta; luego, probablemente fueran sus primeros herederos, pero no podían serlo de su padre, porque no pertenecían a su gens, en la cual debían quedar sus bienes. Así, pues, las riquezas, a medida que iban en aumento, daban, por una parte, al hombre una posición más importante que a la mujer en la familia y, por otra parte, hacían que naciera en él la idea de valerse de esta ventaja para modificar en provecho de sus hijos el orden de herencia establecido. Pero esto no podía hacerse mientras permaneciera vigente la filiación según el derecho materno. Este tenía que ser abolido, y lo fue (Engels, 1884, p. 21).

Despojar a las mujeres de su posición comunitaria da paso a distintas formas de violencia y de sumisión. Bajo este contexto, se presenta un ciclo en el que la violencia es permanente y continua, de tal manera que se desarrolla una violencia generacional, pues los patrones de dominio patriarcal y de agresión se normalizan y son socialmente aceptados en las prácticas culturales.

Personas que ejercieron violencia durante la niñez: hogar de procedencia

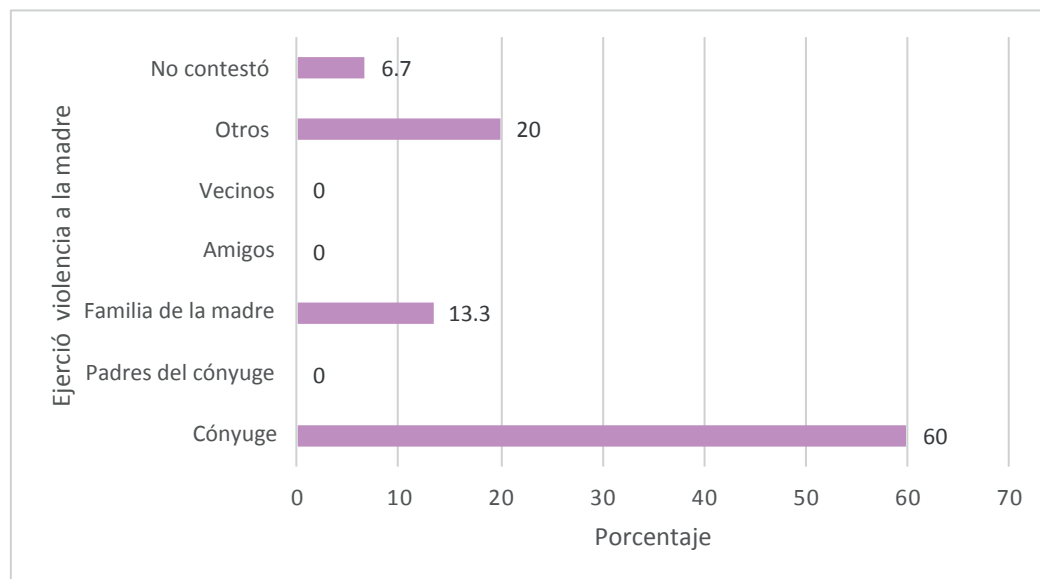
La investigación permite identificar que entre las encuestadas el 44 % manifestó ser víctima de violencia durante su niñez. La violencia se da en diversos contextos, por ejemplo, es común que las primeras formas de violencia se experimenten en el microsistema (ámbito familiar) y en el mesosistema (vecindario, centro escolar, grupo de amigos). Los datos muestran que en un 61.5 % de los casos, la violencia fue ejercida por el padre (38.5 %), la madre (15.4 %) y/o los hermanos (7.7 %). De igual manera, se identifica, la categoría «desconocido» y «otros» con valores que generan una alerta, pues representan más de un tercio del total (7.7 % y 30.8 % respectivamente) (Figura 21).

Figura 21. Persona que ejerció violencia durante la etapa de la niñez y adolescencia (encuestada)



Fuente: elaboración propia con base en datos del cuestionario aplicado a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Las entrevistadas manifestaron que sus madres experimentaban distintas formas de violencia en el hogar, el principal agresor fue el cónyuge (60 %), un segundo lugar se ubica en la categoría «otros» (20%) (Figura 22). Estas mujeres experimentaron una violencia social generalizada que se expresa en todos los niveles del modelo ecológico; en resumen, hay una normalización social de la violencia y las acciones implementadas desde la institucionalidad no parecen combatir la causa, sino las consecuencias.

Figura 22. Persona que ejerció violencia a la madre de la encuestada

Fuente: elaboración propia con base en datos del cuestionario aplicado a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Tipos de violencia enfrentada por hijas y madres

Formas de castigo recibido en la niñez

Tradicionalmente, se han implementado diversas formas de castigo correctivo en la crianza de hijos e hijas, algunas de las cuales pueden ser lesivas a nivel biopsicoemocional; por ejemplo, ante la pregunta «¿Qué tipo de castigo recibió por parte de sus padres?», queda claro el predominio de castigos físicos (44.4 %), pero igual de lesivas son las agresiones verbales (38.9 %) y psicológicas (16.7 %), en los últimos casos el tipo de dolor es distinto y quizá más perjudicial que el castigo físico (Tabla 23). Las reacciones ante estos tipos de castigos por parte de las adolescentes fueron silencio (42.9 %), miedo (28.6 %), que se puede volver en terror y sometimiento (14.3 %) (Tabla 24).

Tabla 23. Castigos que recibió por parte de sus padres*

Tipos de castigos	Frecuencia	Porcentaje
Físicos	12	44.4
Verbales	7	25.9
Psicológicos	3	11.1
Violencia sexual	1	3.7
Violencia económica	0	0.0

Tipos de castigos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	4	14.8
Total	27	100.0

*Es una pregunta de opción múltiple. Se obtuvieron 27 respuestas.

Fuente: elaboración propia con base en datos del cuestionario aplicado a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

Tabla 24. Reacción del adolescente ante la violencia

Reacción ante la violencia	Frecuencia	Porcentaje
Sometimiento	2	14.3
Miedo	4	28.6
Violencia (insulto golpes)	2	14.3
Silencio	6	42.9
No contestó	0	0.0
No aplica	4	0.0
Total	18	100.0

Fuente: elaboración propia con base en datos del cuestionario aplicado a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

De igual manera, las madres de las entrevistadas experimentaban distintas formas de violencia en el hogar; para el caso, hubo manifestaciones de violencia física (50 %), verbal (27.8 %), psicológica (16.7 %) y violencia sexual (5.6 %) (Tabla 25). Las madres reaccionaron con temor (64 %) y silencio (36 %), sentimientos que limitan toda capacidad de buscar ayuda o denunciar al agresor, tal como lo mencionan Gracia (2014) y Waltermarner (2012): «No solo se trata del miedo a la violencia del agresor, sino también a los comentarios de los demás, a la presión social y al futuro incierto de la mujer y sus hijos». Es decir, la violencia intrafamiliar para estas mujeres estuvo presente y pudo representar un factor de expulsión para hijos e hijas, pero también un patrón que se reproduce en el nuevo hogar que constituyó siendo adolescente.

Tabla 25. Tipos de violencias experimentadas por la madre de la encuestada

Tipos de violencias hacia la madre de la encuestada	Frecuencia	Porcentaje
Física	9	50.0
Verbal	5	27.8
Psicológica	3	16.7

Tipos de violencias hacia la madre de la encuestada	Frecuencia	Porcentaje
Sexual	1	5.6
Económica	0	0.0
Total	18	100.0

Fuente: elaboración propia con base en datos del cuestionario aplicado a mujeres atendidas en la Asociación Calidad de Vida, entre el 2 y 12 de agosto de 2022.

El psicólogo Jorge Corsi especifica que características como la verticalidad de la familia, la rigidez en sus relaciones, la adhesión a roles de género tradicionales, las creencias en torno a la obediencia y el respeto, la disciplina y el valor del castigo, así como la autonomía de los miembros, serán elementos que predisponen a los miembros de la familia (Corsi, 2022). Este señalamiento también permite identificar los tipos de violencia que experimentan las mujeres (en este caso madre e hija), los cuales son repetitivos y parten de las prácticas culturales, por lo tanto, la violencia es aprendida, aceptada e integrada al estilo de vida familiar.

Requieren especial atención los casos de violencia sexual, pues a nivel familiar son más comunes de lo que las estadísticas registran. Según cifras de la UNICEF, 150 millones de niñas y 73 millones de niños son abusados sexualmente antes de los 18 años. De ellos, 65 % (145 millones) sufren de incesto o violación perpetrada por un miembro de la familia (OEA-CIM, 2022). Esta investigación identifica que entre las formas de castigo que se dieron a las mujeres encuestadas siendo niñas o adolescentes se encuentran la violencia sexual³¹ (3.7 %) (Tabla 23), de igual manera, la madre fue violentada sexualmente (5.6 %) (Tabla 25). Para una adolescente, este hecho se presenta de manera repetitiva y gradual, generando para la víctima un sentimiento de culpa, de rechazo por sí misma, hasta llegar a desarrollar trastornos de tipo psiquiátrico.

En Honduras, el incesto y la violación especial es un delito que no se denuncia, se conoce en el contexto familiar, pero en la mayoría de los casos se oculta, porque es parte del abuso que refleja el poder patriarcal. Se indagó en la Unidad Estadística del Poder Judicial y los datos reafirman el hecho de que no existe una cultura de la denuncia entre la población hondureña; por ejemplo, en 5 años a nivel nacional solo se denunciaron cinco casos, de los cuales tres tienen resolución (Tabla 26).

Tabla 26. Honduras, Juzgados de Letras de lo Penal: casos denunciados y sentenciados de incesto

Años consultados	Iniciado	Resolución
2018	1	1
2019	2	2
2020	0	0
2021	1	0

³¹ La relación sexual entre familiares consanguíneos muy cercanos o que proceden por su nacimiento de un tronco común legalmente se denomina con el término de «incesto».

Años consultados	Iniciado	Resolución
2022*	1	0

*La información del año 2022 corresponde a los meses de enero a octubre.

Fuente: Base de Datos Unidad de Estadísticas del Centro Electrónico de Documentación e Información Judicial, periodo 2018-2022.

La violencia sexual conlleva agresiones físicas, emocionales y verbales, además está ligada a las nociones y concepciones de apropiación del cuerpo de las mujeres y su sexualidad. María Vilellas menciona que la principal forma de control sobre las mujeres ha sido a través del cuerpo:

El control del cuerpo femenino ha sido una constante del patriarcado con muy diversas manifestaciones. La más evidente de ellas, el control de su sexualidad y la consideración del cuerpo de las mujeres como una propiedad masculina. Mediante el establecimiento de normas sociales y culturales que sancionan cuáles son las conductas apropiadas para las mujeres, especial y fundamentalmente en el campo de la sexualidad, pero también en otros ámbitos, se produce un férreo control social que posibilita la perpetuación del sistema patriarcal. Así, el cuerpo femenino se convierte en escenario de límites y fronteras entre lo permitido y lo adecuado socialmente y aquello que debe ser desterrado (Vilellas Ariño, 2010, p. 7).

La violencia contra las mujeres, niñas y adolescentes perjudica su salud, incluida su SSR y la salud mental. En tal sentido, la Asociación Calidad de Vida considera que las mujeres y las niñas que sobreviven a la violencia, especialmente a la violencia sexual, tienen la necesidad de acceder a diversos servicios de SSR, cuidados tras la exposición y asesoramiento psicosocial; por tal razón, es preciso contar con servicios multisectoriales y coordinados para abordar las necesidades inmediatas y a largo plazo de todas las mujeres y niñas que han sufrido violencia.

El estudio logra evidenciar que la violencia está presente a lo largo de la vida de muchas mujeres, es decir, hay un ciclo continuo de violencia. En tal sentido, los datos revelan que la adolescencia es una etapa muy vulnerable, pues además deben enfrentar cambios biopsicosociales en un contexto de desinformación y desprotección (Tabla 27). Otro detalle es el hecho de que las formas de violencia son diversas e inician en el hogar por medio de castigos físicos y verbales, los cuales tienen repercusiones psicológicas (Figura 23).

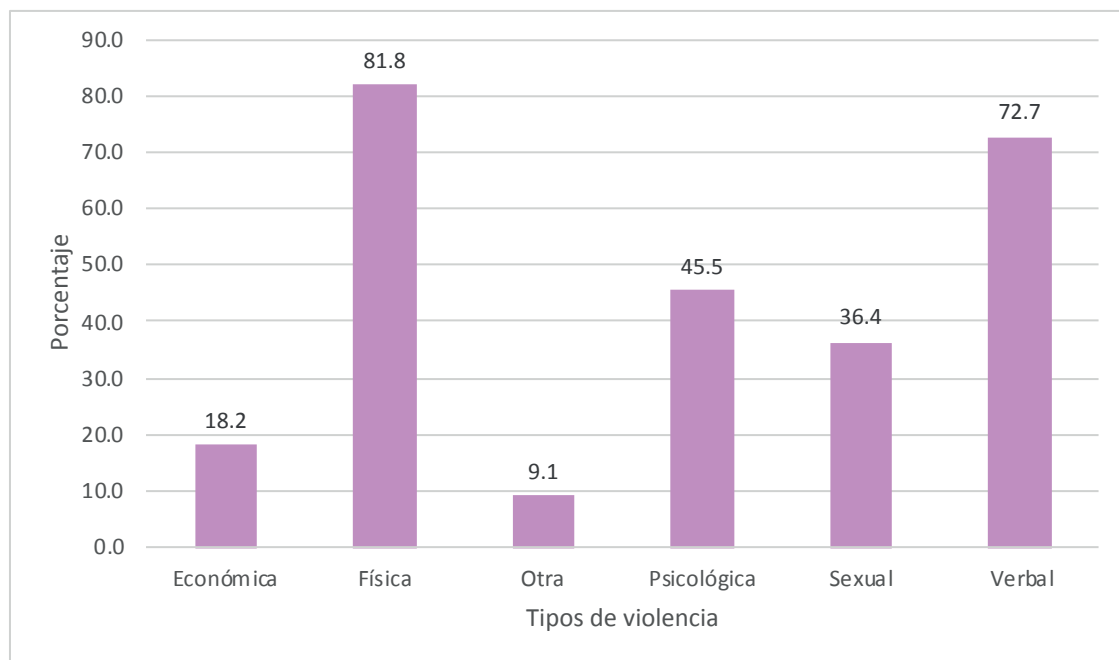
Tabla 27. Violencia experimentada en las etapas de la vida

Etapas de la vida en qué fue víctima de violencia	Recuento	Porcentaje
Adolescencia	11	61.1
Adulthood	9	50.0
Infancia	4	22.2
Juventud	6	33.3

Etapas de la vida en qué fue víctima de violencia	Recuento	Porcentaje
Ninguna	0	0.0
No contestó	0	0.0
No aplica	0	0.0

Fuente: Base de Datos Unidad de Estadísticas del Centro Electrónico de Documentación e Información Judicial, periodo 2018-2022.

Figura 23. Tipos de violencias experimentadas por las mujeres en su familia



Fuente: Base de Datos Unidad de Estadísticas del Centro Electrónico de Documentación e Información Judicial, periodo 2018-2022.

El continuum de la violencia y el MIUT

El término «continuum de la violencia» hace alusión a un estado permanente de distintas manifestaciones de violencia en todas las etapas de la vida del ser humano. En el caso de las mujeres, diversos intelectuales consideran que este es un problema estructural³², que da lugar a la violencia de género, pues no solo está ligado a las situaciones que producen limitaciones a nivel de las necesidades humanas básicas, sino que es parte de un patrón cultural arraigado en la sociedad.

Esta investigación se propuso indagar de manera específica mediante la aplicación de entrevistas a mujeres víctimas de violencia relacionadas con el MIUT. La información se representa mediante genograma, la cual es una técnica de evaluación y diagnóstico que representa gráficamente las principales características e interrelaciones de un grupo familiar a lo largo del tiempo. En el desarrollo de los esquemas, se hizo uso del software GenoPro 2020.

Con la elaboración de los genogramas, se trata de analizar la estructura y composición de la familia de procedencia de la adolescente que se unió en un MIUT, también el genograma permite identificar las relaciones familiares, su funcionalidad y si existe causalidad entre ambas para que las participantes del estudio hayan contraído o establecido una unión o matrimonio durante su adolescencia.

Primer caso (Figura 24)

Alicia nació en el Distrito Central; sus padres se unieron en pareja cuando eran adolescentes, él tenía 19 años y ella 17 años; de esa relación se procrearon 4 hijos. Su padre cursó hasta sexto grado, labora como policía municipal, padece de diabetes y su salud está muy deteriorada. En el caso de su madre, ella no tuvo la oportunidad de ingresar a la escuela, dedicándose a los quehaceres domésticos, es hipertensa.

Alicia no creció con sus padres, su cuidadora fue su abuela materna, quien a los 15 años se unió en pareja conyugal. A lo largo de su edad fértil parió 10 hijos con tres parejas. Alicia creó con su abuela un lazo afectivo muy cercano, ella suplía su necesidad emocional, pues con sus padres se generó mucha distancia y hostilidad.

Por complicaciones con la artritis, la abuela fallece; este hecho genera un vacío irreparable, unido a ello sufrió abuso sexual de un medio hermano por parte de padre. Frente a esta situación, Alicia no pudo encontrar entre sus familiares el apoyo psicoemocional que necesitaba, eso le hizo refugiarse entre sus amigos, círculo en el que compartía sus preocupaciones e incertidumbres, también con ellos experimentó el uso de alcohol, drogas y se inició sexualmente a la edad de 14 años.

Desde el contexto emocional, Alicia manifestó pérdida de interés, dificultad para reaccionar ante las situaciones, pesimismo, ansiedad y angustia, estas emociones afectaron su apetito y el sueño,

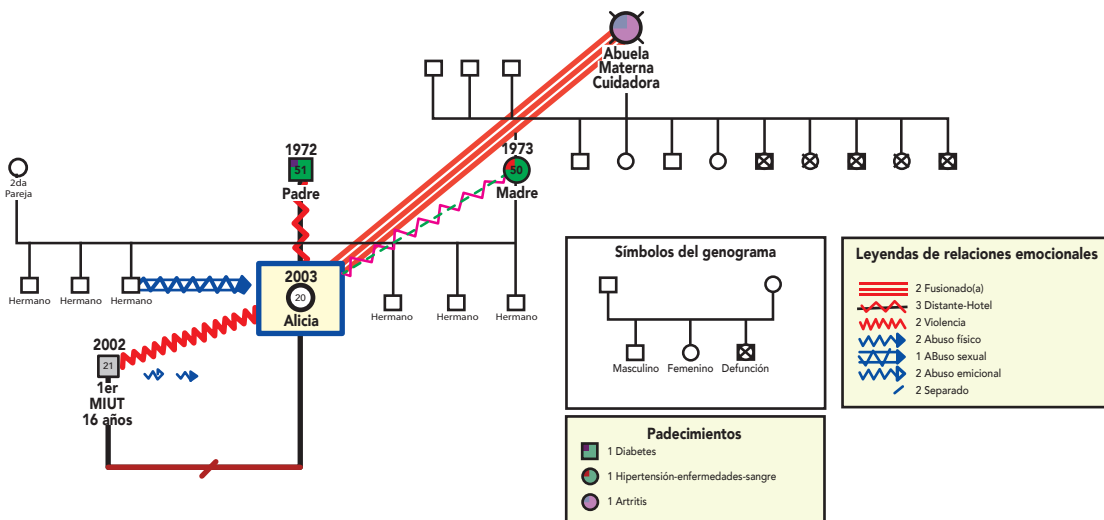
³² La violencia estructural se refiere a situaciones en las que se producen daños a necesidades humanas básicas como la supervivencia, la libertad, el bienestar o la identidad, generalmente hay un grupo privilegiado y otro vulnerable, caracterizados en términos de clase, raza o género.

además tuvo ideas relacionadas con el suicidio y tenía baja autoestima. Asimismo, en la adolescencia se le presentaron situaciones como terrores nocturnos, enuresis³³, encopresis³⁴, onicofagia³⁵, automutilaciones, tics nerviosos y temor a estar sola.

Su primer MIUT fue a la edad de 16; su pareja tenía 17. Su relación fue corta, hicieron una vivienda improvisada en el solar de los padres del cónyuge y decidieron usar métodos de planificación familiar para evitar embarazos. Desde el inicio, la relación se vio afectada por situaciones de violencia física, verbal, psicológica, ante lo cual inicialmente Alicia reacciona con miedo, pero también aprende y reproduce la violencia con insultos y golpes. Bajo estas circunstancias, la relación duró 2 años.

Después de un proceso de intervención por parte de la Asociación Calidad de Vida, Alicia ha continuado su proceso de formación educativa, trabaja en un negocio de la hermana y cursa el segundo año de salud comunitaria. Su meta es llegar a graduarse como licenciada en Psicología.

Figura 24. MIUT: primer caso



Fuente: elaboración propia, 2022.

³³ Es la micción involuntaria mientras se duerme a una edad en la que se espera que el niño ya no se orine durante la noche.

³⁴ La incontinenca fecal es la incapacidad de controlar la evacuación, lo que provoca que las heces (excremento) se escapen inesperadamente del recto.

³⁵ Es la manía de comer o morderse las uñas con los dientes.

Segundo caso (Figura 25)

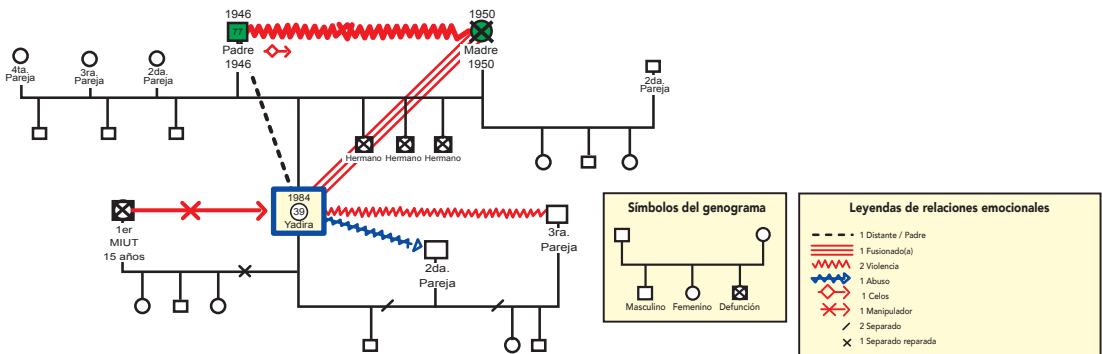
Durante la adolescencia, Yadira se percibió a sí misma como una joven con cualidades y virtudes que la capacitaban para hacer las tareas; sentía orgullo, satisfacción, además consideraba que podía alcanzar sus sueños, sin embargo, no estaba satisfecha con su aspecto físico.

Cuando sus padres se unieron, la madre era una adolescente, tenía 18 años y su padre 21 años, producto de esa relación procrearon 4 hijos (tres varones que han muerto ya y una niña). La pareja tuvo conflictos permanentes, el padre es alcohólico, (cirrosis hepática), el hogar se caracterizaba por violencia intrafamiliar, y los golpes, gritos e insultos, celos excesivos contribuyeron a la ruptura del hogar.

El padre de Yadira les abandonó y se fue a vivir a la ciudad de San Pedro Sula, donde constituyó nuevos hogares, de los que resultaron 3 hijos más; producto de su alcoholismo desarrolló una cirrosis hepática. En el caso de su madre, también estableció una nueva relación que ha permanecido en el tiempo; al igual que el padre procrea 3 hijos más. La relación con su padre fue distante, pues a raíz del abandono y el hecho de que viviera en otra ciudad se generó una desconexión casi total; en el caso de su madre, ella siempre la apoyó (fallecida).

Yadira tuvo su primera relación sexual a los 15 años y a esa edad inició su MIUT, su pareja tenía 18 años; al inicio vivieron en el hogar de su madre. La relación se caracterizaba por una permanente manipulación, en corto tiempo procrearon tres hijos, pero el cónyuge murió, por lo que enviuda siendo una adolescente. En su intento por continuar su vida ha establecido nuevos hogares; con su segunda pareja procreó un hijo, pero había excesiva violencia y abuso, esto provocó la separación. Con la tercera pareja tuvo dos hijos más, pero en este hogar, de igual manera, ha estado presente la violencia, actualmente están separados.

Figura 25. MIUT: segundo caso



Fuente: elaboración propia, 2022.

Tercer caso (Figura 26)

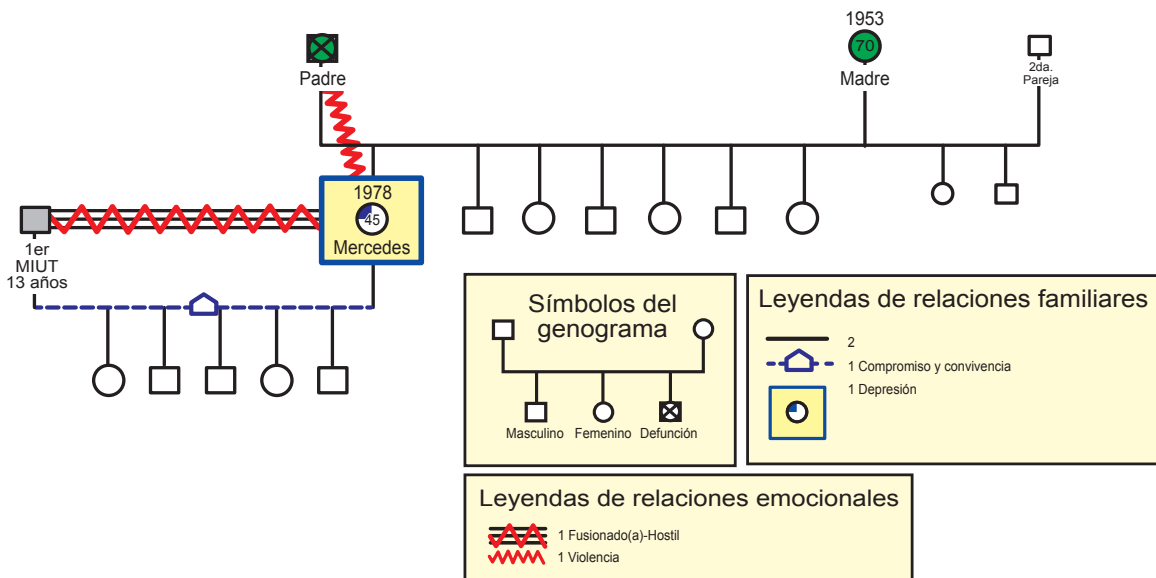
Mercedes y Fausto se unieron siendo adolescentes, ella tenía 13 años y él 16 años. El padre de Mercedes falleció cuando ella era adolescente, con él no hubo una buena relación, pues la disciplinaba con castigos físicos, verbales y psicológicos.

Ante el fallecimiento del padre, la madre tuvo que atender la crianza de 7 hijos, quienes desde la niñez trabajaban para aportar con los gastos del hogar, por lo tanto, no lograron estudiar ni culminar una carrera. La madre se une a una nueva pareja con la cual procrea dos hijos, sumando un total de nueve hermanos.

De niña Mercedes sufrió terrores nocturnos, onicofagia, algunas fobias, se sentía triste y emocionalmente muy cargada e indecisa. Bajo estas circunstancias, pensar en un sueño o en una meta que alcanzar era difícil, pues prevalecía la necesidad de sustentarse en el día a día.

Entre su familia extendida y sus amistades, el MIUT era una práctica común, por lo cual su unión con Fausto fue un hecho socialmente aceptado. A los 15 años, Mercedes tuvo su primer bebé, el segundo hijo lo concibió y parió siendo aún adolescente. Durante su vida fértil ha tenido 5 hijos, además formalizó su relación legalmente y el hogar se mantuvo por más de 31 años. Ella identifica que ha tenido una relación cercana con su pareja, pero a la vez hostil, con expresiones de violencia verbal y psicológica, experimentando miedo y reaccionando con silencio, sin embargo, considera también que ha prevalecido el compromiso y la convivencia.

Figura 26. MIUT: tercer caso



Fuente: elaboración propia, 2022.

Cuarto caso (Figura 27)

Cuando Mariana era una adolescente, soñaba con llegar a ser una excelente abogada; aun cuando su madre le alentaba, hubo momentos en los cuales se sentía fracasada y creía que necesitaba apoyo para valorarse a sí misma y expresar sus emociones de manera abierta.

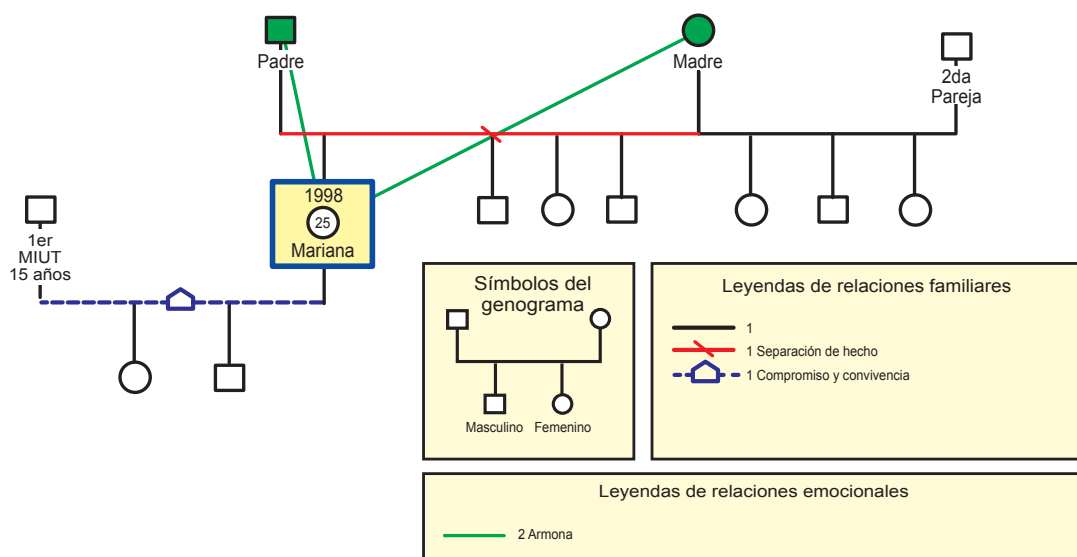
Los padres de Mariana se unieron conyugalmente siendo adolescentes, él se dedica a la jardinería, ella trabaja en las microempresas de la Alcaldía Municipal, barriendo calles y espacios públicos. De esta relación se procrearon cuatro hijos, sin embargo, se separan, la madre se une a otra pareja y tiene tres hijos más.

Mariana recuerda que la violencia en el hogar de sus padres era mínima; pese a ello, cuando era adolescente era atacada con críticas por la forma de vestir, se usaban expresiones discriminatorias, ella reaccionaba con berrinches, pero a la vez tenía temor a la soledad. En general, mantiene una relación de armonía con sus progenitores y hermanos, ellos también conformaron sus propias familias siendo adolescentes, todos vivían juntos en la casa de su madre, generándose con ello una familia extendida que cotidianamente compartía su vida.

Cuando Mariana decide unirse a su pareja, se encontraba estudiando, tenía 15 años y él 18 años; después del nacimiento de su primer hijo solo continuó estudiando un año más, con su segundo hijo era difícil sobrellevar las responsabilidades del hogar y el cuidado de los niños; sin embargo, ahora que han crecido ha retomado sus estudios y espera graduarse del nivel medio, pues ha alcanzado segundo año de carrera.

Pese a las dificultades económicas que ha enfrentado, Mariana considera que en su hogar prevalece el compromiso y la convivencia familiar. Hasta la fecha no identifica formas de violencia por parte de su pareja.

Figura 27. MIUT: cuarto caso



Fuente: elaboración propia, 2022.

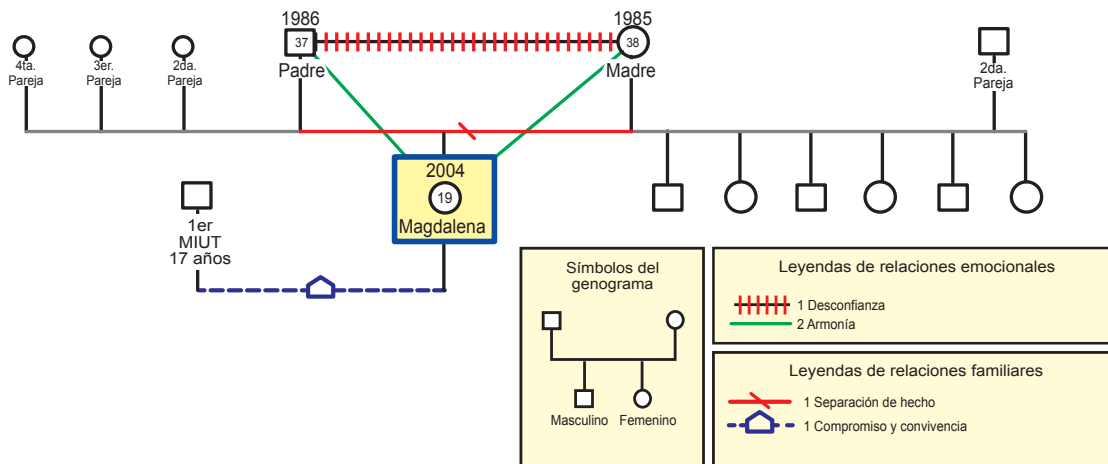
Quinto caso (Figura 28)

Magdalena inició su vida sexual activa y su MIUT a los 17 años; al momento de la unión su cónyuge tenía 22 años; la relación es reciente, apenas ha cumplido un año y ella considera que esta relación está fundamentada en la convivencia y el compromiso.

Los padres de Magdalena se unieron siendo adolescentes, ambos se dedicaron a labores agrícolas en la aldea de Guachilpilin (municipio de Cedros, Francisco Morazán); esta relación terminó en separación motivada en gran medida por la desconfianza. Magdalena es hija única, al separarse tanto el padre (4 parejas) como la madre (2 parejas), se unieron a nuevas parejas; por parte de la madre, tiene 6 hermanos más. Ella mantiene una relación cercana y en armonía.

Durante su adolescencia recibió castigos físicos y verbales, además debió lidiar con violencia comunitaria, por ejemplo, hubo intento de abuso por parte de un vecino, esta situación provocó en ella una reacción de aislamiento social, su sueño desmejoró, pues tenía continuas pesadillas y en ocasiones sentía que no era buena para nada.

Figura 28. MIUT: quinto caso



Fuente: elaboración propia, 2022.

Sexto caso (Figura 29)

Ada nació en un municipio ubicado a 4 horas de la capital de la república, en una familia integrada por su padre y madre, quienes se unen en una relación conyugal siendo adolescentes y procrean 4 hijos, sin embargo, esta unión por diversos problemas no logró mantenerse en el tiempo. Su padre laboraba como guardia de seguridad, cursó hasta sexto grado, era alcohólico; su madre no tuvo la oportunidad de ingresar a la escuela y se dedicó a los quehaceres domésticos.

Ante la ruptura de la relación conyugal, el padre se une a una nueva pareja con la cual procrea 3 hijos más, su madre también tuvo nuevas parejas procreando 2 hijos más. En la casa de su madre, los conflictos y las expresiones de violencia fueron permanentes; a los 7 años su madre la corrió

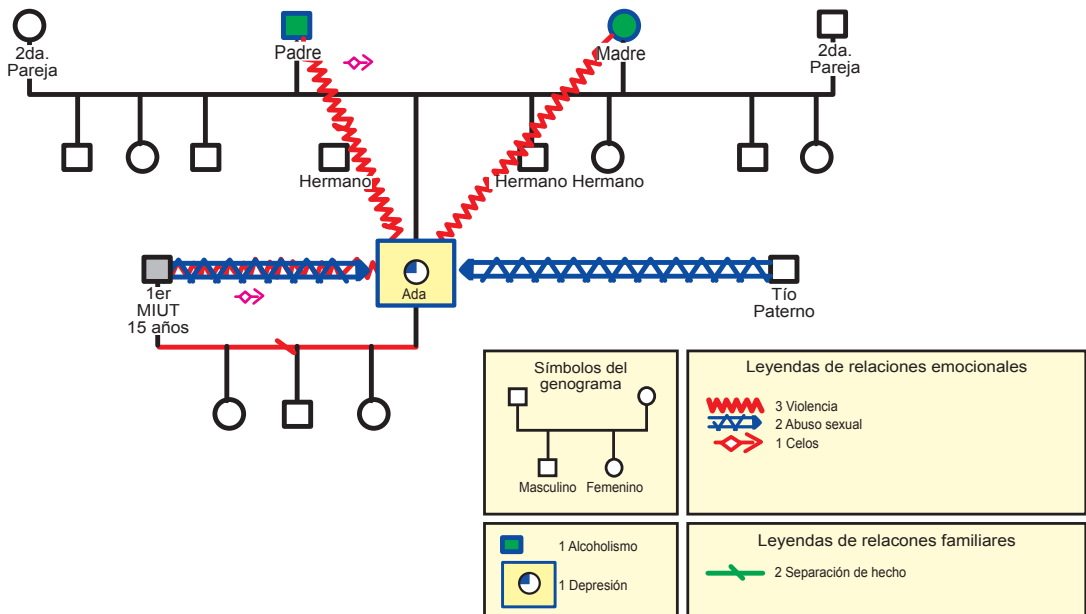
de la casa, esa situación la hizo acudir a uno de los hogares del padre (entre los 7 y 14 años), estableciendo una relación cordial con su madrastra.

En la etapa de la adolescencia, Ada percibió cambios en su aspecto físico, su menarquia fue a los 13 años, se asustó en este momento, pues nadie la preparó para este proceso. Se miraba al espejo y le gustaba su aspecto, pero experimentaba disminución de energía, alteraciones del sueño acompañadas de pesadillas y terrores nocturnos, enuresis³⁶ y episodios de agitación. A nivel afectivo su autoestima estaba muy deteriorada, no recibió consideraciones de aprecio de su familia o la comunidad, se sentía fracasada, sin motivos de orgullo, sin capacidad de expresar sus emociones, y experimentaba ansiedad. Desde el aspecto cognitivo hubo predominio de indecisión y baja autoestima.

Durante su niñez y adolescencia fue víctima de diversas formas de violencia, que se manifestaron en golpes, gritos, burlas, celos excesivos por parte del padre, se le impidió estudiar y fue abusada por un tío a los 14 años, una experiencia que también vivió su madre durante la adolescencia a la misma edad. Este hecho le da un giro a su vida y decide unirse con su primera pareja a los 15 años, su cónyuge era mayor 5 años. La nueva pareja se traslada al Distrito Central en busca de oportunidades, residiendo en la colonia Los Pinos.

Entre los 15 y 20 años, Ada procreó 3 hijos, no presentó dificultades obstétricas, sin embargo, no tuvo la oportunidad de continuar sus estudios ni de incorporarse laboralmente, la situación de precariedad económica en su hogar afectó la relación, de modo que se inició un ciclo de violencia que se manifestó de manera física, verbal, psicológica y sexual. Después de 12 años se consolida la ruptura, de lo que inició siendo un MIUT.

Figura 29. MIUT: sexto caso



Fuente: elaboración propia, 2022.

³⁶ Orinarse en la cama.

La adolescencia como periodo de transición entre la niñez y la adultez representa una etapa de retos individuales, familiares y comunitarios. Aun cuando se sabe que cada ser humano pasa por este periodo, en la mayoría de los casos se asume sin una preparación previa, situación que genera desajustes que atentan contra el desarrollo integral de su personalidad y autonomía.

Desde la perspectiva de la teoría del desarrollo psicosocial de Erick Erickson, se enfatiza en las diferencias individuales, la adaptación y el ajustamiento, también incluye los procesos cognitivos, la influencia biológica y social, como determinantes en la formación de la personalidad del adolescente. En las entrevistas se observó un detalle importante, por ejemplo, ante la pregunta: «¿Cómo se percibía el MIUT entre sus amistades?», la respuesta predominante fue «como algo normal». Bajo este contexto, Erickson considera que la adolescencia está mediada por la consolidación de la identidad, versus confusión de roles; incluye la pubertad, madurez psicosexual, interés por la sexualidad y la formación de la identidad sexual. En otras palabras, los adolescentes carecen de madurez a nivel de los procesos cognitivos³⁷ desde los más simples hasta los complejos (el pensamiento), por lo tanto, la decisión de unirse en pareja se realiza en una posición de desventaja, pues no se ha logrado desarrollar la identidad del «yo», que se centra en tener claridad de quiénes somos y cómo encajamos con el resto de la sociedad.

Por otra parte, una vez iniciado el MIUT, la relación se ve afectada por diversos conflictos que generan crisis familiares. Según Bordignon (2005), bajo el enfoque de la teoría del desarrollo psicosocial de Erickson, la crisis es considerada una oportunidad para el desarrollo del individuo, un momento de escogencia, o un momento de regresividad, el detalle es que las jóvenes adolescentes toman la decisión de unirse maritalmente en un contexto de desconocimiento y viven el MIUT en condiciones de desprotección; bajo estas circunstancias se vuelven un blanco fácil a distintas formas de violencia.

Cada uno de los relatos rescatados de las entrevistas y graficados mediante los genogramas, reflejan que el MIUT es una práctica cultural que se ha normalizado y que como comportamiento aprendido trasciende de una generación a otra, además se presenta el continuum de la violencia y las diversas formas de expresión, las cuales son parte de una violencia intrafamiliar generacional que atenta contra la integridad biopsicosocial de las adolescentes y con consecuencias negativas para el resto de sus vidas.

³⁷ Permiten al cerebro procesar la información que llega de los sentidos, registrarla y recuperarla cuando sea necesario y, sobre todo, aprender incluye aspectos básicos, como la percepción y la atención, hasta los más elaborados, como el pensamiento.

Capítulo VI. Reflexión final

El MIUT es un fenómeno multicausal que se presenta en todos los estratos sociales y en todas las culturas, sin embargo, es más frecuente entre adolescentes en condición de vulnerabilidad social. Patrones culturales, pobreza, inseguridad, violencia, desigualdad de género, falta de acceso a la educación, son algunos de los factores de riesgo que promueven el MIUT.

Durante la adolescencia toda persona experimenta cambios biopsicosociales, estos deben estar mediados por el acceso a la información y el apoyo de los actores que expone el modelo ecológico, no obstante, en la mayoría de los casos se identifica que prevalecen diversos tabúes y patrones culturales que perjudican los derechos de niños, niñas y adolescentes, además de la desinformación relacionada con temas de SSR. Desafortunadamente, las adolescentes idealizan de manera romántica su relación con la pareja e inician el MIUT en un contexto de carencias psicológicas, emocionales, educativas, que impiden, por una parte, el pleno desarrollo de su identidad y, por otra, el ejercicio de su autonomía en todos los aspectos de su vida.

En la mayoría de los casos se identifica que las adolescentes que contrajeron un MIUT proceden de hogares en donde las dimensiones del capital social son débiles, una de las más esenciales está relacionada con la falta de oportunidades educativas. Para el caso, no tener acceso a centros escolares no solo incide en la acumulación de AEP, también limita la oportunidad de conocer y empoderarse de todo tipo de derechos fundamentales, a su vez disminuye la capacidad de resiliencia y las opciones para alcanzar el desarrollo humano y sostenible.

Entre las adolescentes que se unieron o casaron a temprana edad, se logra identificar como una constante que desde su infancia y adolescencia experimentaron diversas formas de violencia, en donde los gritos, insultos, golpes, abandono, crisis económica, múltiples parejas conyugales del padre o madre, eran parte del diario vivir, por lo tanto, esta dinámica se percibe como normal, dando lugar a la transferencia generacional de la violencia. En tal sentido, cuando ellas viven estas situaciones en sus relaciones conyugales, consideran que es parte de la vida misma, en algunos casos la enfrentan con miedo y en silencio, en otros reproducen patrones de violencia de los que son víctimas, pero quizá el mayor peligro lo representa el hecho de que no logren identificar las formas de violencia que dan y que reciben, lo cual conduce a la normalización de la violencia.

Con relación al MIUT, en Honduras se han aprobado cambios a nivel de las leyes que protegen a la niñez y la adolescencia, siendo el más significativo el aumento de la edad mínima para contraer matrimonio, que en el caso de las niñas pasó de 16 a 18 años; pese a ello, el cumplimiento de la ley es débil. En este sentido, se requiere promover acciones desde el ámbito local, pues solo en la medida de que se alcance un empoderamiento de los derechos de las mujeres, las niñas, las adolescentes y de la población en general se puede lograr la disminución y erradicación del MIUT.

VII. Bibliografía y anexos

- Ayuntamiento de Barcelona (2007). *Pla Municipal contra la violència vers les dones*. Ayuntamiento de Barcelona. doi: <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxiu-documents/pmvd-cat-20072009-056.pdf>
- Bartky, S. L. (1990). *Feminitu and Domination: Studies in the Phemenology ando Oppression*. New York: Routledge. doi: www.routledge.com
- Banco Mundial (27 de junio de 2017). *Infografía. Poner un precio al matrimonio infantil*. <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2017/06/26/infographic-putting-a-price-tag-on-child-marriage>
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63.
- Campana, V. (3 de diciembre de 2020). *Muro Llano*. www.murollano.org
- Correa, S. y Petchesky, R. (1996). Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Revista de Saúde Coletiva*, 1/2(6), 147-177.
- Corsi, J. (5 de diciembre de 2022). *Fundación Mujeres*. <http://tiva.es/articulos/Violencia%20hacia%20la%20mujer.pdf>
- Cumming , D., Cumming , C. y Kieren, D. (1991). Menstrual mythology and sources of information about menstruation. *Am. J. Obster. Gynecolo.*, 164 (2), 472-6. doi:www.pubmed.nih.gov/1992686
- Engels, F. (1884). *El origen de la familia la propiedad privada y el Estado*. Hottingen-Zürich: Editorial Progreso, Moscú.
- Fonseca, J. y Aguilar, O. (1991). Edad de la menarquia en San Pedro Sula. *Revista Médica Hondureña*, 1(59). doi:www.revistamedicahondurena.hn
- Frias Aremanta, M., López Escobar, A. E. y Díaz Méndez , S. G. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*, 8(1), 15-24.
- García, B. y de Oliveira, O. (2005). Mujeres jefas de hogar y su dinámica familiar. *Papeles de Población*, 43(11), 22-51.
- Girls not Brides (28 de noviembre de 2022). *Matrimonio infantil y educación*. <https://www.girls-notbrides.es/aprendizaje-recursos/matrimonio-infantil-y-educaci%C3%B3n/>

- , (septiembre de 2015). *The global partnership to end chil marriage*. www.girlsnotbrides.org
- González, A. y Martínez, R. M. (14 de diciembre de 2022). Para compartir. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245116/Para_compartir.pdf
- Hérrnandez, M. I., Unanue, N., Gaete, J., Cassorla, F. y Codner, E. (2007). Edad de la menarquia y su relación con el nivel socioeconómico e índice de masa corporal. *Revista Médica de Chile*, 135, 1429-1436. doi: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001100009
- Kalmuss, D. M. (1982). Wife's Marital Dependency and Wife Abuse. *Journal of Marriage and Family*, 2(44), 277-286.
- La Izquierda Socialista. (5 de agosto de 2020). El origen de la opresión de la mujer, analizado desde la obra: *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. <https://marxismo.mx/el-origen-de-la-opresion-de-la-mujer-analizado-desde-la-obra-el-origen-de-la-familia-la-propiedad-privada-y-el-estado/>
- Lozada, B. (2016). *El modelo ecológico basado en la visión de Maria Luisa Platone*. Caracas: GRIN.
- Manes, F., y Niro, M. (2014). *Usar el cerebro: conocer nuestra mente para vivir mejor*. Barcelona: Paidós.
- Mendoza, L. A. (2016). Matrimonio infantil: un problema social, económico y de salud pública. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 3(81), 254-621.
- Michael, K. y Magill, M. (15 de mayo de 2022). *American Family Phisician*. <https://www.aafp.org/afp/2007/0501/p1310.html#afp20070501p1310-b6>
- Nares Hernández, J. J., Colín García, R. y García Suárez, R. (2015). Derechos humanos de las niñas y los niños y la prohibición del matrimonio infantil en los tratados internacionales. *Tla-melaua*, 9(38), 140-160.
- OEA-CIM. (2 de diciembre de 2022). Diálogo CIM. Promoviendo los derechos de las mujeres. <https://dialogocim.wordpress.com/2013/10/16/el-incesto-atrociad-prevalente-pero-invisibilizada-en-las-america/#:~:text=Seg%C3%BAn%20cifras%20de%20UNICEF>
- ONU. (2015). *ODS el nuevo camino que el mundo necesita*. Nueva York: ONU.
- OPS. (2002). *Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud*. Washigton: Naciones Unidas.
- Torres Mejía, G. y Angeles Llerenas, A. (2009). Factores reproductivos y cáncer de mama. *Salud Pública*, 2(51), 165-171. doi:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800006&lng=es&nrm=iso>. accedido en 19 oct. 2022.

UNICEF (2019). *Estrategia de comunicación para el desarrollo hacia la prevención del matrimonio infantil y las uniones tempranas en la República Dominicana*. Santo Domingo, República Dominicana: UNICEF.

—, (24 de enero de 2022). UNICEF. <https://www.UNICEF.org/lac/media/2866/file/PDF%20Publicaci%C3%B3n%20Acelerar%20acciones%20para%20erradicar%20el%20matrimonio%20infantil%20y%20las%20uniones%20tempranas%20en%20ALC.pdf>

USAID, PNUD, Fundación Iris (22 de marzo de 2012). El continuum de la violencia contra las mujeres de la región centroamericana. 2017. https://americalatinagenera.org/wp-content/uploads/2019/12/Continuum_PartnersES4.pdf

Valls Llobet, C., Banqué, M., Mercé, F. y Ojuel, J. (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología*, 1(39), 9-22. doi: file:///C:/Users/Dell/Downloads/98015-Text%20de%20l'article-159809-1-10-20081024.pdf

Villellas Ariño, M. (2010). *La violencia sexual como arma de guerra*. Cataluña, España: Agencia Catalana de Cooperació Desenvolupament.

ANEXO 1. Cuestionario

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

MAESTRÍA EN DEMOGRAFÍA Y DESARROLLO

DEMOMUJER 12

Determinantes biológicos y sociales del Matrimonio Infantil y las Uniones Tempranas (MIUT)

Introducción

Como parte de su política de investigación, la Maestría en Demografía y Desarrollo anualmente, en el contexto de la «Serie de Estudios Demomujer», realiza diversas investigaciones enfocadas en los temas sociales que atañan al rol que desempeñan las mujeres en el país.

En 2022 la investigación propone analizar los determinantes biológicos y sociales relacionados con el Matrimonio Infantil y las Uniones Tempranas (MIUT) entre mujeres atendidas por la Asociación Calidad de Vida, año 2022. Este es un tema sensible que cultural y socialmente se ha normalizado en detrimento de los derechos de miles de niñas y adolescentes.

Este estudio respeta los principios bioéticos de la investigación, por lo tanto, su participación es voluntaria. Las participantes deben ser informadas sobre el objetivo de la investigación y el anonimato y resguardo adecuado de la información recolectada. Además, cada participante debe firmar el consentimiento informado. Si alguna pregunta le incomoda, puede no responder y tiene libertad para retirarse en el momento que lo consideren oportuno.

I. Características biológicas

1. Lugar y fecha de nacimiento		
2. ¿Cuántos años cumplirá en el año 2022?		
3. Edad al momento del MIUT		
4. ¿Cuánto tiempo duro su primer MIUT?		
5. ¿Entre los 12 y 20 años tuvo más de un MIUT?		
6. Altura actual		
7. Peso actual		
8. Peso cuando tuvo su primer MIUT		
9. Altura cuando tuvo su primer MIUT		
10. ¿Tiene alguna dificultad funcional?	Sí	No
11. Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de dificultad presenta?		
12. ¿Tiene algún problema de salud permanente (enfermedades que padece)?	Sí	No
13. Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de padecimiento presenta?		
14. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?		
15. ¿Qué tipo de reacción experimentó ante su primera menstruación?	Normal Dolorosa Miedo Incertidumbre Frustración	
16. ¿Cuál es su origen étnico?	Indígena Mestizo Blanco Afrodescendiente	

II. Conocimientos sobre temas de salud sexual y reproductiva y factores de protección

1. ¿A qué edad considera usted iniciaron sus cambios biológicos como adolescente?		
2. ¿Antes y al momento de su adolescencia, sus padres le informaron sobre los cambios biológicos y psicológicos de esta etapa?	Sí	No
3. Si su respuesta es negativa, ¿por qué cree usted que no le informaron sobre el tema?	Tabú No sabían cómo hacerlo Pena o vergüenza Otro	
4. ¿Tuvo acceso a educación sexual reproductiva siendo adolescente?	Sí	No
5. ¿Cuál fue el medio de información sobre temas de SSR?	Padres de familia Escuela Iglesia Amigos(as) Medios virtuales Proyectos sociales y comunitarios	
6. Al momento de su primera unión, ¿usted estaba estudiando? (FP)	Sí	No
7. Educación alcanzada por la adolescente al momento del MIUT	Ninguno Preescolar Primaria incompleta Primaria completa Básica completa Básica incompleta Media completa Media incompleta Universitaria completa Universitaria incompleta	
8. ¿Continuó sus estudios después del MIUT?	Sí	No

9. Educación alcanzada en la actualidad	Ninguno Preescolar Primaria incompleta Primaria completa Básica completa Básica incompleta Media completa Media incompleta Universitaria completa Universitaria incompleta	
10. ¿Conocía o había escuchado sobre derechos humanos de los niños(as), sexuales y reproductivos? (FP)	Sí	No
11. ¿Tenía acceso a servicios de salud, seguridad/protección, servicios sociales?	Sí	No
12. ¿Participaba en algún grupo social religioso, cultural, deportivo, artístico? (FP)	Religioso Cultural Deportivo Artístico Otro	
13. ¿Tenía algún tipo de ingreso económico?	Sí	No
14. Si su respuesta es afirmativa, en promedio, ¿cuál era su ingreso económico?		
15. ¿Contaba con algún tipo de bien propio?	Terreno Casa Ganado Carro Otros Ninguno	
16. ¿Tenía una relación cercana y de confianza con un familiar mayor de edad?	Sí	No
17. Si la respuesta es positiva, ¿quién era ese familiar?	Hombre	Mujer

18. Si su respuesta es afirmativa, especifique	Madre Padre Tío/tía Abuelo/a Hermano/a Primo/prima Otro
--	---

III. Prácticas y vivencias sobre aspectos de salud sexual y reproductiva

3.1. Adolescente		
1. Edad de inicio de la vida sexual activa		
2. ¿A qué edad tuvo su primer MIUT?		
3. ¿Cuál era la edad del cónyuge al momento del MIUT?		
4. ¿Cuántos años de diferencia se presentó entre la menor y su cónyuge?		
5. ¿Durante el primer MIUT uso métodos anticonceptivos?	Sí	No
6. Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de método utilizó?	Pastillas anticonceptivas Condón masculino Condón femenino Inyección Ritmo DIU T de cobre Implante Otro	
7. ¿Por cuánto tiempo utilizó el método anticonceptivo?	Años	Meses
8. Edad del primer embarazo		
9. ¿Durante su embarazo tuvo control prenatal?	Sí	No
10. Edad de primer parto		

11. Tipo de parto	Normal Cesárea	
12. Lugar del parto	Hospitalario Partera Autoasistido	
13. ¿Experimentó complicaciones en embarazo y parto?	Sí	No
14. Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de complicación experimentó?	Embarazo	Parto
15. ¿Tuvo algún aborto siendo menor de 18 años?	Sí	No
16. Si su respuesta es afirmativa, ¿cuáles fueron las causas?		
17. ¿Experimentó violencia ginecobstetricia?	Sí	No
18. Número de hijos siendo menor de edad		
19. Número total de hijos hasta la actualidad		
20. ¿Hijos de un solo padre?	Sí	No
21. ¿Hijos de más de un padre?	Sí	No
22. ¿Además de su primer MIUT, ha tenido otras parejas?	Sí	No
23. Si su respuesta es afirmativa, ¿a qué edad se dio una segunda unión o posteriores uniones?		
24. Total de parejas hasta la actualidad		
25. ¿Ha padecido de alguna ITS?	Sí	No
3.2. Madre de la adolescente		
1. Edad de la primera unión o matrimonio de su madre		
2. Edad del primer embarazo		
3. Número de parejas de su madre hasta la actualidad		
4. Número total de hijos de la madre		
5. ¿Su madre experimentó algún aborto?	Sí	No
6. Si su respuesta es afirmativa, ¿cuántos abortos tuvo?		
7. ¿Su madre padece algún tipo de enfermedad?	Sí	No
8. Si su respuesta es afirmativa, ¿qué enfermedad padece?		

IV. Características sociales del hogar de procedencia y el hogar constituido

4.1. Hogar constituido		
1. Área de residencia	Urbana	Rural
2. Al momento de su MIUT, ¿cómo se constituyeron como pareja?	Hogar nuclear	Parte de un hogar extendido
3. Educación alcanzada por el cónyuge con el que se unió en la adolescencia	Ninguno Preescolar Primaria incompleta Primaria completa Básica completa Básica incompleta Media completa Media incompleta Universitaria completa Universitaria incompleta	
4. ¿Experimentó pobreza económica permanente en su hogar constituido?	Sí	No
5. ¿Realizaba algún tipo de trabajo remunerado cuando era adolescente?	Sí	No
6. Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de trabajo realizó?		
7. ¿Su cónyuge consumía algún tipo de drogas?	Alcohol Marihuana Cocaína Crack Otra Ninguna	
8. ¿Consumió algún tipo de droga cuando fue adolescente?	Sí	No

9. Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de droga consumió?	Alcohol Marihuana Cocaína Crack Otra	
4.2. Hogar de procedencia		
1. Área de residencia de la madre	Urbana	Rural
2. Nivel educativo de la madre	Ninguno Preescolar Primaria incompleta Primaria completa Básica completa Básica incompleta Media completa Media incompleta Universitaria completa Universitaria incompleta	
3. ¿En su hogar de procedencia, experimentó pobreza de manera permanente?	Sí	No
4. Jefe de su hogar de procedencia	Padre	Madre
5. ¿Su madre realiza algún tipo de trabajo remunerado?	Sí	No
6. La relación entre usted y sus padres, ¿cómo era?	<u>Padre</u> Muy buena Buena Mala	<u>Madre</u> Muy buena Buena Mala
7. ¿Al momento de su primer MIUT, sus padres recibieron algún tipo de beneficio económico por parte del cónyuge?	Sí	No
8. Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de beneficio recibieron?		
9. ¿En el hogar de procedencia, su padre o madre consumía algún tipo de droga?	Sí	No

10. Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de droga consumía?	<u>Padre</u> Alcohol Marihuana Cocaína Crack Otra	<u>Madre</u> Alcohol Marihuana Cocaína Crack Otra
11. ¿En total, cuántos hermanos tiene?	Total: De padre De madre De padre y madre	
12. La relación entre usted y sus hermanos, ¿cómo era ?	Muy buena Buena Mala	
13. ¿Alguno de sus hermanos/as experimentó un MIUT?	Sí	No
14. Si su respuesta es afirmativa, ¿quiénes y cuántos?	Mujeres	Varones

V. Formas de violencia experimentadas

5.1. Para la entrevistada		
1. ¿Durante su niñez experimentó formas de violencia?	Sí	No
2. Si su respuesta es afirmativa, ¿quiénes le violentaron?	Padre Madre Hermanos Amigos Vecinos Maestros Otros	
3. ¿Qué tipos de castigos recibió por parte de sus padres?	Físicos Verbales Psicológicos Otros Ninguno	

4. ¿Experimentó violencia en su primer MIUT?	Sí	No
5. Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipos de violencia experimentó en su primer MIUT?	Física Verbal Psicológica Sexual Económica Otra	
6. Frente a los sistemas formas de violencia, ¿cuál era su reacción inmediata?	Sometimiento Miedo Violencia (insulto, golpes) Silencio	
7. Al momento del MIUT, ¿dónde se sentía más segura?	Casa Casa de un familiar Iglesia Espacio público Otro Ninguno No contestó No aplica	
8. Al momento del MIUT, ¿dónde se sentía más segura?	Casa Casa de un familiar Iglesia Espacio público Otro Ninguno No contestó No aplica	
5.2. Madre de la mujer entrevistada		
1. ¿Identifica usted alguna de las formas de violencia en el hogar de procedencia experimentada por su madre?	Sí	No

<p>2. Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipos de violencia experimentó su madre?</p>	<p>Física Verbal Psicológica Sexual Económica Ninguna No contestó No aplica Otra</p>	
<p>3. Frente a los sistemas formas de violencia, ¿cuál era su reacción inmediata?</p>	<p>Sometimiento Miedo Violencia (insulto, golpes) Silencio No contesto No aplica</p>	
<p>4. ¿Quiénes ejercieron violencia contra su madre?</p>	<p>Cónyuge Padres del cónyuge Familia de la madre Amigos Vecinos Otros</p>	
<p>5. ¿Sus hermanos ejercían violencia entre sí?</p>	<p>Sí</p>	<p>No</p>

VI. Continuidad de la violencia

1. ¿Ha sido víctima de violencia?	Sí	No
2. ¿En qué etapa de su vida usted ha sido víctima de violencia?	Adolescencia Adulthood Infancia Juventud Ninguna No contestó No aplica	
3. ¿En dónde se experimentaron las formas de violencia?	Casa de habitación Escuela Espacio de trabajo Iglesia Vía pública Otro Ninguno No contestó No aplica	
4. ¿Las mujeres en su familia, independientemente de la edad, han experimentado diversos tipos de violencia?	Sí	No
5. Si su respuesta es afirmativa, especifique los tipos de violencia	Económica Física Otra Psicológica Sexual Verbal No contestó No aplica	
6. ¿Alguna mujer en su familia ha sido víctima de violencia por parte de su pareja con consecuencias de muerte?	Sí	No

7. ¿Encontró apoyo para afrontar las situaciones de violencia que vivió?	Sí	No
8. ¿Cómo logra usted romper con el ciclo de continuidad de la violencia?	Apoyo familiar Apoyo religioso Instituciones de DDHH ONG especializada Otro Ninguno No contestó No aplica	
9. ¿En qué instituciones del estado encontró apoyo?	Ministerio Público Policía Servicios de salud Otro Ninguno No contestó No aplica	
10. Especifique otra institución		
11. Observaciones		

ANEXO 2. Entrevista Semiestructurada

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

MAESTRÍA EN DEMOGRAFÍA Y DESARROLLO

DEMOMUJER 12

Determinantes biológicos y sociales del Matrimonio Infantil y las Uniones Tempranas (MIUT)

Introducción

Como parte de su política de investigación, la Maestría en Demografía y Desarrollo anualmente, en el contexto de la «Serie de Estudios Demomujer», realiza diversas investigaciones enfocadas en los temas sociales que atañan al rol que desempeñan las mujeres en el país.

En 2022 la investigación propone analizar los determinantes biológicos y sociales relacionados con el Matrimonio Infantil y las Uniones Tempranas (MIUT) en mujeres atendidas por la Asociación Calidad de Vida. Este es un tema sensible y que cultural y socialmente se ha normalizado en detrimento de los derechos de miles de niñas y adolescentes.

Este estudio respeta los principios bioéticos de la investigación, por lo tanto, su participación es voluntaria. Las participantes deben ser informadas sobre el objetivo de la investigación y el anonimato y resguardo adecuado de la información recolectada. Además, cada participante debe firmar el consentimiento informado. Si alguna pregunta le incomoda, puede no responder y tiene libertad para retirarse en el momento que lo consideren oportuno.

I. Historia personal

1. ¿Dónde nació? _____
 ____ Rural ____ Urbano
2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? _____
3. ¿Cuál es su origen étnico? ____ Indígena ____ Mestizo ____ Caucásico ____ Afrodescendiente ____ Otro _____
4. ¿Cómo se percibía a usted misma en la adolescencia? (autoestima y autoconcepto)

	Sí	No
Se sentía una persona digna de aprecio, igual que otros.		
Consideraba que tenía un buen número de cualidades o virtudes.		
En general sentía que era una adolescente fracasada.		
Se sentía capaz de hacer las cosas tan bien como las otras personas.		
Sentía que tenía motivos para sentirse orgullosa de sí misma.		
En general tenía una actitud positiva hacia sí misma.		
En general se sentía satisfecha de sí misma.		
Le hubiera gustado valorarse más en aquella época.		
A veces sentía que no era buena para nada.		
Sentía que tenía buen aspecto físico.		
Se sentía bien al verse en el espejo.		
Cree que a los demás les gustaba su aspecto.		

5. Cuando usted era una adolescente, ¿cuál era su sueño para la etapa adulta? (personal, familiar, profesional, laboral). ¿Sentía que su sueño era posible de alcanzar? ¿Alguna vez pensó qué cosas tenía que hacer para cumplir su sueño? ¿Qué apoyo tenía para alcanzar su sueño?
6. ¿Cuándo era adolescente sentía que tenía un buen nivel de vida (contaba con todo lo necesario) y era feliz?
7. ¿Tiene alguna dificultad funcional (física) de nacimiento? ____ Sí ____ No
 Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de dificultad presenta?
8. Identifique algunas de estas características en su adolescencia (síntomatología depresiva):

Emocional/afectivo		
Se sentía triste, deprimida, irritada		Le costaba experimentar placer y alegría
Perdida de interés		No poder expresar sus emociones
Falta de emociones, dificultad de reaccionar ante situaciones		Pesimismo
Aislamiento social		Ansiedad y angustia
Físico		
Lentitud, mutismo (no poder hablar)		Agitación
Disminución de energía, fatiga, cansancio.		Disminución o aumento de apetito
Alteraciones del sueño		Molestias físicas inespecíficas
Cognitivos		
Disminución de la concentración		Disminución de la memoria
Indecisión		Ideas de baja autoestima e inutilidad
Ideas de muerte, suicidio, actos autoagresivos		

9. En la adolescencia experimentó algunos de los siguientes comportamientos:

Pesadillas ____ Terrores nocturnos ____ Sonambulismo (caminar dormida) ____

Berrinches ____ Enuresis (orinarse en la cama) ____ Encopresis (retener heces) ____

Onicofagia (comerse las uñas) ____ Automutilación (infringirse daño a su cuerpo) ____ Tics nerviosos ____ Tricotilomanía (arrancarse el cabello) ____ Trastornos de lenguaje (dislalia, disfemia) ____ Obsesiones-compulsiones ____ Fobias ____ Inquietud ____ Temor a estar sola ____

II. Familiar

Padre

10. Edad _____

11. Nivel escolar alcanzado _____

12. Ocupación _____

13. Enfermedades que padece: Ninguna ____ Físicas ____ Mentales ____, especifique _____

14. Uso o abuso de sustancias _____

15. Relaciones del padre y usted _____
16. ¿Su padre tuvo un MIUT? ____ Sí ____ No ¿A qué edad? ____
17. Número de parejas de su padre hasta la actualidad ____
18. Número total de hijos del padre ____
19. Área de residencia del padre: ____ Urbana ____ Rural

Madre

20. Edad _____
21. Escolaridad _____
22. Ocupación _____
23. Enfermedades que padece: Ninguna ____ Físicas ____ Mentales ____, especifique _____
24. Uso o abuso de sustancias _____
25. Relaciones de la madre y usted _____
26. ¿Su madre tuvo un MIUT? ____ Sí ____ No ¿A qué edad? ____
27. Número de parejas de su madre hasta la actualidad _____
28. Número total de hijos de la madre _____
29. Área de residencia de la madre: ____ Urbana ____ Rural

En caso de no crecer con padre y/o madre

Cuidador, especifique su relación _____

30. Edad _____
31. Escolaridad _____
32. Ocupación _____
33. Enfermedades que padece: Ninguna ____ Físicas ____ Mentales ____, especifique _____
34. Uso o abuso de sustancias _____
35. Relaciones del cuidador y usted _____
36. ¿Su cuidador tuvo una MIUT? ____ Sí ____ No ¿A qué edad? ____
37. Número de parejas de su cuidador hasta la actualidad _____
38. Número total de hijos de su cuidador _____
39. Área de residencia del cuidador: ____ Urbana ____ Rural

Hermanos

- 40. ¿Cuántos hermanos tiene en total? ____ de padre ____ de madre
- 41. Relaciones de usted y hermanos ____
- 42. ¿Sus hermanos experimentaron MIUT? ____ Sí ____ No
- 43. ¿Hubo violencia entre sus hermanos? ____ Sí ____ No ¿Qué tipo? ____

III. Socialización

- 44. ¿En la adolescencia sus amigas o amigos experimentaron MIUT? ____ Sí ____ No
- 45. ¿Cómo se percibía el MIUT entre sus amistades? _____
- 46. ¿Durante su adolescencia participaba en algún grupo social, religioso, cultural, deportivo, artístico? _____
- 47. Apoyo social percibido en la adolescencia:

Apoyo social percibido en la adolescencia	Sí	No
Tuvo una persona cercana que le apoyó cuando estaba en una situación difícil.		
Siente que su familia intentaba ayudarlo.		
Recibió de su familia ayuda y apoyo emocional.		
Recibió de su familia apoyo económico y material adecuado.		
Podía hablar de sus problemas con su familia.		
Siente que sus amigos/as trataron de ayudarlo.		
Usted contaba con sus amigos/as cuando las cosas estaban mal.		
Tuvo amigos/as con los que podía compartir penas y alegrías.		
Podía hablar de sus problemas con mis amigos/as.		

- 48. Durante su adolescencia experimentó formas de violencia ____ Sí ____ No
 Si su respuesta es afirmativa, ¿quiénes le violentaron?
 Padre ____ Madre ____ Hermanos ____ Amigos ____ Vecinos ____
 Maestros ____ Otros _____
- 49. ¿Cómo era la disciplina en su casa? Recibió castigos por parte de sus padres Físicos ____
 Verbales ____ Psicológicos ____ Ninguno ____ Otros _____

Golpes, empujones, patadas, cachetadas, etc.		Acusar constantemente por cosas que no eran verdad	
Gritos		Expresiones discriminatorias	
Insultos		Burlas constantes contra las capacidades e inteligencia	
Amenazas		Impedirle estudiar y/o trabajar	
Celos excesivos		Prohibición de asistir a actividades sociales (cumpleaños, fiestas, actos religiosos)	
Críticas a la forma de vestir		Quitarle objetos y bienes propios sin motivo (incluyendo dinero)	
Dejar de comprar, aportar dinero para necesidades básicas por castigo		Violencia sexual	

IV. Historia sexual y reproductiva

50. Edad de su primera menstruación _____
51. Reacciones ante la misma _____
52. ¿Tuvo acceso a educación sexual reproductiva, siendo adolescente?
 ____ Sí ____ No
53. ¿Cuál fue el medio de información sobre temas de SSR?
 Padres de familia ____ Amigos(as) ____ Escuela ____ Iglesia ____ Medios virtuales
 ____ Proyectos sociales comunitarios _____
54. Edad de inicio de la vida sexual activa _____
55. Edad de primer embarazo/parto _____
56. ¿Durante su embarazo tuvo control prenatal? ____ Sí ____ No
57. Tipo de parto en primer embarazo: Normal ____ Cesárea ____
58. Lugar de parto en primer embarazo: Hospitalario ____ Partera _____
59. ¿Experimentó complicaciones en embarazo y parto? ____ Sí ____ No
 Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de complicación experimentó? _____

60. ¿Tuvo algún aborto siendo menor de 20 años? ____ Sí ____ No

Si su respuesta es afirmativa, ¿cuáles fueron las causas? _____

61. ¿Experimentó violencia ginecobstetricia? ____ Sí ____ No

62. Número de hijos siendo menor de edad _____

63. Hijos de un solo padre: ____ Sí ____ No Cuántos _____

64. ¿Ha padecido de alguna ITS? ____ Sí ____ No

V. MIUT

65. ¿A qué edad tuvo su primer MIUT? _____

Si fue entre 18-20 años, ¿tuvo autorización legal de sus padres? _____

66. ¿Cuál era la edad del cónyuge al momento del MIUT? _____

67. ¿Al momento de su primer MIUT, sus padres recibieron o dieron algún tipo de beneficio económico por o al cónyuge? ____ Sí ____ No

68. ¿Al momento de su primera MIUT estaba estudiando? ____ Sí ____ No

Si su respuesta es afirmativa, ¿continuó sus estudios?

69. ¿Tenía trabajo que generaba ingreso económico siendo adolescente?

70. ¿Durante la primer MIUT sufrió de Infecciones de Transmisión Sexual? ____ Sí ____ No, especifique que ITS _____

71. ¿Durante la primer MIUT uso métodos anticonceptivos? ____ Sí ____ No

72. Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de método utilizó?

Pastillas anticonceptivas ____ Condón masculino ____ Condón femenino ____

Inyección ____ Ritmo ____ DIU ____ T cobre ____ Implante ____

Otro _____

73. Lugar de residencia con su primera MIUT _____

74. ¿Vivían solos o en casa de padre/familiares? _____

75. ¿Experimentó pobreza económica permanente en su hogar? _____

76. ¿Experimentó violencia en su primer MIUT? ____ Sí ____ No

Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipos de violencia experimentó en su primer MIUT?

Física ____ Verbal ____ Psicológica ____ Sexual ____

Otras _____

77. Frente a las formas de violencia, ¿cuál era su reacción inmediata?

Sometimiento ____ Miedo ____ Violencia (insulto, golpes) ____ Silencio

VI. Hábitos y aspectos judiciales (frecuencia, edad de inicio, reacciones)

Durante la adolescencia consumió

78. Alcohol_____

79. Tabaco_____

80. Drogas_____

81. ¿Fue acusada, detenida, presa? Especifique las razones

VII. Datos personales actuales

82. Edad cumplida en este año 2022 _____

83. Estado civil actual _____

84. Domicilio actual: ____ Urbana ____ Rural

85. Formación académica alcanzada _____

86. Ocupación actual _____

87. Número total de hijos hasta la actualidad _____

88. ¿Permanece unida a su primera pareja de la MIUT?

89. ¿Ha tenido otras parejas? ____ Sí ____ No

Si su respuesta es afirmativa, ¿a qué edad se dio una segunda unión o posteriores uniones?

90. Total de parejas hasta la actualidad _____

91. Nos puede comentar la razón de su acercamiento a la Asociación Calidad de Vida _____

Observaciones generales:

Tabla 1. MIUT: variables seleccionadas

Objetivo específico	Aspecto	Variables	
Identificar las características biológicas predominantes entre las mujeres que contrajeron MIUT.	Biológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Edad cumplida (2022) • Edad de la primera menstruación • Edad del primer MIUT • Edad del cónyuge al momento de la unión • Años de diferencia entre la menor y su conyugue) • Edad de una segunda unión • Altura de la adolescente • Peso cuando tuvo el primer MIUT • Peso actual • Dificultad funcional • Problemas de salud permanente 	
Analizar los conocimientos, las prácticas y las vivencias de las mujeres, en torno a aspectos de salud sexual y reproductiva.	Salud sexual y reproductiva	<p data-bbox="579 828 725 858">Adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tuvo acceso a educación sexual reproductiva, siendo adolescente • Cuál fue el medio de información sobre temas de SSR • Edad de inicio de la vida sexual activa • Durante el primer MIUT uso métodos anticonceptivos • Tipo de métodos anticonceptivos utilizados • Edad del primer embarazo/parto • Tipo de parto • Experimentó complicaciones en el embarazo y parto • Abortos • Número total de hijos 	<p data-bbox="946 828 1086 883">Madre de la adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad de unión/matrimonio de su madre • Número de parejas de su madre hasta la actualidad • Hijos de la madre • Abortos

		<ul style="list-style-type: none"> • Número de hijos siendo menor de edad/número de hijos • Hijos de un solo padre • Más de un padre • Violencia ginecobstetricia • Padecimiento de ITS • Número de parejas hasta la actualidad 	
Explicar el papel que juegan las características psicológicas de las adolescentes al momento de contraer un MIUT.	Psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima y características de la personalidad: autoconcepto y autoestima corporal • Apoyo social percibido: apoyo social familiar, apoyo social amigos, percepción de felicidad. • Vida familiar: capacidad de mostrar emociones, cohesión, carencias afectivas, violencia intrafamiliar, roles familiares y de género • Calidad de vida/hábitos de vida: ejercicio físico, calidad de sueño, calidad de alimentación, consumo de drogas, tiempo de recreación • Depresiones: sintomatología durante niñez y adolescencia. • Ético moral: práctica religiosa, valores sociales, morales y culturales • Proyecto de vida: cumplimiento de sueños en función de su formación académica y laboral, entre otros 	
Analizar las características sociales del hogar de procedencia de la adolescente y su relación con la decisión del MIUT.	Sociales	<p>Hogar constituido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Área de residencia • Educación alcanzada por la adolescente y cónyuge • Pobreza del hogar • Origen étnico • Participación laboral durante el MIUT 	<p>Hogar de procedencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Área de residencia • Nivel educativo de los padres • Pobreza • Jefatura de hogar (padre o madre) • Origen étnico • Participación laboral de la madre.

<p>Identificar las formas de violencia que experimentan las jóvenes que durante su adolescencia contrajeron un MIUT.</p>		<p>Adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante su niñez experimentó formas de violencia • Qué tipo de castigos recibió por parte de sus padres • Experimentó violencia en su primer MIUT • Qué tipo de violencia experimentó en su primer MIUT 	<p>Madre de la adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas de violencia en el hogar de procedencia • Tipos de violencia experimentado por la madre. • Sus hermanos ejercían violencia entre sí
--	--	---	---

Fuente: elaboración propia.

Investigadoras

MARYSABEL ZELAYA OCHOA. Coordinadora de Investigación, profesora titular II e investigadora de la Maestría en Demografía y Desarrollo. Editora de la revista *Población y Desarrollo: Argonautas y Caminantes*. Doctora en Ciencias Sociales con Orientación en Gestión del Desarrollo por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, máster en Demografía Social, licenciada en Ciencias Sociales de la Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán, con doce años de experiencia en Educación Universitaria. Profesional con fortalezas en metodologías de investigación, procesamiento y análisis de indicadores sociodemográficos y experiencia en temas de educación media y universitaria.

ANA KARENINA CARDONA REYES. Especialista en Difusión, Promoción y Comunicaciones de los posgrados de la Facultad de Ciencias Sociales. Miembro del Comité Técnico de la revista *Población y Desarrollo: Argonautas y Caminantes*. Máster en Cooperación Internacional y Gestión de Proyectos de Desarrollo de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Licenciada en Comunicación y Publicidad con Orientación en Comunicación para el Desarrollo de la Universidad Tecnológica Centroamericana. Especialista en formulación, gestión y evaluación de proyectos de desarrollo, marketing social y comunicación para el cambio de comportamientos. Se ha desempeñado en organismos internacionales, agencias de cooperación internacional y organismos no gubernamentales como la OEA y USAID, en programas y proyectos relacionados con acceso a justicia, derechos humanos, género, educación y salud.

ANA CAROLINA PAZ DELGADO. Asistente técnica de Gestión Estratégica de la Maestría en Demografía y Desarrollo y editora adjunta de la revista *Población y Desarrollo: Argonautas y Caminantes*. Máster en Demografía y Desarrollo de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, máster en Desarrollo Local y Turismo de la Universidad Tecnológica Centroamericana, ingeniera en Desarrollo Socioeconómico y Ambiente de la Escuela Agrícola Panamericana El Zamorano. Profesional con amplio conocimiento en gestión, administración y ejecución de proyectos de desarrollo. Especialista en el diseño y procesamiento de base de datos estadísticos. Además, tiene habilidad para realizar investigaciones enfocadas en desarrollo y facilidad para elaborar perfiles de proyectos sociales y gestionar financieramente nuevos proyectos de investigación enfocados en desarrollo social.


ASTRID ELENA VALLE RIVERA. Especialista en Gestión y Planificación Estratégica del Observatorio Demográfico Universitario. Miembro del Comité Editorial de la revista *Población y Desarrollo: Argonautas y Caminantes*. Maestrante del posgrado de Psicología Clínica de la UNAH. Licenciada en Psicología, con experiencia en el ámbito de la psicología industrial como analista de calidad para una empresa transnacional durante dos años. Psicóloga educativa durante cuatro años en instituciones académicas, con la labor de identificar problemas de aprendizaje, evaluar bajo estándares internacionales y crear programas de adecuaciones curriculares. En el ámbito clínico, brindó atención psicológica a pacientes de la clínica cardiometabólica y hospitalaria del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Lleva ocho años atendiendo como terapeuta en un consultorio privado y dos años de docencia en el departamento de Psicología de la UNAH-VS.

Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Facultad de Ciencias Sociales
Maestría en Demografía y Desarrollo

Vol.
12, 2022

ISSN: 2310-4171

Edificio 1847, 4.º nivel,
Coordinación General de Posgrados
Facultad de Ciencias Sociales, cubículo 13, ext. 100655,
Ciudad Universitaria, Tegucigalpa, MDC, Honduras, Am. Cen.

 2216-5100 ext. 100769

 mae.demografiaydes@unah.edu.hn

 @maedemografiahn

 Maestría en Demografía y Desarrollo

 <https://mdd.unah.edu.hn>