



**Universidad  
Latina**

---

---

**UNIVERSIDAD LATINA  
CAMPUS CUERNAVACA  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.**

---

**Incorporación a la Universidad Nacional  
Autónoma de México No. 8344-25**

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL AUTOCONCEPTO, AUTOESTIMA Y ESTRUCTURA FAMILIAR  
DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS ENTRE 13-18 AÑOS.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO(A) EN PSICOLOGÍA.**

**P R E S E N T A:  
SAIRA ALEJANDRA MILLÁN BELAUZARÁN**

**DIRECTORA DE TESIS: MTRA. CARMEN DE JESÚS MÁRQUEZ FLORES.**

**LUGAR: CUERNAVACA MORELOS.**

**FECHA: SEPTIEMBRE 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos**

### **A Dios:**

*Por prestarme la vida hasta el día de hoy, y así poder concluir con una etapa más de mi vida, por brindarme salud, sabiduría, paciencia y sobre todo por estar siempre a mi lado. Gracias porque en mi camino están las personas correctas para poder obtener el éxito.*

### **A mi mamá Maru:**

*Por su infinito e incondicional apoyo; moral, económico y espiritual. Por levantarme el ánimo cuando sentía que ya no podía más, por sus palabras y caricias, por creer en que terminaría este paso más, por su comprensión, cariño y amor verdadero.*

### **A mi papá Alejandro:**

*Por su entusiasmo y alegría de verme triunfar y creer en mí, por darme lo que tenía para que pudiera ir a la escuela e invertir en mis estudios. Gracias por seguir a mi lado.*

### **A mis hermanos Kevin y Jesús:**

*Por sus bromas y alientos para seguir adelante, por apoyarme, quererme y consentirme. Gracias por estar a mi lado y saber que cuento con ustedes por siempre.*

### **A mi novio David:**

*Por creer en mí y alentarme a ser mejor cada día. Por su tiempo y cariño que cada día se fortalece más, por preocuparse por esta etapa de mi vida y quererme ver triunfar. Por levantarme con sus palabras cuando estaba a punto de dejarlo todo, él siempre me dijo que yo podía con esto y más.*

**Saira Alejandra Millán Belauzarán**

### **Dedicatorias:**

*Este trabajo está dedicado primeramente a Dios por prestarme la vida y brindarme esta oportunidad de terminar mi carrera profesional.*

*A mi familia que a pesar de las circunstancias difíciles siempre han estado a mi lado brindándome su apoyo, cariño y disposición, sé que ellos nunca me dejarán sola y sé que siempre podré contar con ellos incondicionalmente.*

*A mis padres porque siempre han creído que soy capaz de realizar todo lo que me propongo, por preocuparse por mí y estar al pendiente de todo lo que me falta, además de esas palabras de mi madre que siempre me animaban de una u otra manera.*

*A mis hermanos por ser atentos y amables, por acercarse a mí para preguntar y platicar conmigo, espero sea un ejemplo para ellos, ya que como la hermana mayor solo quiero que mejoren lo que yo he realizado, verlos triunfar sería lo mejor que me pudiera pasar.*

*A David por su paciencia, comprensión y cariño, por ser parte de mi vida e impulsarme a ser mejor dándome ánimos de fuerza y valor para seguir adelante, es una de las personas más importantes en mi vida y me da gusto saber que seguimos juntos compartiendo experiencias agradables y aprendiendo juntos de la vida.*

*A mi profesora y directora de tesis la Maestra Carmen Márquez, por compartir sus conocimientos y tenerme paciencia para este proyecto, por el tiempo y dedicación que me brindó durante este camino, por creer en mí y nunca dejarme sola, pues sin su ayuda nada de esto se habría realizado, y una gran admiración por la dedicación a su trabajo realizándolo de manera excelente e intachable.*

**Saira Alejandra Millán Belauzarán**

# ÍNDICE

	Página
Resumen.....	1
Introducción:.....	2
<b>Capítulo I. Características de la adolescencia.....</b>	<b>4</b>
1.1 Definición de adolescencia.....	4
1.2 Características de la adolescencia.....	5
1.3 Cambios físicos y psicológicos durante la adolescencia.....	7
1.4 Características en el desarrollo sexual del adolescente.....	12
<b>Capítulo II. Autoconcepto y Autoestima en el adolescente.....</b>	<b>15</b>
2.1 Definición del Autoconcepto.....	15
2.2 Estructura del Autoconcepto.....	16
2.3 Definición de la Autoestima.....	18
2.4 El Autoconcepto y Autoestima en adolescentes embarazada.....	20
<b>Capítulo III. La estructura familiar en el adolescente.....</b>	<b>24</b>
3.1 ¿Qué es la familia?.....	24
3.2 Tipos de estructura familiar.....	26
3.3 Funcionalidad familiar.....	32
3.4 Cambios en la estructura familiar en adolescentes embarazadas.....	37
<b>Capítulo IV. Embarazo temprano en adolescentes.....</b>	<b>41</b>
4.1 Características generales del embarazo.....	41
4.2 Cambios físicos y psicológicos del embarazo.....	42
4.3 Índices estadísticos de embarazos en adolescentes.....	47
4.4 Embarazo de alto riesgo en adolescentes jóvenes.....	50
<b>Capítulo V. Metodología.....</b>	<b>55</b>
5.1 Justificación y planteamiento del problema.....	55
5.2 Objetivo.....	56
5.3 Planteamiento de hipótesis y descripción de variables.....	56

5.4 Tipo de estudio.....	58
5.5 Sujetos.....	58
5.6 Instrumentos.....	58
5.7 Procedimiento.....	60
<b>Capítulo VI. Resultados.....</b>	<b>62</b>
<b>Capítulo VII. Discusión y Conclusiones.....</b>	<b>72</b>
<b>Capítulo VIII. Anexo.....</b>	<b>76</b>
<b>Capítulo IX. Bibliografía.....</b>	<b>83</b>

## RESUMEN

El INEGI reporta cifras alarmantes sobre el aumento de nacimientos en la República Mexicana, específicamente en mujeres de 15 años las cuales tuvieron 26,146 nacimientos, para la edad de 18 años la cifra aumento a 101,655; es decir que entre los 15 y 18 años se registraron un total de 127,801 nacimientos, estas son cifras preocupantes pues cada vez son más las jóvenes que presentan un embarazo prematuro a pesar de la información sobre la prevención de embarazos (INEGI, 2012).

En la literatura científica son pocos los estudios que han reportado sobre los aspectos familiares, sociales, psicológicos, y económicos en adolescentes menores de 18 años embarazadas. Es por esto que en el presente estudio se describen variables psicológicas en adolescentes embarazadas entre 13 y 18 años, las variables que fueron exploradas en esta investigación fueron: el autoestima evaluada con la escala de autoestima-Rosemberg, el autoconcepto con la escala de autoconcepto Piers-Harris, así también se evaluó la variable ambiente familiar con la escala de Ambiente Social y Familiar (FES) de Moos. Para llevar a cabo esta investigación se utilizó una muestra conformada por 42 adolescentes embarazadas que se encontraban entre las edades de 13 a 18 años, fueron elegidas por su estado de gestación, el cual fluctuó entre 3 a 7 meses de embarazo.

De acuerdo a la hipótesis planteada en la presente investigación, se pueden observar que los resultados obtenidos indicaron que no se encontró que “Las adolescentes con edades entre los 13-18 años embarazadas, presentaran alguna disfuncionalidad en la autoestima, autoconcepto y ambiente familiar”.

## **INTRODUCCIÓN:**

El embarazo a una temprana edad trae consigo riesgos tanto físicos como psicológicos, ya que el cuerpo aún no está listo para procrear, pues se encuentra desarrollándose para la vida adulta, por otro lado, de manera psicológica estas jóvenes no están lo suficientemente maduras para vivir dos papeles al mismo tiempo, el de adolescente y adulto.

El INEGI reporta cifras alarmantes sobre el aumento de nacimientos en la República Mexicana en mujeres de 15 años donde las cifras de nacimientos fueron 26,146, para la edad de 18 años la cifra aumento 101,655 entre los 15 y 18 años, por lo que se registraron 127,801 nacimientos en jóvenes de 18 años, estas son cifras temibles pues cada vez son más las jóvenes que presentan un embarazo prematuro a pesar de la información sobre métodos anticonceptivos (INEGI, 2012).

Por otro lado la familia representa la estructura social primigenia, connatural a las formas de organización y funcionamiento de toda la sociedad, con una estructura política, una construcción tradicional de valores morales e instituciones formales de educación. En términos de valores, la familia representa el principal rol de socialización al transmitir de generación en generación valores, creencias, tradiciones y costumbres que se encuentran sedimentados por la cultura. (Rodríguez 2010).

Si en la etapa de la adolescencia el autoconcepto se perfila y define de tal modo que el individuo se identifica como un ser singular diferente de los demás, y el autoestima cambia constantemente existiendo dependencia familiar, entonces en una adolescente embarazada ¿Cómo está su autoestima, autoconcepto y su ambiente familiar?

Basándose en que las madres adolescentes se encuentran en una búsqueda de identidad, es decir, el no saber qué quieren y qué son aún; la falta de madurez para hacerse cargo de responsabilidades específicas de la edad adulta y el tener que modificar su vida familiar y social se plantea la siguiente hipótesis “Las adolescentes con edades entre los 13 y 18 años embarazadas, presentan alguna disfuncionalidad



en la autoestima, autoconcepto y ambiente familiar”.

Para confirmar esta hipótesis y dar respuesta a nuestro problema la presente tesis muestra la descripción de los resultados del estado de la autoestima, autoconcepto y el ambiente familiar y social de adolescentes entre 13 y 18 años embarazadas.

Cabe la posibilidad de que la respuesta a estos resultados, sea el respaldo que los padres le brindan a la adolescente facilitándole el rol correspondiente, pues muchas veces los padres de la adolescente se hacen cargo del bebé como si fueran ellos los padres. Con un respaldo como ese, las jóvenes viven más cómodas y sin problemas mayores, pero surge la pregunta para una posible investigación posterior ¿Cómo crecen los hijos de estas madres tan jóvenes, y que consecuencias psicológicas pudieran tener los infantes?

# CAPÍTULO I. CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA

## 1.1 DEFINICIÓN DE LA ADOLESCENCIA.

La llegada de la adolescencia es uno de los momentos más cruciales por los que se enfrenta el ser humano, pues los cambios que surgen en esta etapa son múltiples ya que abarca aspectos físicos, psicológicos y sociales, donde el individuo busca la estabilidad de su personalidad e identidad adulta. Es decir, es el término de la infancia y se comienza a preparar para la edad adulta.

Los adolescentes realizan un verdadero duelo en el cual niegan la pérdida de sus características infantiles y se tiene conflicto para aceptar las realidades adultas que se le van imponiendo como son las modificaciones biológicas y morfológicas de su cuerpo.

Desde hace tiempo, grandes personajes como Sócrates describía a los adolescentes de la siguiente manera: "Nuestra juventud ahora ama la lujuria, tiene malos modales, desprecia la autoridad, falta al respeto a sus mayores y gusta del parloteo en vez de ejercitarse. Ya no se ponen de pie cuando entran en una habitación; contradicen a sus padres, charlan ante las visitas, engullen la comida y tiranizan a sus maestros" (Ardila, 1980).

Sócrates hace una descripción de lo que son los adolescentes, y podemos percatarnos que son comportamientos que la juventud de hoy también manifiesta. Definir la palabra adolescencia es algo que resulta complejo, pues las circunstancias que se presentan en cada cultura modifican el desarrollo del ser humano, por lo tanto, las edades del comienzo y término de esta etapa varían de acuerdo al lugar en que las personas se desarrollan y los factores como la genética, el ambiente y la nutrición. Sin embargo, se sabe que el término adolescente se remota al latín *adolescere* que significa "crecer hacia" o "crecer" (Horrocks, 1984).

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud refiere la adolescencia como la etapa que va entre los 10 u 11 años hasta los 19 años. Y la divide en dos etapas, la adolescencia temprana que va desde 10 u 11 años hasta los 14 o 15 años, la segunda etapa la nombra tardía que va desde los 15 hasta los 19 años. La llegada o condición de la juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere (Blázquez, 2010).

Otra de las definiciones más completas hace referencia a la iniciación de cambios puberales tanto en el hombre como en la mujer, siendo un proceso de cambios físicos que se experimentan durante la pubertad, caracterizada por cinco aspectos como son: el aumento en la talla, maduración de caracteres sexuales, aparición de caracteres secundarios, desequilibrio endocrino y la repercusión de todos estos cambios en el área emocional (Monroy, 2002).

Existen diversas definiciones para este término, algunas escritas de manera sencilla y simple, otras más con conceptos difíciles, no obstante, cual sea la definición la similitud es que es una etapa del desarrollo del ser humano y a pesar de las diferentes culturas, la adolescencia es un proceso sumamente complejo por el que pasan todos los seres humanos, a simple vista el crecer y desarrollarse físicamente parecen ser cambios fáciles, sin embargo todo lo que conlleva esta parte es lo más difícil de entender, pues los factores psicológicos juegan de igual manera una base para la formación de un adulto.

## **1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA.**

Como se habló en el párrafo anterior, el comienzo de la adolescencia varía según la situación de cada persona de forma general y particular, sin embargo, una edad estándar sería que el comienzo es a los 11 años aproximadamente. Es de gran importancia que los jóvenes estén informados de todos aquellos cambios que van a presentarse en el transcurso de esta etapa que es la adolescencia, ya que es el espectador de su propio desarrollo.

La adolescencia lleva consigo una gran cantidad de cambios en todos los aspectos de la vida del niño. Se produce una gran expansión e intensificación de la vida emocional conforme el adolescente amplía sus actividades, busca nuevas experiencias y conocimientos y por consiguiente adopta una actitud defensiva contra las posibles consecuencias. Normalmente, esta etapa se caracteriza por un periodo de esperanzas, ideales y anhelos que son ajenos a la realidad por lo tanto, se puede plantear que las emociones muestran mayores variaciones en la adolescencia. Según Fountain (1961) describe al adolescente como una persona emocional, vulnerable y egocéntrica, con poco contacto con la realidad e incapaz de la autocrítica. Además de otros adjetivos como: inestable, perfeccionista, insensible y estereotipado. Debido a que surge un sentimiento de aventura y acción se intensifica la actitud del “hazlo y atrévete”, convirtiendo al hogar como una especie de prisión y se convierte en restrictivo. La poesía y el romance y la sensibilidad artística se catalogan en un alto grado de interés por los adolescentes. Una de las claves en esta etapa es la relación que los jóvenes entablan con los demás ya que tiene un YO para relacionarse, es en esta etapa donde el adolescente se elabora conceptos acerca de si mismo y al entrar en la etapa del pensamiento operacional adquiriendo la capacidad de formulación de hipótesis, tratando de contestar preguntas como ¿”Quién y que soy yo”? y ¿”Hacia dónde voy”? por lo que su mayor preocupación y ocupación del adolescente es confirmar y construir su propio YO (Horrocks, 1984).

Estas son 5 cualidades que hacen la diferencia entre el adolescente y el adulto. (Horrocks, 1984).

- Sentimientos intensos y volubles
- Necesidad frecuente de obtener recompensas inmediatas
- Escasa capacidad para examinar la realidad
- Incapacidad para la autocrítica
- Inconsciencia o indiferencia hacia las cosas y sucesos que no están relacionados con la propia personalidad.

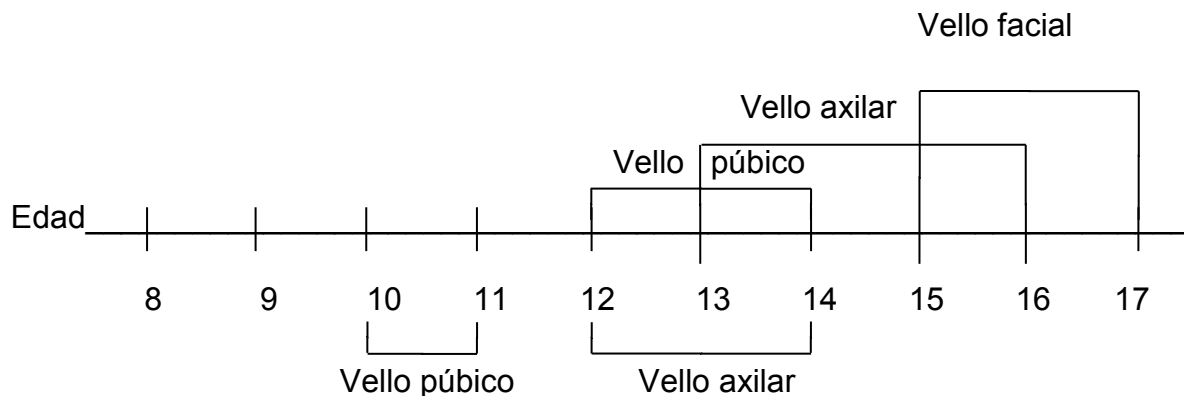
### 1.3 CAMBIOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS DURANTE LA ADOLESCENCIA.

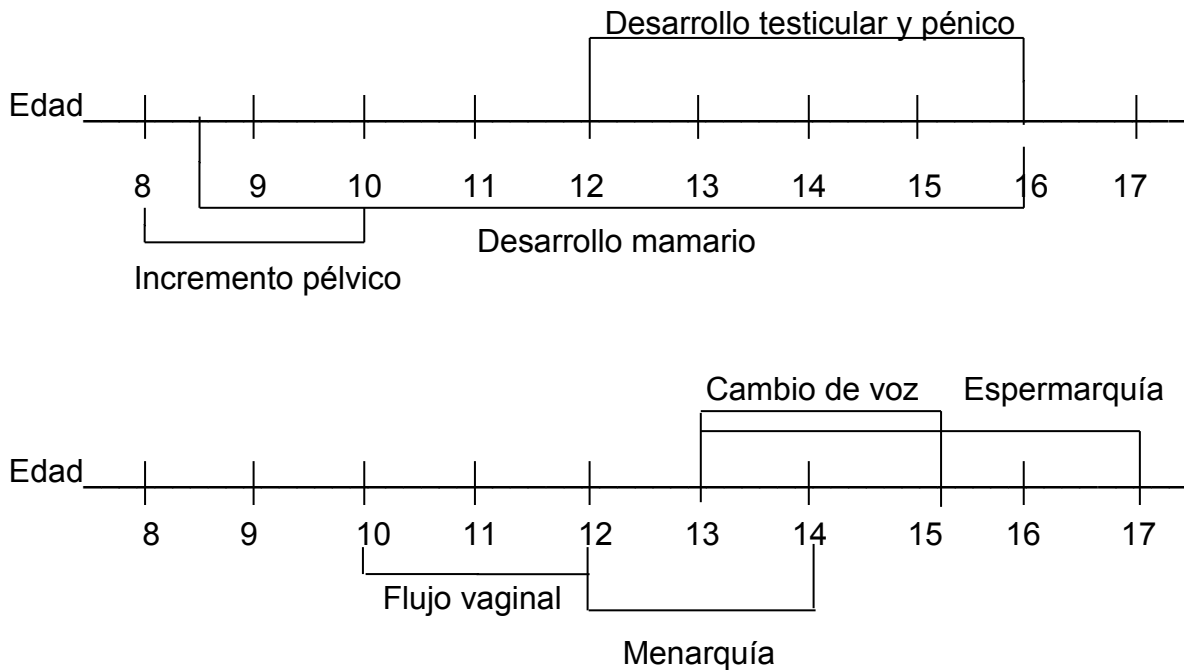
#### a) Características físicas del adolescente:

Los cambios biológicos de la pubertad, que indican la finalización de la niñez, incluyen un rápido incremento de estatura y peso, cambios corporales y la maduración sexual. Las modificaciones físicas que experimentan los niños y las niñas al final del periodo infantil, son provocados por la hormona del crecimiento o GH, del inglés: growth hormone y la tiroidea, provocan la maduración de los cartílagos de la epífisis y el aumento del tamaño celular. Además del crecimiento de huesos y consigo el aumento de la estatura, existe una serie de transformaciones en el aspecto de la maduración sexual (Duskin, 2012).

Los cambios morfológicos según Faller (2006) se pueden apreciar en la siguiente gráfica.

**Esquema 1. Cambios morfológicos de los adolescentes.**





A continuación se presentan algunas características que se manifiestan en el desarrollo de los adolescentes, de acuerdo a Faller: (2006)

De acuerdo a la gráfica 1 las características femeninas y masculinas son las siguientes:

a) Características femeninas: crecimiento de los senos (8.5-16 años), crecimiento del vello púbico (11-12 años), crecimiento corporal (9.5-14.5 años), menarquía (12-14 años), aparición del vello axilar (aproximadamente 2 años después de la aparición del vello púbico), mayor actividad de las glándulas productoras de grasa y sudor lo que puede generar el acné (más o menos el mismo tiempo de la aparición del vello axilar).

b) Características masculinas: crecimiento de los testículos y el escroto (12-16 años), crecimiento del vello púbico (13-15 años), crecimiento corporal (10.5-16 años), crecimiento del pene, la próstata y las vesículas seminales (11-14.5 años), cambio de voz (más o menos al mismo tiempo que el crecimiento del pene), primera eyaculación de semen (alrededor de 1 año después del inicio del crecimiento del pene), aparición del vello facial y axilar (aproximadamente 2 años después de la aparición del vello púbico), mayor actividad de las glándulas productoras de grasa y

sudor lo que puede generar el acné (aproximadamente al mismo tiempo que la aparición del vello axilar).

Los caracteres sexuales primarios son los órganos sexuales necesarios para la reproducción, en las mujeres son los ovarios, trompas de Falopio, el útero, el clítoris y la vagina. En los hombres incluye los testículos, el pene, el escroto, las vesículas seminales y la próstata.

Los caracteres sexuales secundarios son signos fisiológicos de la maduración que no involucran directamente a los órganos sexuales, en las mujeres son los senos, el crecimiento del vello púbico y axilar, en los varones el ensanchamiento de los hombros, crecimiento del vello púbico, facial y axilar.

#### **a) Características psicológicas:**

La adolescencia más que una etapa estabilizada es un proceso y desarrollo. El adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extrema lo que configura una entidad semipalógica, al que se le ha denominado “síndrome normal de la adolescencia” que es perturbado y perturbador para el mundo adulto pero necesario, absolutamente necesario para el adolescente ya que en este proceso va a establecer su identidad que es un objetivo vital.

El adolescente no solo debe enfrentarse al mundo adulto, sino que también desprenderse de su mundo infantil, en el cual vivía cómodamente con necesidades básicas cubiertas en una relación de dependencia y con roles claramente establecidos.

Por lo tanto los 3 duelos fundamentales por los que pasa el adolescente son: (Aberastury, 1998)

- a) El duelo por el cuerpo infantil perdido, base biológica de la adolescencia que se impone al individuo que no pocas veces debe sentir el cambio como algo externo frente a lo cual se encuentra como espectador importante de lo que ocurren su propio organismo.

- b) El duelo por el rol y la identidad infantiles, que lo obliga a una renuncia de la dependencia y a una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce.
- c) El duelo por los padres de la infancia a los que resistentemente trata de retener en su personalidad buscando el refugio y la protección que ellos significan, situación que se ve complicada por la propia actitud de los padres, que también tienen que aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijos ya no son niños, y sí son adultos o están en vía de serlos.

Por otro lado, de acuerdo a las definiciones de la adolescencia, se puede mencionar que los factores más relevantes en el desarrollo psicológico de la adolescencia sobresalen los siguientes (Ardila, 1980):

Control emocional: Hace la referencia a la capacidad de manejar el comportamiento provocado por impulsos primarios, estimulados a su vez por el medio.

Al manejar un comportamiento adecuado para cada situación, se está desarrollando una habilidad para regular impulsos, emociones, deseos y acciones. Lo que se convierte en autocontrol.

- a) El Autocontrol: es definido por Thoresen y Mahoney de la siguiente manera:  
"Una persona manifiesta autocontrol cuando en ausencia relativa de constrictores del medio externo, presenta comportamientos cuya probabilidad anterior era menor que la de otras conductas alternativas"
- b) Comportamiento social: según Inkeles (1969) lo define como: "El proceso mediante el cual los individuos adquieren características personales que les ofrece el sistema: conocimientos, disponibilidades, actitudes, valores, necesidades y motivaciones... las cuales conforman la adaptación de los individuos al panorama físico y sociocultural en que viven."



- c) Pensamiento lógico: Piaget (1969) menciona que durante el periodo de la adolescencia los sujetos desarrollan y adquieren la habilidad para pensar de manera abstracta lo cual lo lleva a la habilidad de hipotetizar y buscar la resolución de problemas complejos.
- d) Sentimiento de independencia: según Grinder (1976) lo define como: “A medida que los adolescentes crecen, sus intereses por la libertad fuera de casa, toman preferencia sobre cualquier otro interés de acceder a los deseos de los padres en la casa.”
- e) Independencia económica: la independencia económica es propiciada por la definición hacia un oficio o profesión.
- f) Independencia familiar: según Lefrancois (1977) este fenómeno se debe a que los padres viven en una generación distinta a la de los hijos. Los cambios que suceden entre estas generaciones crean una disparidad entre los valores, ideales, aspiraciones y creencias. Además de que el adolescente no puede encontrar satisfacción sexual dentro del núcleo familiar es necesario salir de la familia para establecer lazos emocionales con gente de su misma edad.
- g) Independencia religiosa: puesto que en la adolescencia entra el conflicto con el propio concepto de sí mismo, por lo tanto es de esperarse que se cuestionen sobre los principios religiosos. Pues el comportamiento moral y la conciencia van adjuntos por lo tanto el conflicto se centra en saber lo que según los principios es bueno o malo. Por su parte, Erickson menciona que el trabajo del adolescente es desarrollar una ideología entendida como: “Un cuerpo coherente y compartido de imágenes, ideas e ideales.”
- h) Cuestionamiento de normas: es la consecuencia de la reorientación del sistema de valores, de la moral y de la conciencia en el adolescente, el cuestionamiento de normas ocurre espontáneamente.

- i) Desarrollo afectivo: Lefrancois (1977) afirma que: “con el advenimiento de la adolescencia, los impulsos biológicos y necesidades sociales se mueven de la familia hacia otros grupos sociales más amplios.”

Es decir, con lo anterior se puede observar que la etapa de la adolescencia demanda independencias, autocontrol, maduración de pensamiento y cuestionamiento de normas, debido a la busca de su identidad.

#### **1.4 CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO SEXUAL DEL ADOLESCENTE.**

Siguiendo el concepto de desarrollo sexual en el adolescente, es crucial entender los procesos del ciclo de la vida en tal desarrollo y su influencia en la conducta juvenil. La sexualidad es una parte fundamental en el desarrollo del adolescente, ésta es una construcción mental de aquellos aspectos de la existencia humana, que adquieren un significado sexual, por lo tanto el concepto de sexualidad no es definitivo pues la existencia del ser humano es continua y cambiante (Rubio, 1994).

El actuar como seres sexuales y sexuados lleva consigo la responsabilidad de quienes lo practican, el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI) menciona que las cifras más altas de uso de condón en su primera relación las reportan los varones (63.5%), mientras que en las mujeres es notoriamente menor (38%). Entre quienes no usaron algún método, los varones concentran menores porcentajes (29.6%) en comparación con las mujeres (56.6 %); lo que refleja la falta de preparación de éstas en su primera experiencia.

Se estima que 1.45 millones de varones (15.8%) y 1.14 millones de mujeres (13%) adolescentes ya tuvieron su primera experiencia sexual. Entre los 12 y 15 años, 2.4% de los varones (alrededor de 122 mil) y 2% de las mujeres (93 500) se declaran sexualmente activos (INEGI, 2009).

Durante la etapa de la adolescencia los y las jóvenes experimentan una serie de cambios que influyen en su salud sexual, forman parte del ciclo de vida y dependen del proceso de desarrollo del individuo. El adolescente empieza a tener interés por las relaciones heterosexuales, el impulso sexual en los seres humanos está relacionado con los cambios hormonales que ocurren en la adolescencia temprana, entre los efectos psicológicos de este cambio hormonal está la urgencia de encontrar una descarga sexual, urgencia que parece que viene más fuerte a través de los años de la adolescencia (Donas, 2001).

Por su lado, los cambios surgidos como la menarquía y la espermarquía son los hitos del desarrollo puberal, ya que marcan el comienzo de la capacidad reproductiva de los jóvenes. La pubertad trae consigo mayor conciencia sobre la sexualidad, los sentimientos sexuales, el erotismo y la atracción sexual. Por lo tanto, la auto-estimulación o masturbación es una conducta frecuente que practican los jóvenes como un proceso de auto-exploración y auto-conocimiento de su cuerpo; sin embargo, está asociada con sentimientos de culpabilidad, ansiedad y miedo, es también denunciada por la religión, culturas y tradiciones como algo peligroso y pecaminoso a pesar de esto, la masturbación siempre y cuando sea practicada con responsabilidad trae consigo consecuencias más saludables para los jóvenes que el coito (Shutt, 2003).

Por lo que la estructuración mental de la sexualidad es aquel resultado de las construcciones que el individuo hace a partir de sus experiencias vividas que se originan en diversas potencialidades vitales a saber, como la de procrear, la de pertenecer a una especie dimórfica, experimentar el placer físico durante la respuesta sexual y la del desarrollo de vínculos afectivos con otras personas (Rubio, 1994).

Complemento de lo anterior es importante mencionar que la identidad sexual juega un papel primordial en el desarrollo del adolescente pues es una identidad total para él, según Monroy, las clasifica de la siguiente manera (Monroy 2002).

- Identidad de género: Se refiere al conocimiento y la aceptación del adolescente mismo como hombre o mujer.
- Carácter sexual o carácter de género: Hace referencia a la manera de actuar o comportarse como hombre o mujer.
- Orientación sexual: Se refiere a la preferencia sexual, basada en los sentimientos persistentes de atracción sexual y emocional hacia los hombres o mujeres.

Por lo tanto para Cerruti, (1995) la identidad sexual se conceptualiza como la parte de identidad total del individuo que posibilita a cada persona reconocerse, asumirse y actuar como un ser sexual y sexuado (Monrroy, 2002).

## **CAPÍTULO II. EL AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA EN EL ADOLESCENTE**

### **2.1 DEFINICIÓN DEL AUTOCONCEPTO.**

Al llegar a la adolescencia algunos adolescentes pueden perder momentáneamente la seguridad que tenían en la infancia. Los cambios emocionales y físicos que se viven durante el desarrollo, y la actitud errónea de algunos adultos de no entender a los adolescentes pueden propiciar en ellos la pérdida de un buen concepto de sí mismos (Ituarte, 2004).

González (1990) define el autoconcepto como una de las variables más relevantes dentro del ámbito de la personalidad, tanto desde una perspectiva afectiva como motivacional. La autoimagen o autoconcepto está determinada, en último término, por la interacción de los sistemas de estilos y valores.

Por lo tanto afirma que el autoconcepto es uno de los tres componentes esenciales del self (o personalidad integral), siendo la visión del mundo y los estilos de vida. El autoconcepto, se entiende como la imagen que uno tiene de sí mismo y que se encuentra determinada por la acumulación de la información tanto externa como interna, juzgada y valorada mediante la interacción de los sistemas de estilos (o forma específica que tiene el individuo de razonar sobre la información) y valores (o la selección de los aspectos significativos de dicha información con grandes dosis de afectividad). Esta acumulación de información elaborada proviene de la coordinación entre lo que el sujeto ya dispone y lo nuevo que debe integrar. En consecuencia, se puede afirmar que, el autoconcepto es una de las variables centrales del ámbito de la personalidad (González, 1997).

Otro de los conceptos es dado por Fitts (1998) desde la perspectiva multidimensional que define el autoconcepto como: "Un conjunto multifásico de percepciones y expectativas con respecto a las habilidades, limitaciones, conductas típicas,

relaciones con otros, y sentimientos positivos y negativos de valores personales” (Amar, 2005).

Por lo tanto, el autoconcepto sería fundamental en la integración de la personalidad, funcionando como un instrumento de unidad y guía de la conducta del individuo y, por ende, de su conducta futura y su proyecto de vida. Además de ser un factor básico para un bienestar psicológico y un adecuado ajuste social en la vida de las personas.

## **2.2 ESTRUCTURA DEL AUTOCONCEPTO.**

Según Fitts, la estructura del autoconcepto está compuesta por tres dimensiones en las que se estructura la experiencia del sujeto, así mismo van a construir los factores internos. Las tres dimensiones son: Identidad (predominio del componente cognitivo), autosatisfacción (área afectiva) y conducta (referido al área comportamental). (Amar, 2005).

- a) La identidad se refiere a la forma en que el sujeto describe su identidad básica, indicando cómo se ve a sí mismo y responde a “cómo soy yo” (representación cognitiva).
- b) La autosatisfacción refleja el nivel de satisfacción consigo mismo, es decir, de auto-aceptación. Responde a la cuestión “cómo me siento” (evaluación, satisfacción con uno mismo).
- c) La conducta indica la medida como el sujeto se percibe a nivel de comportamiento. El sujeto evalúa si su comportamiento es coherente con su autoconcepto. Responde a la cuestión “qué hago conmigo mismo” (nivel de coherencia entre lo que uno es y su conducta).

Además de hacer referencia a tres dimensiones que hacen referencia a factores internos, Fitts también hace referencia a cinco factores externos que abarcan todo

el campo experiencial del sujeto y que son definidas de la siguiente manera: (Amar, 2005)

- a) Ser físico: se refiere al punto de vista del sujeto sobre su propio cuerpo material, el estado de salud, el aspecto físico, su capacidad y sexualidad.
- b) Ser ético - moral: es la percepción del sujeto sobre su propia fuerza moral, su relación espiritual con Dios, su convicción de ser una persona buena y atractiva moralmente, la satisfacción con su propia vida religiosa (o la ausencia de ella).
- c) Ser personal: es aquella autopercepción sobre los valores interiores del sujeto, su sentimiento de adecuación como persona y la valoración de su personalidad independientemente de su físico y de sus relaciones con los otros.
- d) Ser familiar: refleja el propio sentimiento de valoración e importancia del individuo como miembro de una familia y como perteneciente a un círculo restringido de amigos.
- e) Ser social: tiene que ver con el sí mismo percibido en su relación con los otros. Hace referencia al sentido, capacidad de adaptación de un sujeto y el valor de su interacción social con las otras personas en general.

Tanto los aspectos externos del autoconcepto y los internos se cruzan, la identidad, la autosatisfacción y la conducta están configuradas por componentes del yo físico, moral-ético, personal, social y familiar. Esto demuestra que las actitudes hacia sí mismo, en cada uno de estos cinco campos de experiencia (físico, moral-ético, social, familiar y personal), tienen un componente cognitivo (identidad), un componente afectivo (autosatisfacción) y un componente comportamental (conducta).

Es importante para el ser humano tener una estabilidad tanto en el ámbito psicológico, como en lo social ya que la base del autoconcepto refleja en las personas su personalidad, su comportamiento social, e intelectual y afectivo, además

de aquí surgen las metas y estrategias que cada quien quiere llevar a cabo, y por supuesto las conductas manifestadas por el individuo dependen del nivel su autoconcepto.

### **2.3 DEFINICIÓN DE LA AUTOESTIMA.**

La autoestima es considerada como un sentimiento valorativo de nuestro ser, de quiénes somos nosotros mismos, del conjunto de rasgos corporales mentales y espirituales que configuran la personalidad de una persona. Ésta se aprende, cambia y se puede mejorar. Se relaciona con el desarrollo integral de la personalidad en los niveles: ideológico, psicológico, social y económico, por lo cual es apreciada como un elemento relacionado con la percepción de la realidad y el comportamiento.

El concepto que cada persona tiene de sí mismo es único y determina en gran medida la interpretación que da a la realidad y a sus acciones. Si se posee una autoestima alta, la persona tiene la capacidad de controlar su vida; sin embargo, si lo que se posee es una autoestima baja, lo que rige al comportamiento es la duda, la defensiva y el miedo. Existe un gran número de definiciones sobre la autoestima a pesar de esto, todos coinciden en una idea central: es conocerse a sí mismo, auto-defenderse, valorarse, autoestimarse y auto-observarse. La autoestima es aprender a querernos, respetarnos y cuidarnos, constituyendo una actitud hacia nosotros mismos. Esto depende esencialmente de la educación en la familia, la escuela y el entorno.

De acuerdo algunos autores como R. Rogers (1967) define la autoestima como: “un conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refiere al sujeto” y señala que es “lo que el sujeto conoce como descriptivo de sí y que él percibe como datos de identidad” (Acosta, 2004).

Una de las características con mayor importancia es el desarrollo afectivo durante la adolescencia consistente en los aspectos finales de la formación de la personalidad. En la etapa de la adolescencia conforme evolucionan las operaciones formales, los niños comienzan a tener sus propios sentimientos u opiniones acerca de la gente.



“Hasta los 12 años o más los sentimientos, que son de tipo concreto, se vierten en los objetos y en otras personas. Los valores que (el niño) aplica a las ideas, con frecuencia son aquellos valores de otras personas” Estos sentimientos y opiniones son opiniones autónomas que tienen su origen en el desarrollo de la autonomía durante la etapa de las operaciones concretas. Gran parte de estos sentimientos son idealistas por lo menos en apariencia. En este periodo los niños adquieren sus propias ideas acerca de las ideas (Wadsworth, 1991).

Los estudios sobre salud mental en adolescentes han demostrado que la autoestima es un factor relevante en el desarrollo de los aspectos de personalidad, adaptación social y emocional, así como en la salud mental en general. Una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas y narcisistas, timidez y ansiedad social (Gutiérrez, 2002).

Por lo cual la autoestima fluctúa, en función de las circunstancias específicas que experimenta el individuo, y afecta de forma importante a su motivación. Al depender su autoestima principalmente de los resultados que se producen en ciertas áreas específicas, los jóvenes están motivados por obtener éxito y no fallar en su consecución, experimentando las emociones positivas intensas y elevada autoestima que resultan del éxito, y evitando las emociones dolorosas y baja autoestima que resultan del fracaso. Según el análisis de Dubois y Tevendale (1999), los jóvenes suelen realizar aquellas conductas que satisfacen sus contingencias de autovalía, lo que facilita la obtención de resultados positivos que les provocan emociones positivas que contribuyen a su vez, a fortalecer su autoestima en las áreas implicadas.

Definitivamente, una autoestima alta en adolescentes se asocia con una percepción menos negativa del estrés cotidiano, los jóvenes con una autoestima elevada disfrutan de más experiencias positivas y son más eficaces al afrontar experiencias negativas, generando respuestas más adaptativas tras el fracaso. Interpretan las experiencias negativas de una manera más funcional, tienden a realizar atribuciones más controlables y se muestran más persistentes ante tareas insolubles. Realizan, a

su vez, una mayor planificación de las respuestas en el ámbito académico y obtienen, en general, niveles superiores de éxito académico.

En cuanto a las relaciones interpersonales, los adolescentes con una alta autoestima se muestran menos susceptibles a la presión de los iguales, obtienen mejores impresiones por parte de éstos y se muestran más cercanos (Rodríguez, 2012).

#### **2.4 EL AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

La etapa de la adolescencia en sí misma es compleja, pues los múltiples cambios bombardean al individuo, la identidad de una imagen propia aún es confusa, pues el trance entre la niñez y la adultez es abismal, aunando vivencias que los adolescentes aún no les toca vivir se vuelve todavía más compleja. Lefrançois (2001) nos presenta el conflicto entre aceptar, escoger o descubrir una identidad como la principal crisis del desarrollo de la adolescencia y la difusión de sus energías como resultado de los desasosiegos y las dudas que atañen al elegirlas. La adolescencia es la etapa en la que el autoconcepto se perfila y define de tal modo que el individuo se identifica como ser singular, diferente de los demás (Machargo, 1991).

El embarazo en la adolescencia puede llevar a situaciones de riesgo tanto para la mamá como para el bebé, ya que ésta debe enfrentar situaciones de adultos, cuando aún no se ha desprendido del mundo infantil, además de estar atravesando por una etapa de crisis de maduración psicoafectiva y biológica, sin lograr perfilar ni definir su autoconcepto, y sin alcanzar una autonomía personal.

Al respecto Issler (2001) menciona que la madre adolescente presenta distintas actitudes hacia su maternidad según su periodo de desarrollo; por ejemplo, la madre que se ubica en la etapa de la adolescencia temprana que corresponde de 10 a 13 años percibe la maternidad como una fantasía, aun no proyecta planes a futuro con su pareja, y durante la gestación puede llegar a mostrar trastornos emocionales como: depresión y aislamiento. En tanto que, en la adolescencia media que abarca desde los 14 años hasta los 16, la actitud hacia la maternidad puede ser ambivalente, de orgullo y culpa; así mismo, puede percibirse como un amenaza o

una oportunidad que le brindará madurez. Las madres adolescentes en este rango de edad ven al padre como una esperanza para el futuro. Sin embargo si el embarazo ocurre en la adolescencia tardía en la edad de 17 a 19 años, la maternidad es percibida como una forma de consolidar la intimidad con la pareja y comprometer al padre como un futuro compañero, además las jóvenes desarrollan una gran preocupación por su papel de madres (Reyes, 2013).

Si bien el autoconcepto se va desarrollando a lo largo de la vida, en los años escolares, este se amplía mediante la acumulación de una gran variedad de imágenes de sí, enriqueciéndolo de experiencias sociales. Durante la adolescencia el proceso de conformación del autoconcepto adquiere una importancia trascendental por ser una etapa donde convergen cambios físicos, psicológicos y socioculturales. Por ello, resulta relevante el estudio del autoconcepto en este nivel de edad donde la adolescente exhibe una serie de cambios para diferenciarlo de la adolescente que, además de vivir esta etapa crítica, atraviesa por la experiencia de la maternidad. Si la madre adolescente ha adquirido un óptimo desarrollo de su identidad es factible que contribuya de manera positiva a su adaptación a esta nueva condición, el papel de autoconcepto resulta esencial para la integración de la personalidad, en la motivación del comportamiento y en el desarrollo de la salud mental de la futura madre, lo que puede hacer que la maternidad pueda ser vivida como una crisis, o bien como una transición dentro del ciclo vital (Reyes, 2013).

Sin embargo, en los pocos estudios sobre el autoconcepto en adolescentes embarazadas, se ha encontrado información donde Short y Slusher (1994), plantean que las adolescentes embarazadas poseen un pobre autoconcepto de sí mismas, lo que también fue visto por Salina y Armengol (1992), encontrando un bajo nivel de autoconcepto general, poca confianza en sí mismas, sentimientos ansiosos y depresivos. Por otro lado, Lartigue (1992) observó puntajes en el límite más bajo en la variable de autoconcepto, esto reportado en Bolivia. Sin embargo en un estudio realizado en México, se encontró que en adolescentes embarazadas, el 54% de ellas tenían una autovaloración normal, mientras que el 46% mostraba una autoestima “narcisista”, tendiendo a valorarse en exceso (Valdivia, 2003).

Para otras madres, la crianza de sus hijos produce una satisfacción que influye en su sentimiento de valoración dentro de su familia, así como en su interacción con otras personas, además del nivel de apoyo social y emocional que la madre recibe, le ayuda a tener un autoconcepto más estable y una autoestima elevada (Reyes, 2013).

Algunas investigaciones sobre el embarazo prematuro, resaltan que el desarrollo de los bebés de madres en esta etapa de la vida puede estar en riesgo, debido a la gran variedad de problemas emocionales y conductuales que enfrentan sus progenitoras. Se reconoce la alta tendencia depresiva de las adolescentes, por ello, se considera que las condiciones emocionales por las que atraviesan las jóvenes madres son las causantes de que sus hijos presenten problemas emocionales y conductuales. Por ejemplo, se ha visto que madres adolescentes, que cursan por periodos depresivos, tienen percepciones negativas de las prácticas de cuidado, que a su vez se encuentran asociadas a problemas de conducta internalizados en sus hijos en edad preescolar (Galicia, 2011). Con respecto al autoconcepto en adolescentes embarazadas no se han realizado muchos estudios sobre esta temática, por lo tanto no se han encontrado características más definidas sobre este concepto.

Por otro lado la autoestima influye sobre aspectos importantes de la vida tales como la adaptación a situaciones nuevas, nivel de ansiedad y aceptación de otros, rendimiento escolar, relaciones interpersonales, consumo de drogas, embarazo en adolescentes y residencia (Gutiérrez, 2002).

Específicamente, el interés por la relación de la autoestima con el inicio de la actividad sexual en la adolescencia, se aprecia desde los primeros estudios que se realizaron en la década de los setenta del siglo pasado, la mayoría centrados en el embarazo precoz. No obstante, una revisión de esas investigaciones realizada por Chilman (1980), estableció que pocos fueron los autores que lograron sustentar la relación de la baja autoestima con la participación de las mujeres en las relaciones sexuales fuera del matrimonio.

En un estudio de revisión posterior, Miller y Moore (1990) observaron que la forma en que la autoestima influye sobre el inicio de la actividad sexual, o cómo ésta influye en

la autoestima, parece depender básicamente del contexto normativo en el que se encuentran los adolescentes; no obstante, Cole (1997), encontró que la relación es contraria a la que teóricamente se predice. De acuerdo con los estudios revisados por este autor, a medida que el nivel de autoestima aumenta, la práctica de comportamientos sexuales inseguros disminuye.

En relación con esto, los resultados de algunas investigaciones revelan que la asociación de la autoestima con la edad de inicio de actividad sexual es significativa, pero se diferencia por su sexo (Ceballos, 2011).

En un estudio realizado en Colombia por Ceballos sobre el nivel de autoestima en adolescentes embarazadas, encontró que al aplicarles la escala de Rosenberg solo el 32% de la población mostró tener una autoestima baja, resultado que corrobora lo investigado por Cole en (1997) y hallado por Chilman (1980) quien encontró que pocos autores logran sustentar el nivel bajo de autoestima con la participación de las mujeres en las relaciones sexuales fuera del matrimonio (Ceballos, 2011).

## **CAPÍTULO III. ESTRUCTURA FAMILIAR EN EL ADOLESCENTE**

### **3.1 ¿QUÉ ES LA FAMILIA?**

La familia representa la estructura social primigenia, connatural a las formas de organización y funcionamiento de toda la sociedad, con una estructura política, una construcción tradicional de valores morales e instituciones formales de educación.

En términos de valores, la familia representa el principal rol de socialización al transmitir de generación en generación valores, creencias, tradiciones, y costumbres que se encuentran implementados por la cultura (Rodríguez, 2010).

Por otro lado la familia, así como su concepto, ha sufrido transformaciones a lo largo de la historia en un intento por aproximarse a la comprensión del funcionamiento de las relaciones humanas, el cual se ha convertido en un tema de estudio para las diversas disciplinas a pesar de los numerosos cambios que ha tenido este concepto y la diversificación de las relaciones familiares y sus formas. (García, 2010). Por lo tanto algunas de las transformaciones se manifiestan en la limitación de espacios y tiempos familiares que se derivan de la tensión entre los horarios de trabajo, las insatisfacciones individuales y las limitaciones económicas que aumentan las separaciones conyugales con consecuencias sobre los hijos cuando los hay (Montalvo, 2013).

Las familias en América Latina, al igual que en el resto del mundo, han cambiado rápidamente en las últimas décadas. Los principales cambios que se observan en los países son la reducción del tamaño de la unidad familiar; el descenso y retraso de la nupcialidad; los aumentos de la maternidad precoz; de las uniones consensuales; de las rupturas conyugales; de los hogares monoparentales, unipersonales y de las familias reconstituidas (Arriagada, 1997).

Por otra parte Rodríguez (2010) menciona que los cambios en las familias han sido estructurales en la situación de la función y la comunicación en la familia, hacia el interior y hacia el entorno social. Además resalta que en las últimas cuatro décadas

se han experimentado al menos tres cambios trascendentales en la familia (Rodríguez, 2010).

La familia se ha convertido en una unidad más aislada, relativamente separada de los parientes en sentido amplio y funcionando como una unidad conyugal o nuclear. Ha perdido sus funciones centrales de unidad productiva (proyectos de vida económicos comunitarios) en el sistema económico más amplio.

En su estructura interna, las relaciones dentro de la familia se han hecho más igualitarias, es decir, las jerarquías entre padres e hijos se han perdido.

Sin embargo, a pesar de todas estas transformaciones que atacan a la familia, sigue siendo la principal red de relaciones y fuente de apoyo, continúa siendo para la mayoría de las personas uno de los aspectos más valorados de la vida y es uno de los principales determinantes del ajuste psicosocial de la persona (García, 2010).

Algunos autores como Burgess y Locke definen familia como:

“Una unidad de personas en interacción, relacionadas por vínculos de matrimonio, nacimiento o adopción cuyo objetivo central es crear y mantener una cultura común que promueva el desarrollo físico, mental, emocional y social de cada uno de sus miembros” (Sánchez, 2012).

Por otro lado para Fishman (1995) la familia es una institución y es la fuente de las relaciones más duraderas y el primer sustento social del individuo, con pautas de relación que se mantienen a lo largo de la vida, lo que la convierte en la instancia con mayores recursos para producir cambios. Al respecto, Minuchin y Fishman (1993) agregan que la familia es un contexto natural para crecer y para recibir auxilio; un sistema vivo que intercambia información interna y externamente donde las fluctuaciones de origen interno o externo suelen ser seguidas por una respuesta que devuelve el sistema a su estado de constancia, pero si la fluctuación se hace más amplia, la familia puede entrar en una crisis en la que la transformación tenga por

resultado un nivel diferente de funcionamiento capaz de superar las alteraciones y exigencias del medio (Montalvo, 2013).

### **3.2 TIPOS DE ESTRUCTURA FAMILIAR.**

Existen diferentes tipos de estructura familiar dentro del entorno social, que fueron cambiando conforme a las diferentes necesidades y circunstancias por las que atravesaba el ser humano. Los antropólogos y sociólogos han desarrollado diferentes teorías sobre la evolución de las estructuras familiares y sus funciones.

Según éstas, en las sociedades más primitivas existían dos o tres núcleos familiares, a menudo unidos por vínculos de parentesco, que se desplazaban juntos parte del año pero que se dispersaban en las estaciones con escasez de alimentos. La familia era una unidad económica: los hombres cazaban mientras que las mujeres recogían y preparaban los alimentos y cuidaban de los niños. En este tipo de sociedad era normal el infanticidio (muerte dada violentamente a un niño de corta edad) y la expulsión del núcleo familiar de los enfermos que no podían trabajar (Gough, 1974).

De acuerdo a las diferentes definiciones que se le han otorgado a la familia, la definición que mejor la describe en la actualidad es la de diversidad ya que la familia, hoy día, no tiene un significado único, esencial y verdadero. Desde esta perspectiva lo lógico es que la familia se adapte a los deseos y a las necesidades cambiantes de las mujeres y hombres que constituyen las estructuras familiares ya que las personas son diversas y por lo tanto la integración de los diferentes miembros en un núcleo familiar la hacen diversa, por lo tanto las posibilidades familiares son inmensas (Mujika, 2005).

Por otro lado, a pesar de las diferentes estructuras familiares Marzio Barbagli, señaló tres dimensiones bajo las cuales ha sido aceptada la realidad familiar. Estas tres dimensiones son (Esteinou, 2004)



- a) La estructura familiar: es la que comprende al grupo de personas que viven bajo el mismo techo, la amplitud y composición de éste, las reglas con las cuales éste se forma, se transforma y divide.
- b) Las relaciones familiares: éstas incluyen las relaciones de autoridad y de afecto al interior del grupo de corresidentes, la manera en que éstos interactúan y se tratan, las emociones y los sentimientos que intercambian uno con el otro.
- c) Las relaciones parentales: hace referencia a las relaciones existentes entre grupos distintos de corresidentes que tengan lazos de parentesco, la frecuencia con la cual éstos se ven, se ayudan, elaboran y persiguen estrategias comunes para acrecentar, o para conservar sus recursos económicos, su poder y su prestigio.

Por otro lado, también se ha encontrado otra clasificación de familia que la divide como familia nuclear, monoparental, extensa y homoparental.

- a) Familia nuclear: El término familia nuclear fue desarrollado en el mundo occidental para designar el grupo de parientes conformado por los progenitores, usualmente padre, madre y sus hijos.  
En su acepción más común, el término familia nuclear se refiere a un grupo doméstico conformado por un padre, una madre y sus hijos biológicos. Este tipo de familia constituye un agrupamiento social humano universal, como la única forma que prevalece o como la unidad básica a partir de la cual se componen formas familiares más complejas.

Una investigación, publicada en la revista estadounidense Proceedings of The National Academy of Sciences (PNAS) y desarrollada en ese yacimiento, ha demostrado, por primera vez mediante técnicas genéticas, el parentesco de un grupo de personas enterradas juntas hace 4.600 años. “Tenemos pruebas indirectas de estructuras familiares a partir del Mesolítico, hace 8.500 años, y probablemente también las hay anteriores”, asegura Gonzalo Ruiz Zapatero,

director del Departamento de Prehistoria de la Facultad de Geografía e Historia en la Universidad Complutense de Madrid, sin embargo, esta investigación supone la prueba de genética molecular más antigua que prueba la existencia de la familia nuclear, es decir aquella formada por padres e hijos, sin incluir abuelos, tíos o primos.

Los investigadores encontraron en total 13 individuos separados en tumbas múltiples. Una de ellas, contenía los restos de un hombre adulto, de entre 40 y 60 años, una mujer, de alrededor de 40 años y dos niños de cuatro y de ocho años. Parecía lógico pensar que formaban una familia, pero el buen estado de la mayoría de los cuerpos permitió a los científicos realizar un análisis del ADN presente en sus huesos y dientes para probarlo.

Los lazos genéticos entre los dos adultos y los dos niños enterrados juntos demuestran la presencia de la familia nuclear clásica en un contexto prehistórico en Europa Central, afirma Wolfgang Haak, autor principal de la investigación y profesor de la Universidad de Adelaida (Australia). Su unidad en la sepultura sugiere una unidad también en vida, pero no establece a la familia como un modelo universal ni como la institución más antigua de las comunidades humanas (Corral, 2008).

- b) Familia monoparental: se entiende aquella familia nuclear que está compuesta por un solo progenitor (varón o mujer) y uno o varios hijos. Aunque la crianza de un niño puede ser llevada a cabo tanto por hombres como mujeres, en esta materia, según demuestran las estadísticas, no ha habido grandes cambios y entre un 80 y un 90% de los hogares monoparentales están formados por madres e hijos.

Algunas de las situaciones que condicionan la monoparentalidad son: rupturas de parejas voluntarias e involuntarias (divorcio, separación, viudedad), la

procreación fuera de la convivencia conyugal (madres solteras, la adopción por parte de un solo adulto) y otras causas que no necesariamente plantean el fin del vínculo marital o consensual (enfermedad, emigración, encarcelación o motivos laborales). De la misma manera en que existen causas diversas que conducen a la formación monoparental, varían de forma considerable la manera de enfrentar las situaciones por las que pasa la familia (Madrigal, 2012).

- c) Familia extensa: la familia extensa o familia compleja es un concepto empleado como sinónimo de familia consanguínea y en aquellas sociedades dominadas por la familia conyugal, refiere a la parentela, como una red de parentesco egocéntrica que se extiende más allá del grupo doméstico, misma que está excluida de la familia conyugal. Una tercera acepción es aquella que define a la familia extendida como aquella estructura de parentesco que habita en una misma unidad doméstica (u hogar) y está conformada por parientes pertenecientes a distintas generaciones. En las familias extendidas, la red de afines actúa como una comunidad cerrada. Este tipo de estructuras parentales puede incluir a los padres con sus hijos, los hermanos de los padres con sus hijos, los miembros de las generaciones ascendentes abuelos, tíos abuelos, bisabuelos. Además puede abarcar parientes no consanguíneos, como medios hermanos, hijos adoptivos o putativos. Todo lo anterior establece un contraste con la pequeña familia nuclear.

En las culturas donde la familia extendida es la forma básica de la unidad familiar, la transición de un individuo hacia la adultez no necesariamente implica la separación de sus parientes o de sus padres. Sin embargo, en nuestra cultura la familia extensa se refiere la mayoría de las veces como un hogar poco agradable, pues se pierde la privacidad, entendida como la cohabitación con la familia nuclear. De forma que esta modalidad de familia constituye para sus integrantes con frecuencia una forma de convivencia transitoria en contra de la voluntad de quienes la integran.

Por otra parte, los hogares extensos se convierten en refugio de madres jóvenes ya sean solteras o separadas, quienes acuden a sus madres y padres en busca de protección cuando cuentan con poco o nada de apoyo de su pareja. Se albergan allí porque no están en posibilidad de conformar hogares independientes, por la inestable situación económica, y por el requerimiento del apoyo emocional de su familia o por ambas razones (Puyana, 2005).

- d) Familia homoparental: está constituida por dos padres o por dos madres homosexuales. En este modelo se rompe el vínculo “sexualidad-reproducción” y también la obligación de que los/as progenitores/as sean de diferente sexo. Permanecería la concepción (en muchos casos vía nuevas tecnologías), el engendramiento, la filiación y la alianza a través del matrimonio o pareja de hecho (Mujika, 2005).

Hoy en día, para nuestra sociedad sigue resultando difícil aceptar este tipo de familia ya que la crianza de los hijos con padres del mismo sexo, aún es algo que está fuera de la comprensión de la sociedad. Por otro lado, actualmente los colectivos de gays y lesbianas como parejas homosexuales han reclamado el derecho al matrimonio y a la adopción. Es necesario considerar que para que la sociedad en la que vivimos vea a este tipo de familia como una estructura más, se requerirá de tiempo, tolerancia, y sobre todo comprensión.

Por otro lado, otros tipos de estructuras familiares se dan por el número de cónyuges. Por ejemplo:

1. La Monogámica: es aquella que está constituida por la unión de un varón con una mujer y su descendencia.

2. La Poligámica: este tipo de familia es la que está constituida por la unión plural de varones y mujeres. Puede ser de dos clases:

- a) La Poligénica: es aquella que está constituida por la unión de un varón con dos o más mujeres.
- b) La Poliándrica: es aquella que está constituida por la unión de una mujer y varios varones.

En tanto que la estructura familiar de acuerdo a la autoridad se clasifica en:

- a) Patriarcal: es la forma familiar donde impera la autoridad del padre.
- b) Matriarcal: es la forma familiar donde impera la autoridad de la madre.
- c) Democrática: es la forma familiar donde se toman mancomunadamente las decisiones.

En la últimas décadas la institución familiar se ha transformado; la "familia tradicional" de los años cincuenta ha evolucionado hacia nuevos modelos debido, entre otros factores, a la maternidad no marital, al divorcio, a los matrimonios pospuestos a la maternidad, a la monoparentalidad, a las transiciones y a los segundos matrimonios que dan lugar a familias reconstituidas o binucleares. Chel (1991) en muchos de sus estudios llama a esta diversidad de la "sociedad postmoderna" "familia postmoderna".

El término "familia postmoderna" no tiene un significado preciso, sino que designa en general un alejamiento o deslegitimación de la autoridad patriarcal y un creciente énfasis de la autonomía individual de los integrantes del hogar (UNICEF, 2003).

Faber (1973) junto con Parson (1951) mencionan que la forma en que se concibe al matrimonio, la familia y las relaciones de parentesco ha sido reconfigurada, tal vez hasta destruida, por un conjunto de cambios económicos y sociales que desmantelaron un rígido patrón de relaciones de parentesco (UNICEF, 2003).

Por su parte Furstenberg (1982) comenta que en sólo treinta años, se ha pasado de una época en que casi todo el mundo se casaba, generalmente al final de la adolescencia o a principios de la edad adulta, a otra en que hay una creciente

minoría que nunca se casará, y en que la mayoría posterga el matrimonio hasta después de los 25 años o incluso hasta más adelante. El matrimonio ya no es más el acontecimiento eje que articula el comienzo de las relaciones sexuales, la procreación, el abandono del hogar paterno, o incluso la formación de un hogar. Todos estos acontecimientos son cada vez menos interdependientes, tratándose cada uno de ellos de eventos delimitados en el curso de vida (UNICEF, 2003).

### **3.3 FUNCIONALIDAD FAMILIAR.**

La funcionalidad familiar, es el resultado de la valoración de los procesos familiares, coherencia, individuación, cambio del sistema y mantenimiento del sistema para clasificar a las familias en funcionales o sin problemas, moderadamente funcionales y no funcionales o con problemas.

Las familias aún en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar (Cohen, 1989).

La estabilidad de la familia y de sus miembros depende de un patrón de intercambio emocional: ¿Qué es lo que cada uno necesita?, ¿Cómo intenta conseguirlo?, ¿Qué está dispuesto a dar en retribución?, ¿Qué hace si no lo consigue? y ¿Cómo responde a las necesidades de los otros?

Esta funcionalidad será vista desde la perspectiva emocional de lo saludable, las características de la funcionalidad tienen que ver con: estructura familiar, bienestar, formas de intercambio afectivo, manera de resolver problemas y enseñanza de reglas (disciplina, valores y límites).

En una familia funcional los sentimientos de amor y ternura son expresados de forma libre al igual que los sentimientos de inconformidad o ira, esta familia reconoce que cada miembro es diferente y tiene su propia individualidad, y la familia respeta ciertas áreas de autonomía. La comunicación juega un papel muy importante y vital pues

ésta debe ser clara y directa para se pueda dialogar y llegar a un acuerdo justo (Martínez, 2010).

Por otro lado, Zavala (2009) comenta que en México, como en muchos otros países, la familia representa una unidad básica de la sociedad, comparte entre sus miembros la vida en común, sus fortalezas, debilidades, y el conocimiento y significado que tienen de sí mismos y de su realidad. Sin embargo, los cambios sociales, como la aparición de nuevos roles tanto para el hombre como para la mujer, y la transición demográfica, entre otros, son factores generadores de modificaciones en la estructura y dinámica familiar.

De acuerdo con Friedemann, la familia es una unidad con estructura y organización que interactúa con su medioambiente, es un sistema social, con subsistemas interpersonales definidos por uniones emocionales y responsabilidades comunes, sujeta a cambios que pueden afectar su estabilidad.

Por otra parte, este mismo autor realiza una aproximación al sistema familiar y personal, y define a la familia como un sistema de miembros los cuales han decidido residir juntos o interrelacionarse afectivamente con el objetivo primario de apoyarse unos con otros. De acuerdo a esta teoría se desglosan cuatro dimensiones desarrolladas a nivel interpersonal, intrapersonal y familiar, que se definen de la siguiente manera: (Zavala, 2009)

- a) Coherencia: se refiere a relaciones armónicas entre los miembros familiares que proveen de un sentido de unidad y pertenencia familiar a través de la internalización de respeto, amor e interés de unos por otros; incluye valores y creencias, elementos que les permiten vínculos emocionales necesarios para la sobrevivencia del sistema.
- b) Individuación: es una estructura de identidad personal que se desarrolla mediante la comunicación con otros sistemas, este proceso interactivo implica el desempeño de roles y responsabilidades, se fortalecen los talentos, las

iniciativas y los conocimientos que proveen de apertura al entendimiento, el aprender de sí mismo y de otros.

- c) Mantenimiento del sistema: abarca la mayoría de las estrategias de la vida familiar y personal que proveen de un sentido de seguridad y autonomía; implica roles, patrones de comunicación, rituales, normas, valores, toma de decisiones, manejo financiero, patrones de cuidado y planeación del futuro, entre otros elementos.
- d) Cambio del sistema: comprende la incorporación de nuevos conocimientos para asumir diferentes conductas frente a presiones internas personales, familiares y del ambiente; requiere de apertura para la nueva información que modifica la estructura de valores ante prioridades vitales presentes y futuras, fortalece el control y crecimiento familiar y personal apoyado por un sentido de seguridad y autonomía.

Por su parte Thompson (1987) hace referencia que el funcionamiento familiar ha sido definido como aquel conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma cómo el sistema familiar opera, evalúa o se comporta. Por lo que clasifica el funcionamiento familiar en cuatro tipos: (Meléndez, 2004)

Tipo I: Familias Potenciadoras (altas en recursos familiares): estas familias tienen un funcionamiento y una comunicación familiar altamente satisfactorios.

Tipo II y Tipo III: Familias Parcialmente Potenciadoras (medias en recursos familiares): estas familias se caracterizan por una escasa flexibilidad y vinculación familiar, aunque la comunicación entre sus integrantes es positiva y sin graves problemas (Tipo II), o bien, por una adecuada flexibilidad y vinculación emocional, pero con una comunicación familiar problemática (Tipo III).



Tipo IV: Familias Obstructoras (bajas en recursos familiares): estas familias se caracterizan por su escasa vinculación y flexibilidad familiar, y por una comunicación problemática.

Sin embargo Walsh (1993) menciona que, para que el sistema familiar sea funcional, deben existir ciertas características, y este autor establece diez procesos que caracterizan a las familias funcionales (Cervera, 2004).

1.- Sentimiento de unión y compromiso de los miembros de la familia como una unidad de relación, de cuidado y de apoyo mutuo.

2.- Respeto por las diferencias individuales, autonomía y necesidades independientes, impulsando el desarrollo y bienestar de los miembros de cada generación, de la más joven a la mayor.

3.- En las parejas, una relación caracterizada por respeto mutuo, apoyo y por un reparto equitativo del poder, de las responsabilidades y derechos.

4.- Autoridad y liderazgo parental para conseguir soporte, protección y socialización de los hijos y cuidado de otros miembros vulnerables de la familia.

5.- Estabilidad organizativa caracterizada por la claridad, consistencia y patrones de interacción predecibles.

6.- Adaptabilidad: flexibilidad para satisfacer las necesidades de cambio internas y externas; para afrontar efectivamente el estrés y los problemas que surjan.

7.- Comunicación abierta caracterizada por claridad de reglas y expectativas, interacción placentera y variedad de expresiones emocionales y respuesta empática.

8.- Procesos eficaces de resolución de problemas y conflictos.

9.- Un sistema de creencias compartido que permita la confianza mutua, dominio de los problemas, sentimientos de unión con las generaciones pasadas y futuras, valores éticos.

10.- Recursos adecuados que garanticen la seguridad económica y el apoyo psicosocial facilitado por una red de personas cercanas y amistades, así como por la comunidad y los sistemas sociales mayores.

De acuerdo a los diferentes autores que hacen mención sobre la funcionalidad familiar, coinciden en que lo básico es la unión y la comunicación de manera clara y objetiva. Como todo sistema, la familia también tiene desajustes, es decir lo contrario de funcionalidad es la disfuncionalidad que hace referencia a la disminución o alteración del sistema familiar, esto puede significar para las familias dolor y agresión, la ausencia de afectos de bienestar, deterioro y desintegración debido a la falta de comprensión, comunicación y unión.

Los autores Hamilton, Mc Cubbin y Fegley conceptualizan las crisis (disfuncionalidad) como un aumento de ruptura, desorganización o incapacidad del sistema familiar para funcionar. La familia en crisis se caracteriza por la inhabilidad a retornar a la estabilidad, y a la constante presión a hacer cambios en la estructura familiar y en los modelos de interacción (González, 2000).

Por otra parte Patterson *J.* plantea que la disfuncionalidad familiar se caracteriza por una desorganización familiar, donde los viejos modelos y las capacidades no son adecuados por largo tiempo y se requiere un cambio. Para este autor la disfuncionalidad familiar es normativa es decir, que se requieren de cambios en la estructura y reglas familiares. En otras situaciones la familia es impulsada hacia la disfuncionalidad por la ocurrencia de eventos no normativos, tales como, un accidente fatal en un miembro de la familia. Las crisis o también llamada disfuncionalidad familiar, representan el final del viejo sistema familiar, emergiendo nuevas formas de interacción (González, 2000).

Cohen y Ahearn (1989) definen la crisis como una situación vital que incluye cambios, amenazas o dificultades, que originan desequilibrio personal. Puede derivarse de factores del desarrollo, como la pubertad, embarazo o edad madura; o de factores accidentales, incluidos un accidente automovilístico, incendio o desastre natural.

Los factores que pueden afectar la funcionalidad familiar son múltiples y todas las familias están expuestas a presentar o sufrir cualquiera de estos acontecimientos. La vulnerabilidad de que una familia pase de ser estable a una crisis tiene que ver con la percepción de cada hogar de acuerdo a los valores, normas, creencias, emociones, organización etc. a las que esté sujeta. Como mencionaba el autor Petterson J. las crisis o disfuncionalidades familiares también son la oportunidad de mejorar algunos aspectos que han llevado al desajuste, pues tal vez esto significa que el sistema familiar ya no funciona como antes y se requieren nuevas formas de interacción (González, 2000).

### **3.4 CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS.**

La actividad sexual de los jóvenes siguió en aumento durante la década de 1980, a pesar de la campaña a favor de la castidad prematrimonial, promovida por la Administración Reagan.

La campaña "simplemente di que no" análogamente, las tasas de fecundidad adolescente se mantuvieron imperturbables ante la oleada continua de campañas públicas de información dirigidas a desalentar a los jóvenes a tener hijos a una edad muy temprana o antes del matrimonio. Bumpass 1990 comenta que la cohabitación ha aumentado sostenidamente, quedando prácticamente institucionalizada como una etapa del noviazgo o, para algunos, como matrimonio (UNICEF, 2003).

Si se observa desde una perspectiva sistémica, la adolescencia es una de las perturbaciones que afectan al sistema familiar, pues no es sólo un fenómeno de

alcance individual, esta es un proceso en el que participan todos, ya que se transforma el conjunto de interacciones del grupo, originando un nuevo sistema de relaciones, que demanda negociaciones y reajustes.

Estos cambios no se hacen sin atravesar por una crisis, en el sentido de que introducen incertidumbres, modifican lo que antes funcionaba y obligan a nuevos comportamientos de cada miembro del sistema. Es una transición que debe afrontar todo el grupo familiar, que puede llegar a generar estrés cuando se da un desequilibrio entre las demandas y los recursos disponibles. Ante este particular, la familia se encuentra con la tarea de sincronizar dos fuertes movimientos antagónicos, por una parte la tendencia de ajustar su rol a la nueva situación, de modo que los cambios permitan el mantenimiento de la organización, del equilibrio que permita la continuidad del grupo como tal, y por otra parte, facilitar la diferenciación y la autonomía del adolescente (Valdez, 2005).

Dentro de la familia la cesión de autonomía y la demanda de responsabilidad son los ejes principales sobre los que se levantan tales discrepancias y el área donde deben construirse nuevas reglas, donde parece inevitable la ocurrencia de cierto grado de conflicto entre el adolescente y sus padres. Sin embargo, los resultados de tales conflictos variarán; si el adolescente no puede hallar una vía satisfactoria hacia la autonomía, entonces es probable que su impulso a la independencia, o bien encuentre una salida explosiva, o bien se deteriore progresivamente. Es por ello que las relaciones familiares constituyen una de las áreas críticas para el desarrollo de la personalidad del adolescente (Valdez, 2005).

El embarazo en adolescentes es un problema social que se ha alargado hasta nuestros días, sin embargo es un problema que afecta no solo a las adolescentes en estado de gestación si no que también su núcleo familiar tiene desajustes por la nueva forma de organizarse.

Silvia y Tonete (2006) mencionan que el papel de la familia es considerado fundamental en la manera de cómo es vivido el proceso de embarazo en la

adolescencia. Este aspecto cobra especial importancia porque se sabe que en muchos de los casos el embarazo de la adolescente es absorbido al interior de su propia familia. Bastia (2005) por su lado menciona que, por una parte está el apoyo familiar que se le brinda al adolescente, sin embargo la noción de apoyo familiar es un constructo considerado de difícil definición, sobre todo por su carácter multidimensional, pues las familias en su forma de estructura tanto en miembros como en reglas y valores son distintas. No obstante, este apoyo involucra la capacidad de adaptación de la familia a nuevos acontecimientos familiares, ofreciendo el apoyo considerado necesario, manteniendo una comunicación empática, intercambiando sentimientos y comentarios de soporte (Bensaja, 2012).

Dallas (2004) menciona que el apoyo familiar puede ser definido como algo que ocurre en dos ejes centrales: el apoyo emocional y el apoyo instrumental. El primero se asocia al apoyo recibido, expresado por la disponibilidad afectiva, o el enfrentamiento de los problemas como una oportunidad para conversar y aclarar dudas, mientras que el apoyo instrumental se caracteriza por dar ayuda brindando recursos, como por ejemplo las ayudas financieras o la ayuda en el desempeño de tareas (Bensaja, 2012).

Sin embargo, en una investigación realizada en Brasil por Silva y Tonete (2006), se encontró que el embarazo de adolescentes, a pesar de ser aceptado por la familia, es evaluado como generador de tensión y conflictos en las relaciones familiares. Este estudio revela, además, que la forma en que las adolescentes viven su maternidad está influenciada significativamente por la calidad de las relaciones que experimentan los miembros de su grupo familiar (Bensaja, 2012). Es decir que los cambios en la estructura familiar también van a depender de la situación familiar, la economía, la estabilidad armónica y apoyo brindado entre los miembros, valores, comunicación, creencias, educación, aceptación de la situación etc. Todo esto involucra los posibles cambios dentro del contexto, pues una familia de bajos recursos se vería más preocupada o tensa por tener que dar cuidados a un miembro más, el buscar un trabajo extra, reducir gastos que afectan a los demás miembros, y

esto los lleva a posibles cambios de roles entre ellos, las jóvenes embarazadas si estudiaban pues dejan de hacerlo para poder apoyar en el hogar.

A diferencia de una familia con recursos medios o altos, tienen más posibilidades de estar menos preocupados por los gastos económicos que esto implica, además si la joven estudiaba puede seguir haciéndolo, los roles para ella pueden que cambien en cuanto a más obligaciones, si la familia es unida se le da un soporte de atenciones psicológicas para que tanto ella como el bebé tengan una mejor calidad de vida tanto psicológicamente como físicamente, sin embargo los factores o los cambios van a depender mucho de la cultura de cada familia, algunas incluso llegan a echar a las hijas de la casa, otras más las comprenden y apoyan, algunas son maltratadas, discriminadas y vistas como algo negativo para la familia.

Sin embargo la reacción de la mayoría de las familias ante el embarazo tiende a ser descrita a partir de dos puntos de vista distintos. Por un lado, la familia enfrenta el embarazo como un accidente en la vida, ayudando a la adolescente a superarlo para que pueda proseguir el curso de desarrollo delineado para su vida. Por otro lado, es percibido como un fracaso de la adolescente y de ellos mismos como padres. Por esto, los padres presentan más dificultades para ofrecer el apoyo adecuado a las jóvenes y a sus bebés. (Bensaja, 2012).

## CAPÍTULO IV. EMBARAZO TEMPRANO EN ADOLESCENTES

### 4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL EMBARAZO.

La reproducción sexual del ser humano se caracteriza por la unión de un espermatozoide masculino con un óvulo femenino (fecundación), durante la fecundación el óvulo y el espermatozoide se funden y forman un cigoto con los dos pronúcleos haploides, cada uno con 23 cromosomas paternos y 23 maternos. Para que se reproduzca la fecundación los espermatozoides tiene que buscar de forma activa el óvulo, para lograr esto tiene que hacer un recorrido a través de la trompa uterina, lo cual lo lleva aproximadamente entre 1-3 horas, con una velocidad de desplazamiento de 3mm al minuto. De los 200-300 millones de espermatozoides que se depositan en el fondo del saco vaginal durante el coito sólo unos 300 llegan hasta el óvulo. Al contrario que los espermatozoides, capaces de sobrevivir hasta cuatro días en el aparato genital femenino, los óvulos tienen que ser fecundados en un plazo de 6-12 horas después de la ovulación de lo contrario muere (Faller, 2006).

El sexo genético se determina durante la fusión de ambos gametos por el cromosoma sexual (X o Y) del pronúcleo masculino. Todos los óvulos haploides presentan un cromosoma X, mientras que los espermatozoides poseen un cromosoma X o cromosoma Y. dependiendo del cromosoma X o Y que posea el espermatozoide que ha alcanzado el óvulo, el cigoto resultante poseerá cromosomas femeninos (XX) o masculino (XY). La implantación del embrión tiene lugar normalmente en el segundo segmento próximo al fondo de la cavidad uterina, es este momento unos 5 o 6 días después de la ovulación, la mucosa del útero se encuentra en el punto álgido de su fase de secreción. El curso posterior del embarazo se denomina *caduca*, porque después del parto se expulsa como parte de la placenta (Faller, 2006).

Junto con determinados componentes del endometrio (parte materna de la placenta) forman la placenta, un órgano de forma discal al que el embrión está unido a través del cordón umbilical, que sirve para la nutrición del embrión en desarrollo

ocupándose del intercambio de gases y sustancias entre la sangre materna y la sangre fetal.

Duración del embarazo.

El momento del último aflujo de sangre menstrual es el punto de referencia para determinar la duración del embarazo. La duración se calcula a partir del primer día desde el último día de aflujo de sangre, se sitúa en 280 días, y en 266 si se calcula a partir del momento de ovulación. La duración normal del embarazo se indica con 10 meses lunares de 28 días = 280 días = 40 semanas (Faller, 2006).

Al final del embarazo el niño se encuentra en el útero, preparado para el parto, con brazos y piernas cruzados. Hacia el final del embarazo, o con las contracciones, la cabeza del feto penetra en la entrada de la pelvis. En la fase de apertura se forma una bolsa amniótica llena de líquido amniótico, que precede a la cabeza del feto y ensancha las partes blandas del canal del parto. El cuello del útero, la vagina y el suelo pélvico actúan en este momento como un tubo adicional de partes blandas, una manguera de anchura más o menos constante, al final de la fase de apertura se produce la rotura de aguas y el líquido amniótico se evacúa a través de la vagina. La fase de expulsión comienza inmediatamente después de la apertura completa de orificio externo del útero. Con el apoyo de la presión muscular abdominal y de sus propias contracciones rítmicas la musculatura del útero se acorta y el feto experimenta un empuje en sentido anterior (Faller, 2006).

## **4.2 CAMBIOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS DEL EMBARAZO.**

### **a) Cambios físicos**

Tras la fecundación, todo el organismo se prepara para el largo proceso durante el cual tendrá que alojar al feto y cubrir sus necesidades metabólicas. De forma fisiológica, el organismo materno sufre modificaciones anatómicas y funcionales que le permiten, por una parte, crear un espacio en el que el feto se desarrolle adecuadamente y, por otra, prepararse para el delicado momento del parto y para un postparto en el que tendrá que amamantar al neonato.



Todas las modificaciones, tanto físicas como psicológicas, que suceden durante la gestación, tienen la consideración de fisiológicas aunque sin duda suponen una severa alteración orgánica.

Los cambios respiratorios son unos de los cambios físicos por los que la madre pasa, estos pueden iniciar a partir de la cuarta semana de gestación, la ventilación aumenta y el acortamiento de la respiración puede presentarse hacia el término.

Los cambios cardiovasculares son los siguientes: (Ojeda, 2011)

- Corazón: durante el embarazo el útero grávido eleva el diafragma, que a su vez eleva el corazón y altera su posición, también pueden manifestarse alteraciones en el ritmo cardiaco.
- Volumen sanguíneo: este aumenta en un 30-50%, esta elevación inicia en el primer trimestre y continúa elevándose hasta la semana 30 de gestación, posteriormente disminuye hacia lo normal al final de la gestación, esto crea una anemia por dilución, ya que la proporción del volumen plasmático con el volumen sanguíneo total aumenta proporcionalmente más que el volumen de las células rojas.
- Los cambios gastrointestinales: Durante el embarazo pueden ocurrir varios cambios en la cavidad oral. La salivación puede verse incrementada debido a la dificultad para la deglución y en asociación con náuseas; el PH de la cavidad oral disminuye; puede haber caries en los dientes, pero no debido a la carencia de calcio en éstos, las encías pueden sangrar fácilmente, debido a las alteraciones esofágicas favorecen el reflujo gastroesofágico.

El aumento de peso es paulatino, y se considera que en promedio es de 225 gr/semana. A partir del segundo trimestre es posible valorar si el aumento de peso es adecuado multiplicando el número de semanas de gestación por 225gramos. Compara el peso real con el obtenido. Lo mejor en cuanto al incremento de peso en la mamá es de 1kg a 1.5 Kg por mes, teniendo una ganancia ponderal de 11 a 12Kg al término de la gestación.

Hay aumento generalizado de la masa de tejidos blandos, siendo más notable en párpados, cara, manos y pies, en donde también influye la retención de líquidos.

Existen cambios vasculares que se manifiestan en la piel, especialmente bajo la epidermis y que son conocidos como nuevos arácnos, angiomas formados por una arteriola única, que se ramifica en muchos vasos finos. Además las glándulas sudoríparas tienden a aumentar su actividad.

Por otro lado Maldonado (2008) menciona los siguientes cambios:

En el tercer trimestre suelen aparecer las denominadas estrías, modificaciones en el aparato digestivo pueden aparecer varios trastornos como son: náuseas, vómitos, malestar a primeras horas de la mañana, pirosis, estreñimiento, hemorroides y colestasis.

Existen los trastornos del aparato muscular son: calambres, lumbalgias. (Dolor de espalda baja) y caries.

Los cambios físicos por los cuales pasa una mujer en el periodo de gestación son múltiples, la llegada de un nuevo ser humano es una tarea compleja y un proceso muchas veces difícil de entender para los hombres, incluso para las mujeres también si no están suficientemente informadas de los cambios por los cuales van a atravesar. Los cambios físicos llevan consigo cambios psicológicos, el embarazo representa un cambio en la vida de la mujer y de su pareja, y además se le considera un periodo crítico del desarrollo psicológico, porque pone a prueba el nivel de madurez emocional de la mujer, su identidad; así mismo, representa una oportunidad de crecimiento emocional para ella.

#### b) Alteraciones psicológicas durante en el embarazo

Según Morales Carmona, (2004) en el caso del embarazo, dadas sus características propias, podría considerarse que produce una alteración psicológica transitoria en la mujer, ya que requiere de adaptarse a la nueva situación. Durante el embarazo entran en juego aspectos internos y externos a la mujer, por lo que es posible que los

conflictos psicológicos que se presentan en esta etapa pueden ser la combinación de ambos o el predominio de uno sobre otro.

Para la mujer, la maternidad representa uno de los eventos más importantes en su vida. Dado que la sociedad y la cultura le han dado un valor especial, estableciendo lo que se espera de ella en esta etapa, cómo debe ser y comportarse para ser una “buena madre”, además de que se le considera una función exclusiva de ella. Por otra parte, influyen aspectos sociales como la presión que ejerce el que su embarazo no se dé en circunstancias socialmente deseables, es decir, con una pareja estable y en una situación económica apropiada, lo cual se agrava cuando no cuenta con apoyo familiar por la misma situación. Esto no favorece la adaptación de la mujer a su nuevo estado y le causa un conflicto que impacta en su estado emocional. Estudios anteriores han podido establecer que existen manifestaciones emocionales propias de la mujer embarazada, las cuales ayudan al especialista a comprender mejor su expresión como parte del evento reproductivo, y a distinguir aquellos casos que no corresponden a esto y que podrían considerarse manifestaciones patológicas (Gómez, 2006).

Entre estas manifestaciones emocionales se encuentran las de tipo depresivo como reacciones de ajuste a la situación transitoria a través de fluctuaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo por su salud, traducido en varias quejas somáticas. Así mismo, existen sentimientos de tristeza por la pérdida del estado anterior, así como un resentimiento por la pérdida de independencia y atractivo personal. Paradójicamente, también tiende a elevarse la autoestima de la mujer que vive el embarazo como un logro. Además puede presentarse ansiedad transitoria como adaptación a su estado, la cual puede incrementarse más en casos de presión social que por el propio embarazo, así como por temor a la pérdida y miedo a lo desconocido, y al propio papel de madre y a la situación económica. De igual modo, pueden surgir sentimientos de inseguridad, dependencia e introversión. Respecto al deseo sexual, éste puede ser variable.

Como se observa, estas características son de tipo transitorio y están supeditadas al desarrollo y resolución del embarazo, de ahí su carácter inhibitorio o malestar psicológico; sin embargo, en ocasiones se requiere la intervención terapéutica de apoyo para su mejor resolución, dado que su manifestación dificulta la adaptación de la mujer frente al evento y le origina conflictos internos, externos o ambos (Gómez, 2006).

Berman y Berman, (2001) hacen referencia a que algunos estudios señalan que la depresión afecta a las mujeres dos veces más que a los hombres. Tiene muchas causas, entre ellas: desequilibrios químicos en el cerebro, estrés importante, tristeza, antecedentes familiares, conflictos psicológicos o cualquier combinación de factores. El embarazo, puede traer muchos cambios emocionales, físicos y sociales para la madre, su pareja y el resto de la familia. Mientras que muchas madres disfrutaban en gran medida estos cambios como la experiencia del embarazo o el agregar un nuevo miembro a la familia, algunas no comparten estos sentimientos y con frecuencia padecen algún trastorno psicológico que resulta en una grave angustia reactiva a problemas psicológicos, físicos o sociales. Este periodo de angustia no es sólo asunto de la madre y su familia, la que incrementa el riesgo de una crisis psicológica, de enfermedad mental y de trastornos del desarrollo, pero además, si no se trata, podrían presentarse intentos de atentar contra su propia vida o la del producto (Gómez, 2004).

En estudios anteriores (Ross, Sellers, Gilbert, Evans y Romach, 2004), se planteó un modelo prenatal donde se analizaba la influencia de las variables biológicas y psicosociales en el desarrollo de depresión y ansiedad en mujeres embarazadas, concluyendo que durante el embarazo las variables biológicas no tenían ningún efecto directo sobre los síntomas depresivos, sin embargo, actuaban indirectamente a lo largo de sus efectos significativos sobre el estrés psicosocial y los síntomas de ansiedad. El mismo modelo no se adaptó a los datos posparto, sugiriendo que podrían estar implicadas diversas variables causales en el estado de ánimo posparto. Los hallazgos sugieren que los trastornos depresivos y ansiosos antenatales se

asocian con la amplificación de los síntomas físicos del embarazo. Además, otros resultados sugieren que el estrés crónico durante la gestación puede ser el reflejo de disposiciones subyacentes que contribuyen a resultados adversos durante el nacimiento.

Marcus, Flynn y Blow, 2003 presentan que los antecedentes de depresión, salud general deficiente, consecuencias por el uso excesivo de alcohol, fumar, ser soltera, desempleada y con nivel educativo bajo, fueron factores que se asociaron significativamente con síntomas de depresión durante el embarazo. Estos datos muestran que un número sustancial de mujeres embarazadas evaluadas en ambientes obstétricos tienen síntomas significativos de depresión, y la mayoría de ellas no fueron supervisadas en tratamiento durante este periodo vulnerable (Gómez, 2006).

#### **4.3 ÍNDICES ESTADÍSTICOS DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES.**

La encuesta nacional de salud y nutrición 2006 identifica a los adolescentes que iniciaron su vida sexual, al preguntar la edad de su primera relación sexual y el método anticonceptivo usado en esa ocasión. Esta información es importante no sólo para conocer la edad de inicio de la actividad sexual, sino también para identificar las conductas de riesgo; como riesgo de embarazo no deseado.

Se estima que 1.45 millones de varones (15.8%) y 1.14 millones de mujeres (13%) adolescentes ya tuvieron su primera experiencia sexual. Entre los 12 y 15 años, 2.4% de los varones (alrededor de 122 mil) y 2% de las mujeres (93 500) se declaran sexualmente activos. Para la población que inició su vida sexual entre los 16 y 19 años las cifras aumentan, 32.8% de los varones (1.30 millones aproximadamente) y 25.4% de las mujeres (alrededor de 1.05 millones) (INEGI, 2012).

Por lo tanto el embarazo adolescente en México es un fenómeno que tiene una alta incidencia y múltiples consecuencias. Una de ellas es la deserción escolar: ya que es

común que las adolescentes que estudian y resultan embarazadas interrumpan sus estudios y, con posterioridad al nacimiento, solo algunas cuantas regresan a la escuela.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSAUT) en 2006 reportó que la tasa de embarazos en niñas y adolescentes entre 12 y 19 años fue de 79 por cada 1000 mujeres entre estas edades. Por su parte, el censo de 2010 del Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI) que cada uno de seis nacimientos acontece en jóvenes de 15 a 19 años (16.1%) siendo el Estado de México, Veracruz, Jalisco y Puebla, las entidades con mayor concentración de adolescentes en condiciones de maternidad; por otro lado el Banco mundial dio a conocer en el 2009, que para ese año, por cada mil mujeres adolescentes en el país, existían 69 embarazadas o que habían tenido un hijo (Díaz, 2012).

El INEGI por su parte proporciona una tabla donde presenta los porcentajes de nacimientos registrados de madres adolescentes menores de 20 años (1900-2012).

**Cuadro No. 1 “Porcentajes de nacimientos en madres adolescentes menores de 20 años.”**

AÑO	Porcentaje de nacimientos en adolescentes menores de 20 años.
1990	18%
2000	17.1%
2010	18.8%
2012	19.4%

Como se puede apreciar, el porcentaje de nacimientos en adolescentes menores de 20 años a través del tiempo son muy similares, pues existe muy poca diferencia entre uno y otro lo que nos indica que los embarazos a corta edad han sido una situación que se mantiene desde hace 20 años atrás.

Tan solo en Morelos en el registro del INEGI en el año 2012 de 37,446 mujeres en el estado, 145 adolescentes menores de 15 años edad registraron un hijo, mientras que 6,419 adolescentes de 15 a 19 años también registraron un hijo.

Por otro lado, en su censo del 2012 el INEGI registró las siguientes estadísticas de natalidad en la República Mexicana, según la edad de la madre. En esta tabla se muestran las edades de 10 a 18 años, donde se ve el incremento de los nacimientos de acuerdo a la edad de la madre. Es sorprendente ver como en las edades de 10 y 11 años se registraron 482 nacimientos (201 nacimientos, a los 10 años) (281 nacimientos, a los 11 años), cabe pensar que el motivo de su embarazo lamentablemente no fue por decisión propia. A la edad de 14 años se disparan los nacimientos hasta 8,225 (INEGI, 2012).

**Cuadro No.2 Natalidad en la República Mexicana, según la edad de la madre.**

Nacimientos registrados	Edad de la madre
201	10 años
281	11 años
499	12 años
1718	13 años
8225	14 años
26,146	15 años
60,719	16 años
94,954	17 años
127.801	18 años

Las adolescentes de 15 años aumentan los registros de nacimientos pues fueron 26,146. Para la edad de 18 años la cifra aumento 101,655 entre los 15 y 18 años, por lo que se registraron 127,801 nacimientos en jóvenes de 18 años, estas son cifras alarmantes pues cada vez son más las jóvenes que presentan un embarazo prematuro a pesar de la información sobre métodos anticonceptivos (INEGI, 2012).

#### **4.4 EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN ADOLESCENTES JÓVENES.**

La ENSANUT 2006 ubica al embarazo adolescente como un problema relevante para el país, especialmente el ocurrido entre las mujeres de 12 a 15 años, porque representa un elevado riesgo para la salud de la madre y del hijo; es importante señalar que el riesgo persiste durante toda la adolescencia, aunque la posible gravedad del mismo sea variable (INEGI, 2012). Por lo que el embarazo adolescente es una problemática de carácter biopsicosocial, ya que interrumpe y desequilibra el proceso de desarrollo biológico, psicológico y social de la joven madre interfiere en su dinámica relacional con el mundo social y afecta el desarrollo integral de su hijo/a (Salvatierra, 2005).

Las investigaciones sobre fecundidad y embarazo adolescente, de orientación tanto biomédica como social, exhibieron un gran impulso en la década de 1970 en los países desarrollados, sobre todo en Estados Unidos. En la región de América Latina y el Caribe, el fenómeno se observó en los años ochenta y se consolidó a fines de esa década. El surgimiento de interés por el tema se justificó de diversas maneras.

En primer lugar, las tasas de fecundidad de las menores de 20 años se consideraban altas y eran vistas como un problema social e individual. No se tenían en cuenta las diferencias culturales, según las cuales en ciertas sociedades en que la maternidad a edad temprana es la norma aceptada e incluso alentada, el ciclo vital en el que muchas madres adolescentes están en uniones estables y tener hijos es lo esperado y deseado. En México aún existen lugares donde ser madres es lo esperado, en poblados como Ocotepc, Ahuatepec y la segunda sección ubicada en Xochitepec los embarazos a edad temprana son muy comunes pues las mujeres se embarazan a una edad temprana, el nivel cultural de estas poblaciones reflejan la aceptación de la madre adolescente, pues el objetivo de la mujer es ser madre.

Luker, (1997), también señalaba el riesgo para la vida y la salud, para la madre y el hijo. Sin embargo, ya a fines de la década de 1970 había investigaciones que



evidenciaban que los riesgos de salud para la madre adolescente y el hijo obedecían en gran medida a la falta de cuidados médicos y a deficiencias nutricionales debidas a su situación económica (las madres adolescentes eran mayoritariamente pobres) o al descuido de la propia salud, no eran consecuencia de la edad de las madres en sí misma. Por otro lado, según Román y Pérez (2001) mencionan que en una compilación reciente de los estudios realizados en México sobre parturientas adolescentes tampoco muestra que éstas corran riesgos significativamente superiores a los de las adultas (Pantelides, 1993).

Al respecto Bloss (1989) afirma:

"Entre los adolescentes existe la creencia de que el sexo es una puerta de entrada a un mundo de placer....La conflictiva de esta etapa lleva a tapar vacíos a través de la sexualidad en general....Desafíos y penas de la adolescente normal se disipan, al menos temporalmente, gracias al acto sexual."

Se cree que en la audacia de relaciones tempranas sin cuidados anticonceptivos adecuados subyacen deseos profundos acerca de la sexualidad y la maternidad. M. Klein (1980) considera que "el coito puede afirmarla, lo mismo el nacimiento de un hijo hermoso y la capacidad de amamantarlo con buena leche". Por otro F. Doltó (1990) considera que aparecen en las jóvenes dos sentimientos: el temor de ser ridículas por no haber tenido relaciones sexuales, y el deseo de tener un hijo, no para conservarlo y criarlo, sino para asegurarse de que por lo menos son mujeres y que una concepción se lo demuestra, ya que piensan que son frías (Hebe, 2000).

Sin embargo, un primer embarazo a una edad temprana es peligroso. Los nacimientos de madres adolescentes representan el 11% de todos los nacimientos a nivel mundial, pero también corresponde a ellos el 23% de la carga de morbilidad global atribuible a embarazos y partos entre las mujeres de todas las edades. En los países de ingresos bajos y medianos, las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres de 15 a 19 años. Los

embarazos precoces y no deseados guardan relación con el aumento del nivel de abortos provocados, los cuales, si se realizan en condiciones peligrosas, entrañan graves riesgos para la salud, y pueden llegar a causar la muerte. Se calcula que en 2008 se registraron tres millones de abortos peligrosos entre las muchachas de 15 a 19 años en los países en desarrollo. Hasta un 65% de las mujeres que padecen fístula obstétrica desarrollaron en la adolescencia esta enfermedad, que tiene graves consecuencias, tanto desde el punto de vista físico como social.

También los embarazos en la adolescencia son peligrosos para el hijo: en los países de ingresos bajos y medianos, la mortalidad prenatal y en la primera semana y el primer mes de vida entre los niños nacidos de madres con menos de 20 años es superior en un 50% a la de los nacidos de madres de 20 a 29 años; cuanto más joven es la madre, mayor es el riesgo. Las tasas de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y asfixia son más altas entre los hijos de las adolescentes; todas esas afecciones aumentan las probabilidades de muerte o de futuros problemas de salud del niño. Además, las probabilidades de consumir tabaco y alcohol son mayores entre las embarazadas adolescentes que entre las mujeres de más edad, y esas prácticas pueden contribuir a la muerte prenatal, el bajo peso al nacer y otros problemas de salud del niño (OMS, 2011).

Sin embargo a pesar de las diferentes investigaciones hechas y los diferentes puntos de vista de cada autor, para la sociedad en la que vivimos es una problemática, pues las causas y consecuencias de un embarazo a una edad temprana lo vuelven de alto riesgo.

Por consiguiente se enlistan algunas de las causas del embarazo de alto riesgo, que en general manejan tanto las dependencias que están atendiendo este fenómeno social, así como los diversos estudios que al respecto se han hecho se encuentran las siguientes (Gamboa, 2013):

- a) El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer.

b) La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos.

c) La presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales.

d) El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada.

e) Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición.

f) La falta de una buena educación sexual.

A su vez, las causas siempre llevan consigo una consecuencia, respecto a éstas y a los efectos negativos que se derivan de un embarazo temprano, como es el caso de las adolescentes, los diversos autores y dependencias coinciden en que estos efectos repercuten principalmente en tres aspectos (Gamboa, 2013):

a) Desde el punto de vista médico:

1. La joven corre el riesgo de experimentar anemia, preclampsia, complicaciones en el parto y enfermedades de transmisión sexual, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo.
2. Los bebés de madres adolescentes tiene una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.

b) Desde el punto de vista psicológico:

La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, teniendo en cuenta

que ésta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como “factores suicidógenos circunstanciales”

La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; es vacío afectivo.

Y por último, desde el contexto social destacan:

- Las escasas oportunidades de proseguir con su escolarización.
- Las dificultades para su inserción en el mercado de trabajo.
- Su desarrollo social y cultural.
- La formación de una familia y su estabilidad.

El embarazo adolescente constituye una temática de alta complejidad, tanto en su comprensión como en su abordaje. Si juntamos todas estas causas y consecuencias del embarazo en adolescentes nos podemos percatar que tanto física como psicológicamente pueden ser vulnerables. Además, la vivencia de la adolescencia se ve dificultada en la joven que se embaraza precozmente, poniendo en riesgo el cumplimiento de las metas propias de esta etapa, ya que se ve enfrentada a una situación en que debe hacerse cargo de tareas propias de la adultez, aún cuando todavía no haya concluido su propio proceso de desarrollo, ni esté preparada física y psicológicamente para cumplir con ellas. Por ello, es importante educar y establecer comunicación abierta con los jóvenes adolescentes acerca de esta temática, sus implicaciones y las grandes responsabilidades que esto conlleva.

## CAPÍTULO V. METODOLOGÍA

### 5.1 JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se eligió este tema de investigación debido al incremento de embarazos en menores de edad, pues el INEGI registró el aumento de nacimientos en jóvenes de 15 años las cifras fueron 26,146, para la edad de 18 años la cifra aumento 101,655 entre los 15 y 18 años, por lo que se registraron 127,801 nacimientos en jóvenes de 18 años. (INEGI, 2012).

Lo cual es preocupante pues se ha convertido en problemática social, ya que la adolescencia es considerada la etapa de desarrollo del ser humano más difícil debido a la búsqueda de una identidad, la separación de la niñez y entrada a la adultez. ¿Cómo cambia el autoestima en estas adolescentes cuando están viviendo dos etapas a la vez, sin concluir una y forzar entrar a otra? además ¿Qué pasa con su autoconcepto y con el ambiente familiar de una joven en esta situación?

Si se considera que la maternidad y la paternidad son funciones de la edad adulta, independientemente de cuánto dure o cuáles sean las características de la adolescencia en una cultura determinada; por ese desequilibrio en la maduración de las diferentes esferas biológica, psíquica y social, una adolescente tiene la posibilidad de quedar embarazada sin haber cumplido todavía las “tareas del adolescente” para llegar a la adultez (Donas, 2001). Por lo cual es importante investigar cómo se encuentra su autoestima, autoconcepto y su ambiente familiar de las adolescentes como consecuencia del embarazo temprano, debido a que es un tema de importancia para la psicología ya que existen pocas investigaciones sobre consecuencias psicológicas, la mayoría solo se enfocan a las consecuencias físicas dejando a un lado la salud mental.

Por otro lado si el autoconcepto es considerado como la imagen que tiene uno de sí mismo (como el conjunto de características físicas, intelectuales, afectivas, sociales, etc. que conforman la imagen de un sujeto), la autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser y la familia es el pilar para la formación de las personas y en conjunto estas tres esferas ayudan a completar la personalidad del adolescente,

qué sucede con estas esferas cuando se vive un embarazo prematuro. Por tal motivo el problema que se plantea en la siguiente investigación es: **¿Cómo se manifiesta el autoconcepto, autoestima, y el ambiente familiar en las adolescentes embarazadas entre 13-18 años?**

## **5.2 OBJETIVO.**

### **a) Objetivo general:**

Realizar una descripción de la autoestima, autoconcepto y el ambiente familiar de las adolescentes embarazadas entre 13-18 años. Para saber cómo se encuentran estas tres esferas cuando una adolescente está viviendo una etapa que aún no le corresponde.

### **b) El objetivo específico:**

Describir cada una de estas variables autoconcepto, autoestima y el ambiente familiar para poder observar si existe algún desajuste en éstos aspectos y así determinar si un embarazo representa una posible problemática en la adolescencia principalmente en sus estructuras del autoconcepto, autoestima y ambiente social.

## **5.3 PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS Y DESCRIPCIÓN DE VARIABLES:**

La hipótesis que se plantea en esta investigación es la siguiente: Las adolescentes con edades entre los 13 y 18 años embarazadas, presentan alguna disfuncionalidad en la autoestima, autoconcepto y ambiente familiar.

### **a) Variables de estudio.**

Las variables de este estudio para esta investigación fueron:

- **Autoestima:**

**Definición constitutiva:** La autoestima es considerada como el sentimiento valorativo de nuestro ser, de quiénes somos nosotros mismos.

C. Rogers (1967) define la autoestima como “un conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refiere al sujeto” y señala que es “lo que el sujeto reconoce como descriptivo de sí y que él percibe como datos de identidad” (Acosta, 2004).

**Definición operacional:** La autoestima es el resultado del puntaje obtenido en la escala de autoestima de Rosemberg, cuya finalidad es explorar la autoestima personal.

- **Autoconcepto:**

**Definición constitutiva:** El autoconcepto se entiende como la imagen que uno tiene de sí mismo y que se encuentra determinada por la acumulación integradora de la información tanto externa como interna, juzgada y valorada mediante la interacción de los sistemas de estilos (o forma específica que tiene el individuo de razonar sobre la información) y valores (o la selección de los aspectos significativos de dicha información con grandes dosis de afectividad). Esta acumulación de información elaborada proviene de la coordinación entre lo que el sujeto ya dispone y lo nuevo que debe integrar (González, 1997).

**Definición operacional:** El autoconcepto es el resultado del puntaje obtenido en la escala de Piers-Harris, la cual está destinada a evaluar el autoconcepto de niños y adolescentes cuyas edades fluctúan entre los 8 y 18 años.

- **Ambiente familiar:**

**Definición constitutiva:** Para Fishman (1995) la familia, como institución, es la fuente de las relaciones más duraderas y el primer sustento social del individuo, con pautas de relación que se mantienen a lo largo de la vida, lo que la convierte en la instancia con mayores recursos para producir cambios (Montalvo, 2013).

**Definición operacional:** El ambiente familiar es el resultado de los puntajes obtenidos en la escala de ambiente Social Familiar (FES) de Moos (1974) que está formada de cohesión, expresividad, conflicto, independencia, orientación a metas, orientación cultural e intelectual, recreación, religiosidad, organización y control dentro del ambiente familiar de los sujetos.

#### **5.4 TIPO DE ESTUDIO:**

Este estudio es de tipo descriptivo transversal ya que únicamente se describieron las variables de estudio y todas las mediciones se realizaron una sola vez sin existir periodos de seguimiento.

#### **5.5 SUJETOS:**

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó una muestra conformada por 42 adolescentes embarazadas que se encontraban entre las edades de 13 a 18 años, fueron elegidas por su estado de gestación, el cual era entre 3 a 7 meses de embarazo; 40 de ellas se encontraban con estudios trancos y solo 2 estudian actualmente, secundaria y preparatoria.

#### **5.6 INSTRUMENTOS:**

En esta investigación se utilizaron tres instrumentos:

a) Escala de Evaluación de Autoconcepto de Piers-Harris (escala P-H) el cual consiste en conocer el nivel de autoconcepto (bajo, medio o alto). Este cuestionario fue adaptado para Chile por M. Gorosteguien 1992. El test original es una escala de autoreporte ampliamente utilizada en Estados Unidos desde su primera publicación en 1967 y su posterior edición revisada en 1984, la escala está destina a evaluar el autoconcepto en niños y adolescentes cuyas edades fluctúan entre los 8 y 18 años.

La escala P-H consta de 70 ítems y puede ser administrada de forma individual como en grupos, los ítems deben ser respondidos mediante SI o NO. Consta de 4 hojas,



contiene el cuestionario, la hoja de identificación, de instrucciones y los espacios para uso interno.

Los ítems son puntuados en dirección positiva o negativa para reflejar la dimensión autoevaluativa. Un alto puntaje en la escala sugiere un autoconcepto positivo, mientras un puntaje bajo, sugiere un autoconcepto negativo. La escala se divide en seis subescalas: la Subescala I, evalúa conducta y consta de 15 ítems, subescala II, evalúa estatus intelectual y escolar y consta de 15 ítems, la subescala III evalúa apariencia y atributos físicos y consta de 12 ítems, la subescala IV evalúa ansiedad y consta de 13 ítems, la subescala V evalúa Popularidad y consta de 11 ítems y la subescala VI que evalúa felicidad y satisfacción y consta de 11 ítems.

Subescala de Ítems no agrupados de 13 ítems los cuales no se califican ya que pertenecen a ítems control.

b) Escala de autoestima de Rosemberg, este cuestionario ayuda a la exploración de la autoestima personal la cual es entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. La escala consta de 10 ítems, cinco de las frases están formuladas de forma positiva y cinco de manera negativa para controlar el efecto de la equiescencia autoadministrada.

La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0,76 y 0,87, la confiabilidad es de 0,80.

En los ítems del 1 al 5, las respuestas de la A a la D se puntúan de 4 a 1. De los ítems 6 al 10, las respuestas de la A a la D se puntúan de 1 a 4. Donde las letras indican lo siguiente:

- A. = Muy de acuerdo
- B. = De acuerdo
- C. = En desacuerdo
- D. = Muy en desacuerdo

La puntuación total de la prueba es la siguiente:

De 30 a 40 puntos: Es considera una a autoestima elevada.

De 26 a 29 puntos: Es considerada autoestima media.

Menos de 25: indica que existe una autoestima baja.

c) Escala de Ambiente Social y Familiar (FES) de Moos. Esta escala ésta conformada y agrupada por factores de cohesión, expresividad, conflicto, independenciam, orientación a metas, orientación cultural e intelectual, recreación, religiosidad, organización y control dentro del ambiente familiar de los sujetos.

La prueba consta de 90 ítems con dos opciones de respuesta (verdadero/ falso) siendo la puntuación máxima 90 y la mínima 0. Está agrupado en 10 factores y cada uno consta de 9 reactivos que tienen puntuación máxima de 9 y mínima de 0. La escala mide la percepción de cada miembro de la familia, la confiabilidad de este instrumento es de 0.78 Alpha de Cronbach.

## **5.7 PROCEDIMIENTO:**

Las pruebas fueron aplicadas a 42 adolescentes embarazadas entre edades de 13 a 18 años, se acudió a los centros de Salud de Ahuatepec, al centro de salud de Ocoatepec en la ciudad de Cuernavaca, y el Centro de Salud de la Unión ubicada en la Segunda Sección de Xochitepec, todos estos centros de salud están ubicados en Cuernavaca Morelos. Se solicitaron los permisos a los encargados de dichas instituciones, ya que a las adolescentes que se les aplicaron las pruebas, cuentan con un control prenatal en estos centros de salud pública.

Las pruebas fueron aplicadas en cuatro sesiones, 2 días asignados para el centro de salud de Ahuatepec, 1 día para Ocoatepec y 1 para el centro de salud de la Unión ubicado en la segunda sección de Xochitepec.

La cita para aplicar las pruebas fue a las 9:00am en cada centro de salud con el permiso previo, se llegó a los lugares media hora antes, para poder acomodar el lugar asignado y proceder con la aplicación, las adolescentes comenzaron a llegar 10 minutos antes de la hora y se asignaron 10 minutos de tolerancia después de la hora citada, se hizo la presentación, y se les comentó la finalidad de la actividad a realizar además de enfatizar que era confidencial, se les agradeció la asistencia y se les repartió un folder que contenían las tres pruebas, empezando con la de mayor duración y finalizando con la más corta. Se les explicaron las instrucciones de cómo contestar las pruebas, se les hizo el comentario de que si existía alguna duda levantarán su mano y se les resolvería, la aplicación duró entre 35 y 40 minutos en los tres centros de salud. Conforme iban terminando las jóvenes, se les recogía su folder y se les agradecía nuevamente su participación. Al finalizar se ordenó nuevamente el lugar donde se aplicaron las pruebas, y se le agradeció a cada encargado del centro de salud su apoyo.

## CAPÍTULO VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados fueron vaciados en hojas de Excel y analizados en el programa estadístico SPSS versión 16.0. La presentación de los resultados y sus correspondientes análisis, se realizaron partiendo de lo más general (resultados de la subescala total) hasta llegar a los resultados particulares (resultados comparativos por subescala).

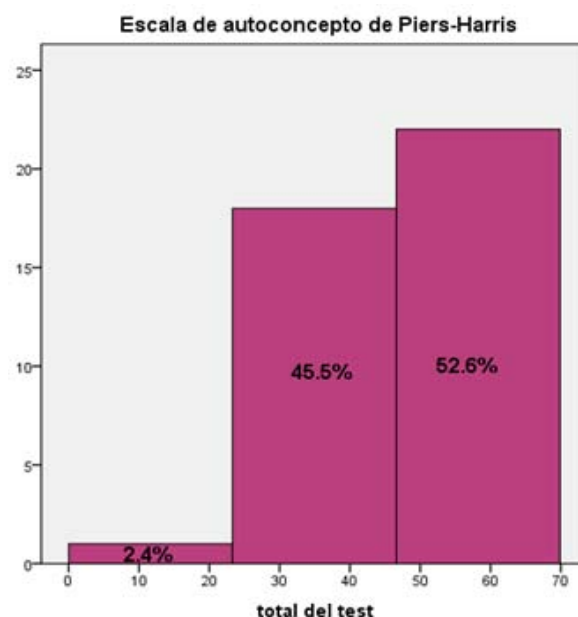
### Escala de autoconcepto de Piers-Harris (escala P-H)

En la gráfica1 se muestra el puntaje total de la escala de autoconcepto de Piers-Harris donde se puede apreciar que la minoría de las jóvenes embarazadas tiene un autoconcepto bajo, mientras que el 45.5% refleja un autoconcepto medio, por otro lado, el 52.6% que representa la mitad de estas jóvenes, muestra que el autoconcepto en ellas es alto, la cual sugiere una autoevaluación positiva, por lo tanto la mitad de adolescentes embarazadas no refieren tener problema en su estructura mental de carácter psicosocial, la cual implica una organización de varios aspectos como: conductuales, afectivos y físicos, reales e ideales, acerca de sí mismas.

**Gráfica 1. Resultados de la escala de Piers-Harris.**

Interpretación de puntajes.

<b>Alto</b>	47 – 70pts (52.6%)
<b>Medio</b>	24 – 46pts (45.5%)
<b>Bajo</b>	0 – 23pts (2.4%)



A continuación se describen cada una de las subescalas de esta prueba.

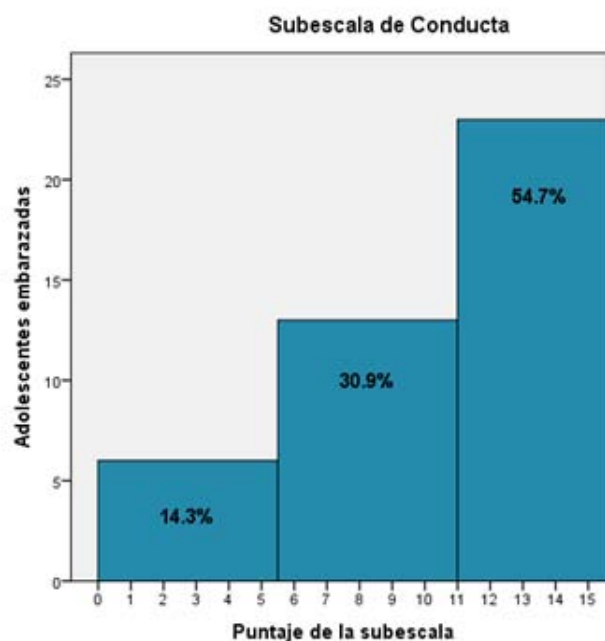
**a) Subescala de conducta:**

En la siguiente gráfica se muestran los resultados de la primera subescala de la prueba que corresponde a la conducta, de acuerdo al puntaje total de las respuestas proporcionadas, la mitad de las adolescentes embarazadas que representan el 54.7% manifiestan tener una adecuada conducta, es decir, la ausencia de conductas problemáticas. Por otro lado, el 30.9% (14 adolescentes embarazadas) de la población, sugieren tener problemas regulares con su conducta, mientras que el 14.3% manifiesta tener problemas serios con esta variable. Pues no obedecen reglas, no realizan tareas asignadas, pelean constantemente con hermanos, primos o compañeros de escuela, retan a la autoridad.

**Gráfica 2. Resultados de la subescala de conducta.**

Interpretación de puntajes.

<b>Alto</b>	11 – 15pts (54.7%)
<b>Medio</b>	5.5 – 11pts (30.9%)
<b>Bajo</b>	0 - 5.5pts (14.3%)



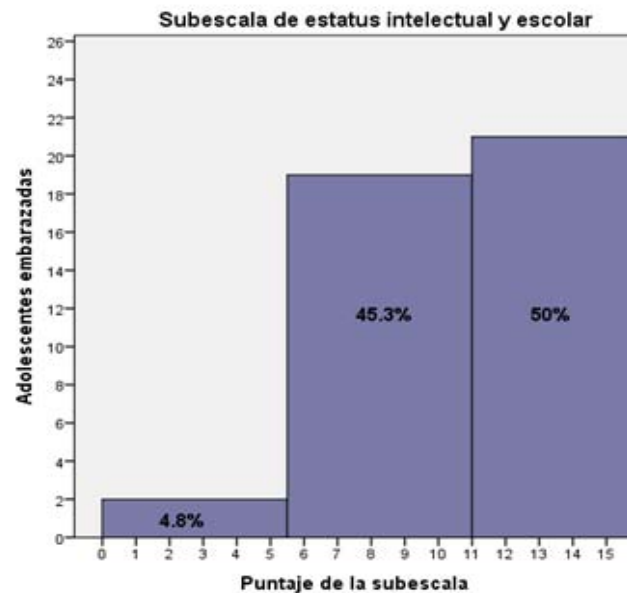
### b) Subescala de estatus intelectual y escolar:

En la subescala de estatus intelectual y escolar la gráfica 3 nos muestra que la mitad de la población que representa el 50% se encuentra en un nivel alto lo cual indica una autovaloración alta de esta subescala, es decir las adolescentes se consideraban escuchadas y capaces de desempeñar tareas intelectuales, mientras que el 45.3% reflejó un nivel medio, es decir, cabe considerar que las jóvenes tenían dificultades para realizar tareas intelectuales, prestar atención, dificultad para aportar ideas positivas al grupo. Por otro lado, el 4.8% de adolescentes embarazadas manifiestan un nivel bajo en esta subescala.

**Gráfica 3. Resultados de la subescala de estatus intelectual y escolar.**

Interpretación de puntajes.

<b>Alto</b>	11 - 15pts (50%)
<b>Medio</b>	5.5 - 11pts (45.3%)
<b>Bajo</b>	0 - 5.5pts (4.8%)



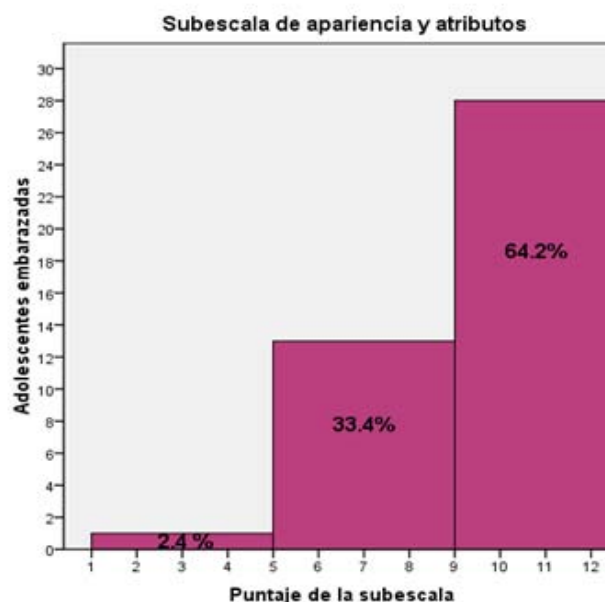
### c) Subescala de apariencia y atributos:

En la gráfica 4 se presentan los porcentajes de apariencia y atributos, los cuales nos muestran un porcentaje alto del 62.2% donde la población manifiesta una actitud positiva hacia sus características físicas y atributos tales como liderazgo y habilidad para expresarse. El 33.4% muestra un nivel medio, es decir en algunas características no están satisfechas, y solo el 2.4% refleja una inadecuada actitud en cuanto a sus características de apariencia y atributos.

**Gráfica 4. Resultados de la subescala de apariencia y atributos.**

Interpretación de puntajes.

<b>Alto</b>	9-12pts (64.2%)
<b>Medio</b>	5- 9pts (33.4%)
<b>Bajo</b>	1-5pts (2.4%)



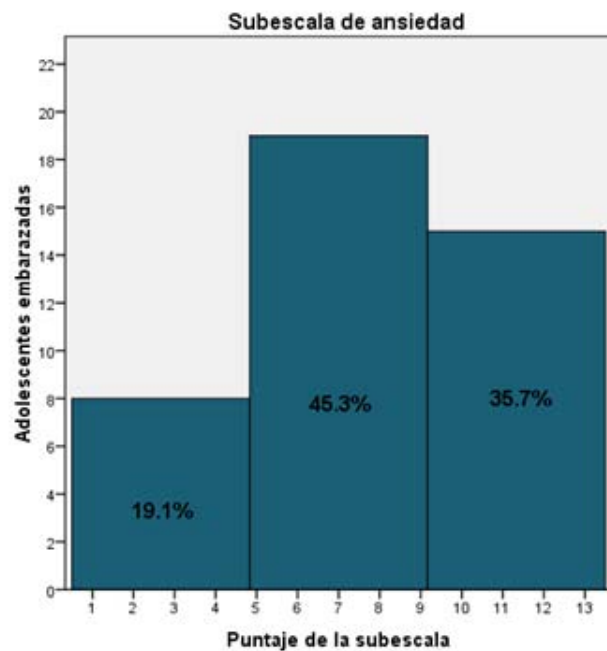
**d) Subescala de ansiedad:**

En la siguiente gráfica 5 se plasman los porcentajes de la subescala de ansiedad, la cual nos muestra que el 45.3% de la población refleja un nivel medio en cuanto a su ansiedad y el 19.1% un nivel bajo, lo cual indican que un poco más de la mitad de la población presenta un humor alterado, incluyendo preocupaciones, nerviosismo, tristeza, y miedo. Por otro lado, tan solo el 35.7% representa un nivel estable en cuanto a su ansiedad.

**Gráfica 5. Resultados de la subescala de ansiedad.**

Interpretación de puntajes.

<b>Alto</b>	9.1-13pts (35.7%)
<b>Medio</b>	4.9-9.1pts (45.3%)
<b>Bajo</b>	1-4.9pts (19.1%)





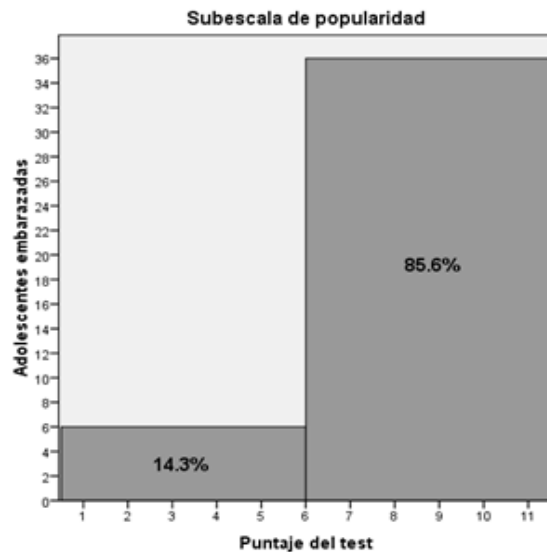
**e) Subescala de popularidad:**

En la gráfica 6 que mide la popularidad, se nota un alto porcentaje del 85.6% que representa a la mayoría de la población, las cuales reflejan una satisfacción de sentirse tomadas en cuenta, queridas y aceptadas, además de la capacidad de poder hacer amigos y ser elegidas para participar en juegos y actividades escolares cuando asistían a la escuela. Solo el 14.3% evalúa su popularidad como escasa entre sus compañeros de curso cuando asistían a la escuela.

**Gráfica 6. Resultados de la subescala de popularidad.**

Interpretación de puntajes.

<b>Alto</b>	6-11pts (85.6%)
<b>Bajo</b>	1-6pts (14.3%)



#### f) Subescala de felicidad y satisfacción:

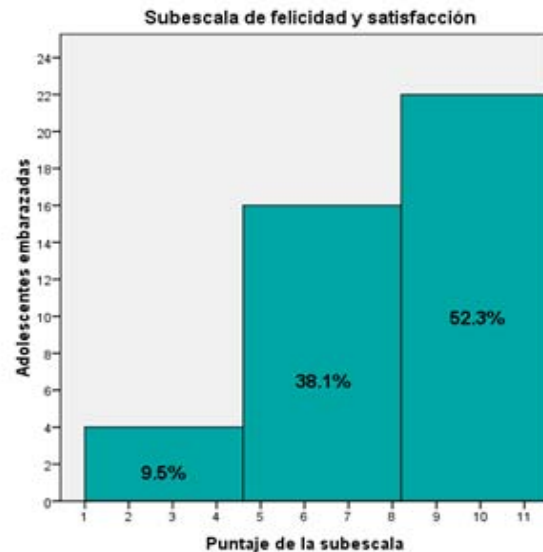
Por último en la gráfica 7 de felicidad y satisfacción se muestran los porcentajes, el 52.3% que representa más de la mitad de la población reflejan un alto sentimiento de felicidad y satisfacción de vivir.

El 38.1% representa un nivel medio es decir no hay satisfacción total en su vida, por otro lado el 9.5% representa un puntaje bajo y se asocia a la infelicidad, autovaloración negativa general y un fuerte anhelo de ser diferente, por lo que está en proceso a considerar que estas jóvenes con bajo puntaje no cuentan con el apoyo de su familia.

**Gráfica 7. Resultados de la subescala de felicidad y satisfacción.**

Interpretación de puntaje.

<b>Alto</b>	8.2-11 (52.3%)
<b>Medio</b>	4.7-8.2 (38.1%)
<b>Bajo</b>	1-4.7 (9.5%)



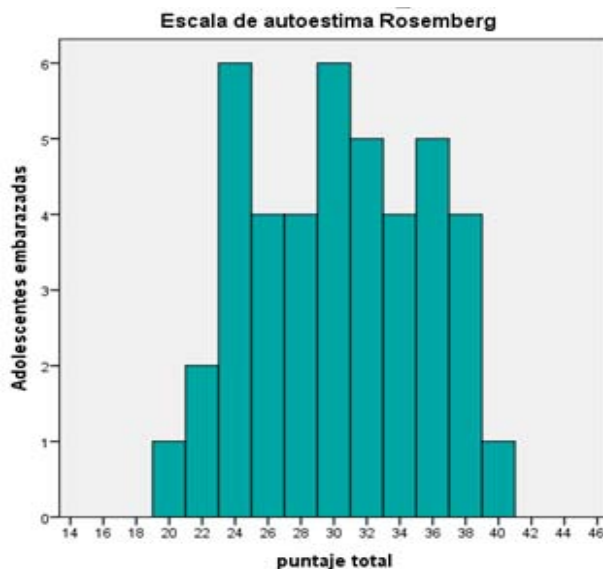
### Escala de autoestima Rosemberg.

Para la prueba de autoestima Rosemberg, los resultados fueron vaciados en hojas de Excel y analizados posteriormente con el programa estadístico SPSS versión 16.0. Se realizó una gráfica general que indica lo siguiente:

En la gráfica se muestra el puntaje total de la escala de autoestima, la cual nos muestra que el 57.3% de las jóvenes embarazadas cae en puntaje alto de 30 a 40 puntos el cual indica que su autoestima es alta, por lo tanto es considerada como normal. Por otro lado, el 19.1% de las adolescentes (14 jóvenes) manifiestan una autoestima media lo que muestra que no presentan problemas graves de autoestima, sin embargo es conveniente mejorarla, y el 23.8% (9 jóvenes) de la población presenta una autoestima baja lo que significa que están teniendo problemas significativos con esta variable.

**Gráfica 8. Resultados de la escala de autoestima Rosemberg.**

Puntaje	Autoestima	% de adolescentes
Menos de 25 pts.	Baja	23.8%
26-29 pts.	Media	19.1%
30-40 pts.	Alta	57.3%



## **Resultados de la prueba de la Escala de Ambiente Social Familiar (FES) de Moos.**

Para la prueba de FES los datos se vaciaron a la base de datos de Excel y fueron analizadas en este mismo programa.

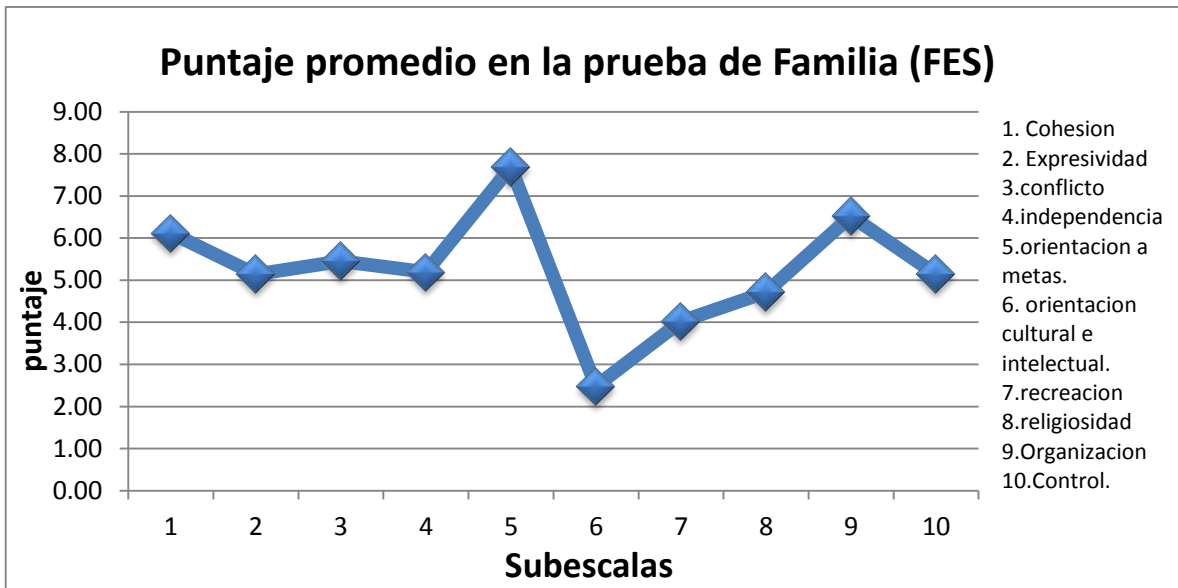
En la gráfica 9 se puede observar que la Subescala que representa menos conflicto para las jóvenes, es la subescala 5 denominada como "orientación a metas", la cual refiere el grado en que las actividades se enmarcan a una estructura competitiva, es decir las jóvenes saben lo que deberían hacer para poder tener una mejor calidad de vida. Por otro lado, el puntaje más bajo (2pts) cae en la subescala 6 que pertenece a la "orientación cultural e intelectual", la cual designa el grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales, el resultado de esta escala en las jóvenes embarazadas indican que se sienten con un ambiente menos enriquecido en cuanto a la presencia de oportunidades intelectuales, sociales y culturales; además la mayoría de las jóvenes cuentan con un nivel cultural muy bajo; esto puede ser debido a la falta de interacción escolar o simplemente el desinterés, lo que puede provocar entre muchas cosas la irresponsabilidad, la falta de conocimientos en cuanto a las relaciones sexuales y relaciones afectivas con la pareja y no prever las consecuencias. Por otro lado, la parte de recreación que corresponde a la subescala 7 se encuentra en un puntaje de 4pts., lo que indica que su nivel de participación en actividades culturales es muy escaso y existe nulo interés en ellas.

En la misma gráfica 9 se puede observar que la subescala 9 llamada "organización" se encuentra en un puntaje por arriba de los seis puntos, lo que significa que las responsabilidades asignadas en el hogar se cumplen de manera adecuada.

Mientras las subescalas 1, 2, 3, 4, 8 y 10 se mantienen en un nivel medio con una ligera tendencia baja, estas escalas tuvieron un puntaje muy similar entre 4pts, y 6pts., Estas escalas indican entonces que las jóvenes embarazadas pudieran tener una tendencia de poco apoyo en casa entre los mismos miembros, la expresión de cada uno en su hogar es restringida de vez en cuando, padecen ciertos conflictos que de alguna forma los resuelven, intentan tomar sus propias decisiones, la parte

de valores tipo ético y religioso son de importancia en sus hogares y finalmente las adolescentes embarazadas intentan seguir las reglas y procedimientos que la familia les dicta.

**Gráfica 9. Resultados de la prueba, Ambiente Familiar y social (FES).**



## CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos dentro de la investigación se puede concluir que el autoconcepto de las adolescentes embarazadas indican que el 50% de ellas manifiesta un autoconcepto estable, es decir, cuentan con una autoevaluación positiva sobre aspectos conductuales, afectivos y físicos, reales e ideales, acerca de sí mismas, en tanto que el 50% tiene un autoconcepto medio, es decir que la percepción de sí mismas no es del todo positiva. Estos resultados se comprueban con un estudio realizado en México, donde encontró que en adolescentes embarazadas, el 54% de ellas tenían una autovaloración normal, mientras que el 46% mostraba una autoestima “narcisista”, tendiendo a valorarse en exceso (Valdivia, 2003). Por lo que se puede considerar que el embarazo prematuro no muestra problemas significativos para las jóvenes.

Por otro lado, respecto a la autoestima, se concluye que el 57% de la población muestra una autoestima alta lo que refiere que tienen una valoración positiva de sí mismas sin problemas significativos, mientras que el 43% de las jóvenes presentan una autoestima media, lo que indica que no muestran problemas serios con esta variable. Estos resultados se comprueban con el estudio realizado en Colombia por Ceballos, sobre el nivel de autoestima en adolescentes embarazadas, donde se encontró que al aplicarles la escala de Rosemberg solo el 32% de la población mostró tener una autoestima baja. (Ceballos, 2012)

Así también, en los resultados de la escala del ambiente familiar y social (prueba de FES) se encontraron puntajes bajos en algunas subescalas, ya que la dinámica familiar se modifica cuando una adolescente se embaraza. Como mencionan los autores Hamilton, Mc Cubbin y Fegley conceptualizan las crisis (disfuncionalidad) como un aumento de ruptura, desorganización o incapacidad del sistema familiar para funcionar (González, 2000). Por otro lado, esto no sucede totalmente en las familias de las adolescentes embarazadas, pues de acuerdo a Silvia y Tonete (2006)

mencionan que el papel de la familia es considerado fundamental en la manera de como es vivido el proceso de embarazo en la adolescencia. Este aspecto cobra especial importancia porque se sabe que en muchos de los casos, el embarazo de la adolescente es absorbido al interior de su propia familia (Bensaja, 2012). La estructura cambia en algunos aspectos, pero la familia de la adolescente en su mayoría siempre la apoya, lo que contribuye a que la parte del autoconcepto y autoestima no estén por debajo de lo normal, es decir podemos mencionar que la clave de mantener estas variables equilibradas es la familia.

En cuanto a la subescala de la prueba FES con el puntaje más bajo fue la denominada “orientación cultural”, a pesar de los otros puntajes bajos, esta variable es la clave por la que el autoestima y autoconcepto se encuentran generalmente moderados, pues el nivel cultural y el contexto donde se desarrollan las adolescentes permite a los padres de ellas aceptar lo ocurrido sin importar la parte de superación personal a base de estudios y metas a seguir, por lo que se pudiera pensar que, si el nivel cultural de ellas es bajo y la familia no representa un obstáculo o problemática para ellas, es de esperarse que como tal las preocupaciones sean menos en cuanto superación personal y exista la conformidad, sin embargo aquí existe una contradicción pues irónicamente la subescala mas alta de la escala del ambiente familiar es la número cinco denominada “orientación a metas” donde las jóvenes refieren tener en claro lo que deberían hacer para tener una mejor calidad de vida, y saben los requerimientos para ser personas más competitivas, y esto no se refleja exactamente en la población ya que de las 42 adolescentes embarazadas solo 2 estudian, el resto tiene estudios truncos, lo que nos lleva a pensar que desertan debido a que su papel ahora es de ser madres y su lugar está en la casa, además es probable inferir que las bajas expectativas de la familia influyan en la deserción escolar. Retomando lo que dice Tonete y Silvia (2006) en muchos de los casos el embarazo de la adolescente es absorbido al interior de su propia familia (Bensaja, 2012); las adolescentes al tener el respaldo de sus padres hace que su embarazo sea menos complicado, ya que son los padres quienes solventan y ayudan con los

gastos implicados en esta etapa, por lo que se puede considerar que este apoyo ayuda a que las jóvenes tengan una autoestima y autoconcepto estable. Lo que también llama la atención en el puntaje bajo de la subescala de “orientación cultural”, esto refleja la falta de conocimientos en cuanto a las relaciones sexuales y relaciones afectivas con la pareja lo que no les permite visualizar las consecuencias del acto sexual a una temprana edad.

Entonces si la autoestima depende del contexto normativo donde se encuentran las adolescentes, y el autoconcepto se forma de las situaciones internas y externas, concluimos que estas esferas dependen del ambiente familiar y del medio en el que interactúan. Esto significa que la hipótesis que dice, “las adolescentes menores de edad embarazadas, presentan alguna disfuncionalidad en la autoestima, autoconcepto y ambiente familiar” no se confirma con este trabajo de investigación ya que las variables autoconcepto y autoestima solo reflejaron un puntaje medio y alto. Lo que sí es importante notar es que ciertos factores que interaccionan con la familia se ven alterados, como la generación de estrés debido a las demandas de los recursos materiales, construcción de nuevas reglas, conflicto entre el adolescente y sus padres, cambio de roles. (Valdez, 2005).

En conclusión, el aspecto psicológico, específicamente la salud mental es importante dentro de la vida del ser humano, y a pesar de esto aún no se le ha dado la importancia necesaria. Como resultado de esta investigación se recomienda que se implementen en las comunidades y centros de salud talleres impartidos por psicólogos dirigidos a las jóvenes para poder prevenir embarazos a edad temprana. Es complicado evitar las relaciones sexuales, pues la sociedad en la que vivimos hoy en día practica este acto a temprana edad, por lo que es más viable hablar sobre la prevención del embarazo de manera impactante abordando las consecuencias psicológicas que pudieran sufrir las jóvenes, así mismo explicarles que aún no están listas para vivir dos etapas a la misma vez, esto podría ayudar a disminuir los porcentajes de embarazos, además de prevenir las consecuencias de los hijos nacidos de madres adolescentes, pues como lo indica Salvatierra el embarazo



adolescente es una problemática de carácter biopsicosocial, pues interrumpe y desequilibra el proceso de desarrollo biológico, psicológico y social de la joven madre, interfiere en su dinámica relacional con el mundo social y por consiguiente afecta el desarrollo integral de su hijo/a (Salvatierra, 2005).

Finalmente la prevención del embarazo temprano sería fundamental para abordar temas y orientar a los jóvenes para que puedan disfrutar de una mejor salud mental y mejor calidad de vida, para ellos, su familia y sus futuros hijos.

## CAPÍTULO VIII. ANEXOS

A continuación se presentan las pruebas que se utilizaron en esta investigación, para poder medir las variables deseadas.

### Cuestionario FES

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presentaran una serie de preguntas relacionadas con la interacción de tu familia y contigo, las cuales deberás leer cuidadosamente y marcar con una cruz la opción **SI** o **NO** según consideres que mejor refleje tu respuesta. Trata de ser lo más sincera y honesta posible y recuerda que para cada pregunta sólo puedes elegir una opción. Conteste todas las preguntas.

1	¿En su familia realmente se ayudan unos a otros?	SI	NO
2	¿Acostumbran a hablarse de lo que sienten?	SI	NO
3	¿Se pelean muchos entre ustedes?	SI	NO
4	¿Cada quien hace sus cosas sin recibir ayuda de nadie?	SI	NO
5	¿Creen ustedes que ser el mejor en cualquier cosa que hagan es importante?	SI	NO
6	¿Hablan de política y problemas del país frecuentemente?	SI	NO
7	¿Cuándo tienen tiempo libre, salen de su casa?	SI	NO
8	¿Va a la iglesia con frecuencia?	SI	NO
9	¿Preparan con mucho cuidado las actividades de su casa?	SI	NO
10	¿Se dan órdenes entre ustedes?	SI	NO
11	¿Pasan muchos momentos juntos en casa?	SI	NO
12	¿Pueden entre ustedes hablar libremente de lo que pasa en su familia?	SI	NO
13	¿Se enojan entre ustedes frecuentemente?	SI	NO
14	¿Los dejan ser libres en lo que hacen y en lo que piensan en su familia?	SI	NO
15	¿Para su familia es muy importante salir adelante en la vida?	SI	NO
16	¿Van seguido a conferencias, teatros o conciertos?	SI	NO
17	¿Frecuentemente van amigos a visitarlos a su casa?	SI	NO
18	¿En su familia acostumbran a rezar?	SI	NO
19	¿Generalmente son ustedes muy limpios y ordenados?	SI	NO
20	¿En su familia hay mucha disciplina?	SI	NO

21	¿Se esfuerzan mucho en los quehaceres de la casa?	SI	NO
22	¿Cuándo alguien se enoja en su casa, generalmente otro se molesta?	SI	NO
23	¿Algunas veces llegan a estar tan enojados que se arrojan cosas entre ustedes?	SI	NO
24	¿En su familia cada quien decide lo que hace?	SI	NO
25	¿Creen ustedes que la gente vale por el dinero que tiene?	SI	NO
26	¿Es muy importante en su familia aprender cosas nuevas y diferentes?	SI	NO
27	¿Alguno de ustedes está en equipos de futbol, beisbol, etc.?	SI	NO
28	¿Hablan entre ustedes sobre el significado religioso de la navidad, semana santa, etc?	SI	NO
29	¿En su casa es fácil encontrar las cosas cuando las necesitan?	SI	NO
30	¿Una persona en su familia es la que toma la mayor parte de las decisiones?	SI	NO
31	¿Se sienten muy unidos en su familia?	SI	NO
32	¿Se cuentan sus problemas personales unos a otros?	SI	NO
33	¿Cuándo tienen problemas explotan con facilidad?	SI	NO
34	¿Pueden salir de su casa cada vez que quieran?	SI	NO
35	¿Creen ustedes que se debe luchar para ser el mejor en cualquier cosa que hagan?	SI	NO
36	¿Están ustedes interesados en actividades culturales?	SI	NO
37	¿Van al cine, eventos deportivos o de excursión seguido?	SI	NO
38	¿Creen ustedes en el cielo y en el infierno?	SI	NO
39	¿En su familia son puntuales?	SI	NO
40	¿Las cosas en casa se hacen como se debe?	SI	NO
41	¿Son ustedes acomodados en las cosas que necesitan en casa?	SI	NO
42	¿Si sienten ganas de hacer algo de repente, lo hacen?	SI	NO
43	¿Seguido se critican unos a otros?	SI	NO
44	¿En su familia pueden realizar cualquier actividad personal sin que nadie los moleste?	SI	NO
45	¿Ustedes siempre tratan de hacer las cosas un poco mejor en cada ocasión?	SI	NO
46	¿Seguido discuten de arte, política, cultura, etc.?	SI	NO
47	¿Todos ustedes tienen uno o dos pasatiempos?	SI	NO
48	¿En su familia tiene ideas estrictas acerca de lo que es bueno o malo?	SI	NO

49	¿En su familia, las personas son firmes en sus decisiones?	SI	NO
50	¿En su familia, se preocupan mucho por hacer solamente lo que está permitido?	SI	NO
51	¿Realmente se apoyan unos a otros?	SI	NO
52	¿Cuándo alguien se queja en su familia, otro miembro se queja?	SI	NO
53	¿Se han golpeado entre ustedes en alguna ocasión?	SI	NO
54	¿En su familia, cada quien resuelve sus propios problemas?	SI	NO
55	¿Se preocupan por mejorar en el trabajo o por sacar buenas calificaciones en la escuela?	SI	NO
56	¿Alguien en su familia toca algún instrumento musical?	SI	NO
57	¿A parte de sus obligaciones tienen actividades de diversión?	SI	NO
58	¿Creen ustedes que hay algunas cosas que se tienen que aceptar de buena fe?	SI	NO
59	¿Tratan de tener su casa limpia?	SI	NO
60	¿En su casa hay poca oportunidad de opinar sobre las decisiones familiares?	SI	NO
61	¿Hay mucha unión en su familia?	SI	NO
62	¿Los asuntos de dinero y deuda se hablan delante de todos los miembros de la familia?	SI	NO
63	¿Si hay desacuerdos entre ustedes, terminan discutiendo y peleándose?	SI	NO
64	¿Entre ustedes se ayudan para defenderse de los demás?	SI	NO
65	¿En su familia trabajan duro para mejorar y salir adelante?	SI	NO
66	¿Van a la biblioteca frecuentemente?	SI	NO
67	¿Van a cursos o clases que no son parte de la escuela, por pasatiempo o interés?	SI	NO
68	¿En su familia cada persona tiene ideas diferentes de lo que es bueno o malo'?	SI	NO
69	¿Cada uno de ustedes sabe bien cuáles son sus obligaciones?	SI	NO
70	¿Es difícil que puedan hacer cualquier cosa que quieran?	SI	NO
71	¿Verdaderamente se llevan bien entre ustedes?	SI	NO
72	¿Pueden decirse cualquier cosa entre ustedes?	SI	NO
73	¿Tratan ustedes de sobre salir sobre las demás personas de su casa?	SI	NO
74	¿Cuándo algún miembro de la familia hace lo que quiere, lastima los sentimientos de los demás?	SI	NO
75	¿En su familia primero es el trabajo y luego la diversión?	SI	NO
76	¿Ustedes dedican más tiempo a leer que a ver televisión?	SI	NO
77	¿Salen ustedes a pasear muy seguido?	SI	NO

78	¿La biblia es un libro muy importante en su casa?	SI	NO
79	¿El dinero lo manejan muy cuidadosamente en su familia?	SI	NO
80	¿La disciplina en su casa es muy estricta?	SI	NO
81	¿En su familia a cada miembro se le dedica tiempo y dedicación?	SI	NO
82	¿En su familia discuten mucho?	SI	NO
83	¿Creen ustedes que gritando consiguen lo que quieren?	SI	NO
84	¿En su familia se permite que cada quien diga lo que piensa?	SI	NO
85	¿A ustedes les gusta compararse con los demás?	SI	NO
86	¿Realmente les gusta la música, lectura, pintura, danza, etc.?	SI	NO
87	¿La forma principal de entretenerse en su familia es ver la T.V. o escuchar la radio?	SI	NO
88	¿En su familia creen que cuando alguien comete un pecado, será castigado?	SI	NO
89	¿Los platos se lavan inmediatamente después de comer?	SI	NO
90	¿En su casa se respetan las cosas que no están permitidas?	SI	NO

### Escala de Piers-Harris

1	Mis compañeros se burlaban de mí	SI	NO
2	Soy una persona feliz	SI	NO
3	Me costaba mucho hacerme amigo de otros	SI	NO
4	Generalmente estoy triste	SI	NO
5	Soy inteligente	SI	NO
6	Soy tímido	SI	NO
7	Me gusta cómo me veo	SI	NO
8	Me ponía nervioso cuando tenía examen	SI	NO
9	Tengo muchos amigos	SI	NO
10	Me portaba bien en el colegio	SI	NO
11	Me echan la culpa cuando algo se echa a perder	SI	NO
12	Soy fuerte	SI	NO
13	Casi siempre mis padres piden mi opinión	SI	NO
14	Soy atropellador	SI	NO
15	Soy bueno para los trabajos manuales	SI	NO
16	Me doy por vencido fácilmente	SI	NO

17	Puedo hacer bien mis tareas	SI	NO
18	Hago muchas tonterías	SI	NO
19	Casi siempre tengo ganas de llorar	SI	NO
20	Soy bueno para el dibujo	SI	NO
21	Me porto bien en la casa	SI	NO
22	Siempre termino mis tareas.	SI	NO
23	Era conocido y querido por mis compañeros de curso	SI	NO
24	Soy nervioso	SI	NO
25	Podía hablar bien delante del curso	SI	NO
26	Siempre estaba atenta en clase	SI	NO
27	Mis hermanos (o primos) dicen que los molesto mucho	SI	NO
28	A mis amigos les gustan mis ideas	SI	NO
29	Generalmente me meto en problemas	SI	NO
30	Casi siempre estoy preocupado	SI	NO
31	En mi casa soy obediente	SI	NO
32	Tengo buena suerte	SI	NO
33	Me siento capaz de lograr lo que mis padres esperan de mi.	SI	NO
34	Soy peleador con mis hermanos o primos	SI	NO
35	Me gusta como soy	SI	NO
36	Siento que no me toman en cuenta	SI	NO
37	Me gustaría ser diferente	SI	NO
38	Duermo bien en las noches	SI	NO
39	La pasaba bien en el colegio	SI	NO
40	Era de los últimos que elegían para entrar en una actividad	SI	NO
41	Muchas veces me siento enfermo	SI	NO
42	Soy pesado con la gente	SI	NO
43	Mis compañeros pensaban que tenía buenas ideas	SI	NO
44	Soy buen amigo (a)	SI	NO
45	Soy alegre	SI	NO
46	Tengo buenos amigos	SI	NO
47	Soy tonto para muchas cosas	SI	NO
48	Era más feo (a) que los demás compañeros.	SI	NO
49	Casi siempre ando con flojera	SI	NO
50	Les caigo bien a los hombres	SI	NO
51	Los demás compañeros me molestaban	SI	NO
52	Mi familia está desilusionada de mí.	SI	NO
53	Tengo una cara agradable	SI	NO
54	Cuando trato de hacer algo, todo me sale mal	SI	NO
55	Me molestan en la casa	SI	NO

56	Soy torpe	SI	NO
57	En actividades y deportes, miraba en vez de participar	SI	NO
58	Se me olvida lo que aprendo	SI	NO
59	Me gusta estar con gente	SI	NO
60	Le gusto a las demás personas	SI	NO
61	Me enojo fácilmente	SI	NO
62	Les caigo bien a las mujeres	SI	NO
63	Tengo buen aspect	SI	NO
64	Mis hermanos (o primos) me caen bien	SI	NO
65	Casi siempre tengo miedo	SI	NO
66	Los demás pueden confiar en mí	SI	NO
67	Los otros compañeros eran mejores que yo	SI	NO
68	A veces pienso en hacer maldades que después no hago.	SI	NO
69	En mi casa dicen que soy llorón	SI	NO
70	Soy buena persona	SI	NO

## ESCALA DE ROSEMBERG

**Instrucciones:** Por favor, conteste las siguientes frases marcando con una tache el cuadro que corresponda a la respuesta que considere más apropiada.

		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
<b>1</b>	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
<b>2</b>	Estoy convencida que tengo cualidades buenas				
<b>3</b>	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
<b>4</b>	Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				
<b>5</b>	En general estoy satisfecho/a de mí mismo.				
<b>6</b>	Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
<b>7</b>	En general me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
<b>8</b>	Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
<b>9</b>	Hay veces que pienso que soy una inútil.				
<b>10</b>	A veces creo que no soy buena persona.				



## CAPÍTULO IX. BIBLIOGRAFÍA

Aberastury, A., Knobel, M. (1998). *La adolescencia normal un enfoque psicoanalítico*. México: Ed. Paidós, pp. 10-11

Acosta, P. Alfonso, H. (2004). "La autoestima en la educación". Universidad de Tarapacá. 1 (011): pp. 82-95.

Amar, J., Hernández, B. (2005) "Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras". Universidad el norte, (15): 1-17.

Ardila, E. (1980). "La adolescencia: factores críticos". *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12: 441-454.

Arriagada, I. (1997). "Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo", en revista de Chile, Naciones Unidas. pp. 9-17

Blázquez, M., et. al. (2012). "Estilos de vida en embarazadas adolescentes", *Salud en Tabasco*. 16 (1): 883-890.

Bensaja, E., et. al. (2012). "Características familiares y apoyo recibido entre adolescentes brasileños con y sin experiencia de embarazo", *Revista avances en Psicología Latinoamericana*. 30 (1): 65-68.

Ceballos, G. (2011). "Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta", *Revista de psicología, universidad de Antioquia*. 3 (1): 13-15.

Cervera, S. La familia funcional. Actualizado en 2004. Recuperado de la red mundial el día 13 de noviembre del 2013,

[http://www.vivirenfamilia.net/html/contenido.php?id\\_cont=69&id\\_tipo=1](http://www.vivirenfamilia.net/html/contenido.php?id_cont=69&id_tipo=1)

Cohen, R. Ahearn, F. (1989). *Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres*. México: Ed. Harla.

Corral, M. La familia nuclear más vieja del mundo. Actualizado el día 19 de noviembre del 2008. Recuperado de la red mundial el día 27 de octubre del 2013, <http://www.elmundo.es/elmundo/2008/11/17/ciencia/1226948599.html>

Díaz, H. et. al. Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven. Actualizada en 2012. Recuperada en Octubre, 22 del 2013. De la red mundial  
[http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo\\_Adolescente.pdf](http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo_Adolescente.pdf)

Donas, S. (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina*, LUR, Costa Rica.

Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano*. España: Ed. Mc Graw Hill.

Esteinou, R. El surgimiento de la familia nuclear en México. (2004). Recuperado de la red mundial el día 27 de octubre del 2013, <http://www.ejournal.unam.mx/ehn/ehn31/EHNO3104.pdf>

Faller A., Schünke, M. (2006) *Estructura y función del cuerpo humano*. España: Ed. Paidotribo.

Galicia, I., Robles, F. et. al. (2011). "Autoconcepto después de seis años de haber sido madres durante la adolescencia y la adultez". Núm. 1, Vol. VII, Universidad de Santo Tomas, pp. 73-89.

Gamboa, C., Valdez, S. El embarazo en el adolescente. Actualizada en mayo 2013. Recuperada en Noviembre, 19, 2013. De <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>

García, E. (2010). *Psicología social de la familia curso 2010-2011. Universidad de Valencia facultad de psicología.*

Gómez, M., Calva, E. et. al. (2006). "Alteraciones psicológicas en la mujer embarazada". *Revista de psicología.* 14 (2): 25-38.

González, I. (2000). "Las crisis familiares". *Revista cubana de medicina general integral.* 3 (16):15-20.

González, J., Nuñez J. (1997). "Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar", *Universidad de Oviedo.* 2 (9): 271-289.

Gough, K. et. al. (1974). *Los Nayar y la definición del matrimonio. El origen de la familia, Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia. Barcelona: Ed. Anagram.*

Gutiérrez, T. et. al. (2002). "Situación socio familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente". *Facultad de Enfermería de Tampico. Universidad Autónoma de Tamaulipas, Tamaulipas.* 10 (1): 21-25

Hebe, G. Quevedo, A. (2000). "Características de las identificaciones maternas en un grupo de adolescentes embarazadas". *Revista fundamentos de la humanidad.* 1 (2): 111-112.

Horrocks, J. (1984). *Psicología de la adolescencia. México: Ed. Trillas.*

INEGI. 2009. *Mujeres y hombres en México. Actualizada en 2009.* Recuperada de la red mundial el 25 de Octubre de 2013 de <http://www.inegi.org.mx/>

Ituarte, A. (2004). *Adolescencia y personalidad. México: Ed. Trillas.*

Machargo, J. (1991). *El profesor y el Autoconcepto de sus alumnos*. Teoría y práctica. Madrid: Escuela española.

Madrigal, Y. Hacia una tipología de la familia monoparental de tipo femenino. El caso cubano. Actualizado en Enero del 2012. Recuperado de la red mundial el día 28 de Octubre del 2013, <http://www.eumed.net/rev/cccss/17/dym1.html>

Maldonado, M. (2008). "Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto". *Revista PerinatoReprodHum*. 1 (22): 6-8.

Martínez, M. Funcionalidad y disfuncionalidad de la familia. Actualizado en 2012. Recuperado el 28 de octubre del 2013, <http://www.bibliojuridica.org/libros/5/2106/27.pdf>.

Meléndez, J. et. al. (2004). "Divergencias en la concepción de la funcionalidad familiar entre padres, madres e hijos adolescentes". *Revista latinoamericana de psicología*. 36 (3): 461-463

Monroy, A. (2002). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud*. México: Ed. Pax.

Montalvo J. (2013). "Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas". *Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM*. 28:73-76.

Mujika, I. Modelos familiares y cambios sociales: la homoparentalidad a debate. Actualizado en Diciembre del 2005. Recuperado de la red mundial el día 28 de Octubre del 2013, <http://www.aldarte.org/comun/imagenes/documentos/Cuaderno%20modelos%20familiares%20y%20cambios%20sociales.pdf>

Ojeda, J. et. al. (2011). "Cambios fisiológicos durante el embarazo, su importancia para el anestesiólogo". *Revista MediSur*. 4 (5): 3-6.

Organización mundial de la salud. 2011. Matrimonios precoces y embarazos en la adolescencia y la juventud.

Pantelides, E., Bisntock, G. (1993) "Factores de riesgo de embarazo adolescente en el Paraguay", *Revista Paraguaya de Sociología*. 30 (87).

Puywana, Y. (2004). "La familia extensa: una estrategia local ante crisis sociales y económicas". *Revista del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia*. 6: 78-81.

Reyes, A. Rivera, A. et. al. (2013) "Relación entre el autoconcepto y percepción de la crianza en madres adolescentes y adultas." *Revista Intercontinental de psicología y educación*. 15 (2): 46- 55.

Rivera, A. Cambios fisiológicos del embarazo. Actualizada en 2008. Recuperada de la red mundial en Noviembre, 17, 2013. De <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/TEMAS/FEMBARAZO.pdf>.

Rodríguez, C. Caño, A. (2012). "Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 12 (3): 389-404.

Rodríguez, R. (2010) "Juventud, familia y posmodernidad: (des)estructuración familiar en la sociedad contemporánea Fermentum". *Revista Venezolana*. 20 (57): 39-45.

Rubio, E., Pérez C. (1994). *Antología de la sexualidad humana I*. México: Ed. Porrúa.

Salvatierra, L. et. al. (2005). “Autoconcepto y proyecto de vida: percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud”. *Revista de psicología*. 19 (1):142.

Sánchez, C. (2012). “Significado psicológico de familia, papá y mamá en adolescentes”. *Psicología Iberoamericana*. 1 (20): 18-28.

Schutt-Aine, J. Maddaleno, M. (2003). “Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas”, OPS, Washington.

UNICEF. Nuevas formas de familia perspectivas nacionales e internacionales. Actualizado en Noviembre del 2003. Recuperado de la red mundial el día 28 de Octubre del 2013, [http://www.unicef.org/uruguay/spanish/libro\\_familia.pdf](http://www.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf)

Valdez, I. et. al. (2005) “Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Archivos de medicina familiar*.” 3 (7): 69-78.

Valdivia, M. et al. (2003) “Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años.” 12 (2): 93.

Wadsworth B. 1991. *Teoría de Piaget del desarrollo cognoscitivo y afectivo México*. México: Ed. Diana.

Zavala, R. et. al. (2009). “Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica”. *Revista Aquichan, Universidad de la sabana, Colombia*. 9 (3): 259-261.