



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA
CARRERA DE ORIENTACIÓN FAMILIAR



“EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN FAMILIAS DISFUNCIONALES”

Monografía Previa a la Obtención del
Título de Licenciada en Orientación Familiar

AUTORA:

Laura Margarita Machuca Camposano
C.I.0103556585

DIRECTOR:

DR. JOSÉ HERIBERTO MONTALVO BERNAL, PHD.

CUENCA-ECUADOR
2015



RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo conocer sobre el embarazo adolescente en familias disfuncionales centrándose principalmente en sus causas y consecuencias, las mismas que afectan al padre y a la madre del bebé por nacer, éstas son también biológicas, psicológicas y sociales la cual puede ser inmediatas y mediatas, se conocerá también las tasas de fecundidad adolescente, los tipos de familias disfuncionales y sus características, información sobre violencia a la mujer como es violencia en el noviazgo y violencia doméstica, y finalmente los aspectos socioeconómicos y familiares contando también con aspectos importantes de prevención a nivel de educación, en las familias, en la mejor atención en salud, y equidad.

Palabras clave: embarazo, adolescencia, disfuncionalidad familiar, ciclo vital, sistema.



ABSTRACT

This study aims to know about teen pregnancy in dysfunctional families focusing mainly on its causes and consequences, affecting the same father, and the mother of the unborn child, these are also biological, psychological and social which can be immediate and mediate, also known adolescent fertility rates, types of dysfunctional families and their characteristics, information on violence to women as dating violence and domestic violence and ultimately socio-economic and family also counting on important aspects of prevention level of education, in families, in the best health care, and equity.

Keywords: pregnancy, adolescence, family dysfunction, life cycle system.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CLAUSULAS	6
DEDICATORIA	8
AGRADECIMIENTOS	9
CAPÍTULO 1	11
1 Situación actual del embarazo adolescente	11
1.1 Determinación de la adolescencia y embarazo adolescente	11
1.2 Tazas de nacimientos en adolescentes en el mundo	12
1.3 Tazas de nacimientos o fecundidad en adolescentes en el continente americano	16
CAPÍTULO 2	20
2.1 Causas del embarazo en la adolescencia	20
2.1.1 Factores predisponentes	20
2.1.2 Factores Determinantes	23
2.2 Disfuncionalidad familiar	25
2.2.1 Tipos de familias disfuncionales	28
2.2.1.1 Familias disfuncionales de adicciones (adictogénicas)	29
2.2.1.2 Familias disfuncionales con desórdenes mentales (psicopatogénicas)	30
2.2.1.3 Familias disfuncionales por abuso (psicotigénicas)	31
2.2.1.4 Familias disfuncionales de irrealidad (neurotigénicas)	32
2.2.2 Características de familias disfuncionales	33
2.2.3 Dinámica de las familias disfuncionales	41
2.3 Comportamiento sexual adolescente	43
2.4 Falta de información sobre métodos anticonceptivos	46
2.5 Diferencia de edades en las relaciones sexuales	51
2.6 Abusos sexuales	52
2.7 Violencia sobre la mujer	54
2.7.1 Violencia durante el noviazgo	54
2.7.2 Violencia doméstica	55



2.8 Factores socioeconómicos.....	61
2.9 Aspectos socio familiares.....	62
2.9.1 Contexto socio familiar	62
2.9.2 Funciones de la familia	66
CAPÍTULO 3	69
3.1 Consecuencias del embarazo en adolescentes.....	69
3.2 Consecuencias para la madre y el padre adolescente	69
3.3 Consecuencias biológicas, psicológicas y sociales.....	73
3.4 Consecuencias inmediatas y mediatas.....	77
3.5 Consecuencias a largo plazo	82
3.6 Consecuencias para el hijo.....	83
CAPÍTULO 4	84
4 Prevención de los embarazos de adolescentes.....	84
4.1 Educación.....	85
4.2 Familia.....	85
4.3 Equidad.....	86
4.4 Campañas	86
4.5 Mejorar la atención.....	87
5. CONCLUSIONES	88
6. RECOMENDACIONES.....	89
7. BIBLIOGRAFÍA.....	90
8. ANEXOS.....	94
Tabla 1	94
Indicadores de desarrollo mundial.....	94
Anexo 2	113
Tabla 2	113
Nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad .	113
Anexo 3	118
Tabla 3	118
Mortalidad infantil.	118

**CLAUSULAS**

Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo *Laura Margarita Machuca Camposano*, autora de la tesis "El Embarazo Adolescente en Familias Disfuncionales", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Orientación Familiar. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 08 de Octubre del 2015

Laura Margarita Machuca Camposano

C.I: 0103556585



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo Laura Margarita Machuca Camposano autora de la monografía "El Embarazo Adolescente en Familias Disfuncionales", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 08 de Octubre del 2015

Laura Margarita Machuca Camposano

C.I: 0103556585



DEDICATORIA

A mis padres Franco Machuca y Bélgica Camposano por darme una buena educación y enseñarme que todas las cosas hay que valorarlas, trabajarlas y luchar para lograr los objetivos de la vida. A mis abuelitos Germán Camposano y Cristina Morales por todo el amor y ternura que me han brindado a lo largo de mi vida y enseñarme que la inteligencia es la fuente de una mujer próspera y que estudiar es un valor incalculable de la vida. A mis hermanos David Machuca y Cristina Machuca por estar en buenos y malos momentos de mi vida. A mi prima Lourdes Ulloa que aunque no esté presente físicamente conmigo, ha sido mi medio de inspiración en toda mi carrera. Y por último pero no menos importante a mi tía Lourdes Camposano por enseñarme que con dedicación, esfuerzo y perseverancia se puede conseguir todo en la vida.



AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios, por ser quien medio la vida y me ha acompañado durante mis estudios, dándome inteligencia y salud. A mis padres, quienes me han brindado su apoyo. A mi hermana Cristina Machuca quien me ayudó y motivó en la elaboración de esta monografía. Al docente Dr. José Montalvo, mi tutor académico, por su asesoría y colaboración en la elaboración de esta monografía. Al docente Máster Manuel Quezada por su tiempo y conocimientos impartidos. Y a mi novio Oscar Murillo, por su amor, apoyo incondicional y ayuda durante este proceso.



INTRODUCCIÓN

El primer grupo humano al que pertenecemos es la familia, célula fundamental de la sociedad. **Según la *Declaración Universal de los Derechos Humanos***, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Partiendo de este breve concepto podemos decir que la familia es lugar perfecto para el óptimo desarrollo del individuo a nivel biológico, psicológico y social. El mismo que si no alcanza una estabilidad a nivel general entre sus miembros pasará de ser un ambiente óptimo y nutritivo a un hogar disfuncional.

Siendo de esta manera la disfuncionalidad familiar hoy en día una realidad social muy tangible provocada por diversos factores de orden externo o interno los mismo que generan inestabilidad dentro del sistema familiar como es la falta de límites, fronteras, roles y jerarquías bien establecidas afectando así la comunicación entre padres e hijos desencadenando una serie de problemas que afectan directamente al desarrollo integral de los individuos como es el embarazo adolescente.

Por lo cual en la presente monografía se realiza una investigación con la finalidad de identificar causas y consecuencias del embarazo adolescente en los hogares disfuncionales lo que servirá como apoyo para adolescentes, familias y la sociedad en general facilitando la clara identificación del mismo, lo que les permitirá buscar apoyo para enfrentar, superar el problema y de esta manera ser promotores efectivos de prevención y solución de dicho problema, poniendo a disposición de la lectora la información expuesta a continuación.



CAPÍTULO 1

1 Situación actual del embarazo adolescente

1.1 Determinación de la adolescencia y embarazo adolescente

La menarquía es la fecha del primer episodio de sangrado menstrual, o primera regla de la mujer o el comienzo de su capacidad reproductiva el mismo que está condicionado por factores genéticos, ambientales y nutricionales. El comienzo de la menstruación se produce entre los 10 y los 16 años de edad como norma general.

En los hombres también tienen una fecha de comienzo similar al de las niñas y se llama espermarquía siendo este el primer signo clínico de que se ha iniciado el ciclo reproductivo masculino. Esto se presenta entre 12 y 13 años y medio. Sobre los 12 años empieza el desarrollo de los conductos seminíferos que se ensanchan y la espermatogénesis se hace evidente con la emisión de semen cuando se presenta la primera eyaculación o con presencia de espermatozoides en la orina.

Tanto la menarquía como la espermarquía es el principal marcador psicológico de la transición de la infancia a la edad adulta. Su impacto depende en gran parte de la educación que reciban tanto las chicas como los chicos por parte de su familia y a nivel escolar. (Línea y salud, 2014: 2)

El promedio de edad en que las chicas y chicos adolescentes empiezan su vida sexual activa ha disminuido y continúa haciéndolo, el mismo que permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos, sociales y culturales, sino también en gran medida familiares.

Las tasas de adolescentes embarazadas aumentan cada día más sin medida alguna, a pesar de que existan y estén a la disposición métodos anticonceptivos



tanto para el hombre como para la mujer. Al hablar de embarazo adolescente no solo se debe pensar en la joven que queda embarazada sino también en el padre de ese bebé ya que la adolescente además de encontrarse en la misma situación que cualquier otra mujer embarazada y el adolescente en la misma situación de cualquier futuro padre deben enfrentarse a una mayor desprotección, mayores preocupaciones sobre la salud de la madre y de su bebé, su situación socioeconómica y por último pero no menos importante el ámbito familiar el cual es uno de los más importantes ya que si no reciben apoyo de éste, los menores entran en un nivel de desesperación desde el momento mismo que se enteran de dicha noticia, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social a la adolescente embarazada a veces por falta de información.

De esta manera un embarazo adolescente siempre será más conflictivo si no existe la comunicación, confianza y apoyo necesario por parte del ámbito familiar de ambos adolescentes.

1.2 Tazas de nacimientos en adolescentes en el mundo

Las cifras en los distintos países del mundo varían desde las máximas de *Níger* y *Congo* (con más de 200 embarazos por cada 1000 mujeres adolescentes) a tasas de 1 a 3 por 1000 en *Corea del Norte*, *Corea del Sur* y *Japón*.

Es reseñable que entre los países desarrollados de la *OCDE*, *Estados Unidos* y *Reino Unido* tienen el nivel más alto de embarazos en adolescentes, mientras que *Japón* y *Corea del Sur* tienen los más bajos.

Según la organización *Save the Children* cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90 %



(11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10 % (1,3 millones). (Banco mundial, 2014: 2)

Se debe tomar en cuenta que este problema se da más en las zonas rurales que en las urbanas ya sea porque existe menos información o menor accesibilidad a métodos anticonceptivos. Las adolescentes en este periodo deben luchar con las complicaciones que conlleva un parto normal o cesárea ya sea a nivel urbano o rural este es uno de los principales factores que promueve la mortalidad materna y del bebé, especialmente en las zonas *rurales*, donde la tasa es mucho mayor que en el *medio urbano*.

La tasa de matrimonios y embarazos en adolescentes o precoces ha disminuido considerablemente en países como *Indonesia* y *Argentina*, aunque sigue siendo alta. En las naciones industrializadas de *Asia*, como *Corea del Sur* y *Singapur*, las tasas de nacimientos en adolescentes se encuentran entre los más bajos del mundo. (Banco mundial, 2014)

Había más de 7000 millones de personas en el planeta en 2013. Si bien esta es la cifra más alta de la historia, la tasa de crecimiento de la población ha ido disminuyendo de manera constante, en parte debido a la reducción de las tasas de fecundidad.

En 1960, las mujeres de todo el mundo tenían un promedio de cinco hijos; desde entonces, la tasa se ha reducido a la mitad, y las mujeres tuvieron un promedio de 2,5 hijos en todas las regiones en 2012.

La TFR está bajando en todo el mundo, pero en distintos grados dependiendo de las regiones y países. Por ejemplo, África al sur del Sahara ha tenido una disminución más lenta de estas tasas que otras regiones. (Banco mundial, 2014:3)



Para mayor información sobre lo ya mentado en anexo 1 se mostrara la tabla 1 en la cual encontraremos los indicadores de desarrollo mundial de la salud reproductiva

Además debemos tomar en cuenta datos importantes sobre los nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad como los siguientes

- Níger ocupó el primer lugar de la tasa de fecundidad adolescente en nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 19 años de edad entre los países calientes en 2005.
- República Democrática del Congo ocupa el primer lugar de la tasa de fecundidad adolescente en nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 19 años de edad entre los países cristianos en 2005.
- Uganda ocupó el primer lugar de la tasa de fecundidad adolescente en nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 19 años de edad entre ex colonias británicas en 2005.
- Chile ocupó el primer lugar de la tasa de fecundidad adolescente en nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 19 años de edad entre los países de altos ingresos de la OCDE en 2005.
- Bulgaria ocupa el primer lugar de la tasa de fecundidad adolescente en nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 19 años de edad entre Europa en 2005.
- Corea del Norte ha clasificado para la última tasa de fecundidad adolescente en nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 19 años de edad desde 1997.



- Venezuela ocupó el primer lugar de la tasa de fecundidad adolescente en nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 19 años de edad entre los mercados emergentes en 2005
- Nepal ocupa el primer lugar de la tasa de fecundidad adolescente en nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 19 años de edad entre los países fríos en 2005.
- Malí ocupa el segundo lugar de la tasa de fecundidad adolescente en nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 19 años de edad entre los países musulmanes en 2005
- Estados Unidos ocupa el primer lugar de la tasa de fecundidad adolescente en nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 19 años de edad entre los Grupo de los 7 países (G7) grupo informal de países del mundo cuyo peso político, económico y militar es tenido aún por relevante a escala global.), en 2005.
- Malawi ocupó el primer lugar de la tasa de fecundidad adolescente en nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 19 años de edad entre los países muy endeudados en 2005.(Nation Master,2003:2)

Para mayor información en anexo 2 se mostrara la tabla 2 en la cual encontraremos los nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad

También podemos encontrar algunos datos importantes sobre la tasa de mortalidad infantil como son.

- Angola ocupa el primer lugar de la tasa de mortalidad infantil> total entre los países calientes en 2011.
- Afganistán ocupa el primer lugar de la tasa de mortalidad infantil> total entre los países musulmanes en 2011.



- Somalia ocupó el primer lugar de la tasa de mortalidad infantil> total entre ex colonias británicas en 2011.
- Azerbaiyán ocupa el primer lugar de la tasa de mortalidad infantil> total entre Europa en 2011.
- República Centroafricana ocupa el segundo lugar de la tasa de mortalidad infantil> total entre los países cristianos en 2011.
- Chile ocupó el primer lugar de la tasa de mortalidad infantil> total entre los países de altos ingresos de la OCDE en 2011.
- Nepal ocupa el primer lugar de la tasa de mortalidad infantil> total entre los países fríos en 2011.
- Laos ocupó el primer lugar de la tasa de mortalidad infantil> total entre el Este de Asia y el Pacífico en 2011.
- Malawi ocupó el primer lugar de la tasa de mortalidad infantil> total entre los países muy endeudados en 2011.
- Guinea Ecuatorial ocupa el primer lugar de la tasa de mortalidad infantil> total entre los países católicos en 2011.

Para mayor información en anexo 3 se mostrara la tabla 3 en la cual encontraremos la tasa de mortalidad infantil. (Nation Máster. 2003:2)

1.3 Tazas de nacimientos o fecundidad en adolescentes en el continente americano

En la tabla se indican las tasas de nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años de edad en países americanos en los años 1997, 2002, 2005 y 2011. Los mismos que se dan por diversos factores lo que conlleva a que tanto la madre como el padre adolescente alteren su desarrollo pues se interrumpe su proyecto de vida,



sus estudios, esto le impulsa a trabajar y tomar nuevas responsabilidades a las cuales no estaba acostumbrado ni emocionalmente preparado.

Para ello se incluyen, como indicador global y marco de referencia, los datos de los dos países con tasas más extremas, Níger y Corea del Norte, quienes tienen el mayor y menor porcentaje de nacimientos en adolescentes del mundo así como los datos, por su proximidad cultural, de España y Portugal.

Tabla 4

Tazas de nacimientos o fecundidad en adolescentes en el continente americano

País	Taza de nacimientos 1997	Taza de nacimientos 2002	Taza de Nacimientos 2005	Taza de nacimientos 2011
Níger (África)	290	270	257	206
Nicaragua	143,7	124,8	117,7	103
República Dominicana	96,9	93,2	90,6	101
Guatemala	106	103	101	99
Honduras	114,6	102,5	99,8	86
Venezuela	94,1	92,1	90,78	85
Brasil	76	74	72	74
Panamá	93,2	89	85,16	80
Ecuador	85,4	84,5	83,48	78
El Salvador	95,2	87,1	83,4	77
Belice	102,1	87	80,2	73
Bolivia	86,9	84,4	80,6	73
Jamaica	93,4	82,1	77,5	72
Colombia	87,6	79,5	75,4	70
Paraguay	76	68,3	63,3	68
Costa Rica	86,9	77,5	73,8	62
Guyana	76,7	66,7	60,7	63
Uruguay	70,1	69,6	69,23	59
Chile	66,9	61,6	60,4	56
Perú	82,6	54,6	52,7	52
Argentina	69,8	60,7	58,4	55
Puerto Rico	75,9	61,5	53,5	48
Cuba	65,4	49,7	50,06	44
Haití	70,1	64,1	60,62	43



Estados Unidos	52,72	51,33	49,83	33
Canadá	20,11	15,04	13,23	14
Portugal (Europa)	20,5	20,4	18,1	13
España (Europa)	7,82	9,76	9,08	11
Corea del Norte (Asia)	1,6	1,56	1,53	1

(Tazas de nacimientos o fecundidad en el continente Americano, The World Bank.org, Adolescent fertility rate.org, NationMaster.com, 2014).

Para especificar más sobre las tasas de embarazo adolescente en nuestro país y nuestra ciudad el (Instituto Nacional de estadísticas y censos [INEC], 2010: 1), ofrece la siguiente información del año 2010.

La población de mujeres de 12 a 19 años con al menos un hijo nacido vivo a nivel nacional nos da una tasa de 107.20 por cada 1000 y en la ciudad de Cuenca es de 67.38 por cada 1000.

De acuerdo al estado civil o conyugal de la población de mujeres con al menos un hijo nacido vivo tenemos las siguientes:

- Casada 19.272
- Unida 68.259
- Separada 9.250
- Divorciada 215
- Viuda 572
- Soltera 24.733
- El cual nos da un total de 122.301 casos a nivel nacional



En nivel de Instrucción al que asiste o asistió la población de mujeres con al menos un hijo nacido vivo encontramos los siguientes porcentajes. Centro de alfabetización (EBA) 0,3 %, Preescolar 0,5 %, Primario 34,1 %, Secundario 56,7 %, Ciclo Postbachillerato 0,8 %, Superior 3,7 %, Se ignora 1,3 %, y Ninguno 2,4 %.

En el ámbito económico tenemos un 75.2% de la población económicamente inactiva y un 24,8% de población económicamente activa lo que da un tasa de 5.094 mujeres embarazadas desocupadas y un 25,223 ocupadas siendo sus principales grupos de ocupación los siguientes; Comerciantes de tiendas, limpiadoras y asistentes domésticas, peones de explotaciones agrícolas, calificados de cultivos extensivos y ayudantes de cocina.

Y finalmente de acuerdo al INEC (2010). Los niños nacidos vivos e inscritos en el 2010 de madres adolescentes con un peso menor a 2.500 g es de 3.573 niños que equivale 8.0%, con un peso igual o mayor a 2.500 g es de 34.396 niños que da un 77.4%, además de 6.498 niños de los cuales no se ha obtenido información de su registro nos da un 14,6% resultando así un total de 44.431 niños.



CAPÍTULO 2

2.1 Causas del embarazo en la adolescencia

El embarazo en adolescentes o embarazo precoz está considerado como un fenómeno causado por una serie de factores, afectando a todos los estratos sociales los mismos que pueden y no tener las mismas características, por lo que se debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
2. Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse. (Castillo, 2014: 5)

Es por ello que el cuidado y orientación se provee principalmente desde el sistema familiar en la cual se desarrolla el o la adolescente ya que los padres deben entender que son ellos quienes forman a sus hijos y que las instituciones educativas únicamente informan todo cuanto esté a su alcance.

2.1.1 Factores predisponentes

1. **Menarquía temprana.** (Castillo, 2014: 5) como se mencionó al inicio la menarquía es el comienzo de la capacidad reproductiva de una mujer la cual le permite desde ese momento hacia adelante ser madre, de esta manera las adolescentes no miden las consecuencias y no tienen precaución.



2. **Inicio precoz de relaciones sexuales.** (Castillo, 2014: 5) por las mismas razones que son adolescentes empiezan a experimentar sensaciones y emociones distintas a las de su infancia las cuales influyen que se inicie su vida sexual cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. **Familia disfuncional.** (Castillo, 2014: 5) siendo la familia el núcleo de la sociedad y el lugar donde se desarrolla cada individuo, el divorcios, el maltrato físico, psicológico o sexual, las adicciones, la falta de comunicación entre los miembros del sistema familiar es una de las principales razones que de alguna manera promueve a que el o la adolescente busque un sentido de pertenencia en otro lugar o con otras personas.

“Las mismas generan carencias afectivas que la o el joven no saben resolver, impulsándolos a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.”(Castillo, 2014: 6)
4. **Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola.**(Castillo, 2014: 6) De una u otra manera el apoyo constitucional que ahora existe ante la maternidad adolescente o precoz estimula a que las adolescentes ya no tengan miedo ni sientan tanto desamparo para ellas si quedaran embarazadas por la misma razón actúan con menos conciencia sobre su actuar.
5. **Bajo nivel educativo.** (Castillo, 2014: 6) sin centrarnos en ningún nivel sociocultural cuando una persona tiene presente un proyecto de vida que lo motiva a alcanzar un determinado nivel educativo y posponer de esta manera la maternidad para su etapa adulta, es más probable que la adolescente o



joven sepa prevenir de una mejor manera, aun teniendo relaciones sexuales, un embarazo precoz.

- 6. Migraciones recientes.** (Castillo, 2014: 6) con esta se pierde en gran magnitud el vínculo familiar ya que por lo general son los padres quienes abandonan el hogar para emigrar a otras ciudades o países para dar un mejor futuro a sus hijos según sus propias expectativas, pero estas no siempre son así ya que con su ausencia sus hijos quedan al cuidado de abuelos, tíos, o conocidos los mismos que no siempre brindaran el cuidado y atención necesarias a dichos infantes u adolescentes.

“Ocurre también con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.”(Castillo, 2014:6). El cual también es un motivo para que los jóvenes actúen sin conciencia alguna sobre sus actos.

- 7. Pensamientos mágicos.** (Castillo, 2014: 6) estos son propios de esta etapa de la vida, ya que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean o por que se manejan mediante el método del ritmo del ciclo menstrual que no siempre es confiable.

- 8. Fantasías de esterilidad.** (Castillo, 2014: 6) cuando los adolescentes *“comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.”* (Castillo, 2014: 6) De esta manera no toman las precauciones necesarias antes y no son conscientes de que una actividad sexual sin protección no solo puede conllevaran embarazo si no también infecciones de transmisión sexual como el VIH sida, gonorrea, sífilis, etc. Las cuales si no reciben la correcta atención pueden ser letales.



9. Falta o distorsión de la información. Esto “es común que entre adolescentes circulen *"mitos"* como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, cuando se es más grande, cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa.”. (Castillo, 2014: 6) o cuando su pareja sexual termina su eyaculación adentro, etc.

10. Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: “cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes”. (Castillo, 2014: 6) o ya sea que fuese adulta, esto se da por distintos prejuicios los cuales pueden ser culturales o transgeneracionales como por ejemplo que se debe llegar virgen al matrimonio.

Esto “muchas veces provoca que los jóvenes la tengan por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.”. (Castillo, 2014: 6)

11. Aumento en número de adolescentes. (Castillo, 2014: 6) alcanzando el 50% de la población femenina.

12. Factores socioculturales. Castillo, 2014: 6) mediante el gran impacto que hoy en día tiene lo social ya sea por medio de la televisión, radio, etc. “la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos”. (Castillo, 2014: 6) ha causado que los adolescentes no tomen conciencia de lo importante que es tener precaución cuando se inicia una vida sexual activa.

2.1.2 Factores Determinantes

1. Relaciones sin anticoncepción: (Castillo, 2014: 7) pues es la principal causa para que se produzca un embarazo adolescente.



2. **Abuso sexual:** (Castillo, 2014: 7) este es un factor que se puede manejar ya que el abuso sexual es definido como cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento de una persona, este puede producirse entre adultos, de un adulto a un niño o incluso entre menores.
3. **Violación:** (Castillo, 2014: 7) La violación es un *delito* que consiste en una agresión de tipo sexual que se produce cuando una persona agrede sexualmente a otra, mediante el empleo de violencias físicas o psicológicas o por el uso de mecanismos que anulen el consentimiento de las víctimas. También se habla de violación cuando la víctima no puede dar su *consentimiento*, como lo es en casos de incapaces mentales, menores de edad, o personas que se encuentran en estado de *inconsciencia* convirtiéndose esta es una crisis circunstancial que no puede ser prevista, acto por el cual se puede dar un embarazo no deseado y además provocar un daño psicológico muy grande que a veces puede provocar que la víctima de este hecho tome como única opción el suicidio.

En el Ecuador la violación está sentenciada de la siguiente manera:

Artículo 171.- Violación. Es violación el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o la introducción, por vía vaginal o anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril, a una persona de cualquier sexo. Quien la comete, será sancionado con pena privativa de libertad de diecinueve a veintidós años en cualquiera de los siguientes casos:

1. Cuando la víctima se halle privada de la razón o del sentido, o cuando por enfermedad o por discapacidad no pudiera resistirse.
2. Cuando se use violencia, amenaza o intimidación.



3. Cuando la víctima sea menor de catorce años. Se sancionará con el máximo de la pena prevista en el primer inciso, cuando:

1. La víctima, como consecuencia de la infracción, sufre una lesión física o daño psicológico permanente.
2. La víctima, como consecuencia de la infracción, contrae una enfermedad grave o mortal.
3. La víctima es menor de diez años.

4. La o el agresor es tutora o tutor, representante legal, curadora o curador o cualquier persona del entorno íntimo de la familia o del entorno de la víctima, ministro de culto o profesional de la educación o de la salud o cualquier persona que tenga el deber de custodia sobre la víctima.

5. La o el agresor es ascendiente o descendente o colateral hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.

6. La víctima se encuentre bajo el cuidado de la o el agresor por cualquier motivo.

En todos los casos, si se produce la muerte de la víctima se sancionará con pena privativa de libertad de veintidós a veintiséis años (COIP, 2014: 29).

2.2 Disfuncionalidad familiar

Primero debemos tener una definición clara de lo que es la funcionalidad familiar para luego poder entender de una mejor manera lo que es la disfuncionalidad familiar.

La funcionalidad hace referencia a aquellas familias que tienen los límites claros; esto se manifiesta cuando cada integrante cumple con las normas y reglas establecidas.



La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, creemos necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad.

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia

El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar.(Herrera, 199:1)

Segundo, en las familias disfuncionales ocurre todo lo contrario: dificultad para resolver conflictos, un resquebrajamiento de normas, límites y se suspende la organización jerárquica.

En realidad es difícil llegar a definir bien la familia disfuncional, al saber que las diferentes ciencias llegarán a definirlo de diferentes formas porque lo ven con diferentes lentes. También se debe considerar la gran diferencia entre las familias disfuncionales.



Como una definición que podemos utilizar para describir familia disfuncional tenemos la siguiente.

Un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con su membrecía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas. (Vargas JC y Vacca R., 1998)

- El patrón que aquí se menciona se trata de que uno o varios de los integrantes de la familia (...) no se adapta a un ambiente de crear buenas relaciones, y que hace daño al grupo familiar y también a los diferentes miembros.
- Cuando dice de manera permanente, esto quiere decir que no es una familia disfuncional sólo porque uno ha estado inestable por un pequeño tiempo, por ejemplo en una crisis, pero se trata de cuando es una conducta constante y que a través del tiempo hace más y más daño a la familia al cual pertenece.
- Uno o varios integrantes muestra que la familia disfuncional varía acerca de cuántos de sus miembros son los que causan la disfuncionalidad. Puede ser por ejemplo por una persona adicta, o los dos padres sin empatía, todos los niños como rebeldes, o también todos los integrantes como violentos.
- Entonces se puede ver que si esta familia al relacionarse con su membrecía, o sea que cuando la familia vive junto con estos problemas que puedan tener, se llega a generar un clima propicio, como un clima de disfuncionalidad dentro de la familia.
- El resultado de este clima de disfuncionalidad es entonces patologías específicas e inespecíficas, en otras palabras que surgen problemas que se pueden identificar pero también problemas que no llegan a la superficie pero que siguen afectando a la familia de forma negativa.



Podemos entonces a través de esta definición identificar la familia disfuncional, y a su vez llegar a tomar en cuenta estos diferentes factores que son parte de la familia disfuncional a nivel psicológico. (Magnus, 2011:4,5)

Wayne presenta características (...) que tiene una familia funcional y que carece una familia disfuncional.

- La capacidad de la familia para resolver problemas
- El clima emocional de la familia
- La capacidad para cambiar el curso del ciclo vital de la familia
- La capacidad para regular la proximidad y la distancia en las relaciones intrafamiliares.
- La formación de fronteras generacionales funcionales (Fernández Moya, 2006)

Por lo tanto una familia disfuncional es aquella que presenta sentimientos de sobreprotección hacia sus hijos, los límites son rígidos y muy débiles, las normas y reglas son confusas y encubiertas o a su vez flexibles, por lo tanto predomina en ellos la incapacidad de resolución de conflictos, ante los demás muestran aparente felicidad y la comunicación no es clara presentando alteraciones. (Pillcorema, 2013: 17,18)

2.2.1 Tipos de familias disfuncionales

A través de estos cuatro ejemplos de familias disfuncionales nos podemos dar cuenta de la diversidad que existe entre ellos. También podemos notar que el rol de patrón, el cual tiene la “conductas desadaptativas e indeterminadas”, no siempre es el papá o la mamá, pero que todas las personas que están dentro de una familia disfuncional llegan con el tiempo a ser afectados por la situación de disfuncionalidad y ser influenciados de alguna manera por tal estado.



Aunque hay varias formas de categorizar las familias disfuncionales veremos ahora cuatro tipos que nos ayuden a ver el panorama de estas familias con disfuncionalidad: (Magnus, 2011,7)

A continuación se da a conocer cada tipo de familia disfuncional y su significado añadiremos un caso, lo cual permitirá un mejor entendimiento de lo mencionado.

2.2.1.1 Familias disfuncionales de adicciones (adictogénicas).

Caso 1 – El adicto Carlos

Carlos tenía solo 11 años la primera vez que llegó a probar alcohol. Después de 3 años había llegado a probar drogas más fuertes, pero era capaz de tenerlo más o menos bajo control.

Cuando Carlos tenía no más que 17 años su enamorada Paola salió embarazada. Aunque ninguno de los dos había terminado colegio, llegaron rápido a tener tres hijos. A través de una situación económica muy difícil, Carlos empezó a usar la droga más frecuente hasta tener serios problemas con la drogadicción, en lo cual toda su familia era afectada. Aún cuando a fue llevado a un clínica de rehabilitación, no mejoró del todo al regresar a casa, pues debido al círculo vicioso de la familia empezó otra vez a consumir droga.

Como hemos visto en el caso de Carlos, hay familias que tienen problemas de adicción. Dentro de este tema se podría ver que es bastante amplio el tipo de adicción que aquí se menciona. Puede ser la adicción de sustancias químicas legales (alcohol, tabaco, medicamentos, azúcares), adicción de sustancias químicas ilegales (cocaína, marihuana), y también otros tipos de adicciones más atípicos



(fornicación, televisión, internet, comida, etc.). El adicto sería en estos casos el patrón con una conducta constante, pero al mismo tiempo la situación afecta a toda la familia. Se puede ver que la adicción del patrón es algo que se vuelve una adicción a toda la familia, por esta razón podemos ver que en el caso de Carlos no era suficiente ir a rehabilitación, porque al regresar a casa la disfuncionalidad de la familia que ya estaba acostumbrada a la adicción de Carlos, no le permitía salir de su adicción de la droga. Dentro de estas familias adictogénicas es también muy probable que lleguen a ser adictos de alguna forma otros miembros de la familia. Esto muestra la necesidad de no solo trabajar con el adicto en una familia, sino con toda la familia para poder salir de los círculos viciosos en los cuales viven.

2.2.1.2 Familias disfuncionales con desórdenes mentales (psicopatogénicas).

Caso 2 – La mamá “loca” de Juan

Juan es un chico de 14 años, y forma parte de una familia muy exitosa. Al ver que el papá de Juan es el líder de una mega empresa, y que viven en una casa grande en la zona más lujosa de la ciudad. Juan es el mayor de los hermanos y tiene 2 hermanas más. Hasta que Juan tenía 10 años la vida era muy buena, pero ese año su mamá empezó a ponerse más histérica que antes. El papá de Juan ni ella misma querían admitir que algo no estaba bien, y hasta hoy en día las cosas siguen empeorando. El papá busca más trabajo para no tener que estar en casa, y la mamá solo les manda a estar con la empleada mientras ella se encierra en su cuarto. Por eso Juan ha tenido que encargarse de sus hermanas al ver que los padres casi nunca están presentes.



El segundo tipo se trata de familias que tienen casos de conductas disruptivas, lo cual se puede ver por ejemplo en antisocialidad, psicopatías y depresiones. En el caso de Juan que tenía una mamá con estos problemas a través de una antisocialidad y quizás depresiones, llegó a afectar a toda la familia. Muchas veces como en este caso, una familia trata de ignorar y cubrir este tipo de problemas al ver que es embarazoso tener que admitir un problema tan grave como este. En muchos casos este tipo de situaciones lleva a un aislamiento de toda la familia de la sociedad, o que también los miembros de la familia tratan de huir del hogar cada vez que sea posible. Otro ejemplo de antisocialidad está en hacer algo que no corresponde con la conducta que se debe tener en la sociedad, por ejemplo lo que se hace en la delincuencia, asesinatos, violaciones, etc.

2.2.1.3 Familias disfuncionales por abuso (psicotigénicas).

Caso 3 – El abuso de María

María tiene ya 15 años casada con Luis. Todavía se acuerda de lo lindo que era casarse con él. Y en especial cuando nacieron sus dos hijos gemelos hace 10 años. Todo estaba bien en el comienzo, pero después de un tiempo cuando el pasado de Luis volvió a su vida cambiaron las cosas. Él provenía de una familia donde había sufrido diferentes tipos de abusos y aunque él mismo decía que María era el problema y que ella ya no le respetaba como antes. María llegó a tener mucho miedo, y con razón. Porque cuando Luis se ponía enojado por algo, toda la culpa, según él, lo tenía ella, y el castigo eran normalmente muchas palabras dolorosas, y



de vez en cuando también los golpes. Lo que más solía decir era que: «Parece que tú no me quieres porque no me obedeces...». Cada día María se sentía menos apreciada por su esposo, y al igual no era capaz de mostrar amor a sus hijos, los cuales encontraban más seguridad entre sí que con sus padres.

En estas familias podemos ver que existe algún tipo de abuso, sea sexual, psicológico o físico. Aunque muchos piensan que el abuso solo se hace de forma sexual, la mayor parte de los casos de abuso, son de forma psicológica, por ejemplo de amenazas, manipulación, bajar el autoestima, etc. En los casos de abuso sexual, sea dentro de la misma pareja o en casos de incesto, aun cuando el resto de la familia no tenga este conocimiento, será de todas maneras afectada al ver las consecuencias que el abuso lleva en las personas, sea del abusador o del (o los) abusado(s).

2.2.1.4 Familias disfuncionales de irrealidad (neurotínicas).

Caso 4 – La negación de Anita

Roberto es uno de cuatro hijos en una familia donde los padres se ven muy poco. El papá Rodolfo casi siempre está trabajando, mientras la mamá Anita más se preocupa por la comida y la limpieza de la casa. La familia vive en un pueblo joven donde hay muchas pandillas, en las cuales Roberto y otro hermano se han metido. Anita siempre recibe comentarios de sus vecinos de que debe cuidar mejor a sus hijos que están andando en malos caminos, pero ella siempre lo niega y dice que sus hijos nunca se meterían en una pandilla. Incluso cuando Roberto un día viene



con un disparo en su pierna, Anita no quiere entender la realidad, y solo lo considera un accidente y que su hijo como siempre es el inocente. Al ver que los padres nunca enfrentan el problema que Roberto tiene de meterse en pandillas, él mismo tampoco entiende la seriedad de esta actividad, hasta el día en que todos sus hermanos estén en el mismo camino, y que quizás sea muy tarde para cambiar.

En estas familias hay un comportamiento neurótico de parte de algunos miembros de la familia. El ser un neurótico se trata de que aunque no se niega la realidad, simplemente no quiere saber nada de ella. Dentro de esta neurosis podemos encontrar la histeria, las neurosis de angustia, las neurosis obsesivas, y las fóbicas. Como vimos en el caso de Anita y su familia, ella seguro que sospecha que sus hijos están en malos caminos, pero no lo quiere tomar en cuenta, y así el problema sigue aumentando sin ser tratado y enfrentado. (Magnus, 2011: 7,8)

2.2.2 Características de familias disfuncionales

Como ya mencionamos anteriormente las familias disfuncionales son muy distintas, y están dentro de diferentes problemas como: negación, problemas psicológicos, abuso y adicción.

También hemos visto que cualquier familia disfuncional puede tener ciertas características presentes en su ambiente familiar de esta manera veremos ahora con más profundidad, algunas de las características más notorias en familias disfuncionales.



1. **Relación disfuncional entre padre y madre.** Desde perspectivas religiosas, psicológicas y obviamente biológicas surge la relación entre padre y madre como algo crucial para el surgimiento de una familia.

La base de una familia será siempre la unión de dos personas, los cuales puedan tener hijos y criarlos, aunque últimamente se conoce alternativas: concubinas, parejas homosexuales, o personas que quieren hijos pero no una pareja; éstos son ejemplos de que se piensa que es innecesario tener esta relación entre padre y madre para tener una familia.

Aunque haya diferentes interpretaciones, veremos aquí la definición de familia como la relación entre una mujer y un hombre que se unen y que en muchos casos lleguen a tener hijos también. Esta relación entre el hombre/padre y la mujer/madre es fundamental para cualquier familia. Si los padres están bien, es mucho más probable que los hijos también estén bien, y al contrario si los padres no tienen una buena relación, es obvio que sería difícil para los hijos estar bien.

Si las relaciones no están bien, la atmósfera funcional será muy pobre. En cualquier momento que exista cambios en este modelo ningún miembro de la familia sabrá como afrontarlo, por ejemplo si la relación entre padre y madre no es igual, o si uno de los hijos llega a tomar el puesto de los padres, o si hay una ruptura entre la relación entre los hijos y los padres. Cualquier problema que tengan los padres, será algo que afecte a los niños, por eso una de las características fundamentales dentro de las familias disfuncionales la encontramos en los hogares donde no hay una buena relación entre padre y madre.

2. **Machismo.** En el ambiente latinoamericano encontramos un factor que muchas veces llega a influenciar a la familia, conocido como el machismo.



El machismo, conocido también como androcentrismo (el varón como centro), supone una actitud de menoscabo, desprecio y discriminación hacia la mujer. Ideológicamente sostiene que el varón es superior y la mujer debe estar unilateralmente sometida al mundo masculino.

No hay base sostenible para dicha idea; por lo tanto, se trata de una construcción cultural. Hemos visto en la primera característica que hay una gran necesidad de un respeto mutuo entre los padres, pero muy al contrario no existe este respeto en el machismo, y se trata más de un sometimiento el uno al otro, y la mujer como inferior al hombre. Algunas de las creencias que existen en el machismo es que el hombre tiene poder de decisión y elección, él es quien manda y ordena, y tiene un concepto de conquistar a la mujer, o también a las mujeres.

Dentro del machismo la mujer debe servir a su hombre, y aunque la conducta del hombre no sea correcta, la mujer no lo debe criticar. En casos de crítica el hombre machista se puede ver obligado a exigir respeto de la mujer a través de las palabras fuertes o por violencia. En cuanto a sus hijos el machista no asume el rol como un padre de cariño y guía en la educación. Estos son tareas para la mujer, y el hombre machista sólo se enfoca en hacer a su hijo un hombre a través de conocer la vida sexual, como conquistar y controlar a las mujeres, y enseñarle a trabajar duro.

El hombre machista tiene muy poco contacto con sus emociones, y se siente incómodo cuando otras personas compartes sus emociones también. Su respuesta a las emociones es muchas veces que se pone más duro, justo por el ideal del machismo, pero más por su propia experiencia de haber sido creado como un machista que no debe llorar ni mostrar su debilidad.



En las familias disfuncionales el hombre machista llega a tomar un rol bastante dañino para la familia. Es incapaz de mostrar el respeto necesario hacia su pareja, tiene un concepto de fidelidad de la mujer hacia él, pero no de él hacia ella, y no asume la responsabilidad junto con la madre de criar a sus niños. En el ambiente machista también la mujer se hace parte de un hogar desequilibrado, por ejemplo aceptando la conducta machista, el sometimiento, no llegar a enfrentar la violencia física y psicológica que sucede hacia ella misma y a sus hijos.

Existe un gran acuerdo en la literatura peruana que la creencia que más influye en la violencia familiar es el machismo. Es decir, comúnmente se piensa que el origen de la violencia familiar está en el machismo y por lo tanto es un “problema” del hombre latino, y se trata de una creencia ampliamente extendida y arraigada en las culturas, quizá todas las culturas de América del Sur.

3. **Violencia.** Son innumerables las formas de la violencia familiar. Puede pensarse en violencia hacia los mayores, entre cónyuges, hacia los niños, las mujeres, los hombres, los discapacitados, etc. Además siempre es difícil precisar un esquema típico familiar, debido a que la violencia puede ser física o emocional, y ocurre en todas las clases sociales, culturas y edades, pero en la mayoría de veces se trata de los adultos hacia una o varios individuos.

Mayormente los que maltratan suelen ocupar un lugar de mayor poder hacia quienes son maltratados dentro de la familia, entonces los más vulnerables son los que sufren el maltrato.

Algunos estudios muestran claramente que las mujeres son las más maltratadas, y que después vienen los niños.



Hay diferentes formas de violencia, en las cuales el abuso físico es el más conocido, pero se debe tomar en cuenta que con más frecuencia la violencia o el maltrato emocional es el más usado. Este tipo de maltrato se puede ver con en el rechazo (abandonar), aterrorizar (amenazas), ignorar (falta de disponibilidad), aislar al menor (no permitir relaciones sociales), y someter al niño a un medio donde prevalece la corrupción (impedir actos de conducta antisocial, por ejemplo al tomar parte en un robo).

A la vez debemos tomar en cuenta el maltrato de negligencia, en donde se priva al niño de los cuidados básicos, aun teniendo los medios se posterga o descuida la atención de la salud, educación, alimentación, protección etc.

4. **Adicciones** Dentro de cualquier clase social podemos notar que la adicción es un problema grande, así como lo hemos visto en el tipo de familias disfuncionales y en parte de las familias adictogénicas.

Las adicciones pueden ser de varios tipos, pero normalmente el alcoholismo es una de las adicciones más frecuentes. Sin embargo, hay varios tipos de adicciones que son capaces de llevar una familia hacia la disfuncionalidad.

Aunque la adicción empieza normalmente con una persona en la familia, con el tiempo toda la familia es afectada por el problema. En la mayoría de los casos de adicciones, la familia trata de tener el problema en secreto y suele ser un largo proceso hasta que entiendan y admitan que la adicción se ha vuelto un problema para toda la familia.

Constantemente se ve que el adicto esconde su adicción, pero que las consecuencias de su vida como adicto llega a tener secuelas para la familia de otras



formas, como al tener múltiples secretos, descuidar la relación con el resto, síntomas de estrés y depresión, etc.

5. **Falta de seguridad.** Una de las características más generales para las familias disfuncionales es la falta de seguridad. Sea un abusado o un abusador, un violento y uno que recibe el maltrato, sea una persona depresiva o uno que vive con el depresivo, todos estos ambientes llegan a crear una falta de seguridad en el hogar.

En la crianza un buen fundamento para una niñez es la seguridad, al igual que para una pareja la seguridad es importante también. Con la seguridad viene la confianza, y la edificación de buenas relaciones entre los diferentes individuos de la familia.

La falta de seguridad lleva entonces a que cada uno de los individuos de una familia tenga falta de confianza, y de este modo se corrompe la necesaria confianza en las relaciones entre ellos y también para poder crear una sana identidad y personalidad en cada uno.

6. **El círculo vicioso de las generaciones.** Se puede ver que de una familia disfuncional surgen nuevas familias disfuncionales. Como ejemplo en el caso de padres adictos, es muy probable que algunos de sus hijos también lleguen a ser adictos, y transmiten el mismo problema de su crianza a la propia familia que están por edificar.

En el caso de violencia se puede ver que la mayoría de los maltratados se vuelven personas que maltratan cuando crean su propia familia. Parte de este círculo vicioso tiene una respuesta genética, en la que una adicción alcohólica puede ser un problema de herencia más que ambiental.



Se debe considerar que las personas de familias disfuncionales tienen estos defectos de su niñez como parte de su identidad. Como ejemplo se puede ver que el maltratado tiene el maltrato como parte de su identidad. Cuando empieza su propia familia, será muy probable que al haber tomado el rol del poderoso en una familia, llegue a volverse una persona que maltrata, especialmente si no ha podido enfrentar y discernir el maltrato que ha sufrido y de esta forma sacarlo de su identidad.

- 7. Negación.** Muy pocas familias disfuncionales llegan a admitir su problema en los primeros pasos hacia la disfuncionalidad. Cualquier persona que entra en la tarea de edificar junto con otra persona una nueva familia, quiere ser capaz de hacerlo sin la ayuda de otros.

Pero en la mayoría de los casos se les hace difícil desarrollar un ambiente sano para una familia. El resultado es que no tienen con quien tratar los problemas familiares, y cuando surgen deseos desde afuera de ayudar o apoyar, se niega la necesidad de recibir ayuda. Lamentablemente esta negación sigue normalmente hasta que el problema se vuelve tan grande que toda la familia es afectada y suele ser difícil resolverlo.

El asunto es, que cuando se niegan los problemas, los mismos nunca se resuelven. De esta forma se niegan a sus miembros las libertades que deben tener para estar en un ambiente sano.

- 8. Otras características.** Cada uno de estos cuatro modelos tiene sus propias reglas que manejan el hogar.

Los miembros de este tipo de familias tienen normalmente una comunicación paterna pobre, baja autoestima, y falta de identidad.



Es así que sus miembros actuarán la mayor parte del tiempo de manera destructiva para ellos mismos y sus familiares.

En hogares disfuncionales se verá varias de estas características presentes:

- Secretos en la familia
- Incapaces de identificar y expresar emociones.
- Perfeccionismo
- Incapaces de jugar, sentir diversión y ser espontáneo
- No hay respeto a los individuos de la familia
- Una tolerancia alta de la conducta inapropiada
- Tener identidades de individuos que se superponen con otros. El grado de disfunción depende de cuántas de estas características hayan entre los miembros de la familia
- Sienten soledad, aún cuando están en una multitud
- Necesitan la aprobación de otros. Tratan de agradar a la gente
- Son inconscientes en su conducta
- La rigidez a través de reglas que no admiten posibilidad de cambio y que se establecen arbitrariamente para todos los miembros de la familia, exceptuando probablemente al que las impuso. Una de las consecuencias de la rigidez es la rebeldía fuerte.
- Tienen la necesidad de controlar o ser controlados



- Hay sobreprotección, lo cual no permite que los miembros de la familia se edifiquen
- Tienen una vida personal rígida y estructurada
- Tienen miedo de fracasar

Los niños de familias disfuncionales tienen más que otros una baja autoestima, y son más propensos a ser emocionalmente inestables, tener depresiones y ansiedad, tener anorexia y bulimia, adicciones de alcohol y químicas, y es más probable que traten de cometer suicidio. (Magnus, 2011: 8,13)

2.2.3 Dinámica de las familias disfuncionales

Es importante entender lo que todas las familias disfuncionales tienen en común es la incapacidad de discutir problemas de raíz. Quizás hay otros problemas que si se discuten, a menudo hasta el punto de saturación, pero con frecuencia esto encubren los secretos –la incapacidad de hablar sobre los problemas-, más que la severidad de los mismos, los que define el grado de disfuncionalidad que adquiere una familia ya la gravedad del daño provocado a sus miembros.

Por lo tanto, es aquella en que los miembros juegan papeles rígidos y en la cual la comunicación está severamente restringida a las declaraciones que se adecuan a esos roles. Los miembros no tienen libertad para expresar todo un espectro de experiencias, deseos, necesidades y sentimientos, sino que deben limitarse a jugar el papel que se adapte al de los demás miembros de la familia. En todas las familias hay papeles, pero a medida que cambian las circunstancias, los miembros también deben cambiar y adaptarse para que la familia siga siendo saludable. De esa manera, la clase de atención materna que necesita una criatura



de un año será sumamente inadecuada para un adolescente de trece años, y el papel materno debe alterarse para acomodarse a la realidad. En las familias disfuncionales, los aspectos principales de la realidad se niegan, y los papeles permanecen rígidos.

Cuando nadie puede hablar sobre lo que afecta a cada miembro de la familia individualmente y a la familia como grupo – es más, cuando tales temas son prohibidos en forma implícita (se cambia el tema) o explícita (“¡Aquí no se habla de esa cosas!”)- aprendemos a no creer en nuestras propias percepciones o sentimientos. Como nuestra familia niega la realidad, nosotros también comenzamos a negarla. Y eso deteriora severamente el desarrollo de nuestras herramientas básicas para vivir la vida y para relacionarnos con la gente y las situaciones. (Norwood, 1986:31)

A continuación mostramos algunos aspectos importantes que ponen en evidencia a una familia disfuncional.

- **El miembro periférico del sistema familiar.** Hace referencia a un miembro del sistema familiar que evade sus responsabilidades dentro del hogar este puede ser un padre o un hijo contra el resto de la familia pero de algún modo unidos. Padre versus madre (peleas frecuentes entre los adultos, casados, divorciados o separados, sin atención a los niños).
- **La familia polarizada.** Surge cuando entre el sistema parental o filial tienen un conflicto y el sistema familiar se divide, y los miembros se ubican en el polo al que se sientan a gusto o estén de acuerdo.
- **Los padres versus los niños o adolescentes.** Esto se da en el momento que existe un choque cultural, pues los padres no aceptan el medio social en



que sus hijos se desenvuelven actualmente y no lo aceptan; de igual manera sucede con los hijos, no aceptan la conducta llena de prejuicios transgeneracionales que sus padres adoptan con ellos.

- **La familia balcanizada.** Quiere decir familia dividida pues en este tipo de familias existe muchas rupturas en donde las alianzas y coaliciones van y vienen de una forma inesperada, existen también triangulaciones las cuales pueden afectar a niños u adolescente en especial, lo cual provoca una confusión y ansiedad emocional en el sistema familiar.

2.3 Comportamiento sexual adolescente

En esta etapa, el medio desempeña un papel de inmensa importancia, tanto que, si se quiere hacer una exposición descriptiva, conviene incluir en el cuadro el interés sostenido de los padres del niño y del grupo familiar más amplio. Buena parte de las dificultades de los adolescentes por las que se solicita la intervención profesional derivan de fallas ambientales y este hecho no hace más que subrayar la importancia vital del medio y del marco familiar para la gran mayoría de los adolescentes quienes, efectivamente, alcanzan la madurez adulta, aunque den a sus padres muchos dolores de cabeza durante dicho proceso.

Una característica de la adolescencia es la brusca alternación entre una independencia desafiante y una dependencia regresiva, e incluso la coexistencia de ambos extremos en un momento dado.

El adolescente es en esencia un ser aislado. Es a partir de ese aislamiento que se inicia un proceso que puede culminar en relaciones entre individuos y eventualmente, en la socialización.



Las experiencias sexuales de los adolescentes más jóvenes están teñidas por este fenómeno de aislamiento, y también por el hecho de que aquellos no saben aun si serán homosexuales, heterosexuales o simplemente narcisistas. En muchos casos, se da un prolongado periodo de incertidumbre con respecto a si surgirá un deseo sexual o no. La actividad masturbadora perentoria puede representar en esta etapa una manera de sentirse mas libres en el aspecto del sexo más que una forma de experiencia sexual, sin dudalas actividades compulsivas heterosexuales u homosexuales pueden en este periodo servir para sentirse mas cómodos en el sexo o para descargar tensiones, y no para establecer una unión entre seres humanos totales.

Este tipo de unión aparece más probablemente al comienzo, en el juego sexual en que la finalidad está inhibida, o bien en la conducta afectuosa donde lo más importante es el sentimiento. Aquí volvemos a encontrar el patrón personal, que eventualmente se integrará con los instintos, pero en ese largo intervalo de espera es necesario encontrar alguna manera de aliviar la tensión sexual y, en la gran mayoría de los casos lo más lógico sería esperar que está tensión se descargara a través de la masturbación compulsiva.

Indudablemente, podríamos estudiar al adolescente en términos del yo que enfrenta los cambios en el ello, y el psicoanalista debe estar preparado para enfrentar esta cuestión central sea que se manifieste en la vida del niño o se exhiba cautelosamente en el material que aquel presenta en el curso de las sesiones, o bien en las fantasías consciente e inconsciente y en las aéreas más profundidad de la realidad psíquica o interna personal. (Winnicott, 1995: 108,109)



Según la información disponible en el *GuttmacherInstitute*, tener prácticas sexuales a los 20 años se considera un hábito normal en todo el mundo. En los países con bajos niveles de embarazo en la adolescencia no se considera adecuada la maternidad prematura pero sí las relaciones sexuales entre adolescentes por lo que se proporciona información completa y equilibrada sobre la sexualidad y se facilita la accesibilidad a los *métodos anticonceptivos*. Además de la práctica sexual deseada y consentida pero practicada sin métodos anticonceptivos también existen comportamientos sexuales indeseados por los adolescentes que pueden contribuir a incrementar los embarazos adolescentes. Así, un estudio del *Káiser Family Foundation* en adolescentes de E.E. U.U. Concluyó que el 29 % de los adolescentes se sintieron presionados a tener relaciones sexuales, el 33 % de los adolescentes sexualmente activos creían que mantenían una relación en la que las cosas se movían demasiado rápido en el aspecto sexual, y el 24 % declaraba que había 'hecho algo sexual que realmente no quieren hacer'. Encuestas de 1977 y 2003 indicaban que la presión de los compañeros es un factor que alienta, tanto a las y los adolescentes, a tener relaciones sexuales.

El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas producen una reducción en la inhibición que también puede estimular la actividad sexual no deseada. Aunque esto fuera así, no se sabe si las drogas mismas influyen directamente en los adolescentes en comportamientos sexuales más arriesgados, o si los adolescentes que habitualmente consumen drogas son más propensos a tener *relaciones sexuales*. Debe advertirse que la correlación no implica *causalidad*. El consumo de drogas y medicamentos que han mostrado evidencias en su vinculación con el embarazo de adolescentes son: *alcohol, anfetaminas*, (incluyendo *MDMA* éxtasis). Otras drogas y medicamentos que no tienen correlación o es muy escasa, son



los *opiáceos*, como heroína, morfina, y oxycodona, de los que es conocido el efecto directo en la reducción significativa de la libido. Parece que en la adolescencia el consumo de algunas de éstas últimas ha reducido significativamente las tasas de concepción frente a las drogas como las anfetaminas. Las anfetaminas son ampliamente prescritas para el tratamiento de *TDAH*. Los países con las tasas más altas de prescripción de las anfetaminas a los adolescentes también tienen las tasas más altas de embarazo en la adolescencia. (Palacios, 2014: parr.13, 15)

2.4 Falta de información sobre métodos anticonceptivos

Las actitudes y los comportamientos en anticoncepción están condicionados en parte, por la socialización diferente de chicos y chicas, los estereotipos sobre comportamientos sexuales y su personal e individual modo de interiorizar estos mandatos socioculturales. En general, los modos de relación más desiguales que se asocian a roles rígidos en chicos y chicas, se han mostrado como un obstáculo para las prácticas sexuales preventivas, tanto para embarazo no deseado como para ITS y VIH/SIDA, porque generan actitudes que impiden la puesta en práctica de las medidas a pesar de que la información sea suficiente; además, pueden motivar prácticas sexuales en condiciones de riesgo o dificultar la búsqueda de información sobre prácticas sexuales seguras que hagan posible la protección de ellos y de ellas . Ya en 1996, en el clásico *Mujer y Salud*, de Sue Wilkinson y Celia Kitzinger, se consideraba que el tema del sexo seguro no es una cuestión de estar informada y tomar una decisión racional, sino que son las relaciones de poder, basadas en el género, las que construyen y restringen estas elecciones y decisiones. Se siguen produciendo embarazos no deseados en la población juvenil y son numerosos los



estudios publicados en revistas científicas que intentan relacionar los comportamientos sexuales de riesgo con diferentes variables.

Según la revisión bibliográfica realizada, los estudios que desagregan los datos por sexo, hace posible una primera descripción de las diferencias entre chicos y chicas, y otros estudios, menos numerosos, que tienen en cuenta el género como categoría de análisis.

Unos se centran en investigar los factores asociados a un inicio precoz de relaciones sexuales. Se señala la importancia de la influencia de los pares, de la etnia, del tipo de relaciones sexuales (planeadas o no), el tipo de comportamiento social, y factores religiosos tanto de los jóvenes como de sus padres.

La iniciación más temprana podría suponer una mayor exposición a los riesgos por carecer de información suficiente y de habilidades para la gestión responsable, o mayor grado de coacción cuando el compañero tiene una diferencia de edad llamativa. Son muy numerosos los estudios que investigan las causas de la utilización o no de preservativo, relacionándolo con múltiples variables: tipo de relación sexual, modalidad y tiempo de pareja, utilización de métodos anticonceptivos hormonales simultáneamente (doble protección), fase de la vida sexual y dificultades de acceso al preservativo.

También se relaciona el uso del preservativo con las creencias asociadas a su utilización: seguridad, placer, significado simbólico, ausencia o no de romanticismo y sensación de transgresión. En la mayoría de estos estudios se hace desagregación por sexo y, en estos casos, se aconseja tener en cuenta las diferencias encontradas entre chicos y chicas, y considerar estas diferencias cuando se programen tareas preventivas de promoción del uso del preservativo. En nuestro medio, se constata un



cambio en las conductas sexuales y también un cambio en el uso de anticonceptivos en gente joven.

Prefieren mantener con mayor frecuencia y más precozmente relaciones sexuales coitales, conocen los métodos anticonceptivos y hay una alta proporción de jóvenes que los utilizan, a pesar de que su uso no sea totalmente regular. No obstante, en algunos de los estudios realizados en España, en los últimos años, se aprecia que las relaciones sexuales se podrían estar dando en un marco de desigualdad de género, que las chicas pueden estar teniendo presiones para mantener relaciones sexuales coitales precoces, con escasa capacidad para la negociación del uso del preservativo y que deben asumir la responsabilidad y las posibles consecuencias de la anti- concepción de emergencia y, en su caso, de una interrupción voluntaria de embarazo o maternidad precoz.

Las expectativas de los roles de género que conducen al encuentro sexual y las relaciones de poder en la pareja son determinantes en la toma de responsabilidades en anticoncepción y en el logro de satisfacción sexual. Por todo ello, reconocer cómo los roles de género y el estatus asociado a estos roles influyen en las conductas sexuales permitirá un abordaje más apropiado de las medidas preventivas para que éstas alcancen una mayor eficacia.

En la actualidad, se considera que las actitudes positivas hacia la sexualidad y la información sobre anticonceptivos son necesarias, pero no suficientes, para explicar comportamientos sexuales saludables. Se debe partir de una visión más compleja en la que se tengan en cuenta otras variables que permitan entender los mecanismos subyacentes al uso sistemático de los métodos anticonceptivos. Y los estudios apuntan hacia una causalidad basada en los modelos de género de la



sociedad patriarcal, que condicionan relaciones marcadamente asimétricas e injustas entre hombres y mujeres y pueden estar permeando el sistema de valores, de pensamiento y actuación de los y las adolescentes.

Se puede afirmar que las relaciones sexuales y las prácticas anticonceptivas están directamente relacionadas con los patrones culturales, que son diferentes para hombres y mujeres y que, en la medida en que predominan los modelos de género patriarcales, hay mayor riesgo de embarazos no deseados, de falta de satisfacción sexual en las mujeres y de riesgo de abuso de poder por parte de los chicos. (Yago, 2010: 31,33)

Los adolescentes pueden carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos o también no tener un fácil acceso a su adquisición. También pueden sentirse avergonzados tanto para preguntar como para comprar anticonceptivos.

En Estados Unidos las mujeres adolescentes sexualmente activas que desean evitar el embarazo tienen menos posibilidades que las de otras edades para el uso de anticonceptivos. Así, un 18% de las adolescentes entre 15 y 19 años no utilizan métodos anticonceptivos, frente a 10,7% de mujeres de 15 a 44 años.

En las adolescentes más del 80% de los embarazos no son deseados. Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos.

El 23% de las mujeres jóvenes sexualmente activas admitió haber tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja que no utilizó un preservativo, mientras que el 70% de las adolescentes manifestaron que les daba vergüenza



comprar preservativos o cualquier otro anticonceptivo y también solicitar información a un médico.

En varios casos se usan métodos anticonceptivos pero de modo inadecuado. Algunos adolescentes sin experiencia puede usar el condón incorrectamente y las adolescentes se olvidan tomar con cierta frecuencia los anticonceptivos orales. Las tasas de fracaso anticonceptivo (índice de Pearl) son mayores en las adolescentes, especialmente en las pobres, que para las usuarias de más edad.

Los métodos reversibles a largo plazo, tales como el dispositivo intrauterino, el anticonceptivo sub dérmico, el parche anticonceptivo o anticonceptivos inyectables combinados (p.e. DepoProvera), requieren la intervención del usuario con menos frecuencia -una vez al mes a cada varios años-, y puede prevenir el embarazo con mayor eficacia en mujeres que tienen problemas para seguir las rutinas, incluidas las jóvenes. El uso simultáneo de más de un método anticonceptivo disminuye el riesgo de embarazos no deseados y si uno de los métodos es de barrera (condón), la transmisión de enfermedades de transmisión sexual también se reduce. La aprobación, por las autoridades sanitarias de numerosos países, de anticonceptivos de emergencia (Píldora del día después o píldora del día siguiente, método de Yuzpe) incide de manera específica en la reducción de las tasas de embarazos en adolescentes.

Además de la denominada píldora del día después, también ha aparecido en el mercado la denominada píldora de los cinco días después. Estas píldoras anticonceptivas de uso de emergencia, que pueden requerir o no receta médica – dependiendo de los países–, no deben confundirse con la denominada píldora abortiva RU-486 o Mifepristona, para la que se requiere prescripción y receta médica y solamente puede usarse dentro de los 49 días siguientes a la concepción.



Cabe mencionar que los padres no deben temer al hablarles de sexualidad a sus hijos ya que es la mejor manera de prevenirlos y apoyarlos, porque si ellos ya han comenzado una vida sexual con su pareja, a veces en la escuela o medios fuera de casa se altera la información y lo mejor es que alguien cercano a los adolescentes y de confianza les hable sobre estos temas; no solo de los métodos anticonceptivos también de las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) y sobre las consecuencias de embarazarse a corta edad.

Cuando un adolescente ya ha comenzado su vida sexual intenta recabar información de todos lados, informarse ya que en muchos casos sus padres no le han hablado de esto, por este motivo muchos jóvenes están mal informados y les da pena o miedo preguntarles a los padres. En nuestro país cada sub centro de salud cuentan con preservativos que son de libre adquisición y pastillas e inyecciones o implantes que se las entregan mediante la prescripción de un especialista en este caso un ginecólogo o ginecóloga. (Ministerio de la mujer, 2015: 2,3)

2.5 Diferencia de edades en las relaciones sexuales

En realidad la diferencia de edad es un factor muy importante cuando existen relaciones sexuales entre adolescentes e individuos mayores a ellas, ya que por simple lógica dichos individuos poseen más experiencia no solo sexualmente si no a nivel vivencial por lo que generalmente las adolescentes quedan embarazadas.

Las adolescentes que tienen relaciones con chicos mayores que ellas, y en particular con hombres adultos, tienen más probabilidades de quedarse embarazadas que las adolescentes que tienen relaciones sexuales con chicos de su edad quienes son también más proclives a llevar elembarazo en lugar de tener un *aborto*.



Un individuo adulto por lo general tiene más conocimiento sobre métodos abortivos por lo que puede influenciar de una mayor manera a la adolescente a realizarse un aborto mientras que un joven la misma edad se encuentra en un periodo de descubrimiento de nuevas sensaciones, de vivir su sexualidad lo más activo posible pero en cuanto se enfrentan ante una situación como lo es un embarazo lo más probable es que evada la responsabilidad.

Por lo tanto, como se mencionó anteriormente este tipo de problemas se da principalmente por la falta de comunicación en el hogar entre padres e hijos pues muchas veces por miedo a cómo pueden reaccionar los padres los adolescentes no preguntan las inquietudes que por naturaleza de su etapa adolescente tienen, como utilizar un condón, o como iniciar un acto sexual, como se llega a un orgasmo, etc. Esto es lo que muchas veces conlleva a que los adolescentes tengan relaciones sexuales sin protección por falta de información o por información errónea que adquieren de sus amigos o fuentes inexpertas.

2.6 Abusos sexuales.

En Ecuador como lo dice su Código Orgánico Integral Penal, COIP el abuso sexual está sentenciado con cárcel, siendo expuesto claramente en su ART. 170 que dice:

Artículo 170.- Abuso sexual.- La persona que, en contra de la voluntad de otra, ejecute sobre ella o la obligue a ejecutar sobre sí misma u otra persona, un acto de naturaleza sexual, sin que exista penetración o acceso carnal, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años.

Cuando la víctima sea menor de catorce años de edad o con discapacidad; cuando la persona no tenga capacidad para comprender el significado del hecho o



por cualquier causa no pueda resistirlo; o si la víctima, como consecuencia de la infracción, sufra una lesión física o daño psicológico permanente o contraiga una enfermedad grave o mortal, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años.

Si la víctima es menor de seis años, se sancionará con pena privativa de libertad de siete a diez años. (Código Orgánico Integral Penal, (COIP) 2014: 28,29)

Diversos estudios han encontrado que entre el 11 y el 20 por ciento de los embarazos en adolescentes son un resultado directo de la violación, mientras que un 60 por ciento de las madres adolescentes tenían experiencias sexuales no deseadas anteriores a su embarazo.

Antes de los 15 años, la mayoría de las experiencias de la primera relación sexual en mujeres son de carácter no voluntario, el Instituto Guttmacher” encontró que el 60 por ciento de las muchachas que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años fueron obligadas por hombres que en promedio fueron seis años mayores que ellas. Uno de cada cinco padres de hijos de madres adolescentes admite que ha forzado a las chicas adolescentes a tener relaciones sexuales con ellos.

Numerosos estudios en países industrializados indican un fuerte vínculo entre abusos sexuales en la infancia y embarazos en la adolescencia. Hasta el 70 por ciento de las mujeres que dieron a luz en su adolescencia sufrieron abusos siendo niñas; por el contrario, solamente el 25 por ciento de las mujeres que no dan a luz sufrieron abusos siendo niñas. En la mayoría de países, las relaciones sexuales entre un menor y un adulto no están toleradas por ley, así un menor de edad se cree que carece de la madurez y la competencia para tomar una decisión informada para



tener relaciones sexuales totalmente consentidas con un adulto. En esos países, las relaciones sexuales con un menor de edad se consideran abuso sexual a menores.

Una vez el adolescente ha llegado a la edad de consentimiento sexual, él o ella puede legalmente tener relaciones sexuales con adultos, porque se sostiene que en general (a pesar de ciertas limitaciones), una vez alcanzada la edad de consentimiento sexual se entiende que puede mantener relaciones sexuales con cualquier pareja que como mínimo tiene la edad de consentimiento y voluntariamente. Por tanto, la definición de violación de menores se limita a las relaciones sexuales con una persona con edad inferior a la edad mínima de consentimiento, Lo que constituye violación de menores en última instancia, difiere según la jurisdicción de cada país. (Ministerio de la Mujer, 2015: párr., 16)

2.7 Violencia sobre la mujer

2.7.1 Violencia durante el noviazgo

La violencia durante el noviazgo es un grave problema que afecta en grado considerable la salud física y mental de las adolescentes. Este tipo de violencia se identificó como un problema social a partir del estudio que realizó Kanin en los años cincuenta, cuando se encontró que 30% de las estudiantes femeninas de la población de estudio tuvo amenazas o relaciones sexuales forzadas durante el noviazgo. A principios del decenio de los ochenta, la investigación de Makepeace llamó la atención del público sobre el problema de la violencia durante el noviazgo, tras encontrar que 20% de la muestra de estudiantes padeció violencia en la etapa del noviazgo adolescente. En estudios más recientes, se ha observado que la violencia durante el noviazgo es un problema que afecta a casi la mitad de las mujeres adolescentes en algunas poblaciones. Sin embargo, otras investigaciones



han hallado prevalencias de violencia durante el noviazgo de 9 a 38.2%. Al comparar las prevalencias arrojadas por diferentes estudios, debe considerarse que las investigaciones sobre violencia durante el noviazgo utilizan distintas definiciones conceptuales y parámetros para medir la violencia, lo cual suministra cálculos variables de la magnitud de este tipo de violencia.

Diversos estudios han reconocido que la violencia durante el noviazgo se vincula con factores individuales, entre ellos la depresión, baja autoestima y ciertas conductas de riesgo como el consumo de alcohol, inicio temprano de las relaciones sexuales y bajo rendimiento escolar. Se ha demostrado que la violencia durante el noviazgo puede ser un precursor de la violencia durante la vida marital. Además, la violencia física que se presenta en las relaciones de noviazgo puede aumentar hasta en 51% en los primeros 18 meses de vida de pareja. En virtud del efecto de este fenómeno sobre la salud, la violencia durante el noviazgo debe estudiarse para prevenirla o detectarla de manera temprana, así como reducir su frecuencia y manifestaciones más graves.

Este tipo de violencia puede disminuir si se desarrollan medidas de intervención en la etapa del noviazgo. En primer término, hay que difundir el conocimiento acerca del nivel de violencia durante el noviazgo entre los jóvenes, así como los factores que se vinculan con este problema. (Riviera, 2006:3)

2.7.2 Violencia doméstica

Se toma como definición de Violencia Doméstica a la ejercida dentro del espacio físico (hogar) en donde convive la pareja, las agresiones o malos tratos son



ejercidos por el hombre (conviviente) hacia su pareja, con el afán de dominar y causar daño. “La violencia doméstica o también conocida como violencia intrafamiliar, puede ser definida como todo acto u omisión que resulte en un daño a la integridad física, sexual, emocional o social de un ser humano en donde medie un vínculo familiar o íntimo entre las personas involucradas” (Claramount, 2006).

Los principales objetivos de la violencia doméstica son: ejercer control y dominio sobre la mujer para conservar o aumentar el poder del varón en la relación. Las consecuencias son siempre un daño en la salud física, psicológica y social de la mujer, un menoscabo de sus derechos humanos y un riesgo para su vida. (Corsi, 2003). ((Japa, 2015: 13,14)

Posiblemente en ningún otro lugar de la sociedad se dan tantos casos de violencia o maltrato físico como dentro del hogar. Esta parece ser la conclusión de los sociólogos ante la denuncia cada vez más frecuente de casos de maltrato de la esposa, los hijos y los ancianos. Basta ver las secciones policíacas de los periódicos para percatarse de que los episodios de violencia dentro de la familia que hasta hace una generación eran fenómenos relativamente raros, o por lo menos no salían tanto a la luz pública, ahora constituyen noticias cotidianas.

Estos episodios de violencia afectan a todas las clases sociales, si bien son más frecuentes en los hogares con mayor adversidad económica. La violencia dirigida a la esposa, en términos físicos, psicológicos y sexuales, es un fenómeno que ha recibido menos atención que el maltrato infligido al menor y tiende a ser considerado menos grave que este, aunque su frecuencia suele ser mayor. En ambos fenómenos es común la asociación con el alcoholismo. Una investigación realizada por la Procuraduría General de Justicia del D. F en las 16 delegaciones



que integran dicha entidad, reveló que 61,5% de las mujeres dedicadas exclusivamente a las labores domésticas habían sido maltratadas físicamente alguna vez por sus maridos o concubinos. Estos, en 88% de los casos bajo los efectos del alcohol, las golpeaban después de haber discutido por problemas económicos, celos, etc. (Sauceda y Maldonado, 2003: 286)

La violencia conyugal repetida ocurre habitualmente en tres fases predecibles, según Walker. En la primera se acula la tensión en la relación de la pareja y el esposo comienza a reaccionar negativamente al sentir que sus deseos no son satisfechos. Entonces manifiesta actitudes agresivas menores que son tolerantes por su mujer. Esta, aunque no lo verbaliza, siente cada vez peor y tiende a evitar el contacto con él. Cuando la tensión excede la capacidad de la pareja para controlarla, en la segunda fase, ocurre la crisis de violencia física contra la esposa, desencadenada por una pequeña frustración o desacuerdo. Frecuentemente la mujer tiende a aislarse, lo cual retrasa su atención médica. En la tercera fase hay un periodo de calma durante el cual el agresor se muestra arrepentido y hasta cariñoso, puede pedir perdón y prometer que nunca más volverá a suceder algo semejante, y así se produce la reconciliación, frecuentemente la víctima llega a pensar que es su deber ayudar al agresor.

Posteriormente la tensión y las pequeñas agresiones se hacen presentes nuevamente con lo que el ciclo de violencia vuelve a iniciarse. De acuerdo con Daniel, las mujeres golpeadas pueden enfrentar este ciclo de tres posibles maneras: intentando cambiar al esposo mientras se mantiene la relación con él, abandonándolo o respondiendo también con violencia. Muy pocas llegan a la agresión grave o al homicidio. (Sauceda y Maldonado, 2003: 290)



En Ecuador esto se encuentra sentenciado por el Código Orgánico Integral Penal, COIP el cual indica:

Artículo 155.- Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar.-

Se considera violencia toda acción que consista en maltrato, físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

Se consideran miembros del núcleo familiar a la o al cónyuge, a la pareja en unión de hecho o unión libre, conviviente, ascendientes, descendientes, hermanas, hermanos, parientes hasta el segundo grado de afinidad y personas con las que se determine que el procesado o la procesada mantenga o haya mantenido vínculos familiares, íntimos, afectivos, conyugales, de convivencia, noviazgo o de cohabitación.

Artículo 156.- Violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar.- La persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, cause lesiones, será sancionada con las mismas penas previstas para el delito de lesiones aumentadas en un tercio.

Artículo 157.- Violencia psicológica contra la mujer o miembros del núcleo familiar.- La persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, cause perjuicio en la salud mental por actos de perturbación, amenaza, manipulación, chantaje, humillación, aislamiento, vigilancia, hostigamiento o control de creencias, decisiones o acciones, será sancionada de la siguiente manera:

1. Si se provoca daño leve que afecte cualquiera de las dimensiones del funcionamiento integral de la persona, en los ámbitos cognoscitivos, afectivos,



somáticos, de comportamiento y de relaciones, sin que causen impedimento en el desempeño de sus actividades cotidianas, será sancionada con pena privativa de libertad de treinta a sesenta días.

2. Si se afecta de manera moderada en cualquiera de las áreas de funcionamiento personal, laboral, escolar, familiar o social que cause perjuicio en el cumplimiento de sus actividades cotidianas y que por tanto requiere de tratamiento especializado en salud mental, será sancionada con pena de seis meses a un año.

3. Si causa un daño psicológico severo que aún con la intervención especializada no se ha logrado revertir, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.

Artículo 158.- Violencia sexual contra la mujer o miembros del núcleo familiar.-La persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o un miembro del núcleo familiar, se imponga a otra y la obligue a tener relaciones sexuales u otras prácticas análogas, será sancionada con las penas previstas en los delitos contra la integridad sexual y reproductiva.

Parágrafo segundo

Contravención de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar

Artículo 159.- Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar.-

La persona que hiera, lesione o golpee a la mujer o miembros del núcleo familiar, causándole lesiones o incapacidad que no pase de tres días, será sancionada con pena privativa de libertad de siete a treinta días. (COIP, 2014,27)

¿Por qué la Violencia?



Al pasar el día a día, la persona enfrenta circunstancias de las cuales no está de acuerdo, en ocasiones tiende a sentir impotencia frente a ésta situación y se encuentra frente a dos caminos de enfrentar la realidad, ya sea de una manera pasiva o de una manera violenta.

La búsqueda del dominio, de tener el poder, el deseo de imponer, permite que la persona actúe de forma violenta para poder lograr su objetivo, pero en ocasiones es el miedo, el temor a sentirse humillado, la inseguridad que le rodea a la persona, es una de las causas por las cuales decide actuar de esta manera. A su vez está presente una raíz cultural, de generación en generación se transmite que la violencia es una de las formas de educar e imponer el respeto, dentro de un hogar que se vive y respira violencia, la probabilidad que se repita en la nueva generación, es alta. (Japa, 2015: 13,14)

Es ahí cuando los adolescente por huir de este tipo de problemas buscan grupos de pertenencia como tribus urbanas, pandillas o simplemente buscan alguien con quien pueda tener comprensión, amor y comunicación que en su hogar no encuentra, como resultado de esta disfuncionalidad familiar se encuentran adolescentes adictos, antisociales o con embarazos no deseados es por ello que no solo los jóvenes deben recibir psicoeducación, es necesario que los padres de familia también la reciban pues depende mucho la relación afectiva y la comunicación que estos tengan con sus hijas para poderlas orientar y prevenirlas de este y muchos más tipos de violencia ya que por prejuicios transgeneracionales las mujeres han sido maltratadas por creencias como que “ Por qué es el esposo tiene derecho a maltratarla física, psicológica y sexualmente” y ellas no tienen derecho a defenderse, por suerte actualmente en nuestro país el maltrato físico, psicológico y sexual es fuertemente castigado con cárcel.



2.8 Factores socioeconómicos

La pobreza se asocia con altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, países económicamente pobres, como Nicaragua en América, Níger en África y Bangladesh en Asia, tienen un número mayor de madres adolescentes en comparación con países económicamente más ricos, para mayor información revisar los anexos anteriormente ya mencionados.

De esta manera, la gente que padece pobreza presenta mayores índices de embarazos adolescentes, pues esta situación se puede dar por varias causas una de ellas puede ser falta de comunicación con sus padres, falta de información sobre métodos anticonceptivos, porque piensan que embarazándose encontrarán un mejor tipo de vida, etc.

Se debe tomar en cuenta que este tipo de familias recurren menos al aborto por su misma situación económica, pero también en este nivel social los padres o los sistemas familiares ven a un embarazo adolescente de una manera más normal y aceptable que las familias de un nivel socioeconómico medio y alto, esto se da porque estas familias fueron educadas con ideas como que la mujer debe estar en la casa criando a los hijos y sirviendo a su esposo entonces estos individuos solo culminan con el nivel educativo básico y no ven la necesidad de seguir estudiando lo que provoca que no se planteen un proyecto de vida a futuro, dando como resultado que sus hijos adopten sus mismas creencias y por lo mismo que crezcan inmersos en adicciones como el alcoholismo, analfabetas y la mayoría con hijos y esposos a muy temprana edad.



2.9 Aspectos socio familiares

2.9.1 Contexto socio familiar

Familia es el término con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad, que debido a los cambios sociales y culturales ha experimentado una serie de transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época.

La palabra "familia" proviene de la raíz latina famulus, que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. En la estructura original romana la familia era regida por el pater, quien ostentaba todos los poderes, incluido el de la vida y la muerte, no sólo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos.

Es así, como “Se concibe a la familia como un grupo de personas unidas por lazos sanguíneos, filiales o de unión voluntaria; habiten o no un mismo espacio. La familia es un sistema con estructura y funciones propias. Es el primer espacio al que se integra el individuo y es el lugar donde se adquieren las pautas primarias de socialización. Como sistema se entiende un agregado de partes que se interrelacionan, asumen roles específicos, cumplen determinadas tareas, establecen normas y límites, vivencia y comparten valores; y se proyectan como unidad (individuo) y conjunto (familia) en el contexto en el cual se encuentran inmersos.”(Penagos, 2007: 63)

La familia como sistema abierto, es un factor que permea y dinamiza el cambio, tanto en el ámbito interno como externo, el cual se constituye para satisfacer las necesidades emocionales de sus miembros a través de interacción. Es un todo mayor, constituye el macro sistema--, si a uno de sus miembros le afecta algo, esto repercute en el ambiente familiar y viceversa ya que su funcionamiento es



circular e interdependiente, el cual está constituido por una red de relaciones. Por ello: la adolescente en embarazo altera la vida del resto de los familiares.

La familia ha sido abordada desde diferentes disciplinas, principalmente desde las ciencias sociales y humanas, Es así que se encuentran reflexiones que intentan explicar sus funciones y el peso que esta tiene en el orden social establecido.

Desde la sociología, la institución familiar se caracteriza por rasgos como las relaciones de parentesco por matrimonio-alianza y por filiación como también, por los lazos de afecto y pertenencia que son relaciones de apego y obligaciones mutuas, derivadas del parentesco de consanguinidad.

La psicología, se centra en el origen de la conducta de los hijos, las metas y valores educativos en los que se desea educar, el proceso evolutivo por el que atraviesa el niño, y la relación existente entre el empleo de determinadas técnicas educativas y el posterior aprendizaje.

La pedagogía, entiende la educación como: “el proceso de ayuda al ser humano, al que se le induce, mediante apoyo, enseñanza y estímulo, a que los objetivos e iniciativas salgan del propio educando” y a describir los rasgos que caracterizan la educación en el ámbito de la familia (fundamental, informal o global, perentoria e inevitable, soberana, permanente, sociológicamente condicionada, moral, realista y con ámbitos propios), así como sus contenidos y funciones.

La dinámica interna familiar y su estructura, le brindan flexibilidad a esta para que pueda hacer los ajustes necesarios frente a las crisis a las que se ve sometida, y toma conciencia de que es un agente socializador; se convierte en una empresa que trae bienestar a los individuos que la conforman.

En este sentido dice Maldonado que:



“El ser humano inevitablemente nace en una familia, nace de un hombre y de una mujer y su identidad la construye en sus relaciones con la familia natural y el grupo familiar que lo protege e introduce a la vida social. Tanto la familia biológica como la social, tienen una gran significancia en la vida de cada hombre y de cada mujer y modifican de alguna manera su estilo de vida.”

Dado que la familia es el escenario ideal para la participación y la creación de vínculos afectivos, en la que se comparte y aplican distintas formas para alcanzar el bienestar común, es además reguladora de su propia homeostasis que residen en el funcionamiento de reglas y roles explícitos e implícitos en la que cada uno de sus miembros cumplen las expectativas según su contexto. Las relaciones al interior de la familia pueden verse afectadas de manera positiva o negativa por acontecimientos como lo es una gestación en esta etapa de la vida.

De esta forma las relaciones familiares se constituyen en un pilar fundamental que determina la vida psíquica de las de las adolescentes, teniendo en cuenta que de la manera en la cual se interactúa en el grupo familiar, se permite la formación de alianzas y de distanciamiento o conflictos entre algunos de sus miembros, pero cuando se pueden dar relaciones de proximidad entre ellos, se generan sentimientos gratificantes.

La familia funciona adecuadamente cuando puede adaptarse fácilmente a los cambios. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros y la capacidad de adaptación no sólo se da porque abarque todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios generados por las exigencias tanto sociales como culturales.



Por lo tanto, la principal característica que debe tener una familia es que promueva un desarrollo favorable a la salud psíquica o mental para todos sus miembros, para lo cual, es imprescindible que se tengan jerarquía y límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio, todo ello sin afectar la tipología familiar a la cual se pertenezca.

Respecto a las tipologías familiares, que se caracterizan por el número de miembros, el nivel de parentesco y el tipo de relaciones que se establece internamente entre ellos, lo que lleva a constituir familias monoparentales con jefatura femenina o masculina, en la cual hay un solo progenitor.

Familias nucleares establecidas por dos generaciones padre, madre e hijos, unidos por lazos de consanguinidad, que conviven bajo el mismo techo y desarrollan sentimientos de afecto, intimidad e identificación. Familias extensas, integradas por una pareja con o sin hijos y por otros miembros, como parientes consanguíneos; recoge varias generaciones que comparten habitaciones y funciones. Familia ampliada en esta se da la presencia de miembros no consanguíneos que comparten la vivienda y estructuralmente, otras funciones en forma temporal o definitiva.

Como se puede observar no se da únicamente el paradigma tradicional de familia sino que esta es el resultado de las propuestas particulares que se plantean de acuerdo a pactos propios y necesidades individuales y colectivas, aceptadas dentro de los parámetros actuales en los cuales se presenta la ruptura del paradigma tradicional de familia

Todas las familias, cualquiera que sea su estructura, organización y funcionamiento, cumplen tres funciones básicas, es decir, desempeñan aquellos papeles que han sido determinados por la sociedad y el entorno cultural en el que se encuentran inscritas. (Penagos, 2007: 63,66)



2.9.2 Funciones de la familia

A la familia como “célula de la sociedad” se le ha señalado como su función básica. La perpetuación de la especie o supervivencia biológica, para algunas familias la razón principal de su unión es la reproducción, aunque para otras la reproducción sea voluntaria y decidida de mutuo acuerdo, controlada, deseada y planeada. La familia es pues el espacio físico-emocional para esperar un hijo aunque esto solo no basta, también es necesario considerar las condiciones económicas adecuadas antes de su llegada.

La función de supervivencia económica, fue asignada socialmente al hombre en la familia tradicional. Se le consideraba el único proveedor económico de la familia, lo que le proporcionaba autoridad y jerarquía. Más tarde fue ayudado por la mujer, lo que le permitió posteriormente a esta pasar a la coprovidencia, es decir a compartir la carga económica de la familia

La supervivencia socio-cultural, es la función encargada de la transmisión de valores, normas y pautas de comportamiento. Aunque existe otra serie de funciones designadas a la familia que pueden ser consideradas como generales, estas son asumidas por cada familia de acuerdo con sus particularidades. El cumplimiento de ellas depende del tipo de familia y de la conformación de los miembros. Entre ellas están las funciones de los cónyuges, función del padre, función de la madre, función de hijos y función de abuelos”. A través de estas funciones la familia apunta a educar a los hijos para que puedan ser autónomos, emocionalmente equilibrados y capaces de establecer vínculos afectivos satisfactorios.

Al interior de las familias también se encuentran los llamados “procesos familiares”, que son dispositivos fundamentales para el desarrollo emocional de cada



uno de los miembros de la familia, como humanización, individuación, identificación, socialización y enculturación.

Proceso de Humanización: Ofrece los elementos que cooperan con el modelo de ser persona en concordancia con el contexto sociocultural en el que se está inmerso. Para ello es significativo el vínculo afectivo que se establece en la relación del niño con la madre. El escenario ideal es el nacimiento, en ese momento se fortifican las bases que van a brindar soporte a la estructura de la personalidad emocional del niño y a facilitar su modelo como ser social; la madre es la encargada de satisfacer las necesidades básicas materiales y emocionales del niño. El padre es parte activa de este proceso, es un apoyo emocional que a su vez fortalece y armoniza la relación entre ella y el niño.

Proceso de individuación: Se parte de las características individuales, luego se le incorporan bases del modelo familiar, los que se confrontan y reafirman en el entorno cultural. Este proceso es posible en la medida en que se participe del colectivo sociocultural al que pertenece. Otro punto importante de la constitución como individuo es el auto concepto, esto es la conciencia que el niño tiene de ser él, la cual adquiere a partir de tres momentos; imaginando cómo lo ven los otros, percibiendo los juicios que los otros hacen de él y lo que se siente a partir de esos juicios.

Proceso de socialización: dentro de este proceso se encuentran claramente diferenciados dos, la socialización primaria que es la que hace posible la visualización de la función cultural – social de la familia. En la socialización primaria el niño asimila las manifestaciones socioculturales básicas del entorno social en el que se está desarrollando y en el cual juegan un papel importante las personas que son significativas para él. La socialización secundaria se produce cuando la persona



socializada en la esfera primaria participa en otros grupos subculturas para corregir y afianzar su modelo (la escuela, los grupos de iguales y comunidad cívica).

Proceso de identificación: permite al niño establecer las características psicológicas y sociales que lo identificarán con su género. Asume los comportamientos esperados para su género, siente y actúa como tal. Este proceso se inicia por imitación primero de los padres, luego de los maestros y después de comportamientos de actores sociales que admira.

Proceso de enculturación: en este proceso se transmiten las normas, creencias, valores, rituales y comportamientos propios de cada cultura. La enculturación es el medio que le permite a la familia recoger la herencia de las generaciones que la han precedido, donde a su vez se encarga de transmitir las bases culturales a cada uno de sus miembros". (Penagos, 2007: 66,68)



CAPÍTULO 3

3.1 Consecuencias del embarazo en adolescentes

El embarazo en la adolescencia es un problema mundial que cada vez se ve más frecuente no solo en los países desarrollados sino también en el mundo en desarrollo donde este puede tener mayores implicaciones debido a la pobreza y la falta de oportunidades para estas mujeres.

Cuando hablamos del embarazo en la adolescencia, debemos tener en cuenta las consecuencias que éste puede acarrear, ya que afecta no solo a la madre, sino también a su hijo y al padre de éste, por lo tanto hablaremos sobre las consecuencias para cada uno de ellos.(Penagos,2007:44)

3.2 Consecuencias para la madre y el padre adolescente

Consecuencias para la madre adolescente:

Las consecuencias que puede tener el embarazo en la mujer adolescente se deben considerar desde el punto biológico y el psicosocial. Estas consecuencias varían de acuerdo a la edad de la paciente, ya que varios estudios refieren mayores riesgos en las madres menores de 16 años.

La certeza de un embarazo provoca serios trastornos psicológicos como ansiedad, desesperación, una sensación de no tener salida, fuertes sentimientos de culpa por haber fallado a los padres, conflictos familiares, a lo cual se une muchas veces el abandono de la pareja o no querer asumir su paternidad, y problemas que pueden derivar en deserción escolar. Además el futuro de una joven embarazada se ve seriamente comprometido en cuanto a sus oportunidades tanto de estudio como laborales, ocasionando una frustración de su proyecto de vida.



La adolescente embarazada se encuentra en una situación muy difícil ya que el reto que significa una concepción para cualquier mujer, se añade el de su propio desarrollo. Cuando una jovencita está embarazada necesita que el medio le proporcione mucho apoyo. En esta etapa no se posee suficiente madurez sexual, incluyendo la que implica un embarazo; sin embargo, en el sentido psicológico suelen ser relativamente inmaduras y poseen características de impulsividad negación, inestabilidad emocional, etc., que contraindican el comienzo de la vida reproductiva.

El riesgo biológico de la adolescente gestante necesariamente se matiza por los riesgos psicosociales concomitantes. Es importante tomar en cuenta dos grandes factores: sus características psicosociales y el entorno sociocultural en que se da el embarazo. Éste se determina principalmente por el apoyo familiar y la red social de ayuda ya que éstos constituyen su escenario”.

“Compton, Duncan y Hruska (1987) mencionan que antes de tomar una decisión respecto al embarazo, primero es necesario aceptarlo, pero en la decisión pueden influir diversos factores como los culturales, raciales, económicos, estructura familiar, auto-concepto y medio. Las reacciones típicas de la adolescente a saberse embarazada pueden ser: negación, depresión, enojo, dependencia y resignación.

Se ha comprobado que conforme aumenta el nivel económico son mayores las opciones. Las principales son el aborto, la adopción, tener soltera al hijo o casarse. La decisión que ella tome depende del apoyo de su pareja, su familia y la sociedad. Por ejemplo, si la adolescente es soltera, no tiene pareja y no cuenta con el apoyo familiar, puede experimentar sentimientos conflictivos y contradictorios que la lleven al aborto.



“Compton, Duncan y Hruska (1987) señalan que cuidar un hijo sola es muy complicado y que las adolescentes carecen de sistemas de apoyo, madurez emocional y adquisición de estrategias para llevar a cabo la maternidad. Por tanto, la chica se ve forzada a un matrimonio antes de que los miembros de la pareja estén listos para casarse. Estas uniones no duran y hay un número alto de abandonos, separaciones y divorcios o, como sucede a menudo hoy en día, son parejas destinadas a enfrentar un futuro, social y económicamente deprimido.”

La formación prematura de la pareja y la llegada de un hijo, pueden ser factores que impidan el desarrollo de una identidad e individuación apropiadas. La pareja se enfrenta a dificultades para formar un lazo afectivo fuerte entre ellos por no haber pasado por las etapas que ayudan a consolidar la relación. La pronta llegada del neonato les hace más difícil conocerse. En ocasiones su relación se constituye únicamente en función del niño y no del afecto o intereses mutuos.

El sentido de identidad de pareja no sólo se ve coartado por el recién nacido, sino por la dificultad de establecer límites con las familias de origen. En muchos casos la pareja adolescente no puede establecer un hogar independiente por penurias económicas. Así, los familiares se entrometen en sus relaciones, y con ello crean divisiones y propician una inadecuada relación de pareja. Conforme el neonato adquiere habilidades cognitivas y motoras, necesita que se le impongan límites, que aprenda lo que le es y no le es permitido hacer. Tal vez la abuela piense que hay conductas que se le debieran permitir o prohibir al nieto mientras que la madre está en desacuerdo con ellas. El conflicto de jerarquías hace que el niño experimente límites inconsistentes que lo confunden y hacen que posteriormente pueda presentar actitudes manipuladoras y problemas de disciplina.



Si la joven permanece soltera, continúa el embarazo con grandes carencias y dificultades. Su grado depende de si encuentra el apoyo de su familia. Generalmente se vive un ambiente familiar y social de rechazo por no estar casada, y se crea una mayor dependencia económica y afectiva, en donde el apoyo familiar se condiciona a la aceptación de circunstancias que obstaculizan su desarrollo personal e incrementan las razones por las que se embarazó, y con ello la posibilidad de repetirlo.

“Compton, Duncan y Hruska (1987) opinan que el grado en que la adolescente ha formulado su propia identidad, separada de los otros, determina su capacidad de establecer una relación nueva de madre-hijo. Las adolescentes tempranas tienden más a continuar su embarazo sin tomar plena conciencia de él, debido a la amenaza que implica para su auto-imagen; son chicas que buscan constantemente conocer nuevos caminos antes de establecer su identidad y que, además, no están informadas de sus cambios corporales, la reproducción y anticoncepción. Al embarazarse, culpan a otros de lo hecho, son las que más intentansuicidarse por sentimientos de culpa y dejan que sus padres decidan de su embarazo y educación de su hijo.”

Las chicas en la adolescencia media se orientan a sí mismas. Su reacción ante el embarazo es ambivalente, no desean esa responsabilidad, pero lo ven como una forma de salirse de casa, madurar y ser independientes ya que buscan rebelarse ante los padres y estar encinta es una forma de reevaluarse y reforzar su atractivo.

En las de mayor edad, en cambio, hay mayor conocimiento de su cuerpo, la gravidez, las necesidades y el rol que requiere la maternidad; sin embargo, continúa su intento de consolidar su identidad.



En cuanto a las consecuencias en el campo psicosocial, se incluye: escolaridad baja, pues al saberse embarazada y decidir tener el hijo, la adolescente deja la escuela por aspectos psicológicos, económicos y de organización. Con ello se predestinan a una vida de pobreza, dependencia e ingresos reducidos, a una motivación disminuida y otros embarazos durante esa edad.

Cuando hablamos de embarazo en la adolescencia tenemos que tener en cuenta que las consecuencias que este puede acarrear afectan no solo a la madre, sino también a su hijo y al padre de este, por lo tanto hablaremos sobre las consecuencias para cada uno de ellos.

Consecuencias para el padre adolescente.

Aunque se ha estudiado menos lo que le pasa al padre adolescente, en ellos también se encuentran tasas más altas de deserción escolar y subempleo, debido a que deben salir a trabajar para responder económicamente por sus hijos y al igual en las mujeres tienen tasas más altas de divorcios, de estrés y de trastornos emocionales, (Penagos,2007,44,46,53)

De esta manera sus consecuencias serían las siguientes:

- Abandono de estudios
- Realización de trabajos de menor nivel de acuerdo a su formación.
- Familia más numerosa
- Mayor tendencia a la separación de la pareja
- Exagera en su preocupación por el problema sin tomar medidas para su solución.

3.3 Consecuencias biológicas, psicológicas y sociales

Consecuencias biológicas:



Los resultados de los estudios con respecto a los riesgos obstétricos del embarazo en adolescentes son contradictorios. Tradicionalmente se ha dicho que el embarazo en la adolescencia conlleva un mayor riesgo de trastornos hipertensivos asociados al embarazo, anemia, parto pre término, aborto espontáneo, infección urinaria , restricción del crecimiento intrauterino y de muerte materna y neonatal.

En los últimos 30 años varios autores dedicados al estudio de los factores de riesgo de embarazo en la adolescencia, han mostrado como conclusiones, que el embarazo en la adolescencia tiene muchas variables de confusión que deben tomarse en cuenta para determinar si alguna de las complicaciones en el embarazo se deben propiamente a la edad de la paciente o a otros factores como el nivel educativo y socioeconómico.

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazo algunos estudios han encontrado diferencias significativas en la evolución del embarazo entre el grupo de pacientes menores de 16 años y las mayores de 16 años; unos autores han demostrado que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) está asociado con factores sociales como pobreza, más que con la simple edad materna. En contraste, las menores de 16 años, tiene los resultados obstétricos y perinatales que son dependientes de la edad materna por sí misma.

Con respecto a los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, muchas investigaciones afirman que es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo adolescente, pero otras series, han demostrado que la tasa de incidencia de estas enfermedades es igual que en la pacientes adultas.

El parto prematuro es otra de las complicaciones que se le han asignado durante muchos años al embarazo en la adolescencia, y aunque algunos autores han tratado de relacionarlo más con variables como el bajo estrato socioeconómico,



varios estudios donde se ha tenido en cuenta esta variable de confusión, han encontrado que sí existe una relación directa entre la edad de las paciente y la incidencia de parto pre término aún en pacientes de igual nivel socioeconómico.

Siendo de mayor riesgo las pacientes con edades menores. Al evaluar las pacientes con recién nacidos con bajo peso al nacer se ha visto que aunque muchos estudios demuestran una mayor incidencia en las madres adolescentes, las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas en todos los estudios y también se debe correlacionar adecuadamente con el nivel socioeconómico. El bajo peso al nacimiento está dado tanto por la condición de prematuro, como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional.

Dos patologías del embarazo que si han sido reportadas en la mayoría de los estudios, como aumentadas en las adolescentes son la infección urinaria y la anemia. Cuando la anemia es severa, se ha relacionado con otros factores de riesgo de la madre adolescente, demostrándose que su presencia estaría vinculada con parto prematuro y recién nacidos de bajo peso de nacimiento.

Las alteraciones del parto y del trabajo de parto se consideraban como una de las mayores alteraciones del embarazo adolescente, tanto así que antes toda adolescente embarazada era candidata para parto por cesárea, ya que se creía que por ser mujeres tan jóvenes no tenían una estructura adecuada en su pelvis y por lo tanto presentarían partos difíciles por desproporción céfalo pélvica. Se ha demostrado que la embarazada adolescente tiene menos incidencias de partos por cesárea o instrumentados con fórceps al compararlas con mujeres adultas. Además se creía que estas mujeres presentaban niños con cifras más bajas en los puntajes de apagar lo cual también se ha demostrado que no es cierto en las mujeres adolescentes.



Aunque como vimos existen muchas contradicciones en los estudios, María Inés Romero y colaboradores han estudiado el problema del embarazo en la adolescencia en Latinoamérica desde la década de 1980 y han llegado a la conclusión que la morbilidad y la mortalidad de las adolescentes embarazadas pueden ser similares a las del grupo de mujeres adultas, si se les ofrece a estas jóvenes una adecuada atención prenatal y durante el parto, todo esto en el marco de programas de atención en salud sexual y reproductiva dedicados exclusivamente para adolescente.

Un embarazo no deseado puede conducir a la búsqueda de un aborto inducido, que en el caso de las adolescentes, debido a su inexperiencia, a su impulsividad, a vergüenza y a las dificultades económicas, acuden a practicarlo en una edad gestacional avanzada y bajo condiciones de riesgo, pues utilizan métodos poco seguros o asisten a lugares poco fiables y manejados por personas sin el entrenamiento suficiente, lo cual se asocia a mayores riesgos para la salud de la mujer, para su fertilidad futura y para su vida. Los principales riesgos biológicos de los abortos en adolescentes son la infección y el sangrado, y en circunstancias más extremas la pérdida de la fertilidad ya que consultan más tardíamente en el caso de complicaciones corriendo de requerir una histerectomía para poder salvar su vida.

Consecuencias psicológicas y sociales:

El embarazo y posterior nacimiento de los/las bebés tienen repercusiones psicosociales trascendentes en la adolescente, su pareja y sus respectivas familias. Sin embargo, la más afectada será la adolescente. (Dulanto, 200).

Las repercusiones psicosociales de los adolescentes afectados son variadas y dependen de diversos factores, como el previo desarrollo psicoafectivo y social de



la madre adolescente; el ambiente familiar en que interactúa y la tradición cultural desde la cual se juzga la gestación en adolescentes.

Además existen elementos que aminoran o exacerbaban las consecuencias negativas del embarazo en esta grupo de edad, por ejemplo: la actitud personal hacia la vida; la existencia o no de un proyecto de vida en el momento del embarazo; las expectativas que tienen del desarrollo del embarazo y posterior nacimiento de los /las bebés; que es el resultado de la influencia del ambiente familiar y del grupo social.

Los diversos factores psicosociales que afectan el equilibrio presente y futuro de la conducta de la joven madre o de la pareja no actúan de manera aislada, sino que se apoyan y retroalimentan uno a otros. Muy rara vez uno de ellos predomina sobre los demás y les resta total importancia. (Penagos, 2007, 46,49)

Las consecuencias psicosociales pueden ser:

- Inmediatas y
- Mediatas

3.4 Consecuencias inmediatas y mediatas

Consecuencias Inmediatas. La pareja y particularmente la joven que recibe o confirma el diagnóstico de embarazo por lo general tienen un cuadro súbito de pérdida de autoestima, angustia en diferentes grados y pérdida de estatus social. Como consecuencia de lo anterior, en los adolescentes aparece una mezcla de diferentes sentimientos, positivos y negativos, respecto de sí mismos, a su función como pareja y hacia el hijo engendrado. En la mayoría representan emociones de culpa, vergüenza y rechazo que lleva a la futura madre, o a la pareja, al auto marginación y el silencio.



Debido a que en la mayoría de los casos, se trata de un embarazo no deseado, los jóvenes se llenan de miedo, tanto a la familia como a los pares; este sentimiento da lugar a la pérdida de confianza en sí mismos, a sentimientos de incompetencia que terminan en auto marginación; lo que lleva a sentimientos de soledad y aislamiento.

En el caso del rechazo por parte del grupo de amigos, este proviene más que de los propios adolescentes, de sus familias que enteradas del embarazo, suelen emitir críticas demoledoras, juicios valorativos descalificadores sobre los jóvenes afectados e impiden hasta donde pueden que la relación de amistad continúe con la espontaneidad acostumbrada. Esta actitud de los compañeros y amigos lastima mucho a los futuros padres por lo que se refugian en un enclaustramiento voluntario, pero que ya tiene justificación: el rechazo de los pares.

En esta etapa los factores emocionales son los más fuertes. Predominan los sentimientos de angustia que conducen a la evasión y a la negación del problema, a la exaltación del pensamiento mágico; a esta actitud también sigue el enclaustramiento que coincide con la aparición de síntomas de ansiedad y posible depresión.

El deterioro emocional que sufre el adolescente ocasiona confusión y favorece la presencia de una parálisis emocional y social que le impide actuar adecuadamente. Quienes viven esta experiencia sienten y tienen la certeza de que su proyecto de vida y sus ilusiones quedan frustrados y que todo lo esperado como fruto del periodo existencial que comprende el tránsito adolescente queda suspendido o cancelado y de pronto el destino los obliga a convertirse en adultos.

En cuanto a la familia, los adolescentes tienen que enfrentar los temores relacionados con la reacción de la familia al evento que la mayoría de las veces son



reales, pero que en otras ocasiones son producto de la fantasía y del sentimiento de culpa frente al núcleo familiar.

La adolescente gestante y su pareja temen que sus padres y hermanos adopten actitudes de rechazo, repudio, hostigamiento, violencia y expulsión del grupo familiar. Pocos jóvenes piensan que sus padres aceptaran la realidad del embarazo en buenos términos y les brindaran apoyo.

En efecto, las respuestas familiares que se encuentran con mayor frecuencia son las siguientes: repudio, rechazo, actitudes que varían entre la intolerancia y la tolerancia, múltiples condicionamientos, indiferencia y evasión, así como de agresión y expulsión. Las madres adolescentes, en la mayoría de los casos, sufren de abandono físico y emocional temprano, así como de episodios de violencia sexual, psicológica y física dentro del propio entorno familiar y de la pareja.

No obstante, lo contrario también se presenta, es decir, familias que se muestran comprensivas, afectuosas y apoyan a los adolescentes asumiendo de esta manera la responsabilidad frente al problema.

Es muy común encontrar familias, donde la actitud de aceptación no está respaldada por comportamientos que tengan la misma significación, “la actitud de aceptar” se queda solo en palabras dichas de mala gana, pues en la convivencia durante el embarazo, la familia manifiesta su indiferencia hacia la madre con múltiples actitudes, la llena siempre de culpa y la sobrecarga de responsabilidades en el marco de un continuo hostigamiento y un clima de recriminación. Este ambiente también afecta al compañero, cuando persiste en brindar apoyo a su pareja durante el proceso de gestación. En el caso de los varones, las respuestas suelen ser muy diferentes, si bien las familias no se sienten tan agredidas, ofendidas y responsables.



Consecuencias Mediatas. Estas se presentan, incluso en condiciones de apoyo familiar, dependen de la conciencia social y de las normas que maneje la comunidad a la cual pertenece la joven. Afectan fundamentalmente a la madre, aunque en alguna medida también afectan al compañero.

Los dos principales centros donde se ejerce presión sobre la joven embarazada son el núcleo escolar y el grupo de pares. Las principales consecuencias psicosociales mediatas se refieren fundamentalmente a la deserción escolar local significa menos capacitación para el trabajo con la consecuencia a largo plazo de falta de oportunidades de obtener una menor remuneración y en concreto el impedimento de una mejor realización social.

Pese a que las legislaciones que autorizan la asistencia de chicas embarazadas a los colegios de enseñanza media y media y superior, la realidad es que la mayoría de las autoridades escolares en todo el continente las rechazan con argumentos verdaderamente improcedentes bajo cualquier esquema que se les analice.

Aunque ha sido probado que la presencia de adolescentes embarazadas en instituciones públicas o privadas, jamás ha ejercido una mala influencia para las jóvenes compañeras con o sin practica de actividad sexual. Sin embargo, la expulsión escolar es el “castigo comunitario” que mas reciente a la joven embarazada por la segregación social y porque conlleva la pérdida de oportunidades de continuar con el proceso de socialización adolescente en una secuencia normal, pues se les margina del grupo de pares en las actividades deportivas, convivencias, excursiones recreativas y fiestas donde por lo general se desarrolla su mundo social.

Es importante señalar que este castigo solo procede contra las mujeres y nunca contra el varón responsable del embarazo, si es un compañero escolar. Las



jóvenes que pueden o a las que se les permite continuar con su vida normal a pesar de su embarazo, aprende a vivir en una socialización de “segunda”, en medio de conductas de condicionamientos, culpa y señalamiento o siendo siempre sospechosas.

Cuando la madre o la pareja adolescente no cuentan con apoyo afectuoso y estimulante durante el embarazo, se presenta la depresión que lleva al abandono de la consulta médica prenatal.

Por otro lado, los adolescentes que asumen una actitud responsable frente al embarazo, abandonan la escuela por presión familiar (proviene de un medio social pobre o de la clase media popular) para buscar empleo y ayudar de alguna manera a la compañera o a la familia de ella. En estos grupos sociales, el joven que embaraza adquiere las obligaciones de un adulto y cancela su adolescencia.

Es por esta deserción escolar en ambos géneros, masculino y femenino, que el embarazo en la adolescencia ha sido determinado como “la puerta de entrada a la pobreza”, debido a que en estas jóvenes se ven altas tasas de deserción escolar lo cual conlleva una menor preparación para enfrentarse en el campo laboral, asociado esto a las oportunidades laborales y profesionales limitadas, lo cual lleva estas madres a unas altas tasas de subempleo, tanto por obtener trabajos menos prestigiosos, como peor remunerados.

En relación con el grupo de pares, la actitud de estos depende como ya se dijo principalmente de la de sus familias. Sin embargo, también es importante resaltar que en muchas ocasiones no se trata solo de actitud de rechazo sino también de falta de espacios en común, por todos los cambios que se asocian con el embarazo y posterior nacimiento del hijo/a, que no permiten a los nuevos padres participar de las actividades normales de la adolescencia. (Penagos, 2007: 49,52)



3.5 Consecuencias a largo plazo

Consecuencias a largo plazo. Estas se refieren principalmente a todo aquello que está relacionado con la vida de relación de pareja y la familia, a las dificultades del ingreso o reingreso al campo laboral, la búsqueda de un matrimonio estable y de un adecuado desempeño social y finalmente pero no menos importante, la relación y atención del hijo.

En las adolescentes embarazadas, la depresión crónica que suelen sufrir por su pérdida de estatus, de la actividad social con sus pares, del alejamiento de los amigos, de las posibilidades de triunfo (al menos a corto plazo), la experiencia de parto para muchas de ellas, y más que nada su profunda soledad y pérdida del objeto amoroso y afectivo (el compañero) se manifiestan en diversos trastornos emocionales como estados de ansiedad, graves problemas de labilidad emocional, sentimientos de incompetencia y minusvalía, además de complejos de culpa y auto devaluación, los cuales conducen a conductas auto agresivas y destructivas y muy ocasionalmente, al suicidio.

Las adolescentes o la pareja, que llegan al final del embarazo y el hijo/a que logra sobrevivir, enfrentan el grave problema de la supervivencia juntos, pues por lo general se encuentran ante la inexperiencia materna que no le permite desarrollarse de manera adecuada. A esto se suma la soledad y la actitud de su propia familia ante el problema, ya que a estas alturas el compañero ya se ha desentendido por completo de ella y de su hijo/a.

Cuando el compañero decide ser responsable, pueden presentarse varias situaciones: que continúen la relación afectiva, pero no física, viviendo cada uno con su familia de origen, o bien que inicien una vida en común en unión libre y algunos en matrimonio. Sea cual fuere el modelo vincular, todos tienen que enfrentar



múltiples problemas económicos y sociales que ponen de manifiesto su incapacidad para asumir los papeles del marido y mujer, lo cual les ocasiona trastornos emocionales y afectivos individuales, y en consecuencia afectando su incipiente relación de pareja.

El malestar que causa esta situación aumenta por la presión que reciben pues se sienten impotentes para dejar de actuar torpemente en sus papeles; a su vez este aumento en la tensión altera y bloquea las posibilidades de convertirse, pese a todos sus esfuerzos en adecuados padres.

A lo anterior hay que sumar las continuas intromisiones de la o las familias en su afán de ayudarlos, aunque en el fondo lo que pretenden es dirigirlos y usurpar los papeles que con tanto empeño tratan de desarrollar como marido y mujer, ante sí mismos y ante el grupo social inmediato y los del padre y madre en la relación y el manejo con su hijo.

La voluntad de los adolescentes para salir adelante como pareja responsable e independiente a menudo se ve derrotada por otro factor: la ausencia de empleo o poseer uno mal remunerado, lo que les impide subsistir fuera de la influencia paterna. (Penagos, 2007:52,53)

3.6 Consecuencias para el hijo

Mayor riesgo de muerte, debido al mayor riesgo de partos prematuros. Problemas médicos después del nacimiento, como desnutrición y retraso del desarrollo físico y emocional, debido a la pobreza, el hacinamiento, los malos hábitos de salud y a la negligencia de sus padres.

- Capacidad mental inferior
- Alto riesgo de abuso físico.(Penagos,2007:53)



CAPÍTULO 4

4 Prevención de los embarazos de adolescentes

Como estrategia se deben tener en cuenta los factores protectores y los factores de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna.

Factores protectores. Son recursos personales, familiares o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para la o el adolescente, una familia fuerte (aunque un parental), un diálogo fluido con un adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas, son, entre otros, factores protectores.

Factores de riesgo. Son características o cualidades asociadas o vinculadas a una persona, familia o sociedad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud.

En la adolescencia se identifican fundamentalmente conducta antisocial, depresión, estrés, baja autoestima, uso de drogas, ausencia de un proyecto de vida, bajo nivel educativo y socioeconómico, familia disfuncional, entre otros. Tanto los factores protectores como de riesgo se identifican en el ámbito propio de adolescentes, la familia, amigos y pares, establecimientos educativos y la comunidad.

Hay algunos que son más frecuentes e importantes y que deben ser identificados tanto en la o el adolescente, como en los grupos de esta edad, así como en los diferentes ámbitos que se aborden, asociando lo biológico, lo psicológico y lo social.

El enfoque de riesgo se caracteriza por ser:



1. Anticipatorio: permitiendo aplicar medidas preventivas.
2. Integral: abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

(Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, 2011: 26)

4.1 Educación

Se puede fomentar la prevención en educación de la siguiente manera:

1. Brindando información sobre fisiología reproductiva a las y los adolescentes.
2. Estimulando a las y los adolescentes a la reflexión sobre los problemas y nuevos retos en esta etapa de la vida.
3. Fomentando el autocuidado.
4. Guiándolos para que se planteen un proyecto de vida.
5. Fomentar Liderazgo y emprendimiento
6. Facilitando información sobre acceso a métodos anticonceptivos.
7. Concientizarlos sobre lo que conlleva una maternidad y paternidad responsable.
8. Prevenir la violencia física, psicológica, sexual y de género.
9. Inculcar una adecuada utilización de los medios de comunicación.
10. Brindar información sobre hábitos tóxicos y drogadicción

4.2 Familia

En el ámbito familiar se debe fomentar la comunicación entre padre, madre e hijos sobre temas como:

1. Sexo y sexualidad
2. Autoestima.
3. Información sobre violencia tanto domestica como en el noviazgo



4. Reconocimiento y recuperación de principios y valores ancestrales por parte de los adolescentes inculcados por sus propios familiares.
5. Retrasar el inicio de las relaciones sexuales.
6. Posponer el matrimonio.
7. Comunicación asertiva, interpersonal, familiar y social
8. Habilidades para negociación
9. Orientación de valores
10. Fomentar el apoyo por parte de los padres e hijos a la superación personal de cada miembro del sistema familiar.

4.3 Equidad

Para fomentar la prevención en equidad se puede plantear lo siguiente:

1. Mejorar el acceso y calidad de la educación con pertinencia cultural.
2. Fomentar y defender la equidad de género y cultural.
3. Fomentar el intercambio de conocimientos sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva entre el sistema de salud pública y/o líderes juveniles.

4.4 Campañas

En este ámbito se pueden realizar diferentes actividades pero podemos centrarnos en las siguientes:

1. Reinserción social y educación sexual para adolescentes y padres de familia.
2. Incentivar la doble protección.
3. Campaña de prevención sobre infecciones de transmisión sexual, VIH y sida
4. Campaña sobre la utilización responsable de métodos anticonceptivos



5. Realizando actividades con adolescentes y jóvenes, familia, comunidad para analizar los factores de riesgo y factores protectores relacionados a la salud sexual y salud reproductiva y toma de decisiones.

4.5 Mejorar la atención.

En este aspecto es muy importante tomar en cuenta algunos aspectos como:

1. Brindando capacitación a las personas que tienen un contacto prolongado con adolescentes
2. Optimizando la accesibilidad responsable de métodos anticonceptivos
3. Mejorando la asistencia médica integral y diferenciada.
4. Preparando y capacitando continuamente a los miembros de los diferentes centros de salud en el desarrollo de competencias en proveedores de servicios de salud y con la información necesaria para una óptima atención a la comunidad.

De esta manera se podría coordinar la realización de actividades locales, regionales y nacionales de intercambio, reflexión y diálogo acerca de las concepciones, prácticas y vivencias sobre Salud Integral, Adolescencia, sexualidad y salud sexual y reproductiva, embarazos en la adolescencia, violencia, equidad de género, entre integrantes de organizaciones de jóvenes y adolescentes indígenas y no indígenas para discutir problemáticas, alternativas, aspectos culturales, de género y de salud. Las cuales serían de mucha utilidad y con un alto grado de aprendizaje de parte a parte.



5. CONCLUSIONES

- El embarazo en adolescentes es un serio problema psicosocial que está afectando al desarrollo óptimo de los y las adolescentes.
- El aborto en las adolescentes es frecuente y con alta mortalidad materna por lo avanzado de la edad gestacional, y las deficientes condiciones técnicas, higiénicas y asépticas en que se realiza.
- El embarazo precoz conlleva el abandono de los estudios por parte de la adolescente y frecuentemente no los retoma luego del nacimiento, generando desocupación y difícil reinserción laboral por falta de capacitación.
- El embarazo y parto en las adolescentes reconoce un alto riesgo de mortalidad materna, fetal y neonatal.
- La reinserción y el respeto social de la adolescente luego de su embarazo y parto, son difíciles y hasta irrecuperables si no posee el apoyo de su familia y personas más cercanas.
- Las familias disfuncionales son un problema social que se debe tratar con delicadeza ya que es un problema serio debiéndose dar la importancia que amerita, ayuda profesional y mucha comprensión principalmente a niños y niñas y adolescentes que están siendo afectados en su comportamiento y desarrollo general.



6. RECOMENDACIONES

- Fortalecer la comunicación entre padres e hijos para de esta manera mejorar la confianza y respeto mutuo.
- Ampliar la comunicación e información sobre métodos anticonceptivos y sus respectivos usos y consecuencias.
- La mayor unión del sistema familiar fomentando actividades recreativas y tiempos de ocio en familia
- Escuchar activa y reflexivamente cada una de las intervenciones de sus hijos.
- Cada miembro del sistema familiar debe ser más afectivo mejorando el lenguaje no verbal.



7. BIBLIOGRAFÍA

"Los países comparados por la Salud> Tasa de mortalidad infantil> Total. Estadísticas Internacionales en NationMaster.com", [CIA World Libros especializados](#) 18 de diciembre 2003 al 28 de marzo de 2011. Los agregados recopilados por NationMáster. Recuperado de. <http://www.nationmaster.com/country-info/stats/Health/Infant-mortality-rate/Total>.

Acceso 12 Abril 2015.

"Embarazo en adolescentes, problema de hoy".(2014). Recuperado de. <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/embarazo/articulos/embarazo-en-adolescentes-problema-de-hoy.html>

.Acceso 21 Octubre 2014.

"Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad)". (2015). Recuperado de. <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>. Acceso 26 de febrero 2015.

Alcaldía de Medellín, secretaria de salud, Red de prevención del embarazo adolescente en Medellín proyecto sol y luna. (2007). *Cambios en la vida de las mujeres adolescentes a consecuencia de los embarazos y partos de sus hijas/os nacidos entre los años 2002 y 2004 en Medellín*. Medellín. Recuperado de. http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2013/Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva/Investigacion_Efectos_del_embarazo.pdf. Acceso 16 Octubre 2014.



Castillo, Júnior. (2014). *Embarazo en las adolescentes*. Recuperado de. <http://www.monografias.com/trabajos102/embarazo-las-adolescentes/embarazo-las-adolescentes.shtml>. Acceso. 3 de marzo 2015.

Confederación de adolescencia y juventud de Iberoamérica y el Caribe. (s.f.). *Guía de Prevención de Embarazo en la adolescencia en Guatemala*. Recuperado de. <http://www.codajic.org/bibliografia/3>. Acceso 18 de marzo del 2015.

Gómez, Raúl. (2012). *Modulo Psicología del Adolescente*. Cuenca.

Herrera, Patricia. (1997). *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud*. Recuperado de. http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm. Acceso 5 de marzo 2015.

INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. *Censo de Población y Vivienda 2010 / Nacimientos 2010/ Egresos Hospitalarios 2010 / Defunciones 2010*. Dirección Zonal 5 Litoral - Departamento de Estudios Analíticos Estadísticos. Cuenca Ecuador.

Japa, Ivonne. (2015). *Violencia doméstica hacia la mujer*. Recuperado de. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21038/1/tesis.pdf>. Acceso 12 de marzo 2015.

Línea y Salud. (2014). *La menarquía y la espermarquía*. Recuperado de. <http://www.lineaysalud.com/ique-es/250-la-menarquia-y-la-espermarquia.html>. acceso: 26 de febrero 2015

Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. (2014). *Código Orgánico Integral Penal*. Quito: Gráficas Ayerve C. A.



Ministerio de la Mujer. (2010). *El embarazo en las adolescentes*. Recuperado de. <http://www.minim.gob.ni/el-embarazo-en-las-adolescentes/>. Acceso 10 de marzo 2015.

Ministerio de salud pública y asistencia social. (2011). *Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala*. Guatemala.

Nation Master. (2015a). *Health, Adolescent fertility rate, Births per 1,000 women ages 15-19*. Recuperado de. <http://www.nationmaster.com/country-info/stats/Health/Adolescent-fertility-rate/Births-per-1%2C000-women-ages-15--19>. Acceso 3 de marzo 2015.

Nation Máster. (2015b). *Las madres adolescentes >% de las mujeres de entre 15 a 19 que han tenido hijos o que están actualmente embarazadas*. Recuperado de. <http://www.nationmaster.com/country-info/stats/Health/Teenage-mothers/%25-of-women-ages-15--19-who-have-had-children-or-are-currently-pregnant#2011>. Acceso 13 Mayo 2015.

Norwood, Robín. (1999). *Las mujeres que aman demasiado*. Buenos Aires: Editor, S.A. Javier Vergara.

Palacios, P. (2014). *Embarazo*. Recuperado de. <http://www.academia.edu/8383607/Embarazo>. Acceso 7 de marzo 2015.

Pillcorema, Blanca. (2013). *Tipos de familia estructural y la relación con sus límites*. Recuperado de. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4302/1/Tesis.pdf>. Acceso. 7 de marzo del 2015.}

Rivera, Leonor. (2006). *Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años)*. Salud Publica México; 48supl



2:S288-S296. Recuperado de. <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48s2/31385.pdf>.

Acceso 9 de marzo 2015.

Sauceda, J. y J. Maldonado.(2003). *La familia: su dinámica y tratamiento*.

Washington D. C.

Suzuki,Emi. (2014). *Tasa media de fecundidad a nivel mundial se redujo a la mitad con 2,5 nacimientos por mujer entre 1960 y 2012*. Recuperado de.

<http://blogs.worldbank.org/opendata/es/tasa-media-de-fecundidad-nivel-mundial-se-redujo-la-mitad>. Acceso 26 de febrero del 2015.

Venas Odd. (3 de Julio 2011). *Monografía del módulo Teología del Ministerio Holístico "Familias Disfuncionales"*. Recuperado de. [http://oddmagnus.com/wp-content/uploads/Monograf%C3%ADa-sobre-familias-disfuncionales_Odd-](http://oddmagnus.com/wp-content/uploads/Monograf%C3%ADa-sobre-familias-disfuncionales_Odd-Magnus.pdf)

Magnus.pdf. Acceso 5 Noviembre 2014.

WikimediaFoundation. (s.f.). *Embarazo Adolescente*. Wikipedia: enciclopedia libre, Florida, 20 de Mayo 2001. Recuperado de.

http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_adolescente. Acceso 14 Octubre

2014Winnicott, D.W., (1995). *La familia y el Desarrollo del Individuo*. Buenos Aires: Ediciones Hormés S.A.E.

Yago, Teresa. (2010). *Jóvenes, Anticoncepción y Género perspectiva de género en la práctica clínica*. Zaragoza: Arpirelieve.



8. ANEXOS

Anexo 1

Tabla 1

Indicadores de desarrollo mundial.

	Tasa de fecundidad total	Tasa de fecundidad de las adolescentes	La necesidad Insatisfecha de anticoncepción	Tasa de uso de anticonceptivos	Embarazadas que reciben atención prenatal	Partos atendidos por personal de salud calificado	Tasa de mortalidad materna	Riesgo de por vida de la mortalidad materna
				Cualquier método o			Las estimaciones nacionales	Estimaciones basadas en modelos
	nacimientos por mujer	nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 19	% De mujeres casadas de 15 a 49	% De mujeres casadas de 15 a 49	%	% total Del	por cada 100.000 nacidos vivos	por cada 100.000 nacidos vivos
1990			2007-12	2007-12	2007-12	1990	2007-12	1990
2012						2007-12		2013
								Probabilidad 1 mujer en:
								2013



Afganistán	7.7	5. 1	87	..	21	48	..	39	330	1200	400	49
Albania	3.0	1. 8	15	13	69	97	93	99	21	31	21	2800
Argelia	4.8	2. 8	10	..	..	..	77	..	..	160	89	380
Samoa Americana	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Andorra	..	1. 2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Angola	7.2	6. 0	170	..	..	80	..	47	..	1400	460	35
Antigua y Barbuda	2.1	2. 1	49	..	..	100	..	100	0	..	..	..
Argentina	3.0	2. 2	54	..	..	..	96	97	40	71	69	630
Armenia	2.5	1. 7	27	14	55	99	100	100	14	47	29	1800
Aruba	2.2	1. 7	27	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Australia	1.9	1. 9	12	..	..	98	100	..	..	7	6	9000
Austria	1.5	1. 4	4	..	..	..	..	..	..	10	4	19200
Azerbaiyán	2.7	2. 0	40	..	..	..	97	99	24	60	26	1800



Bahamas	2.6	1. 9	28	..	..	98	99	99	0	43	37	1400
Bahréin	3.7	2. 1	14	..	..	100	..	100	..	21	22	2000
Bangladesh	4.6	2. 2	81	14	61	55	..	32	220	550	170	250
Barbados	1.7	1. 8	48	..	..	100	..	100	..	120	52	1100
Bielorrusia	1.9	1. 6	21	..	63	100	100	100	1	37	1	45200
Bélgica	1.6	1. 8	7	..	..	..	..	..	..	10	6	8700
Belice	4.5	2. 7	71	..	55	96	77	96	55	75	45	750
Benín	6.7	4. 9	90	..	13	86	..	84	..	600	340	59
Bermuda	..	1. 8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Bután	5.6	2. 3	41	..	66	97	..	65	150	900	120	340
Bolivia	4.9	3. 3	72	20	61	86	43	71	310	510	200	140
Bosnia y Herzegovina	1.7	1. 3	15	..	46	87	97	100	3	19	8	9700
Botswana	4.7	2.	44	..	53	94	78	95	160	360	170	200



		7										
Brasil	2.8	1. 8	71	..	..	98	70	..	75	120	69	780
Brunei Darussalam	3.5	2. 0	23	..	..	99	..	100	..	26	27	1900
Bulgaria	1.8	1. 5	36	..	..	..	99	100	3	24	5	12400
Burkina Faso	7.0	5. 7	115	25	16	94	..	66	340	770	400	44
Burundi	7.5	6. 1	30	32	22	99	..	60	500	1300	740	22
Cabo Verde	5.3	2. 3	71	..	..	..	..	..	54	230	53	740
Camboya	5.6	2. 9	44	17	51	89	..	74	206	1200	170	180
Camerún	6.4	4. 9	116	24	23	85	64	64	780	720	590	34
Canadá	1.8	1. 6	14	..	..	100	..	100	..	6	11	5200
Islas Caimán	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
República Centroafricana	5.8	4. 5	98	..	15	68	..	54	..	1200	880	27
Chad	7.3	6. 4	152	..	5	53	..	23	..	1700	980	15



Islas del Canal	1.5	1. 5	8	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Chile	2.6	1. 8	55	..	..	..	..	100	18	55	22	2400
China	2.5	1. 7	9	..	88	95	94	100	25	97	32	1800
Hong Kong, China	1.3	1. 3	3	..	80	..	..	..	..	..	..	..
RAE de Macao, China	1.7	1. 1	4	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Colombia	3.1	2. 3	69	8	79	97	94	99	73	100	83	500
Comoras	5.6	4. 8	51	..	19	92	..	82	..	630	350	58
Dem Congo. Rep.	7.1	6. 0	135	27	17	89	..	80	550	1000	730	23
Congo, Rep.	5.3	5. 0	127	..	45	93	..	94	426	670	410	48
Costa Rica	3.2	1. 8	61	..	82	90	98	99	23	38	38	1400
Costa de Marfil	6.4	4. 9	130	27	18	91	..	59	610	740	720	29
Croacia	1.6	1. 5	13	..	..	100	100	100	10	8	13	5200
Cuba	1.8	1.	43	..	74	100	..	100	33	63	80	970



		5										
Curacao	..	2. 2	28	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Chipre	2.4	1. 5	5	..	..	99	..	..	..	18	10	6600
República Checa	1.9	1. 5	5	..	..	..	100	100	2	15	5	12100
Dinamarca	1.7	1. 7	5	..	..	..	..	..	..	9	5	12000
Djibouti	6.1	3. 5	19	..	23	..	..	..	..	400	230	130
Dominica	2.5	..	..	..	..	100	..	100	0	..	..	..
República Dominicana	3.5	2. 5	100	11	73	99	92	98	160	240	100	360
Ecuador	3.8	2. 6	77	..	..	..	..	..	69	160	87	420
Egipto, República Árabe.	4.4	2. 8	43	12	60	74	37	79	55	120	45	710
El Salvador	4.0	2. 2	76	..	73	94	90	96	51	110	69	600
Guinea Ecuatorial	5.9	4. 9	113	..	..	..	..	..	..	1600	290	72
Eritrea	6.5	4. 8	65	..	..	..	..	..	..	1700	380	52



Estonia	2.1	1. 6	17	..	..	..	99	..	..	48	11	5700
Etiopía	7.2	4. 6	78	26	29	43	..	10	680	1400	420	52
Islas Feroe	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Fiji	3.4	2. 6	43	..	32	100	..	100	23	89	59	620
Finlandia	1.8	1. 8	9	..	..	..	..	..	..	6	4	15100
Francia	1.8	2. 0	6	..	..	..	..	..	..	12	12	4300
Polinesia francés	3.4	2. 1	38	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Gabón	5.4	4. 1	103	27	31	95	..	89	320	380	240	94
Gambia	6.1	5. 8	116	..	13	98	44	57	..	710	430	39
Georgia	2.2	1. 8	47	..	53	98	97	100	28	50	41	1300
Alemania	1.5	1. 4	4	..	..	..	..	..	..	13	7	11000
Ghana	5.6	3. 9	58	36	34	96	40	68	450	760	380	66
Grecia	1.4	1. 3	12	..	..	..	..	..	..	6	5	12000



Groenlandia	2.4	2. 0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Granada	3.8	2. 2	35	..	..	100	..	99	0	34	23	1800
Guam	3.0	2. 4	50	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Guatemala	5.6	3. 8	97	..	54	93	..	52	140	270	140	170
Guinea	6.6	5. 0	131	..	6	85	31	45	..	1100	650	30
Guinea-Bissau	6.6	5. 0	99	..	14	93	..	43	..	930	560	36
Guayana	2.5	2. 6	88	29	43	92	..	92	86	210	250	150
Haití	5.4	3. 2	42	35	35	90	23	37	..	670	380	80
Honduras	5.1	3. 1	84	11	73	97	47	83	..	290	120	260
Hungría	1.9	1. 3	12	..	..	..	99	99	19	23	14	5000
Islandia	2.3	2. 0	11	..	..	..	..	..	..	7	4	11500
India	3.9	2. 5	33	..	55	75	..	52	210	560	190	190
Indonesia	3.1	2.	48	11	62	96	41	83	360	430	190	220



		4										
Irán, República Islámica.	4.8	1. 9	32	..	77	97	..	96	..	83	23	2000
Irak	5.9	4. 1	69	..	53	78	54	91	..	110	67	340
Irlanda	2.1	2. 0	8	..	..	..	..	..	..	6	9	5500
Isla de Man	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Israel	2.8	3. 0	8	..	..	..	..	..	..	12	2	17400
Italia	1.3	1. 4	4	..	..	..	..	..	..	10	4	17100
Jamaica	2.9	2. 3	70	..	72	99	92	98	..	98	80	540
Japón	1.5	1. 4	5	..	..	..	100	..	..	14	6	12100
Jordania	5.5	3. 3	26	13	61	99	87	100	19	86	50	580
Kazajstán	2.7	2. 6	30	..	51	99	99	100	17	91	26	1500
Kenia	6.0	4. 5	94	26	46	92	50	44	488	490	400	53
Kiribati	4.6	3. 0	17	..	22	88	..	80	0	250	130	260



Corea, Dem. Rep.	2.3	2. 0	1	..	..	100	..	100	77	85	87	630
Corea, Rep.	1.6	1. 3	2	..	80	..	..	..	..	18	27	2900
Kosovo	3.9	2. 2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Kuwait	2.4	2. 6	14	..	..	100	..	100	..	12	14	2600
República Kirguisa	3.7	3. 1	29	..	36	97	99	99	64	85	75	390
República Democrática Popular Lao	6.2	3. 1	65	..	50	54	..	42	360	1100	220	130
Letonia	2.0	1. 4	14	..	..	..	100	..	32	57	13	4600
Líbano	3.0	1. 5	12	..	54	..	..	..	..	64	16	3900
Lesoto	4.9	3. 1	89	23	47	92	..	62	1200	720	490	64
Liberia	6.5	4. 9	117	36	11	79	..	46	990	1200	640	31
Libia	5.0	2. 4	3	..	..	93	..	100	..	31	15	2700
Liechtenstein	..	1. 5	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Lituania	2.0	1.	11	..	..	..	100	..	9	34	11	5900



		6										
Luxemburgo	1.6	1. 6	8	..	..	..	..	..	..	6	11	5300
Macedonia, Antigua República Yugoslava	2.2	1. 4	18	..	40	99	89	98	4	15	7	10200
Madagascar	6.3	4. 5	123	19	40	86	57	44	500	740	440	47
Malawi	7.0	5. 5	145	26	46	95	55	71	680	1100	510	34
Malasia	3.5	2. 0	6	..	..	97	93	99	26	56	29	1600
Maldivas	6.1	2. 3	4	29	35	99	..	95	..	430	31	1200
Malí	7.1	6. 9	176	..	10	75	..	56	..	1100	550	26
Malta	2.0	1. 4	18	..	..	..	..	..	..	12	9	8300
Islas Marshall	..	..	..	8	45	81	..	99	140	..	..	..
Mauritania	6.0	4. 7	73	25	9	84	40	65	630	630	320	66
Mauricio	2.3	1. 4	31	..	..	..	91	..	..	70	73	900
México	3.4	2. 2	63	..	73	96	84	96	43	88	49	900



Micronesia, Sts.	5.0	3. 3	19	..	55	80	..	100	0	170	96	320
Moldavia	2.4	1. 5	29	..	..	..	100	99	30	61	21	2900
Mónaco	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Mongolia	4.1	2. 4	19	..	55	99	..	99	47	100	68	560
Montenegro	1.9	1. 7	15	..	..	..	..	100	13	8	7	8900
Marruecos	4.1	2. 7	36	..	67	77	31	74	130	310	120	300
Mozambique	6.2	5. 3	138	29	12	91	..	54	410	1300	480	41
Myanmar	3.4	2. 0	12	..	46	83	46	71	..	580	200	250
Namibia	5.2	3. 1	55	21	55	95	68	81	450	320	130	230
Nepal	5.2	2. 4	74	28	50	58	7	36	..	790	190	200
Países Bajos	1.6	1. 7	6	..	69	..	..	..	..	11	6	10700
Nueva Caledonia	3.2	2. 1	21	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Nueva Zelanda	2.2	2. 1	25	..	..	..	..	..	..	18	8	6600



Nicaragua	4.8	2. 5	101	8	72	90	..	74	63	170	100	340
Níger	7.8	7. 6	205	..	14	83	15	29	..	1000	630	20
Nigeria	6.5	6. 0	120	20	18	66	31	49	550	1200	560	31
Islas Marianas del Norte	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Noruega	1.9	1. 9	8	..	..	..	100	..	..	9	4	14900
Omán	7.2	2. 9	11	..	24	99	..	99	16	48	11	2800
Pakistán	6.0	3. 3	27	25	29	68	19	49	250	400	170	170
Palau	2.8	..	..	..	22	90	99	100	0	..	..	..
Panamá	3.1	2. 5	79	..	52	96	86	89	60	98	85	450
Papúa Nueva Guinea	4.8	3. 8	62	..	..	..	..	..	..	470	220	120
Paraguay	4.5	2. 9	67	..	79	96	66	82	100	130	110	290
Perú	3.8	2. 4	51	9	76	96	53	87	93	250	89	440
Filipinas	4.3	3. 1	47	19	49	78	..	72	221	110	120	250



Polonia	2.1	1. 3	12	..	..	..	100	..	2	17	3	19800
Portugal	1.6	1. 3	13	..	..	..	98	..	..	15	8	8800
Puerto Rico	2.2	1. 6	47	..	..	..	..	..	..	29	20	3000
Katar	4.0	2. 0	10	..	..	100	..	100	13	11	6	7200
Rumania	1.8	1. 5	31	..	..	..	100	99	21	170	33	2100
Federación de Rusia	1.9	1. 6	26	..	80	..	99	100	17	74	24	2600
Ruanda	7.3	4. 6	34	21	52	98	26	69	480	1400	320	66
Samoa	5.1	4. 2	28	..	29	93	76	81	..	150	58	430
San Marino	..	1. 3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Santo Tomé y Príncipe	5.4	4. 1	65	38	38	98	..	82	160	410	210	100
Arabia Saudita	5.8	2. 7	10	..	24	97	..	97	14	41	16	2200
Senegal	6.6	5. 0	94	30	13	93	..	65	390	530	320	60
Serbia	1.8	1.	17	..	61	99	..	100	9	18	16	4500



		3										
Seychelles	2.7	2. 4	56	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Sierra Leona	6.5	4. 8	101	28	11	93	..	63	860	2300	1100	21
Singapur	1.9	1. 3	6	..	..	..	..	..	..	8	6	13900
Sint Maarten neerlandesa)	(parte..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
República Eslovaca	2.1	1. 3	16	..	..	..	100	99	10	15	7	10200
Eslovenia	1.5	1. 6	1	..	..	..	100	100	10	11	7	9300
Islas Salomón	5.9	4. 1	65	11	35	74	..	86	150	320	130	180
Somalia	7.4	6. 7	110	..	..	..	..	..	..	1300	850	18
Sudáfrica	3.7	2. 4	51	..	..	97	..	..	..	150	140	300
Sudán del Sur	6.8	5. 0	75	..	4	40	..	19	..	1800	730	28
España	1.4	1. 3	11	..	..	..	..	..	..	7	4	15100
Sri Lanka	2.5	2. 3	17	..	68	99	..	99	..	49	29	1400



St. Kitts y Nevis	2.6	..	..	..	54	100	..	100	0	..	..	..
Santa Lucía	3.4	1. 9	56	..	..	99	..	100	..	60	34	1500
San Martín (parte francesa)	2.1	1. 8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
San Vicente y las Granadinas	3.0	2. 0	55	..	..	100	..	99	..	48	45	1000
Sudán	6.2	4. 5	84	..	9	74	69	23	..	720	360	60
Suriname	2.7	2. 3	35	..	48	91	..	91	83	84	130	330
Swazilandia	5.7	3. 4	72	24	65	97	..	82	589	550	310	94
Suecia	2.1	1. 9	7	..	..	..	..	..	..	6	4	13600
Suiza	1.6	1. 5	2	..	..	..	..	..	..	8	6	12300
República Árabe Siria	5.3	3. 0	42	..	54	88	..	96	..	130	49	630
Tayikistán	5.2	3. 8	43	..	28	79	90	87	37	68	44	530
Tanzania	6.2	5. 3	123	25	34	88	44	49	450	910	410	44
Tailandia	2.1	1. 4	41	..	80	99	..	100	..	42	26	2900



Timor-Leste	5.3	5. 3	52	32	22	84	..	29	560	1200	270	66
Togo	6.3	4. 7	92	..	15	72	31	59	..	660	450	46
Tonga	4.6	3. 8	18	..	32	98	92	98	36	71	120	220
Trinidad y Tobago	2.5	1. 8	35	..	..	..	..	..	..	89	84	640
Túnez	3.5	2. 2	5	..	63	98	69	99	..	91	46	1000
Pavo	3.1	2. 1	31	18	73	95	..	95	..	48	20	2300
Turkmenistán	4.3	2. 4	18	..	..	..	..	..	12	66	61	640
Islas Turcas y Caicos	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Tuvalu	..	..	..	24	31	97	100	98	0	..	..	..
Uganda	7.1	6. 0	127	34	30	93	38	57	440	780	360	44
Ucrania	1.8	1. 5	26	10	67	99	100	100	16	49	23	2900
Emiratos Árabes Unidos	4.4	1. 8	28	..	..	100	..	100	0	16	8	5800
Reino Unido	1.8	1. 9	26	..	84	..	..	..	..	10	8	6900



Estados Unidos	2.1	1. 9	31	..	79	..	99	..	13	12	28	1800
Uruguay	2.5	2. 1	58	..	..	96	..	100	8	42	14	3500
Uzbekistán	4.1	2. 5	39	..	..	..	..	..	21	66	36	1100
Vanuatu	4.9	3. 4	45	..	38	84	..	74	86	170	86	320
Venezuela, RB	3.4	2. 4	83	..	..	..	..	..	63	93	110	360
Vietnam	3.6	1. 8	29	..	78	94	..	93	67	140	49	1100
Islas Vírgenes (EE.UU.)	3.0	1. 8	51	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ribera Occidental y Gaza	6.5	4. 1	46	..	53	98	..	99	..	96	47	500
Yemen, Rep.	8.7	4. 2	47	..	..	..	16	..	..	460	270	88
Zambia	6.5	5. 7	125	27	41	94	51	47	480	580	280	59
Zimbabue	5.2	3. 6	60	15	59	90	70	66	960	520	470	53
Mundo	3.3	2. 5	45	..	63	82	..	67	..	380	210	190
Bajos ingresos	5.7	4.	93	22	38	76	..	49	..	900	440	53



		1										
Ingresos medios	3.4	2. 4	40	..	66	84	..	72	..	330	170	230
Ingreso mediano bajo	4.2	2. 9	47	..	51	78	..	59	..	520	240	140
De ingresos medios altos	2.8	1. 9	31	..	83	95	89	97	..	120	57	890
Ingresos bajos y medio	3.7	2. 6	49	..	62	82	..	66	..	430	230	160
Asia oriental y el Pacífico	2.7	1. 9	20	..	80	93	84	92	..	170	75	700
Europa y Asia Central	2.6	2. 0	31	..	64	95	..	97	..	61	28	1700
América Latina y Caribe	3.2	2. 2	69	..	..	96	75	..	..	150	87	500
Oriente Medio y Norte de África	4.8	2. 8	37	..	65	84	..	88	..	160	78	430
Asia del Sur	4.2	2. 6	39	..	52	72	..	50	..	550	190	190
África subsahariana	6.4	5. 1	108	25	24	79	..	50	..	990	510	38
Gano	1.9	1. 7	18	..	..	..	..	..	..	24	17	3400
Zona del euro	1.5	1. 5	6	..	..	..	..	..	..	12	7	9000



(Indicadores del Desarrollo Mundial:
salud reproductiva, bancomundial.org, 2014)

Anexo 2

Tabla 2

Nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad

PAIS	2010	2011	2012	2013
Afganistán	99	93	87	83
Albania	17	16	15	14
Alemania	6	5	4	3
Andorra				
Angola	179	175	170	167
Antigua y Barbuda	52	51	49	48
Arabia Saudita	11	10	10	10
Argelia	10	10	10	10
Argentina	55	55	54	54
Armenia	27	27	27	27
Aruba	29	28	27	25
Australia	14	13	12	11
Austria	7	6	4	3



Azerbaiyán	40	40	40	39
Bahamas	30	29	28	28
Bahréin	14	14	14	14
Bangladesh	84	82	81	79
Barbados	49	49	48	48
Belarús	21	21	21	20
Bélgica	8	7	7	6
Belice	74	73	71	70
Benín	96	93	90	88
Bermudas				
Bhután	45	43	41	40
Bolivia	74	73	72	71
Bosnia y Herzegovina	16	15	15	15
Botswana	47	46	44	43
Brasil	73	72	71	70
Brunei				
Darussalam	24	23	23	23
Bulgaria	38	37	36	34
Burkina Faso	121	118	115	112
Burundi	32	31	30	30
Cabo Verde	75	73	71	69
Camboya	45	45	44	44
Camerún	122	119	116	113
Canadá	14	14	14	14
Chad	164	158	152	147
Chile	57	56	55	55
China	8	9	9	9
Chipre	6	6	5	5
Colombia	71	70	69	68
Comoras	54	53	51	50
Congo, República del	128	127	127	125
Congo, República Democrática del	134	135	135	134
Corea, República de	2	2	2	2
Corea, República Popular Democrática de	1	1	1	1
Costa Rica	63	62	61	60
Côte d'Ivoire	128	129	130	126
Croacia	13	13	13	13
Cuba	44	44	43	43
Curacao	29	29	28	27
Dinamarca	5	5	5	5
Djibouti	20	19	19	18
Dominica				
Ecuador	80	78	77	76
Egipto, República Árabe de	45	44	43	42
El Salvador	79	77	76	75
Emiratos Árabes Unidos	29	28	28	27
Eritrea	70	68	65	63
Eslovenia	2	1	1	1
España	11	11	11	10
Estados Unidos	34	33	31	30
Estonia	19	18	17	16
Etiopía	83	81	78	76
Ex República	20	19	18	18



Yugoslava de					Irán, República				
Macedonia					Islámica del	32	32	32	31
Federación de					Iraq	71	70	69	68
Rusia	27	26	26	26	Irlanda	12	10	8	8
Fiji	44	43	43	42	Isla de Man				
Filipinas	50	48	47	46	Isla de San Martín (parte				
Finlandia	9	9	9	9	francesa)				
Francia	7	7	6	6	Islandia	13	12	11	11
Gabón	108	105	103	99	Islas Caimán				
Gambia	114	115	116	114	Islas Feroe				
Georgia	48	48	47	46	Islas Marshall				
Ghana	62	60	58	57	Islas Salomón	67	66	65	64
Granada	38	37	35	34	Islas Turcas y				
Grecia	12	12	12	11	Caicos				
Groenlandia					Islas Vírgenes				
Guam	49	50	50	50	(EE.UU.)	51	51	51	48
Guatemala	101	99	97	95	Israel	10	9	8	7
Guinea	140	136	131	127	Italia	5	5	4	4
Guinea-Bissau	109	104	99	97	Jamaica	73	72	70	69
Guinea Ecuatorial	117	115	113	111	Japón	5	5	5	5
Guyana	93	91	88	87	Jordania	28	27	26	26
Haití	44	43	42	41	Kazajstán	29	30	30	29
Honduras	88	86	84	82	Kenya	96	95	94	92
Hong Kong,					Kirguistán	29	29	29	28
Región					Kiribati	19	18	17	16
Administrativa					Kosovo				
Especial	3	3	3	3	Kuwait	15	15	14	14
Hungría	15	14	12	12	Lesotho	90	90	89	86
India	40	36	33	32	Letonia	15	14	14	13
Indonesia	50	49	48	48	Líbano	12	12	12	12



Liberia	127	122	117	114
Libia	3	3	3	2
Liechtenstein				
Lituania	14	12	11	10
Luxemburgo	9	9	8	8
Madagascar	127	125	123	121
Malasia	9	7	6	6
Malawi	150	147	145	143
Maldivas	7	6	4	4
Malí	178	177	176	174
Malta	18	18	18	18
Mariana				
Marruecos	35	35	36	35
Mauricio	32	31	31	31
Mauritania	77	75	73	72
México	66	65	63	62
Micronesia				
(Estados Federados de)	21	20	19	17
Mónaco				
Mongolia	19	19	19	18
Montenegro	17	16	15	15
Mozambique	148	143	138	133
Myanmar	14	13	12	11
Namibia	63	59	55	52
Nepal	82	78	74	72
Nicaragua	106	103	101	99
Níger	207	206	205	205
Nigeria	121	120	120	118
Noruega	8	8	8	7
Nueva Caledonia	21	21	21	21
Nueva Zelandia	27	26	25	24
Omán	12	11	11	10
Países Bajos	6	6	6	6
Pakistán	29	28	27	27
Palau				
Panamá	81	80	79	77
Papua Nueva Guinea	64	63	62	61
Paraguay	69	68	67	66
Perú	52	52	51	50
Polinesia Francesa	39	39	38	38
Polonia	13	13	12	12
Portugal	14	13	13	12
Puerto Rico	48	48	47	47
Qatar	12	11	10	9
Región Administrativa Especial de Macao, China	3	4	4	4
Reino Unido	26	26	26	26
República Árabe Siria	43	42	42	41
República Centroafricana	102	100	98	97
República Checa	7	6	5	5
República Democrática Popular Lao	69	67	65	64
República de	31	30	29	29



Moldova					Sudán del Sur	83	79	75	72
República Dominicana	103	101	100	98	Suecia	6	6	7	6
República Eslovaca	18	17	16	15	Suiza	3	2	2	2
Ribera Occidental y Gaza	48	47	46	45	Suriname	37	36	35	34
Rumania	31	31	31	31	Swazilandia	78	75	72	69
Rwanda	37	35	34	32	Tailandia	41	41	41	40
Saint Kitts y Nevis					Tanzanía	126	124	123	121
Samoa	30	29	28	28	Tayikistán	44	43	43	41
Samoa Americana					Timor-Leste	58	55	52	50
San Marino					Togo	91	91	92	89
Santa Lucía	58	57	56	55	Tonga	20	19	18	17
Santo Tomé y Príncipe	70	67	65	63	Trinidad y Tobago	36	35	35	34
San Vicente y las Granadinas	56	55	55	54	Túnez	5	5	5	4
Senegal	96	95	94	92	Turkmenistán	19	19	18	17
Serbia	18	17	17	17	Turquía	34	33	31	29
Seychelles	58	57	56	56	Tuvalu				
Sierra Leona	108	104	101	98	Ucrania	28	27	26	25
Singapur	6	6	6	6	Uganda	136	131	127	122
Sint Maarten (Dutch part)					Uruguay	59	59	58	58
Somalia	117	114	110	107	Uzbekistán	43	41	39	37
Sri Lanka	19	18	17	17	Vanuatu	46	45	45	44
Sudáfrica	54	53	51	49	Venezuela	86	85	83	82
Sudán	93	88	84	80	Viet Nam	30	30	29	29
					Yemen, Rep. del	51	49	47	46
					Zambia	131	128	125	122
					Zimbabwe	65	63	60	58

(Nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad,bancomundial.org, 2014)



Anexo 3

Tabla 3

Mortalidad infantil.

PAÍS	IMPORTE	FECHA
Afganistán	149,2 muertes / 1.000 nacimientos vivos	2011
Alemania	3,54 muertes / 1.000 nacimientos vivos	2011
América Latina y el Caribe pro	17,87 muertes / 1.000 nacimientos	2011

Angola	175,9 muertes / 1.000 nacimientos vivos	2011
Arabia Saudita	16,16 muertes / 1.000 nacimientos vivos	2011
Argelia	25,81 muertes / 1.000 nacimientos vivos	2011

Argentina	10,81 muertes / 1.000 nacimientos vivos	2011
Armenia	18,85 muertes / 1.000 nacimientos vivos	2011
Aruba	12,92 muertes / 1.000 nacimientos vivos	2011



	nacimientos		
	vivos		
	71,05 muertes /		
Asia del Sur	1.000		
promedio	nacimientos	2011	
	vivos		
Asia	45,63 muertes /		
Meridional y	1.000		
Central pro	nacimientos	2011	
medio	vivos		
Asia	23,08 muertes /		
oriental y el	1.000		
Pacífico pro	nacimientos	2011	
medio	vivos		
	4,61 muertes /		
Australia	1.000		2011

	nacimientos		
	vivos		
	4,32 muertes /		
Austria	1.000		
	nacimientos	2011	
	vivos		
	51,08 muertes /		
Azerbaián	1.000		
	nacimientos	2011	
	vivos		
	10,43 muertes /		
Bahrein	1.000		
	nacimientos	2011	
	vivos		
	50,73 muertes /		
Bangladesh	1.000		
		2011	

	nacimientos		
	vivos		
	11,86 muertes /		
Barbados	1.000		
	nacimientos	2011	
	vivos		
	4,33 muertes /		
Bélgica	1.000		
	nacimientos	2011	
	vivos		
	21,95 muertes /		
Belice	1.000		
	nacimientos	2011	
	vivos		
	42,16 muertes /		
Bolivia	1.000		
		2011	



	nacimientos		
	vivos		
	21,17 muertes /		
Brasil	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	60,91 muertes /		
Camerún	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	4,92 muertes /		
Canadá	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	7,34 muertes /		
Chile	1.000	2011	

	nacimientos		
	vivos		
	16,06 muertes /		
China	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	9,38 muertes /		
Chipre	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	16,39 muertes /		
Colombia	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	76,05 muertes /		
Congo,	1.000	2011	
República			

del	nacimientos		
	vivos		
	27,11 muertes /		
Corea del Norte	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	4,16 muertes /		
Corea del Sur	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	64,78 muertes /		
Costa de Marfil	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	9,45 muertes /		
Costa Rica	1.000	2011	



	nacimientos		
	vivos		
	6,16 muertes /		
	1.000		
Croacia		2011	
	nacimientos		
	vivos		
	4,9 muertes /		
	1.000		
Cuba		2011	
	nacimientos		
	vivos		
	4,24 muertes /		
	1.000		
Dinamarca		2011	
	nacimientos		
	vivos		
	12,78 muertes /		
Dominica		2011	
	1.000		

	nacimientos		
	vivos		
	19,65 muertes /		
	1.000		
Ecuador		2011	
	nacimientos		
	vivos		
	25,2 muertes /		
	1.000		
Egipto		2011	
	nacimientos		
	vivos		
	20,3 muertes /		
	1.000		
El Salvador		2011	
	nacimientos		
	vivos		
	3,39 muertes /		
España		2011	
	1.000		

	nacimientos		
	vivos		
	6,06 muertes /		
	1.000		
Estados Unidos		2011	
	nacimientos		
	vivos		
	3,29 muertes /		
	1.000		
Francia		2011	
	nacimientos		
	vivos		
	19 muertes /		
	1.000		
Franja de Gaza		2008	
	nacimientos		
	vivos		
	48,55 muertes /		
	1.000		
Ghana		2011	



	nacimientos		
	vivos		
	5 muertes /		
Grecia	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	10,05 muertes /		
Groenlandia	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	26,02 muertes /		
Guatemala	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	36,76 muertes /		
Guayana	1.000	2011	

	nacimientos		
	vivos		
	11,76 muertes /		
Guiana	1.000	2006	
francés	nacimientos		
	vivos		
	61,03 muertes /		
Guinea	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	54,02 muertes /		
Haití	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	20,44 muertes /		
Honduras	1.000	2011	

	nacimientos		
	vivos		
	2,9 muertes /		
Hong Kong	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	5,31 muertes /		
Hungría	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	47,57 muertes /		
India	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	27,95 muertes /		
Indonesia	1.000	2011	



	nacimientos		
	vivos		
	41,68 muertes /		
Irak	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	42,26 muertes /		
Irán	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	3,85 muertes /		
Irlanda	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	3,2 muertes /		
Islandia	1.000	2011	

	nacimientos		
	vivos		
	6,63 muertes /		
Islas Caimán	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	4,12 muertes /		
Israel	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	3,38 muertes /		
Italia	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	14,6 muertes /		
Jamaica	1.000	2011	

	nacimientos		
	vivos		
	2,78 muertes /		
Japón	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	12,05 muertes /		
Katar	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	24,15 muertes /		
Kazajstán	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	52,29 muertes /		
Kenia	1.000	2011	



	nacimientos		
	vivos		
	8,07 muertes /		
	1.000		
Kuwait		2011	
	nacimientos		
	vivos		
	59,46 muertes /		
	1.000		
Laos		2011	
	nacimientos		
	vivos		
	13,49 muertes /		
	1.000		
Las Bahamas		2011	
	nacimientos		
	vivos		
	15,02 muertes /		
	1.000		
Malasia		2011	

	nacimientos		
	vivos		
	81,04 muertes /		
	1.000		
Malawi		2011	
	nacimientos		
	vivos		
	27,45 muertes /		
	1.000		
Maldivas		2011	
	nacimientos		
	vivos		
	111,35 muertes		
	/ 1.000		
Malí		2011	
	nacimientos		
	vivos		
	27,53 muertes /		
	1.000		
Marruecos		2011	

	nacimientos		
	vivos		
	17,29 muertes /		
	1.000		
México		2011	
	nacimientos		
	vivos		
	1,79 muertes /		
	1.000		
Mónaco		2011	
	nacimientos		
	vivos		
	44,54 muertes /		
	1.000		
Nepal		2011	
	nacimientos		
	vivos		
	22,64 muertes /		
	1.000		
Nicaragua		2011	



	nacimientos	
	vivos	
	112,22 muertes	
	/ 1.000	
Níger		2011
	nacimientos	
	vivos	
	91,54 muertes /	
	1.000	
Nigeria		2011
	nacimientos	
	vivos	
	3,52 muertes /	
	1.000	
Noruega		2011
	nacimientos	
	vivos	
Nueva	4,78 muertes /	
Zelanda	1.000	2011

	nacimientos	
	vivos	
Oriente	21,65 muertes /	
Medio y	1.000	
Norte de		2011
África prom	nacimientos	
edio	vivos	
	63,26 muertes /	
	1.000	
Pakistán		2011
	nacimientos	
	vivos	
	11,64 muertes /	
	1.000	
Panamá		2011
	nacimientos	
	vivos	
Paraguay	23,02 muertes /	2011

	1.000	
	nacimientos	
	vivos	
	22,18 muertes /	
	1.000	
Perú		2011
	nacimientos	
	vivos	
	6,54 muertes /	
	1.000	
Polonia		2011
	nacimientos	
	vivos	
	4,66 muertes /	
	1.000	
Portugal		2011
	nacimientos	
	vivos	
Puerto Rico	8,07 muertes /	2011



	1.000	
	nacimientos	
	vivos	
	4,62 muertes /	
Reino Unido	1.000	2011
	nacimientos	
	vivos	
	99,38 muertes /	
República Centroafricana	1.000	2011
	nacimientos	
	vivos	
	3,73 muertes /	
República Checa	1.000	2011
	nacimientos	
	vivos	

	78,43 muertes /	
República Democrática del Congo	1.000	2011
	nacimientos	
	vivos	
	22,22 muertes /	
República Dominicana	1.000	2011
	nacimientos	
	vivos	
	10,08 muertes /	
Rusia	1.000	2011
	nacimientos	
	vivos	
	2,32 muertes /	
Singapur	1.000	2011
	nacimientos	
	vivos	

	15,62 muertes /	
Siria	1.000	2011
	nacimientos	
	vivos	
	43,2 muertes /	
Sudáfrica	1.000	2011
	nacimientos	
	vivos	
	68,07 muertes /	
Sudán	1.000	2011
	nacimientos	
	vivos	
	2,74 muertes /	
Suecia	1.000	2011
	nacimientos	
	vivos	



	4,08 muertes /		
Suiza	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	63,09 muertes /		
Swazilandia	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	16,39 muertes /		
Tailandia	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	5,18 muertes /		
Taiwán	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		

	66,93 muertes /		
Tanzania	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	27,69 muertes /		
Trinidad y Tobago	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	23,94 muertes /		
Turquía	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	8,54 muertes /		
Ucrania	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		

	9,69 muertes /		
Uruguay	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	21,92 muertes /		
Uzbekistán	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	20,62 muertes /		
Venezuela	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		
	20,9 muertes /		
Vietnam	1.000	2011	
	nacimientos		
	vivos		



(Tasa de mortalidad infantil, Nation
Máster, 2015)

