



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGÍA

ESTILOS PARENTALES EN PADRES DE FAMILIA DE MADRES
ADOLESCENTES EN EL CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO
MILPA ALTA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
MARÍA DE LOURDES VERA LÓPEZ

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: DRA. ANA KAREN TALAVERA PEÑA

COMITÉ: DR. RODOLFO HIPÓLITO CORONA MIRANDA

DRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE

MTRO. MARIO REYES GIL

LIC. ENRIQUETA CECILIA RUEDA BOLAÑOS



CIUDAD DE MÉXICO

JUNIO 2019



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.

Dedicatoria

A Dios

Por permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi vida y mi formación profesional.

A mis padres

Por haberme dado la vida, educación, un hogar donde crecer y aprender, por ser mi ejemplo de constancia y dedicación, mi fortaleza e inspiración diaria.

A mi familia

Por el apoyo brindado día a día en el transcurso de la elaboración de ésta investigación.

A la memoria de mi tía Miriam

Por ser mi ejemplo de lucha, fuerza y valentía ante cualquier adversidad, por enseñarme el valor del amor, pero sobre todo por darme la lección más grande de mi vida y enseñarme a vivir cada instante como si fuera el último.

Agradecimientos

A mi mamá Claudia L., por siempre impulsarme a cumplir cada una de mis metas, por ser mi ejemplo de lucha ante la adversidad. Gracias mamá por creer en mí y quererme tanto; no tengo las palabras suficientes para agradecerte todo lo que has hecho por mí.

A mi papá Alejandro V., por su trabajo y sacrificio en todos estos años, por ser mi ejemplo de perseverancia y constancia. Gracias papá por impulsarme a cumplir mis metas, por darme el valor de salir adelante ante cada dificultad, gracias por todo.

A mi hermana Katia V. por ser uno de los pilares más importantes de mi vida, por estar conmigo y apoyarme en cada momento, te amo hermana.

A mi abuelita Angélica R., mis tías Adriana V., Sandra V y mi tío Martín A., mis primos Harley A., Harvey A., Samantha A. y Monserrat G.; por su apoyo incondicional, que de una u otra manera me brindaron su colaboración y se involucraron en este proyecto.

A mis amigas Abigail, Nallely y Vanessa por brindarme su apoyo a cada momento y compartir conmigo momentos inolvidables dentro y fuera de las aulas. A Seleste, por darme la oportunidad de crecer y desarrollarme profesionalmente, a Mónica, Saúl, Magali y Juanita que me motivaron a cada instante para concluir este proyecto. Todos ustedes amigos que se convierten en amigos de vida y que serán mis colegas, gracias por todo su apoyo.

A la Dra. Karen por creer en mí y en mi proyecto desde un inicio, quien con su dirección, conocimiento y enseñanza permitió el desarrollo de esta tesis; al Mtro. Mario por su apoyo incondicional en la elaboración de este trabajo y en mi desarrollo profesional; al Dr. Rodolfo, Dra. Blanca y Lic. Enriqueta por su paciencia, disponibilidad, generosidad y por los consejos brindados durante la elaboración de mi tesis.

Y por supuesto a mi querida Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y mi hermosa Universidad Nacional Autónoma de México, las cuales llevo en el corazón, por brindarme todo, abrir sus puertas de conocimiento para mí y darme la oportunidad de formarme en ellas.

Índice

Resumen	8
Introducción	9
Capítulo 1. Adolescencia	12
1.1 Definición.....	12
1.2 Desarrollo de la adolescencia.....	15
1.3 Adolescencia temprana	16
1.3.1 Desarrollo físico	16
1.3.2 Desarrollo psicosocial	17
1.4 Adolescencia media	18
1.4.1 Desarrollo físico	19
1.4.2 Desarrollo psicosocial	19
1.5 Adolescencia tardía	22
1.5.1 Desarrollo físico	22
1.5.2 Desarrollo psicosocial	23
1.6 Sexualidad en la adolescencia	26
1.7 Vida sexual activa en la adolescencia	29
Capítulo 2. Estilos Parentales.....	33
2.1 Familia.....	33
2.2 Estilos parentales.....	35

2.2.1 Estilo parental democrático.....	38
2.2.2 Estilo parental autoritario.....	40
2.2.3 Estilo parental permisivo.....	42
2.2.4 Estilo parental negligente.....	45
Capítulo 3. Embarazo.....	48
3.1 Definición.....	48
3.1.1 Desarrollo del embarazo.....	48
3.1.2 Cambios fisiológicos.....	50
3.1.3 Cambios psicológicos.....	52
3.2 Embarazo en la adolescencia.....	53
3.2.1 Causas del embarazo en la adolescencia.....	54
3.2.2 Consecuencias del embarazo en la adolescencia.....	60
Objetivos de investigación.....	69
Objetivo general.....	69
Objetivos específicos.....	69
VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.....	70
Método.....	71
Consideraciones éticas.....	73
Resultados.....	74
Discusión.....	79

Conclusiones	82
Referencias	83
Anexos.....	91

Resumen

El embarazo adolescente es en la actualidad un tema preocupante en México, los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2014, citado en Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017) muestran que en el grupo de mujeres adolescentes de 15 a 19 años, se observa un aumento en los niveles de fecundidad en 2014 respecto a los observados en la ENADID antes mencionada en el año 2009. El estudio del embarazo adolescente es de suma importancia igual que los estilos parentales practicados por los padres de las madres adolescentes dado que afecta el estilo de vida de la adolescente, poniendo en riesgo su salud tanto física como emocional. Motivo por el cual se llevó a cabo esta investigación con el objetivo de describir los estilos parentales en padres de familia de madres adolescentes en el Centro de Desarrollo Comunitario Milpa Alta. Se seleccionó una muestra de 30 madres de familia a quienes se les aplicó el Cuestionario de Dimensiones y Estilos de Crianza (PSDQ) con escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos. La investigación fue con un diseño no experimental, transversal, descriptivo. El análisis de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS V20, resultando el estilo parental Democrático el predominante, contrario a lo encontrado en la literatura por lo que los estilos parentales no son la variable de mayor peso para que se dé un embarazo adolescente.

Palabras clave: Estilos parentales, embarazo adolescente, Milpa Alta, Centro de Desarrollo Comunitario

Introducción

Si hay algo que caracteriza a la sociedad actual son los cambios, éstos operan en el mundo constantemente; exigen idear y diseñar nuevas estrategias de adaptación y respuestas a problemas y necesidades que demanda la sociedad. La preocupación por conocer el funcionamiento de las relaciones emergentes que tienen lugar entre los adolescentes es común en profesionales de Psicología y la Salud. Se convierte en un elemento de gran interés junto a otros acontecimientos que en muchos casos aceleran o dificultan el cambio social en el actual contexto globalizado (Casanueva, 2017).

La adolescencia constituye una etapa evolutiva fundamental en el desarrollo biológico, psicológico y social del ser humano. En ella se presentan diversos cambios que dan lugar a una maduración que tendrá como finalidad llevar al individuo a convertirse en un ser adulto con una identidad personal (Casanueva, 2017; Gaete, 2015; Moldenhauer & Ortega 2004).

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud pública mundial y de origen multifactorial que afecta la salud física y emocional de la pareja, la condición educativa de ambos y en general puede ocasionar más efectos negativos que positivos en el entorno familiar, escolar y social además de un alto riesgo de complicaciones para la madre, el feto y el neonato, repercutiendo en los resultados perinatales (Gamboa & Valdés, 2013 citado en Loredó, Vargas, Casas, González & Gutiérrez, 2017; Mendoza, Claros & Peñaranda, 2016; Embarazo adolescente y madres jóvenes en México, 2012 citado en Loredó et al., 2017).

Según la OMS, cerca de 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años tienen un hijo y los recién nacidos de estas madres son aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo (Gutiérrez et al., 2012 citado en Loredó et al., 2017).

El índice de embarazos adolescentes ha incrementado especialmente en zonas rurales; la alcaldía Milpa Alta se encuentra dentro ellas y se considera parte de la cotidianidad que ocurra dicho suceso. Se considera que esto puede causar un incremento de las infecciones de transmisión sexual, muertes en la madre y el bebé, además fomenta la deserción escolar y disminuye las oportunidades de desarrollo (Al instante, 2017).

Algunos factores causales del embarazo adolescente han sido revisados en la literatura e investigadores como Chilman (1983, citado en Vallejo, 1998 citado en Casanueva, 2017) aportaron sus propias explicaciones causales, obteniendo tres tipos de modelos explicativos: modelo comportamental, modelo cognitivo y modelo psicosocial. En este sentido, el presente trabajo se enfoca en un modelo psicosocial que ha puesto de relieve cómo el embarazo adolescente es algo más que, el reflejo de unas prácticas sexuales de riesgo o de una falta de conocimiento en materia sexual, pues, dentro de dicho modelo los embarazos suelen responder también a un marco familiar común.

Los estilos parentales son una muestra de ello; al ser practicados por los padres inmersos en una sociedad globalizada y que disponen de escaso tiempo para compartir con sus hijos, los lleva a enfrentar interacciones y suplir carencias afectivas con la entrega de objetos materiales, o bien caer en la permisividad e inconsistencia (Montesinos, 2002; Jiménez, 2005 citado en Ossa, Navarrete y Jiménez, 2014).

De esta manera surge el tema de interés para la presente investigación que pretende describir los estilos parentales en padres de familia de madres adolescentes en el Centro de Desarrollo Comunitario Milpa Alta.

La estructura del presente trabajo es la siguiente: en primer lugar se encuentra la parte teórica donde se exponen los términos principales de adolescencia y su desarrollo, los estilos parentales

así como su clasificación y embarazo, su desarrollo y principalmente el embarazo en adolescentes con sus diferentes causas y consecuencias. Posteriormente, se explican los resultados obtenidos y la discusión de los mismos en términos de literatura, lo cual lleva a tener una mejor comprensión sobre lo que ha afectado notoriamente la conformación y desarrollo de la dinámica cotidiana de las familias de las adolescentes y proporciona una mejor visión en el planteamiento de estrategias y propuestas que ayuden a disminuir los embarazos durante la adolescencia.

Capítulo 1. Adolescencia

1.1 Definición

El término adolescencia deriva del latín “adolescere” que significa “crecer hacia la adultez”. La adolescencia es aquella etapa del desarrollo ubicada entre la infancia y la adultez, en la que ocurre un proceso creciente de maduración física, psicológica y social que lleva al ser humano a transformarse en un adulto. En este período, en el que ocurren cambios rápidos y de gran magnitud, la persona se hace tanto biológica, como psicológica y socialmente madura y es capaz de vivir en forma independiente (o más bien en camino hacia ello aunque en la actualidad depende de las circunstancias) (Gaete, 2015).

Según Horrocks (1984) es característico en el ser humano que tenga que transcurrir un largo periodo de crecimiento y aprendizaje entre su nacimiento y logro de su madurez física y habilidad adulta.

La adolescencia tiene sus antecedentes en el crecimiento y los fenómenos de desarrollo que ocurren durante la primera década de vida; sus consecuencias se manifiestan en los años de la madurez que le siguen. El fenómeno de la adolescencia es complejo y por esto, los numerosos autores que se han abocado a su estudio lo han definido e interpretado desde muy distintos puntos de vista teóricos y también han destacado diferentes aspectos. Algunas de las características de la adolescencia se han mantenido relativamente constantes a través de los siglos, pero otros han cambiado en forma radical de una generación a la siguiente (Horrocks, 1984).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) la adolescencia se define como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y

de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Para Mckinney, Fitzgerald y Strommen (2000), el término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad, y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto.

Horrocks (1984) enuncia seis puntos de referencia en el estudio de la adolescencia:

1. La adolescencia es una época en la que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo, intenta poner a prueba sus conceptos ramificados del yo, en comparación con la realidad y trabaja gradualmente hacia la autoestabilización que caracteriza su vida adulta. Durante este periodo, el joven aprende el rol personal y social que con más probabilidad se ajustará a su concepto de sí mismo, así como a su concepto de los demás.
2. La adolescencia es una etapa de búsqueda de estatus como individuo; la sumisión infantil tiende a emanciparse de la autoridad paterna y por lo general, existe una tendencia a luchar contra aquellas relaciones en las que el adolescente queda subordinado debido a su inferioridad en edad, experiencia y habilidades. Es el periodo en que surgen y se desarrollan los intereses vocacionales y se lucha por la independencia económica.
3. La adolescencia es una etapa en la que las relaciones de grupo adquieren la mayor importancia. En general, el adolescente está muy ansioso por lograr un status entre los de su edad y el reconocimiento de ellos; desea conformar sus acciones y estándares a las de sus iguales. También es la época en la que surgen los intereses heterosexuales que pueden hacer complejas y conflictivas sus emociones y actividades.

4. La adolescencia es una época de desarrollo físico y crecimiento que sigue un patrón común a la especie, pero también es idiosincrásica del individuo. En esta etapa se producen rápidos cambios corporales, se revisan los patrones motores habituales y la imagen del cuerpo. Durante este tiempo se alcanza la madurez física.
5. La adolescencia es una etapa de expansión y desarrollo intelectual, así como la experiencia académica. La persona encuentra que debe ajustarse a un creciente número de requisitos académicos e intelectuales. Se le pide que adquiera muchas habilidades y conceptos que le serán útiles en el futuro, pero que a menudo carecen de interés inmediato. Es una época en la que el individuo adquiere experiencia y conocimiento en muchas áreas, e interpreta su ambiente a la luz de esa experiencia.
6. La adolescencia tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores. La búsqueda de valores de control, en torno a los cuales la persona pueda integrar su vida, ya acompañada del desarrollo de los ideales propios y la aceptación de su persona en concordancia con dichos ideales. Es un tiempo de conflicto entre el idealismo juvenil y la realidad.

Moldenhauer y Ortega (2004) infieren que se llama adolescencia a la etapa o período cronológico que se ubica entre los 10 y 20 años de edad (punto de vista biológico); y su término se observa con el logro de la identidad personal, (criterio de abordaje psicológico), todo esto claro en un marco de relatividad ya que todo lo que concierne al ser humano no es rígido sino que por el contrario está constantemente sujeto a cambios.

De acuerdo con Papalia et al. (2001), la adolescencia es la transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta, que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales. Dura casi una década, desde los 11 ó 12 años hasta finales de los 19 o comienzos de los 20. En

general, se considera que la adolescencia comienza con la pubertad, el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad: capacidad para reproducirse.

1.2 Desarrollo de la adolescencia

El término pubertad proviene del latín “pubere” que significa pubis con vello. Es un proceso biológico en el que se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, así como una adquisición mayor de masa ósea, grasa muscular y se logra la talla adulta (Güemes, Ceñal y Hidalgo, 2017).

La edad en la que comienza la pubertad depende de muchos factores, como el sexo, los genes o la nutrición, aunque por lo general comienza entre los 8 y 13 años en las niñas y entre los 9 y los 15 años en los niños (Cúidate plus, 2018). Su aparición y desarrollo también es desigual y atiende a casos específicos, es decir, los cambios pueden aparecer en cualquier momento de la pubertad y de forma más rápida y explosiva o lenta y gradual.

No se deben confundir los términos pubertad y adolescencia, ya que tienen ciertas características que los diferencian. La pubertad corresponde a los cambios físicos que hacen que se llegue a la etapa de maduración sexual; mientras que la adolescencia tiene que ver con los cambios psicológicos y sociales que tienen como objetivo llegar al pensamiento adulto (Cúidate plus, 2018).

Teniendo en cuenta las distintas definiciones previas, Gaete (2015) expone que el desarrollo en la adolescencia presenta en general características comunes y un patrón progresivo de 3 fases. No existe uniformidad en la terminología utilizada para designar estas etapas y las edades de las mismas, sin embargo, lo más tradicional ha sido denominarlas adolescencia temprana, media y tardía.

1.3 Adolescencia temprana

Tal como se ha mencionado anteriormente los procesos psíquicos de la adolescencia comienzan en general con la pubertad y los importantes cambios corporales que trae consigo (Gaete, 2015).

De acuerdo con Torres (2018) esta primera etapa de la adolescencia va de los 8 a los 11 años y consiste en la transición entre la infancia y la adolescencia. En la mayoría de los casos coincide con el inicio de la pubertad.

Mientras que para Mendoza, Arias, Pedroza, Micolta, Ramírez, Cáceres, López, Núñez y Acuña (2012) la adolescencia temprana va de los 10 a 14 años y para Burroughs y Leifer (2002) es un periodo de crecimiento y desarrollo rápidos que va de los 12 a los 14 años de edad.

1.3.1 Desarrollo físico

Es en este punto cuando los huesos empiezan a crecer de forma rápida y de manera desigual, lo cual puede hacer que cueste un poco más coordinar los movimientos (aparece una sensación de torpeza) y que aparezcan ligeras molestias en algunas articulaciones (Torres, 2018).

El crecimiento repentino del adolescente es un rápido aumento en la estatura y el peso, que generalmente comienza en las niñas entre los 9 ½ y los 14 ½ años (por lo general, a los 10) y en los muchachos entre los 10 ½ y los 16 (usualmente entre los 12 y los 13). Puede durar cerca de dos años; poco después de que termina, el joven alcanza su madurez sexual. Como el crecimiento repentino en las niñas suele presentarse más temprano que en los niños, entre los 11 y los 13 años, ellas son más altas, pesadas y fuertes que los chicos de la misma edad (Torres, 2018).

Después de vivir este proceso, los varones vuelven a ser más altos, como antes. Chicos y chicas prácticamente alcanzan su estatura definitiva a los 18 años (Behrman, 1992 citado en Papalia et al., 2001).

Según Burroughs y Leifer (2002), los cambios físicos abarcan todos sistemas del organismo, pero en especial el cardiovascular, el musculoesquelético y el reproductor. Estos cambios pueden conducir a perturbaciones en la imagen que el adolescente tiene de sí mismo mientras intenta asimilar los cambios físicos y psicológicos. Los y las jóvenes tienen dudas acerca de la menstruación, el desarrollo de los senos, el tamaño de los testículos, del pene y las eyaculaciones nocturnas, también suele presentarse un comportamiento de exploración con sus compañeros del mismo sexo o del sexo opuesto.

1.3.2 Desarrollo psicosocial

En esta etapa de la adolescencia se producen grandes progresos en la capacidad para pensar en términos abstractos. Es por eso que el joven tiene mayor capacidad de reflexionar sobre situaciones hipotéticas o sobre operaciones lógicas y matemáticas. Sin embargo, normalmente al abandonar esta fase no se tiene un total dominio en estos ámbitos (Burroughs & Leifer, 2002). Del mismo modo, se tiende a tratar de encajar en los roles de género, para no salirse de los estereotipos relacionados con la apariencia y los comportamientos diferenciados del hombre y de la mujer (Torres, 2018).

Por otra parte su vida es rica en fantasías y también la aceptación y conformidad con sus compañeros es importante, no obstante son fuente de conflicto con sus padres (Burroughs & Leifer, 2002).

Es aquí donde existe inestabilidad emocional con rápidas y amplias fluctuaciones del ánimo y de la conducta (“Mi hija puede estar riéndose conmigo en un minuto y gritándome al siguiente”), una tendencia a magnificar la situación personal (“¡Me voy a morir si no voy a ese concierto!”), falta de control de impulsos, y necesidad de gratificación inmediata y de privacidad (“Mi hijo se la pasa todo el tiempo en su celular”) (Gaete, 2015).

Aumenta la habilidad de expresión verbal y en el ámbito vocacional, los jóvenes presentan metas no realistas o idealistas (ser modelo top, estrella de rock, actor o actriz de televisión, piloto de carreras, etc.). Se inicia la movilización hacia afuera de la familia, aumenta el deseo de independencia del joven y disminuye su interés por las actividades familiares (Gaete, 2015).

El adolescente empieza a poner a prueba la autoridad y evidencia más resistencia a los límites (“¿Por qué me quieren ir a buscar a la fiesta a las 12am? ¡A todo el mundo lo dejan hasta la una!”), a la supervisión y a aceptar consejos o tolerar críticas por parte de los padres. Se muestra insolente ocasionalmente y adquiere más conciencia de que los padres no son perfectos. Todo ello causa cierta tensión, sin embargo, el joven continúa dependiendo de la familia como fuente de estructura y apoyo, entre otras cosas (Gaete, 2015).

El grupo de pares adquiere mayor importancia y el adolescente se hace más dependiente de las amistades como fuente de bienestar. El involucramiento con los pares se caracteriza por el contacto principalmente con aquellos del mismo sexo y la aparición de la necesidad de amistades exclusivas, por ejemplo mejor(es) amigo(s), con quienes divertirse y compartir secretos. Estas relaciones son idealizadas con frecuencia y pueden volverse intensas, generándose fuertes sentimientos de cariño hacia determinados pares, que pueden incluso llevar a dudas, temores, exploración y/o relaciones homosexuales. Cabe destacarse que en esta etapa existe una importante susceptibilidad a la presión de los pares (Gaete, 2015).

1.4 Adolescencia media

Para Torres (2018), ocurre entre los 11 y los 15 años, Mendoza et al. (2012) consideran que la adolescencia media va de los 15 a 16 años y Burroughs y Leifer (2002) mencionan que este periodo va de los 15 a los 17 años de edad.

En ella se dan los principales cambios de tipo hormonal, hasta el punto en el que al abandonar esta fase el cuerpo es muy distinto al que se tenía durante la adolescencia temprana (Torres, 2018).

El hecho central en este período es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares (Gaete, 2015).

En la adolescencia media el crecimiento y desarrollo fisiológicos de las características sexuales secundarias suelen terminar (Burroughs & Leifer, 2002).

1.4.1 Desarrollo físico

Es la fase en la que se producen los mayores cambios en la voz. Del mismo modo, se desarrolla la musculatura y los órganos sexuales hasta tener una apariencia mucho más adulta. El hecho de disponer de unos músculos más grandes, hace que se necesite comer más y dormir durante mayor tiempo. Del mismo modo en muchos casos empieza a manifestarse el acné en la cara debido a un aumento de segregación de sustancia grasa en la piel (Torres, 2018).

Lo más importante durante la adolescencia media es lograr una apariencia personal lo más atractiva posible; además, en un esfuerzo por adaptarse a los cambios de su cuerpo, los adolescentes experimentan con nuevas imágenes y utilizan a sus iguales para compartir experiencias e intentan nuevos papeles (Burroughs & Leifer, 2002).

1.4.2 Desarrollo psicosocial

De acuerdo con Torres (2018) se llega a conquistar la total capacidad para pensar en términos abstractos, aunque esto solo se produce si se ha practicado dicha habilidad y se ha tenido una buena educación. Del mismo modo, los grupos sociales tienen un papel muy importante tanto a la hora de relacionarse con los demás y de buscar referentes fuera de la familia, como a la hora de construir la propia autoestima y autoconcepto. Esta época se experimenta con diferentes elementos que pueden conformar una identidad, como la estética relacionada a tribus urbanas. Asimismo, tiende

a valorarse mucho la opinión que los demás tienen del adolescente. Se considera que la imagen y la estética es un componente primordial de la propia identidad y bienestar.

Burroughs y Leifer (2002) infieren que los adolescentes en esta etapa empiezan a darse cuenta de los límites de sus posibilidades, el adolescente se concreta cada vez más en sí mismo y se siente invencible, sin embargo, mientras ponen a prueba los límites de su poder, pueden verse envueltos en conductas de alto riesgo experimentando con drogas, alcohol y sexo que son los medios para rebelarse.

Asimismo, este periodo suele ser de gran confusión para la familia mientras el adolescente lucha por su independencia y a su vez desafía los valores y expectativas de la familia. Pues en esta etapa a los adolescentes les gustaría ser tratados como adultos, pero su comportamiento fluctúa, ya que no siempre aceptan que su comportamiento de alto riesgo puede traer consecuencias negativas (Burroughs & Leifer, 2002).

Gaete (2015) expone que continúa aumentando el nuevo sentido de individualidad y la autoimagen es muy dependiente de la opinión de terceros. El joven tiende al aislamiento y pasa más tiempo a solas, se incrementa el rango y la apertura de las emociones que experimenta, adquiere la capacidad de examinar los sentimientos de los demás y de preocuparse por los otros.

También en la adolescencia media persiste la tendencia a la impulsividad, siendo las aspiraciones vocacionales de los jóvenes menos idealistas. En esta fase el involucramiento del adolescente en la subcultura de pares es intenso (alcanza su máximo). No existe otra etapa en la que el grupo de pares sea más poderoso e influyente (Gaete, 2015).

El joven adopta la vestimenta, la conducta y los códigos y valores de sus pares (“Mi hija siente que tiene que hacer exactamente lo mismo que sus amigas”) en un intento de separarse de la familia y encontrar su propia identidad. La presión de los pares puede influir tanto en forma positiva

motivándolo a destacar en lo académico, deportivo, a postergar el inicio de relaciones sexuales, etc., como negativa, favoreciendo por ejemplo: que se involucre en conductas que pongan en riesgo su vida (Gaete, 2015).

Las amistades y los grupos pasan a ser de ambos sexos y frecuentemente se establecen relaciones de pareja. Las parejas desempeñan un rol progresivamente mayor a medida que avanza la adolescencia, sin embargo, las relaciones de amistad siguen siendo extremadamente importantes, ofreciendo compañía, un contexto para la apertura íntima y la satisfacción de otras necesidades (Gaete, 2015).

Así pues, dentro de las conductas problema relacionadas al tabaco, alcohol, drogas y sexo desprotegido; Díaz y González (2014) realizaron un estudio a 551 adolescentes de primer semestre ($M= 14.8$ años, $DT= 2.35$) de nivel medio superior de una institución pública de la Ciudad de Monterrey, N.L. México (Díaz & González, 2014).

Obteniendo que del total de participantes, la edad de debut en el consumo de tabaco fue de 14 años (36%), seguida de 13 (22%) y 12 años (17%), en su grupo de amigos se encontró que el 79% sus pares no los presionan para fumar, seguido del 23% que opinan que los presionan un poco, 5% una buena cantidad y 1% siente que presionan mucho. En el consumo de alcohol, el 52% no contestó su edad de debut, sin embargo el 15.4% bebió por primera vez a los 14 años, seguido de un 12% a los 15 años, el 62% de los adolescentes opinó que sus amigos no ejercen nada de presión para que beban alcohol, 32% opinó que presionan un poco y 6% opinó que presionan una buena cantidad o mucho (Díaz & González, 2014).

En el consumo de drogas se les preguntó a los adolescentes si habían probado la marihuana, ya que es la principal droga de inicio; 95% respondió que nunca la ha probado, 4% una vez y 1% más

de una vez. La edad de inicio principal fue a los 15 años y un caso a los 11 años (Díaz & González, 2014).

Respecto a la sexualidad el 80% expresó que no ha tenido relaciones sexuales, 14% si ha tenido y 6% no contestó; el 48% inició su vida sexual a los 15 años, 32% a los 14 años y 9% a los 13 años. Asimismo, se les preguntó si se habían embarazado o habían embarazado a alguna chica alguna vez, 95% respondió que no, 1% mencionó que una vez y 1% más de una vez. La presión entre los pares para tener relaciones sexuales fue percibida por los adolescentes como "nada" en un 66%, "un poco" por el 21%, "buena cantidad de presión" por el 6% y "mucho presión" por el 2% (Díaz & González, 2014).

1.5 Adolescencia tardía

Para Mendoza et al. (2012) la adolescencia tardía va de los 17 a 19 años. Esta es la tercera y última de las etapas de la adolescencia, para Torres (2018) ocurre aproximadamente entre los 15 y los 19 años.

Esta es la última etapa del camino del joven hacia el logro de su identidad y autonomía. Para la mayor parte de los adolescentes es un período de mayor tranquilidad y aumento en la integración de la personalidad (Gaete, 2015).

La adolescencia tardía se caracteriza por la capacidad de mantener relaciones estables y recíprocas. La familia adquiere importancia, pero más importante aún es, la independencia de los padres; muchos jóvenes tienen la idea realista de sí mismos y están más seguros de su apariencia. En general, la identidad sexual está firmemente establecida (Burroughs & Leifer, 2002).

1.5.1 Desarrollo físico

Las personas que se encuentran en esta fase suelen mostrar más homogeneidad en sus características que las que se encuentran en la adolescencia media, porque la gran mayoría ya ha

pasado por los cambios más bruscos. Esto ha llevado, a algunos investigadores a concluir que esta fase no se diferencia sustancialmente de la adultez y que tan solo es un constructo social existente en ciertas culturas y no en otras. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el impacto psicológico de los constructos sociales es totalmente real y por consiguiente, puede influir en el proceso de maduración (Torres, 2018).

Durante la adolescencia tardía la mayoría de las veces se alcanza la altura máxima marcada por el propio crecimiento y la complexión del cuerpo pasa a ser totalmente adulta. Por otro lado, las aparentes desproporciones que podían darse en la primera fase de la adolescencia desaparecen dando un aspecto mucho más proporcionado a las dimensiones de brazos, piernas, etc. Por otro lado, el cuerpo también gana masa muscular y la propensión a acumular grasa se mantiene más o menos estable o incluso se reduce un poco, si bien la adopción de mejores hábitos alimenticios también cumple un papel en esto (Torres, 2018).

1.5.2 Desarrollo psicosocial

De acuerdo con Burroughs y Leifer (2002) en esta etapa la resolución de problemas se aplica al análisis de las consecuencias del comportamiento y los planes se orientan más al futuro. Idealmente el adolescente habrá desarrollado la capacidad de resolver problemas, valorar todos los aspectos de los acontecimientos cotidianos y diferir la gratificación inmediata. Es importante que comprenda las repercusiones para el futuro de las decisiones que toma; por ejemplo, tendrá que analizar las consecuencias de no utilizar algún método anticonceptivo para prevenir el embarazo y que la actividad sexual sin protección puede conducir una enfermedad que podría poner en peligro su vida (Burroughs & Leifer, 2002).

Así en esta etapa termina de desarrollarse la conciencia social y se empieza a dedicar mucho tiempo a pensar en situaciones y procesos que no están limitados a lo que se puede ver, oír y tocar

en el entorno inmediato. Es una renuncia al egocentrismo típico de las etapas anteriores, aunque no desaparece del todo hace más probable que los jóvenes se interesen por la política y los procesos sociales en general, pues sus objetivos pasan a estar más relacionados con aquello que está más allá de sus círculos sociales.

Los planes a largo plazo pasan a ocupar un papel mucho más importante que antes y la imagen que se da aunque sigue siendo relevante, empieza a dejar de ser uno de los principales pilares de la propia identidad (Torres, 2018).

Según Gaete (2015) es en esta etapa cuando la identidad se encuentra más firme en sus diversos aspectos. La autoimagen ya no está definida por los pares, sino que depende del propio adolescente. Los intereses son más estables y existe conciencia de los límites y las limitaciones personales. Se adquiere aptitud para tomar decisiones en forma independiente, para establecer límites y se desarrolla habilidad de planificación futura, la búsqueda de la vocación definitiva apremia más y las metas vocacionales se vuelven realistas.

Idealmente el joven realizará una elección educacional y/o laboral que concilie sus intereses, capacidades y oportunidades. Avanza en el camino hacia la independencia financiera, la que logrará más temprano o más tarde dependiendo de su realidad. Aumenta el control de impulsos, se puede postergar la gratificación y aparece la capacidad de comprometerse. Esta etapa también se caracteriza por una disminución de la influencia del grupo de pares cuyos valores se hacen menos importantes a medida que el adolescente se siente más cómodo con sus propios principios e identidad (Gaete, 2015).

Por otra parte, el joven se reacerca a la familia, aumentando gradualmente la intimidad con sus padres si ha existido una relación positiva con ellos durante los años previos. Ya ha alcanzado un grado suficiente de autonomía, se ha convertido en una entidad separada de su familia, y ahora

puede apreciar los valores y la experiencia de sus padres así como buscar (o permitirles) su ayuda, pero en un estilo de interacción que es más horizontal. La relación padres-hijo alcanza nuevas dimensiones que acrecientan el desarrollo personal y familiar cuando el clima es de verdadero respeto y valoración de las diferencias (Gaete, 2015).

En México, se considera que la adolescencia implica la tarea de desprenderse, como nunca antes, de los lazos familiares de dependencia a los que se estaba sometido totalmente, desprendimiento que es un requisito indispensable para ingresar a la sociedad desempeñando los roles que corresponden a los adultos, sin embargo, ese paso no se realiza sin conflictos pues, los vínculos con los padres se aflojan merced al cuestionamiento que el adolescente hace de las imágenes y los valores interiorizadas de los objetos de su infancia e implica, por lo tanto, su desidealización (Merino, 2015).

Por otro lado, un estudio llevado a cabo en Carabobo, Venezuela expresa que un tema importante dentro de la adolescencia tardía es la sexualidad, dicha investigación tuvo como objetivo estimular la participación de los adolescentes de 17-19 años de edad, en la promoción de su salud sexual. Los resultados obtenidos arrojaron que los conocimientos sobre la sexualidad que tienen los/las adolescentes en etapa tardía son insuficientes y distorsionadas por lo que es de suma importancia recobrar y legitimar la sexualidad como una parte de la existencia del ser humano. Así como también, la posibilidad de desarrollar un mejor conocimiento y relación del propio cuerpo que resulta la base de una buena autoestima. La actitud de personas, familias y colectividades ante la salud sexual y la sexualidad es uno de los factores que contribuyen a una gran variedad de problemas humanos como la paternidad y maternidad irresponsable, abortos de riesgo y no deseados en las adolescentes, iniciación precoz de la actividad sexual, infecciones de transmisión sexual específicamente el VIH/SIDA, entre otros (Caricote, 2009).

1.6 Sexualidad en la adolescencia

Durante la adolescencia, se hace posible la conducta sexual adulta al llegar a la madurez biológica. La menstruación indica el inicio de la ovulación en las adolescentes y la eyaculación atestigua el principio de la producción de espermatozoides en los adolescentes. Mientras que la mujer tal vez considere que su iniciación en el mundo sexual adulto es un suceso negativo, a causa de la molestia de la hemorragia periódica y el temor de sus padres a la posibilidad de embarazo, los hombres tienden a considerar la capacidad de eyacular como un suceso positivo, placentero e intrínsecamente sexual (Gotwald & Holtz, 1983).

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS y OPS, 2000 citado en Gotwald & Holtz, 1983) definen el término sexualidad como: una dimensión fundamental del hecho de ser un humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.

Aunque se presenta en los niños, es en la adolescencia cuando la orientación sexual de una persona se convierte en un tema de presión: si ese individuo se sentirá atraído consistente, sexual, romántica y afectuosamente hacia personas del otro sexo (heterosexual), del mismo sexo (homosexual) o de ambos (bisexual) (Papalia et al., 2001).

La sexualidad forma parte del desarrollo normal del niño y del adolescente. Desde la primera infancia el niño experimenta sensaciones de placer (al tocarse, al ser besado o acariciado), además de la observación sobre el comportamiento de los adultos y sus expresiones de afecto que trata de

imitar; desde este punto el niño desarrollará la actitud que tendrá sobre su sexualidad (Moldenhauer & Ortega, 2004).

Sexo

La mayoría de las personas nacen con el sexo hombre o mujer (sexo biológico) pero se les enseñan los comportamientos apropiados para varones y mujeres (normas de género), en especial cómo deben interactuar con otros miembros del mismo sexo o del sexo opuesto en los hogares, las comunidades y los lugares de trabajo (relaciones entre los géneros), y qué funciones o responsabilidades deben asumir en la sociedad (roles de género) (OMS, 2015).

Género

El género se refiere a las características de las mujeres y los hombres definidas por la sociedad, como las normas, los roles y las relaciones que existen entre ellos. Lo que se espera del género femenino o masculino varía de una cultura a otra y puede cambiar con el tiempo (OMS, 2015).

Identidades de sexo y género

La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina, o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia. (Organización Panamericana de la Salud, 2000 citado en Arango 2008).

Orientación sexual

La orientación sexual es la organización específica del erotismo y el vínculo emocional de un individuo en relación con el género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación

sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o como una combinación de estos elementos (OPS, 2000 citado en Arango 2008).

Erotismo

El erotismo es un término que se utiliza para denotar la búsqueda de excitación sexual; pero también es una manera de vivir la vida, con todos los sentidos, permitiendo y construyendo el placer, el bienestar y la salud. El erotismo transcurre en el escenario de la representación simbólica de una cultura, y despliega sus poderes en dos planos: en el espacio de lo privado y en el de lo público. Depende de factores económicos, sociales, políticos, culturales y psicológicos de cada época, en cada país, grupo, familia y persona (Arango, 2008).

No puede haber erotismo sin sexualidad; sí a la inversa ya que el erotismo es la humanización de la sexualidad, sin que ésta deje de estar presente en el juego erótico donde hay alteridad, bien imaginaria, bien positiva. El otro es indispensable, pues el encuentro erótico comienza, precisamente, con la visión del cuerpo deseado (Barrantes & Araya, 2002).

Vinculación afectiva

La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo (Egremy & López, 2013).

Reproducción

La reproducción es la capacidad humana de experimentar esta potencialidad. Si bien ésta no siempre se concreta en la forma de tener hijos o hijas, ya sea por enfermedad, por decisión personal

o porque no es congruente con el estilo de vida que se desarrolla, pero la potencialidad la tienen todos (Egremy & López, 2013).

1.7 Vida sexual activa en la adolescencia

Un hecho de mayor trascendencia en la vida de un individuo lo constituye la primera relación sexual, el uso del propio cuerpo para relacionarse con otros individuos a través del placer es fundamental para su propio desarrollo emocional y para establecer relaciones con sus semejantes en condiciones igualitarias. La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (citado en Welti, 2005) indagó sobre la edad a la primera relación sexual a través de una pregunta en la que si bien no se especifica el tipo de relación al que se hace referencia, es posible suponerla, toda vez que se incluye en la sección que investiga sobre la “exposición al riesgo de concebir”, esto es, sobre una relación coital vaginal y heterosexual. La impresión más común en la sociedad mexicana es que las generaciones más recientes tienen su primera relación sexual a una edad cada vez más temprana. Sin embargo, los datos al respecto no permiten sostener este punto de vista. Tanto a nivel nacional como a los niveles de desagregación para los que ha sido posible hacer inferencias válidas con los datos de la Encuesta, no es posible observar una tendencia que indique un inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales; incluso con la información disponible, podría hablarse de que se percibe una tendencia contraria, es decir, una posposición de la edad a la primera relación sexual (Welti, 2005).

El problema de iniciar las relaciones sexuales antes de los 20 años sin el debido conocimiento acerca del tema, se ha generalizado en el mundo de hoy y en México a pesar del sistema de salud con que se cuenta, no está exento. Para algunos el papel de los medios masivos de difusión es trascendental en la incitación al inicio sexual precoz de los adolescentes.

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en Cuba con el objetivo de determinar en qué medida ha disminuido la edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes en un lapso aproximado de cinco años, así como algunos factores que influyeron en ello. El estudio se llevó a cabo en todos los estudiantes de 8vo grado de la ESBU Ernesto Valdés Muñoz y todos los estudiantes de 12mo grado el IPVCE Eusebio Olivera Rodríguez de entre 12 y 19 años y se estimó una muestra probabilística por muestreo aleatorio simple que quedó conformada por 67 adolescentes de octavo grado y 72 de duodécimo grado. Los resultados obtenidos mostraron que el mayor porcentaje de adolescentes comprendidos entre 12 y 14 años, iniciaron sus relaciones antes de los 14 años. Una de las conclusiones a la que se llegó es que la principal vía de obtener los conocimientos acerca de sexualidad es mediante los amigos y no por el médico de la familia (Abreu, Reyes, García, León y Naranjo, 2008).

En Bogotá y Cali, se realizó un estudio descriptivo de tipo cualitativo por Vargas, Henao y González (2007) en el que se buscó obtener evidencia directa de las cogniciones que las y los jóvenes han construido acerca de la sexualidad y que guían su comportamiento. Se hicieron en total 72 entrevistas en profundidad a adolescentes entre los 13 y 19 años de edad, de diferentes estratos socioeconómicos.

Con respecto a las relaciones románticas la información de los jóvenes mostró que en la toma de decisiones juega un papel relevante la presión de los pares. Sin embargo, se encontró que ésta disminuye su importancia con la edad, la influencia de los compañeros no es permanente sino que constituye una oportunidad de transición hacia el surgimiento de la capacidad de los adolescentes para dirigirse por sí mismos y para seleccionar críticamente sus compañías (Vargas et al., 2007).

También se observó que entre menos actividades convencionales y pregenitales experimenten las parejas y entre más rápido se pase de un nivel a otro de la secuencia, más pronto comienzan a

tener actividades genitales o penetrativas. Los datos mostraron que la curiosidad, el deseo de experimentar y de saber lo que se siente, es la principal razón por la cual los y las jóvenes deciden empezar a tener relaciones sexuales. En los relatos de los participantes pocas veces se reportó que la primera relación sexual tuvo como motivación la comunicación afectiva, lo cual, según los mismos jóvenes diferencia una relación sexual del sexo (Vargas et al., 2007).

En las entrevistas se evidenció que si bien es cierto que los jóvenes pocas veces deciden de manera lógica, racional y sistemática el momento preciso en el que se va a dar la primera relación sexual, éste no es un evento que ocurre sin que previamente lo hayan pensado o incluso discutido con la pareja o con otras personas (generalmente amigos o amigas) (Vargas et al., 2007).

Un estudio llevado a cabo en México en donde se analizó la edad a la primera relación sexual y la edad al primer hijo para diferentes cohortes de mujeres, según su nivel de escolaridad y su lugar de residencia en ocho estados de la república, se identificó a la persona con la cual se tuvo la primera relación sexual y el uso de anticonceptivos en ese evento, todo a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva Ensar (2003 citado en Welti, 2005). Los resultados permitieron constatar un retraso en la edad a la primera relación sexual y al nacimiento del primer hijo entre las generaciones más jóvenes además de la existencia de diferencias significativas según nivel de escolaridad y un efecto importante de la edad a la que se tiene el primer hijo sobre la fecundidad acumulada (Welti, 2005).

De la misma manera, Fuentes (2018) publicó que los adolescentes mexicanos inician su vida sexual cada vez más frecuentemente antes de los 15 años. Cifras de la SEP revelan que de los jóvenes varones que cursan el bachillerato (entre 15 y 18 años de edad), 45% tuvo su primera relación sexual entre los 12 y los 15 años, y 35% de mujeres también la tuvo en ese rango de edad.

Así, en promedio, cuatro de cada diez estudiantes de bachillerato iniciaron su vida sexual en la secundaria (entre 12 y 15 años de edad). Lo grave de esa situación, señala la SEP, es que la cuarta parte de ellos no usaron un método anticonceptivo para evitar infecciones de transmisión sexual o un embarazo no planeado, lo cual aumenta 370% la probabilidad de que los alumnos abandonen la escuela en el bachillerato. Aunque la edad promedio del inicio de la vida sexual es a los 15 años, la SEP reveló que cuatro de cada diez tuvo su primera relación sexual a los 12, 13, 14 o 15, pero más de 50% de ellos desconoce el uso correcto de los anticonceptivos. Ese desconocimiento, según una encuesta del Centro Latinoamericano Salud y Mujer, provoca que uno de cada cuatro embarazos ocurra en adolescentes de entre 12 y 15 años. La más reciente Encuesta sobre Exclusión, Intolerancia y Violencia en Escuelas de Educación Media Superior aplicada por la SEP muestra que 40% de varones y 29% de mujeres inicia su vida sexual en bachillerato (entre 15 y 18 años), porcentaje similar a quienes lo hicieron en la secundaria (Excelsior, 2018).

Capítulo 2. Estilos Parentales

2.1 Familia

Los seres humanos en su conformación como entes sociales han estructurado ligas de relaciones que han permitido no sólo su supervivencia, sino también la posibilidad de conformar y desarrollar las sociedades como existen en la actualidad. En estas sociedades los individuos desarrollan sus vidas en grupos familiares, compuestos a partir de sistemas de parentesco, culturales, políticos y económicos, entre otros (Gutiérrez, Díaz & Román, 2016).

Según Tuirán y Salles (1997 citado en Gutiérrez et al., 2016), la familia es la institución base de cualquier sociedad humana, la cual da sentido a sus integrantes y, a su vez, los prepara para afrontar situaciones que se presenten.

Torres, Ortega, Garrido y Reyes (2008 citado en Gallego, 2012) mencionan que la familia es “un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción”.

Por su parte Minuchin (1982 citado en Gallego, 2012) considera que la familia es un sistema que se transforma a partir de la influencia de los elementos externos que la circundan los cuales modifican su dinámica interna. Así mismo este autor resalta que la estructura familiar es “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”, y que las relaciones e interacciones de los integrantes están condicionadas a determinadas reglas de comportamiento.

Para Quintero (2007 citado en Gallego, 2012) la familia como grupo primario se caracteriza porque sus miembros están unidos por vínculos sanguíneos, jurídicos y por alianzas que establecen sus integrantes lo que conlleva a crear relaciones de dependencia y solidaridad. La familia es “el

espacio para la socialización del individuo, el desarrollo del afecto y la satisfacción de necesidades sexuales, sociales, emocionales y económicas, y el primer agente trasmisor de normas, valores, símbolos”.

Las familias presentan actualmente una multiplicidad de realidades en relación a sus estructuras, límites, funciones y roles de sus integrantes (Gimeno, 2007 citado en Capano, González y Massonnier, 2016).

En las últimas décadas, han tenido que vivir y sobrellevar profundas transformaciones, para algunos autores, una auténtica revolución familiar (Valdivia, 2007 citado en Capano et al., 2016). Aunado a esto Gutiérrez et al. (2016) mencionan que las familias han cambiado, pues se han modificado los modelos de familia, los tipos de familia y la composición y la integración interna. Como consecuencia de estos fenómenos, se generan cambios cualitativos y cuantitativos en las familias, en su estructura y conformación, como también en la forma de pensar y actuar. Todo esto se refleja en la población, lo cual repercute principalmente en la economía, los servicios de salud y el desarrollo social.

Las familias configuran también diversos modelos familiares que se expresan en las pautas de crianza, disciplinarias y de interacción referidas a las obligaciones escolares y domésticas, a las actividades recreativas y a los comportamientos sexuales, reproductivos, etc.(Climent, 2009).

Parece ser que una de las etapas en la que el núcleo familiar juega un papel importante, es en la adolescencia ya que la formación del individuo comienza en este (Vargas, 1997 citado en Rionda, Foucher y Villafañe, 2006).

En la infancia la familia es el más importante y casi único grupo de referencia del individuo, el espacio privilegiado donde tienen lugar sus interacciones preferentes con otras personas. Con la adolescencia ese espacio se amplía y, en cierto modo, se extiende a la sociedad entera aunque por

mediación de los grupos de amistad y la subcultura juvenil, y comienza a debilitarse la referencia de la familia (Aguirre, 1994).

La familia a la que pertenece el adolescente es el determinante más importante de su conducta, y las diversas normas que lo guiarán a través de la vida son establecidas en el hogar (Powell, 1981).

Es en su seno que se alcanzan las habilidades cognitivas, emocionales y sociales necesarias para el funcionamiento en la sociedad (Cortés, Cantón y Cantón Cortés, 2011 citado en Capano et al., 2016) y donde el ser humano permanece un largo tiempo en momentos cruciales de su desarrollo evolutivo como el neonatal, la infancia y la adolescencia (Nardone, Giannotti & Rocchi, 2003 citado en Capano et al. 2016). Es además el principal vehículo en la transmisión cultural, donde se producen y desarrollan los estímulos relacionales de mayor relevancia para la maduración individual, según Linares (2009 citado en Capano et al., 2016), la nutrición relacional.

Cuando un niño llega a la adolescencia, el hogar ya no es la única influencia como sucedía en la infancia, pero todavía es el “apoyo indispensable” para su desarrollo emocional. Mientras esté en contacto con su familia, el adolescente está muy influenciado por ésta, y se convierte en un importante factor determinante en su “espacio psicológico personal” (Horrocks, 1984).

Es por eso que Torío, Peña e Inda (2008) insisten en la importancia de las prácticas educativas parentales, pues, durante la adolescencia la estructura familiar está cambiando. Los padres y madres disponen de modelos o técnicas disciplinares diversas, pero es el modelo democrático que más favorece el ajuste social y familiar del adolescente, así como las que proporcionan una adecuada seguridad emocional y autoestima en el mismo.

2.2 Estilos parentales

En una familia puede haber un padre y una madre que mantienen una estrecha relación y un elevado nivel de comunicación con su hijo; le escuchan y le animan a expresarse y verbalizar sus

necesidades. Sin embargo, hay otras familias en las que son escasos los intercambios afectivos y comunicativos (Sánchez, 2008).

Los padres y madres disponen de modelos o técnicas disciplinares diversas, pero son las técnicas inductivas de apoyo (o el modelo autoritativo, democrático, etc.) las que más favorecen al ajuste social y familiar del niño, así como las que proporcionan una adecuada seguridad y autoestima en el mismo (Torío et al., 2008).

En la actualidad, la familia está inmersa en una sociedad globalizada y de consumo (Gubbins y Berger, 2004 citado en Ossa et al., 2014). A raíz de ello los padres disponen de escaso tiempo para compartir con sus hijos, lo que lleva a enfrentar interacciones y suplir carencias afectivas con la entrega de objetos materiales, o bien caer en la permisividad e inconsistencia, lo que podría ser explicada debido a un vacío en el desarrollo de modelos de crianza adecuados, lo que ha afectado notoriamente la conformación y desarrollo de la dinámica cotidiana de esas familias (Montesinos, 2002 y Jiménez, 2005 citado en Ossa et al., 2014).

Frente a ello, padres y madres intentan educar a sus hijos con prácticas educativas caracterizadas por el control y las exigencias, que inciden en la existencia o no de normas y disciplina. Otras dimensiones presentes son el afecto y la comunicación, caracterizadas por el grado de apoyo y afecto explícito hacia los hijos y la mayor o menor comunicación entre padres e hijos (Vega, 2006 citado en Ossa et al., 2014).

El auge del estudio de los estilos parentales se dio en la década de los sesenta, cuando Diana Baumrid destacó la influencia que se hacía en el desarrollo de los hijos, y a partir de esto se establecieron los primeros tres modelos: autoritativo o democrático, autoritario y permisivo. Más tarde, en la década de los ochenta, Eleanor Maccoby y John Martin observaron que el estilo permisivo presentaba dos formas diferentes: indulgente y negligente; de esta forma surgió el cuarto

estilo, el cual se denominó “negligente” (Raya, 2008; Torio, Peña y Rodríguez, 2008; Clerici y García, 2011 citados en Ortiz y Moreno, 2016).

Así pues, los estilos parentales han sido nombrados con distintos títulos y por diferentes autores; Comellas (2003 citado en Capano y Ubach, 2013) los define como la forma de actuar, derivada de unos criterios, y que identifica las respuestas que los adultos dan a los menores ante cualquier situación cotidiana, toma de decisiones o actuaciones.

Por su parte Darling y Steinberg (1993, citados en Climent, 2009) definen los estilos parentales como configuración de actitudes hacia los hijos que les son comunicadas y que en su conjunto crean un clima emocional en el cual se expresan las conductas de los padres. Para establecer los estilos parentales se toman en cuenta dos aspectos del comportamiento de los padres centrales en la educación de los hijos: el apoyo parental y el control parental. El primero se refiere a la aceptación, amor, aprobación y ayuda en relación a los hijos. Desde el punto de vista de éstos se lo define como el grado en que los hijos se sienten aceptados, queridos, comprendidos y tomados en cuenta por sus padres. Para que se dé un adecuado apoyo, las personas deben vivenciar relaciones interpersonales familiares armónicas.

El control parental se refiere a las diversas técnicas de disciplina por medio de las cuales los padres intentan controlar o supervisar la conducta del hijo y el cumplimiento de las normas establecidas por ellos. Incluye dar consejos, instrucciones, sugerencias, castigos, amenazas y restricciones. Esto implica la imposición de normas que hay que cumplir y el hecho de dar o no explicaciones al respecto.

La combinación de estas dos dimensiones; apoyo y control parental conforman los siguientes estilos parentales (Climent, 2009):

2.2.1 Estilo parental democrático

En el estilo democrático los padres tienen alto grado de exigencia, pero siempre explicando razones, establecen reglas y son firmes en ellas, hacen uso de sanciones adecuadas, pero están dispuestos a escuchar a sus hijos y llegar a acuerdos, apoyan la individualidad, los ayudan a ser independientes y les ofrecen orientación (Ramírez, 2005 citado en Ortiz y Moreno, 2016).

De acuerdo con Climent (2009); son padres exigentes que establecen pautas claras, son receptivos ya que atienden las necesidades de sus hijos. Utilizan sanciones de manera adecuada, ponen límites de manera racional, dando razones para los mismos, apoyan la individualidad e independencia de los hijos, promueven la comunicación familiar, respetan tanto los derechos de los hijos como los suyos propios y ajustan sus demandas con el nivel de desarrollo evolutivo de sus hijos. Este estilo fomenta el intercambio verbal y utiliza como disciplina básicamente la inducción y algún uso de la fuerza.

Para Ramírez (2005), padres democráticos, son los que presentan niveles altos en comunicación, afecto, control y exigencias de madurez. En consecuencia, son afectuosos, refuerzan el comportamiento, evitan el castigo y son sensibles a las peticiones de atención del niño; no son indulgentes, sino que dirigen y controlan siendo conscientes de los sentimientos y capacidades; explican razones no rindiéndose a caprichos y plantean exigencias e independencia. También se puede definir el estilo democrático en función de la evitación de decisiones arbitrarias, el elevado nivel de interacción verbal, la explicación de razones cuando dan normas y el uso de respuestas satisfactorias. Los padres marcan límites y ofrecen orientaciones a sus hijos, están dispuestos a escuchar sus ideas y a llegar a acuerdos con ellos.

Sánchez (2008) describe que el estilo democrático es donde puede observarse un alto grado de afectividad y comunicación entre padres e hijos, incluyendo, al mismo tiempo, firmeza y

exigencia. Los padres, con una actitud dialogante, establecen normas coherentes, pero no rígidas; admiten que tanto ellos como sus hijos pueden equivocarse. Son conscientes de las capacidades de sus hijos ante la resolución de conflictos y el papel de su apoyo. Niños y adolescentes mantienen una actitud responsable ante las dificultades y sus propias decisiones. En esta forma de educar se encuentra que:

- Los padres consideran que se puede equivocarse en las decisiones como cualquier ser humano.
- Los padres mantienen una actitud de guía y orientación en los pasos de sus hijos, buscando y potenciando que puedan aprender automáticamente y que saquen lo mejor de sí mismos.
- Ayudan en la búsqueda de soluciones equidistantes del abandono y de la sobreprotección. Intentan llegar al equilibrio como forma ideal de educación.
- Consideran que los problemas son un reto para la superación personal.
- La relación entre padres e hijos suele ser de respeto mutuo y de cooperación.

Consecuencias del estilo parental democrático.

Sánchez (2008) manifiesta que este estilo desarrolla en los hijos el sentido de responsabilidad para que asuman las consecuencias de sus actos. Los padres inducen en sus descendientes habilidades de trabajo en equipo, enseñándoles actitudes de cooperación, de toma de decisiones y de respeto por las reglas. Los hijos poseen, así, un mayor control de sus emociones y una mayor tolerancia a la frustración.

Torio et al. (2008 citado en Ortiz y Moreno, 2016) expresan que como consecuencia del estilo democrático, se forman individuos con óptimas competencias sociales, con índices más altos en la autoestima, autoconcepto y bienestar psicológico, además de un menor nivel de conflictos con sus padres; suelen ser chicos interactivos, cariñosos, confiados, asertivos e independientes.

Steinberg, Lamborn, Dorbusch y Darling (1992 citado en Capano y Ubach, 2013) estudiaron el impacto que podría tener en 6400 adolescentes de entre 14 y 18 años el ejercicio parental democrático en su rendimiento académico. Se concluyó que los padres promueven y logran generar en los hijos un alto nivel académico y un fuerte compromiso en su escolaridad.

2.2.2 Estilo parental autoritario

Son padres exigentes y poco receptivos ya que toman poco en cuenta las necesidades de sus hijos; las reglas que imponen no pueden ser cuestionadas ni negociadas y la obediencia sin cuestionamiento es sobrevalorada. No estimulan la independencia e individualidad de los hijos y utilizan la fuerza incluyendo el castigo físico ante conductas consideradas inadecuadas (Climent, 2009).

Por otro lado Baumrind (1966,1991 citado por Sánchez, 2008) describe que en este estilo los padres tratan de delimitar, controlar y evaluar el comportamiento y las actitudes de los hijos de acuerdo a sus propios estándares de conducta; están más enfocados en hacer que los hijos los obedezcan que en responder a las necesidades de éstos.

Se denomina así el estilo que ponen en práctica los padres autoritarios, que se caracterizan por manifestar alto nivel de control y de exigencias de madurez y bajos niveles de comunicación y afecto explícito. Lo predominante es la existencia de abundantes normas y la exigencia de una obediencia bastante estricta. Dedican esfuerzo a influir, controlar, evaluar el comportamiento y las actitudes de sus hijos de acuerdo con patrones rígidos preestablecidos. Estos padres dan gran importancia a la obediencia, a la autoridad, al uso del castigo y de medidas disciplinarias, y no facilitan el diálogo. Las normas que definen la buena conducta son exigentes y se castiga con rigor la mala conducta. La comunicación entre cada uno de los progenitores y el niño es pobre (Ramírez, 2005).

Para Sánchez (2008), el estilo autoritario se caracteriza por un alto nivel de exigencia y control por parte de sus padres, aunque el nivel de comunicación y afectividad hacia sus hijos es bajo. Las normas suelen ser impuestas sin mediar explicaciones, y el incumplimiento de éstas suele ir acompañado de amenazas o de castigos. Las opiniones de los hijos no cuentan en las decisiones familiares. La actitud de los hijos ante este estilo se manifiesta con la aparición del medio y no se muestran tal como piensan y como son, por temor a la reacción posterior (con o sin castigo) de los padres. Existen dos tipos de hijos, los que mantienen una actitud sumisa a la normativa parental y los que se rebelan ante este tipo de normas. Se caracteriza porque:

- La razón la tienen siempre los padres y éstos creen estar en posesión de la verdad y, por lo tanto han de dirigir la vida de sus hijos.
- Consideran que el respeto de los hijos proviene del temor.
- Los padres imponen las soluciones en los conflictos que se plantean y suelen dictar lo que se ha de hacer en cada momento.
- Los padres dirigen y controlan todo el proceso de toma de decisiones.
- Critican a la persona (eres un inútil, pareces tonto, no sirves para nada...), no las acciones de la persona, lo que genera una baja autoestima en los niños y adolescentes.

Consecuencias del estilo parental autoritario.

Puede generar en los hijos sentimientos de culpabilidad y baja autoestima ante la imposibilidad de cumplir los deseos de sus padres, favoreciendo sentimientos de agresividad y odio al no sentir la suficiente autonomía personal, y potenciando conductas engañosas en los hijos como forma de evitar el control de los padres y sus castigos (Sánchez, 2008).

Como consecuencia del estilo autoritario, los hijos tienen bajas competencias sociales, baja autonomía, son temerosos, irritables pero obedientes, con baja autoestima, reservados, poco

comunicativos, poco afectuosos y tienden a una pobre interiorización de valores morales; respecto a las cuestiones escolares, son alumnos poco tenaces a la hora de perseguir metas y no hacen un análisis razonado; tienen poca creatividad, curiosidad y originalidad; pero se ha encontrado que no son los peores alumnos en cuanto a rendimiento escolar, pues su régimen tan estricto les obliga a dar buenos resultados (Torio, Peña y Rodríguez, 2008 citado en Ortiz y Moreno, 2016).

Los problemas en los hijos se plantean a nivel emocional, debido al escaso apoyo recibido, los hijos se muestran tímidos, tienen mínima expresión de afecto con sus pares, pobre interiorización de valores, son irritables, vulnerables a las tensiones y poco alegres (Maccoby y Martin, 1983 citado en Capano et al., 2016).

En un estudio llevado a cabo por De la Torre, García-Linares y Casanova (2014 citado en Capano et al., 2016), refieren que la percepción por parte de los adolescentes de un estilo parental autoritario se encuentra asociada a mayores manifestaciones de agresividad. En ese mismo sentido García-Linares (2014), refiere en su estudio que entre las variables que mejor predicen la agresividad se encuentran las prácticas educativas rígidas e indulgentes. Por su parte Patterson (1982, 2002 citado en Capano et al., 2016), manifiesta que las prácticas de crianza coercitivas son un factor determinante en el comportamiento antisocial del niño. En ese mismo sentido y a partir del estudio realizado por Patterson (1982, 2000 citado en Capano et al., 2016), Prinzie et al., (2004 citado en Capano et al., 2016), concluyen en su estudio que las prácticas parentales con características coercitivas y un disciplinamiento imprudente se relacionan con problemas externalizantes en sus hijos (agresividad, hiperactividad o delincuencia).

2.2.3 Estilo parental permisivo

Climent (2009) señala que se trata de padres poco exigentes, afectuosos y receptivos, inclinados a satisfacer las necesidades y demandas de sus hijos; establecen pocas reglas de comportamiento

y los hijos no son forzados a obedecer. Son muy tolerantes e indulgentes ante el comportamiento de los hijos y casi no recurren a los castigos para disciplinarlos; por lo general, su estilo disciplinario es, en parte, también inductivo.

Sánchez (2008) describe que dentro del estilo permisivo se observan niveles muy elevados de afecto y comunicación, pero con una ausencia casi total de exigencias, siendo el adulto el que tiende a someterse a las exigencias y deseos del niño. La actitud de los hijos consiste en la dependencia que tienen con los padres y en el hecho de que saben que no se han de preocupar por nada ya que los adultos les resolverán los problemas. Ante la actitud de consentimiento los hijos se centran exclusivamente en acciones de su propio interés, volviéndose tremendamente egoístas. A continuación se exponen algunas características de este estilo educativo:

- Los padres consideran que los hijos son buenos y que saben qué tienen que hacer en cada momento.
- Creen que deben darles todo lo que piden y que lo mejor para la educación de sus hijos es ofrecerles todo lo que ellos no pudieron tener.
- Evitan que sus hijos se enfrenten a situaciones en las que tengan que resolver dificultades para que no sufran y van quitándoles obstáculos.
- En los conflictos, los hijos siempre salen ganando.
- No hay una orientación dada por los padres, los hijos crecen sin pautas de conducta, sin poner límites a su comportamiento.

Por su parte Raya (2008 citado en Ortiz y Moreno, 2016) refiere que los padres permisivos tienen poco control a la hora de guiar a sus hijos y exigen muy poca madurez, evitan lo más posible la afirmación de autoridad y la imposición de restricciones, y no son capaces de establecer normas, tareas u horarios. Así mismo Ortiz y Moreno (2016) exponen que los padres hacen muy poco uso

de castigos y toleran en demasía los impulsos de sus hijos, accediendo fácilmente a sus deseos; sin embargo, tienen comunicación abierta, atienden las necesidades de los hijos, son afectuosos, alientan la individualidad e independencia.

Ramírez (2005) infiere que este estilo practicado por padres es caracterizado por un nivel bajo de control y exigencias de madurez, pero con un nivel alto de comunicación y afecto. Se caracterizan precisamente por el afecto y el dejar hacer. Manifiestan una actitud positiva hacia el comportamiento del niño, aceptan sus conductas y usan poco el castigo. Consultan al niño sobre decisiones; no exigen responsabilidades ni orden; permiten al niño autoorganizarse, no existiendo normas que estructuren su vida cotidiana; utilizan el razonamiento, pero rechazan el poder y el control sobre el niño. En las reformulaciones, MacCoby y Martin (1983 citado en Ramírez, 2005) proponen otros dos estilos, ya que el estilo permisivo puede adoptar dos formas distintas: el democrático-indulgente que es un estilo permisivo y cariñoso, y el de rechazo-abandono o indiferente, que se caracteriza por una actitud fría, distante y asociada a maltratos.

Consecuencias del estilo parental permisivo.

Los niños no tienen un código de conducta marcado, pues suelen carecer de referentes y, por tanto, no saben a qué atenerse. Les falta motivación para la acción, es decir, hábitos de esfuerzo para emprender la realización de un proyecto personal. Tienden a la labilidad emocional con una baja habilidad para empatizar con los sentimientos de los demás (Sánchez, 2008).

Poner en práctica el estilo permisivo crea hijos con altos índices de espontaneidad, originalidad, creatividad y autoestima, pero se reportan índices bajos en logros escolares debido a que tienen muy baja autorresponsabilidad, autocontrol y autoconfianza; también tienen mayor probabilidad de desarrollar conductas agresivas, poca independencia personal y poca madurez (Torio et al., 2008 citado en Ortiz y Moreno, 2016).

Los niños y adolescentes que viven en hogares con estilo permisivo demuestran ser poco obedientes, tienen dificultad en la interiorización de valores, viven situaciones de agresividad en la familia, tienen baja autoestima, padecen de falta de confianza, tienen bajos niveles de control de sus impulsos, así como mayor riesgo de consumo de drogas y alcohol (Torío et al., 2008 citado en Capano et al., 2016). No obstante, algunos autores refieren en sus estudios que el estilo parental permisivo funciona como factor de prevención del consumo de sustancias y es el estilo que presenta un menor consumo (Fuentes, Alarcón, García & Gracia, 2014; Martínez, Fuentes, García & Madrid, 2013 citado en Capano et al., 2016). Cabe aclarar que los problemas de conducta que presentan los adolescentes con padres permisivos son menores que los que presentan los adolescentes con padres autoritarios y negligentes (Gracia, Fuentes & García, 2010 citado en Capano et al., 2016).

2.2.4 Estilo parental negligente

Climent (2009) describe que son padres que prestan poca atención a las necesidades de sus hijos y que no les dan muestras de afecto. No son exigentes ni receptivos, son hostiles, tratan de pasar el menor tiempo posible con sus hijos y no se ocupan de ellos. Abdican de su función parental y oscilan entre ser prescindentes o autoritarios en cuanto establecer normas y controlar la conducta de los hijos. Esto significa que, alternativamente y de acuerdo al humor del momento, no establecen normas o lo hacen arbitrariamente y no controlan el cumplimiento de las mismas o lo hacen coercitivamente mediante la fuerza.

Así mismo Ortiz y Moreno (2016) mencionan que el estilo negligente lo conforman los padres con pobre o nula implicación afectiva hacia sus hijos y un alto nivel de rechazo y hostilidad; no son exigentes y no ponen normas; por el contrario, son muy permisivos, pero por falta de tiempo,

poco interés y por negligencia o comodidad. Educan de la manera más rápida y cómoda, no establecen diálogo y vigilancia, y tienden a ofrecer cosas materiales para halagar a sus hijos.

Sánchez (2008) menciona que éste estilo se caracteriza por la presencia de un bajo nivel de afecto y comunicación entre padres e hijos y por la ausencia de normas, Se observa una tipología de padres fríos y distantes, con una escasa implicación en la educación de sus hijos.

Para Ramírez (2005) es el estilo de crianza utilizado por padres que rechazan y son negligentes, que no son receptivos ni exigentes y a quienes sus hijos parecen serles indiferentes. Al niño se le da tan poco como se le exige, pues los padres presentan unos niveles muy bajos en las cuatro dimensiones: afecto, comunicación, control y exigencias de madurez. No hay apenas normas que cumplir, pero tampoco hay afecto que compartir; siendo lo más destacable la escasa intensidad de los apegos y la relativa indiferencia respecto de las conductas del niño. Los padres parecen actuar bajo el principio de no tener problemas o de minimizar los que se presentan, con escasa implicación y esfuerzo.

Consecuencias del estilo parental negligente.

El estilo negligente se ha relacionado con diferentes comportamientos negativos de los hijos, como el bajo rendimiento escolar, la delincuencia, el consumo del alcohol y drogas (Sánchez, 2008).

Este estilo causa en los hijos los efectos más negativos en la socialización, desarrollan muy baja autoestima y autoconcepto, son bastante agresivos y muestran poco autocontrol, así como el peor desarrollo cognitivo, y por tanto bajos logros escolares; son niños que carecen de autonomía positiva, ya que hacen uso de su libertad irresponsablemente (Torío et al., 2008 citado en Ortiz y Moreno, 2016).

Los niños que son criados en este tipo de familias, suelen tener problemas de autocontrol, pobre funcionamiento académico y problemas de conducta tanto en la escuela como en la sociedad en general (Vallejo y Mazadiego, 2006).

Un grupo de investigadores estadounidenses utilizaron los planteamientos de Baumrind para estudiar la relación de los estilos parentales y el desempeño académico de muestras de adolescentes (Dornbusch, Ritter, Leiderman, Roberts y Frailegh, 1987 citado en Vallejo y Mazadiego, 2006). Encontrando resultados muy similares a lo reportado por Baumrind: los hijos cuyos padres tenían un estilo parental negligente o permisivo presentaron las calificaciones más bajas, mientras que aquellos adolescentes cuyos padres tenían un estilo autoritativo tuvieron las calificaciones más altas.

Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts y Dornbusch (1994 citado en Vallejo y Mazadiego, 2006) realizaron un estudio de tipo longitudinal con adolescentes estadounidenses que cursaban la educación media, en este trabajo evaluaron los efectos de los estilos parentales de los padres e indicadores académicos de los hijos; encontrando que aquellos adolescentes que tenían padres con estilos autoritativos fueron los que presentaron un autoconcepto académico más alto y obtuvieron las mejores calificaciones. Un dato interesante es que los adolescentes con padres con estilo negligente decrementaron de manera significativa su autoconcepto académico y sus calificaciones entre la primera y segunda evaluación que se hicieron de estos factores.

Capítulo 3. Embarazo

3.1 Definición

El embarazo es un proceso natural en la vida de una mujer. Durante este periodo es importante que se lleven a cabo una serie de cuidados, un seguimiento y control del mismo. El embarazo se define como el periodo que acontece entre la implantación del óvulo fecundado en el útero y el momento del parto. Durante este periodo aparecen una serie de cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos destinados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del bebé (Otero y Tamayo, 2015).

3.1.1 Desarrollo del embarazo

El desarrollo del embarazo se divide en dos periodos: embrionario y fetal (Otero y Tamayo, 2015).

Periodo embrionario

- Al final del primer mes: El desarrollo de las células van dando lugar al corazón, pulmones y se van dibujando lo que serán las extremidades. El corazón empieza a latir hacia el 25º día. Se empieza a formar el tubo neuronal que se convertirá en el cerebro y médula espinal. El embrión mide unos 4mm y pesa menos de 1gr.
- Segundo mes: Se pueden distinguir ojos, párpados, nariz, boca y orejas. Los órganos internos y el cerebro se van desarrollando y los brazos y piernas van creciendo. Mide 4cm y pesa alrededor de 5gr. El embrión va adquiriendo forma humana y se denomina feto.



Figura 1. Periodo embrionario

Periodo fetal

- Al final del tercer mes: El tamaño de la cabeza es desproporcionada con respecto al resto del cuerpo. El feto puede abrir y cerrar la boca, tragando de este modo líquido amniótico que expulsa a través de la orina. Se producen los primeros movimientos del bebé aunque de momentos sean imperceptibles para la madre y el feto alcanza los 10cm.
- Cuarto mes: El feto puede moverse libremente dentro de la bolsa de líquido amniótico que lo protege de los golpes. La piel se recubre de un vello fino llamado “lanugo” y de una sustancia blanquecina grasienta llamada “vermix caseoso” que lo protege del medio líquido donde se encuentra. Se crea el “meconio” procedente del líquido amniótico que traga y se almacena en el aparato digestivo, ya es posible diferenciar su aparato genital, es capaz de oír ruidos procedentes de la madre y percibir luz a través de las membranas y mide 15cm.
- Quinto mes: Sus movimientos se hacen más fuertes, sobre todo por la noche. El feto comienza a tener reflejos como chuparse el dedo, hipo y es capaz de distinguir la voz de la madre, en la cara ya tiene cejas y pestañas. Mide 18 cm y pesa 500gr.

- Sexto mes: El crecimiento fetal es muy rápido. Posee ciclos de sueño y vigilia y realiza movimientos respiratorios con el diafragma. Mide aproximadamente 25cm y pesa poco más de 1kg.
- Séptimo mes: Aumenta la grasa subcutánea, lo que le hace engordar y ya no cabe bien en el útero. Mide 30 cm y pesa 1500gr.
- Octavo mes: El feto suele colocarse con la cabeza hacia abajo y los movimientos son poco frecuentes pero de manera más brusca, debido al poco espacio de la cavidad uterina. La mayoría de los órganos están desarrollados salvo los pulmones que tardarán un tiempo hasta que puedan funcionar fuera del útero.
- Finalmente en el noveno mes, el feto está listo para nacer. Pesa entre 3 y 3.5kg y mide aproximadamente 50cm (Otero y Tamayo, 2015).

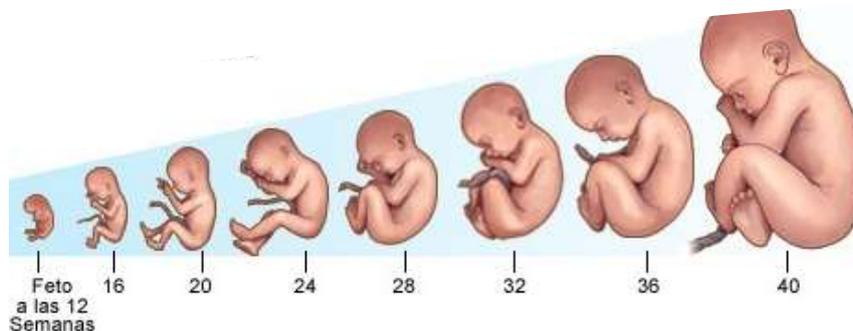


Figura 2. Periodo fetal

3.1.2 Cambios fisiológicos

Durante el embarazo ocurren muchos cambios fisiológicos que provocan algunos síntomas o molestias. Se derivan de dos fuentes principales: los cambios experimentados por el sistema endocrino y los cambios físicos del cuerpo (Bernal, 2012).

En el sistema endocrino el aumento de hormonas que se presenta en el embarazo afecta a todo el organismo. El cambio más notable es la adición de la placenta como órgano endocrino para producir cantidades grandes de estrógeno (producida por ovarios y placenta, causante del agrandamiento de útero, mamas y genitales, fomenta los cambios de depósito de grasa, favorece cambios vasculares, estimula el desarrollo de estrías de la gravidez, altera la retención de sodio y agua) y progesterona (producida por el cuerpo amarillo y los ovarios y más adelante por la placenta, mantiene al endometrio para la implantación, inhibe la capacidad de contracción uterina para evitar el aborto, estimula el desarrollo de los conductos secretores de las mamas para la lactancia, estimula la secreción de sodio y disminuye el tono de los músculos lo que causa estreñimiento, acidez y várices) (Feher, 2002).

Dentro de los cambios físicos se pueden encontrar principalmente los que aparecen en el aparato reproductor; la vagina se vuelve más elástica, aumenta el flujo vaginal y disminuye el pH que implica un aumento de las defensas; el útero aumenta de tamaño para acoger al feto y se producen contracciones indoloras e irregulares a modo de entrenamiento para el parto que se van haciendo más frecuentes al final del embarazo; las mamas se preparan para la lactancia y por ello se produce un mayor volumen y sensibilidad de las mismas (Otero y Tamayo, 2015).

También aparecen cambios en la vejiga urinaria ya que las ganas de orinar aumentan debido al peso que el útero ejerce sobre esta; respecto al aparato digestivo aparecen los antojos; en la boca las encías pueden sangrar con facilidad y el pH de la saliva se vuelve más ácido por lo que puede provocar la aparición de caries, alteraciones en el gusto y olfato por el efecto de los cambios hormonales propios del embarazo, se presentan ardores de estómago y digestiones lentas debido al aumento del tamaño del útero que desplaza el estómago hacia arriba y los intestinos hacia los lados, así como estreñimiento y gases debido al peso del útero que comprime cada vez más al

intestino, es fácil la aparición de hemorroides sobre todo al final del embarazo; otro cambio es el aumento de peso entre 8 y 12kg más al final; en la piel se produce un oscurecimiento de los pezones, abdomen y cara que desaparecerán unos meses después del embarazo, pueden aparecer estrías con mayor frecuencia en el abdomen y pechos debido a distensión de la piel; es posible que se presente tanto la caída como el aumento del cabello dependiendo de la gestante aunque generalmente después del parto se observa una pérdida de este; también se producen várices e hinchazón de los tobillos, insomnio, cansancio y somnolencia ya que todos los órganos se ven obligados a trabajar de forma diferente y por lo tanto se produce un cansancio general del cuerpo (Otero y Tamayo, 2015).

3.1.3 Cambios psicológicos

El embarazo implica un cambio profundo en la vida de una mujer y de su familia; es una etapa en la que se enfrentan con el reto de redefinir su papel actual, revisar sus conflictos previos y asumir un nuevo papel. Los ajustes físicos y emocionales del embarazo aunados a lo que implica convertirse en padres, provocan diferentes grados de estrés y ansiedad.

Algunos factores específicos que contribuyen tanto positiva como negativamente a la respuesta psicológica de la mujer a su embarazo, son, entre otros, cambios de la imagen corporal, el dolor durante el proceso de parto, su seguridad emocional, sus expectativas culturales, el apoyo de su pareja y el apoyo social, falta de estrategias de afrontamiento, si el embarazo no fue planeado y su situación financiera. Un factor importante que influye en el efecto psicológico del embarazo es el grado de madurez de la mujer y su disposición para la maternidad (Marín, Bullones, Carmona, Carretero, Moreno y Peñacoba, 2008).

De acuerdo con Maldonado, Saucedo y Lartigue (2008), durante la gestación la futura madre tendrá que hacer una serie de modificaciones y ajustes en su forma de pensar, sentir y en su estilo

de vida. Mientras que muchas madres disfrutaban en gran medida estos cambios, algunas no comparten estos sentimientos y con frecuencia padecen algún trastorno psicológico que resulta en una grave angustia. La morbilidad psicológica y en especial la depresión y ansiedad que surgen en el periodo prenatal, son más comunes en el periodo posnatal (Gómez, Aldana, Carreño & Sánchez, 2006).

3.2 Embarazo en la adolescencia

El embarazo irrumpe en la vida de las mujeres adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo (Laffita, Ariosa & Cutié, 2004 citado en Ulanowicz, Parra & Wendler, 2006).

Según Espinoza y Anzures (1999 citado en Bernal, 2012) el embarazo en la adolescencia se define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal, el tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

Para Ruoti (1994 citado en León, Minassian, Borgoño & Bustamante, 2008) el embarazo adolescente es la gestación en mujeres cuyo rango de edad se considera adolescente (entre 10 y 19 años), independiente de su edad ginecológica, es decir independiente de la diferencia entre su edad cronológica y la edad de la menarquía.

El embarazo no planeado en una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años. Además de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado. La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se

desencadenan matrimonios apresurados que generalmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas, personales y sobre la salud de los hijos (Ortigoza, Padilla & López citado en Ulanowicz et al., 2006).

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública mundial y de origen multifactorial que puede afectar la salud física y emocional de la pareja, la condición educativa de ambos y en general puede ocasionar más efectos negativos que positivos en el entorno familiar, escolar y social además de un alto riesgo de complicaciones para la madre, el feto y el neonato, repercutiendo en los resultados perinatales (Gamboa & Valdés, 2013 citado en Loredo, Vargas, Casas, González & Gutiérrez, 2017; Mendoza, Claros & Peñaranda, 2016 y Embarazo adolescente y madres jóvenes en México, 2012 citado en Loredo et al., 2017).

Según la OMS, cerca de 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años tienen un hijo y los recién nacidos de estas madres son aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo (Gutiérrez et al., 2012 citado en Loredo et al., 2017).

La transición hacia la maternidad no es fácil para las adolescentes por lo mencionado anteriormente; pueden reflejar una serie de condiciones de salud, sociales, económicas, psicológicas y familiares, adquieren una aceptación de su papel de madres incluida la responsabilidad de los cuidados del recién nacido sin olvidar que sus necesidades de desarrollo aún no han sido cubiertas (Mora & Hernández, 2015).

3.2.1 Causas del embarazo en la adolescencia

En México es frecuente que el embarazo adolescente ocurra como un evento no deseado o planificado, a pesar de que la pareja cuente con la información necesaria para su prevención. Habitualmente, es la consecuencia de una relación débil de pareja, lo que provoca en la futura madre una actitud inicial de rechazo y ocultamiento por temor a la reacción del grupo familiar,

escolar y social. Ello también se acompaña de un control prenatal tardío o insuficiente (Atienzo, Campero, Lozada & Herrera, 2014 citado en Loredó et al., 2017).

Así pues Loredó et al. (2017) expresan que dentro de las características principales de las jóvenes embarazadas destacan: una gran gama de adversidades sociales acumuladas, los aspectos biológicos (la maduración sexual temprana y la actividad sexual prematura), la región que habitan (rural o suburbana, principalmente), los usos y costumbres, la religión, y el bajo nivel educativo.

Se han encontrado factores asociados al embarazo adolescente y se han agrupar en 3 categorías (Hamel, 1993, Ahued et al., 2001 citado en León et al., 2008):

Factores individuales

- Menarquia precoz

Para Issler (2001 citado en Menéndez, Navas, Hidalgo & Espert, 2012) la edad media del periodo de la menarquia (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquia ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas.

Balestena J., Balestena S. y Fernández (2005 citado en Ulanowicz et al., 2006) confirman lo expuesto por el autor antes mencionado expresando que la menarquía es un evento que ocurre generalmente entre los 8 y 13 años de edad, este inicio de la menstruación es un suceso decisivo de la pubertad, la maduración sexual y emocional. La disminución de la edad de la menarquía es un factor que provoca que la vida sexual comience en edades más tempranas.

Un estudio realizado por Acosta y Cárdenas (2012) en Ciudad Juárez, Chihuahua tuvo por objetivo comparar adolescentes de 15 a 19 años de edad embarazadas, con adolescentes del mismo

grupo de edad con vida sexual activa no embarazadas, para observar la relación existente entre las barreras socioculturales en tanto al acceso a los métodos anticonceptivos.

Los resultados arrojaron que la edad de la menarquia fue, en general, de 12.16 años; la edad en los casos (adolescentes embarazadas) fue de 11.75 años, mientras que en el grupo de adolescentes con vida sexual activa no embarazadas fue de 12.56 años. El inicio de vida sexual activa fue para ambos grupos de adolescentes de 15.44 años.

- Bajo nivel de aspiraciones académicas

El embarazo adolescente constituye para la mujer en condiciones sociales desventajosas una carga adicional que limita su desarrollo personal. Por ejemplo, se ha discutido ampliamente si el embarazo entre las jóvenes estudiantes las sustrae en forma definitiva de la escuela, o son las mujeres que se embarazan en la adolescencia aquellas que de cualquier manera están limitadas para continuar estudiando por falta de recursos.

El nivel de escolaridad se encuentra relacionado con la incidencia de embarazos adolescentes y ésta disminuye conforme la escolaridad aumenta, aunque independientemente de su escolaridad, los porcentajes de embarazo son muy elevados. El embarazo precipita el inicio de una unión y esto es más evidente entre las mujeres pertenecientes a grupos socioeconómicos en los cuales el embarazo de una mujer soltera no es aceptado socialmente y, por tanto, si el embarazo no puede ser interrumpido, la adolescente embarazada debe casarse (Welti, 2000).

- Adhesión a creencias sobre la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar (Hamel, 1993, Ahued et al., 2001 citado en León et al., 2008).

Como lo menciona Núñez y Ayala (2012) en un estudio cuyo objetivo fue conocer las valoraciones y concepciones del embarazo adolescente en una comunidad rural, campesina, del noroeste de México; las mujeres adultas consideran que las "buenas mujeres" son las "hacendosas".

La vida de las mujeres debe girar alrededor del servicio y atención al marido y demás miembros de la familia. Por lo que el valor de la mujer gira en torno del cuidado que tenga del ejercicio de su sexualidad y que las mujeres para ser consideradas buenas deben acatarse a las decisiones del marido, incluso cuando estas decisiones estén en contra de lo que deseen o lo que realmente quieren hacer e involucren su cuerpo. Además las conversaciones relacionadas con el sexo y la sexualidad son vistas como exclusivas de personas que tienen ya la edad suficiente como para ejercerlas, o bien, en su defecto, de personas que ya están autorizadas socialmente para poder participar de ellas. Los jóvenes, específicamente las mujeres solteras, no están autorizados ni es bien visto que participen en estas conversaciones. Las mujeres acceden a conversaciones sobre sexualidad una vez que son adultas o cuando por estar casadas son consideradas como tales.

Factores familiares:

- Estilos parentales disfuncionales

Un estudio cualitativo llevado a cabo por Climent (2009) tuvo por objetivo relacionar los estilos parentales educativos, la calidad de las relaciones familiares y el significado del embarazo en la adolescencia en el marco de la socialización de género, llevó a cabo 40 entrevistas abiertas a adolescentes embarazadas y a sus respectivas madres, ambas pertenecientes a sectores populares urbanos en el Hospital Materno Infantil del Partido Malvinas Argentinas, Provincia de Buenos Aires, los resultados arrojaron que en las familias con estilo permisivo las relaciones familiares son armónicas o algo conflictivas. Existe una aceptación de los embarazos a temprana edad. Estos están naturalizados, son aceptados a veces con cierto fatalismo y hasta alentados. Si bien las madres parecen ser más liberales en cuanto a la sexualidad y más activas en cuanto a la educación sexual ya que sugieren consultar al médico y les proveen los anticonceptivos a las hijas, no les insisten en que los usen.

En las familias negligentes las relaciones familiares son muy conflictivas y, a menudo, violentas. En estas familias parecería que pesan más la calidad de las relaciones familiares que la socialización de género. Las madres negligentes no apoyan a sus hijas en los estudios y son prescindentes si los abandonan, no les informan sobre cuidados anticonceptivos y las presionan para que se unan conyugalmente cuando se embarazan aun cuando no estén conformes con las parejas de las hijas. Estas chicas son las que se iniciaron y se embarazaron más tempranamente. Los embarazos suelen ser inesperados y algunas intentaron abortar y otras lo lograron.

- Antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia

En una investigación realizada por Pick de Weiss, Atkin y Karch (1998 citado en Marin y Villafañe, 2006), se entrevistó a adolescentes embarazadas mexicanas y no embarazadas con el fin de encontrar diferencias entre ellas. Los resultados mostraron que existe una relación significativa entre la ocurrencia de embarazos premaritales en otros miembros de la familia, observando que las madres de las adolescentes embarazadas fueron a su vez madres solteras. También encontraron rasgos característicos de un ambiente familiar inadecuado así como una tendencia a repetir patrones de hermanas o madres que hayan tenido un embarazo adolescente previo.

- Pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres

(Hamel, 1993 & Ahued et al., 2001 citado en León et al., 2008).

Entre los factores familiares del embarazo adolescente se describen la escolaridad de la madre de la adolescente inferior a 11 años de estudio (Mendoza et al., 2016)

Un estudio llevado a cabo por Stern (2004) tuvo por objetivo conocer cómo están relacionadas entre sí la pobreza y la vulnerabilidad social y cómo se vinculan con los embarazos tempranos en México. Se realizó un trabajo de campo en el que se incluyó una comunidad rural "tradicional" en el estado de Oaxaca y un sector "marginal" urbano en la Ciudad de México. Se pudo observar

que en el sector marginal urbano; los embarazos tempranos son bastante frecuentes, las adolescentes entrevistadas experimentaron sucesos dramáticos en su niñez o a principios de la adolescencia, tuvieron que crecer sin sus padres y vivir con varias familias adoptivas.

Factores sociales:

- Vivir en un área rural acompañado de un bajo nivel socioeconómico

Existen dos aspectos fundamentales en el embarazo de las adolescentes que viven en comunidades rurales, por una parte el embarazo a temprana edad está plenamente ligado con la maternidad, es una cuestión cultural que en el medio rural la adolescente a través de la madre, se afirma como “mujer”, desde pequeña sus padres le enseñan más con hechos que con palabras que su rol principal en la vida es ser madre. Oaxaca y Chiapas son de los estados con mayor índice de pobreza en México y esto se encuentra ligado con la situación del embarazo adolescente (Mendoza & Leona, s.f. citado en Embarazo adolescente y madres jóvenes en México, 2012).

- Conocimiento de métodos anticonceptivos y su funcionamiento

Un estudio observacional, descriptivo, transversal, correlacional llevado a cabo con 1212 Adolescentes de 12 a 19 años ambos sexos estudiantes de 6 Escuelas Secundarias Generales y 2 Preparatorias Federales de Cd. Victoria, Tamaulipas con un muestreo no probabilístico, por disponibilidad, refiere que entre quienes dicen conocer sobre métodos anticonceptivos el 38% dice no conocer su funcionamiento y solo el 34% de los casos estudiados dicen conocer el funcionamiento del método anticonceptivo (Banda et al., 2010).

Ahora bien, ante el establecimiento del embarazo adolescente, se enfrentan a otro dilema muy serio: continuar con el embarazo o suspenderlo, asumiendo consecuencias que en su mayoría pueden ser negativas, pues por lo general se encuentran ante la inexperiencia que no les permite desarrollar su papel de manera adecuada (Dulanto, 2000).

3.2.2 Consecuencias del embarazo en la adolescencia

Es indispensable considerar que las consecuencias del embarazo adolescente afecta a ambos miembros de la pareja, aunque probablemente es la mujer quien más las sufre (Loredo et al., 2017).

Fisiológicamente, a corto plazo la adolescente puede presentar anemia, hipertensión, enfermedades de transmisión sexual e incluso mortalidad. A largo plazo, baja estatura (se frena el crecimiento), tiene mayor probabilidad de presentar obesidad e hipertensión en etapas posteriores.

Psicológicamente puede presentar mayor inestabilidad con la pareja, mayor prevalencia de depresión y otros síntomas psiquiátricos, distanciamiento de sus pares que genera aislamiento social y baja autoestima (Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala, s.f.).

El embarazo en la adolescencia representa un factor de alto riesgo de morbilidad materna, fetal y neonatal, condicionado en gran medida por diversos factores biológicos, como la inmadurez física y emocional de la madre. Es común que la madre joven presente problemas tales como anorexia, bulimia, desnutrición y obesidad. También es frecuente que no cuenten con una pareja estable, que interrumpan su proyecto de vida en el aspecto educativo y que sufran rechazo de su familia. Aunado a lo anterior, el bajo nivel socioeconómico se asocia a un mayor riesgo de mortalidad perinatal (World Health Organization, 2011 citado en Mancilla, 2012).

Las adolescentes que se embarazan con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto tienen un mayor riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. Entre 10 y 14 años hay mayor porcentajes de bajo peso al nacer, depresión, hipertensión inducida por el embarazo, elevada morbimortalidad perinatal materna y mayor porcentaje de cesárea (Balestena J. & Balestena S., 2005 citado en Ulanowicz et al., 2006).

De los embarazos que se presentan en las adolescentes, el 59% terminan en nacimientos y 41% en abortos, 14% de ellos involuntarios. El 15% de abortos en el mundo (cifra que está alrededor

de los 2 millones) ocurren en mujeres de 15-19 años de edad (United Nations, 2014 citado en Mendoza, Claros & Peñaranda, 2016).

El embarazo en la adolescencia, principalmente, en menores de 15 años, puede asociarse a complicaciones durante la gestación, parto y puerperio. Los aspectos biológicos (inmadurez ginecológica y anatómica de la pelvis, entre otros), psicológicos y socioculturales en la adolescente embarazada, repercuten en su resultado perinatal, con sus correspondientes consecuencias para la salud pública y de costos, tanto para la madre como para la familia y la sociedad (Parada, Becerra & Villacis, 2009 citado en Mendoza, Claros & Peñaranda, 2016).

Además un embarazo en una adolescente, puede contribuir a la dificultad para terminar la educación, aislamiento social, falta de apoyo familiar, oportunidades de empleo más pobres, feminización de la pobreza y transmisión intergeneracional de la pobreza consecuente (United Nations, 2014 citado en Mendoza, Claros & Peñaranda, 2016).

Las adolescentes se encuentran más desfavorecidas en el mantenimiento de un embarazo saludable, debido a un nivel de educación para la salud más pobre, falta de acceso a la atención prenatal, del parto, especializada u otro servicio de salud. A ello se suman los problemas económicos del embarazo y el parto ya que la adolescente casi siempre se torna dependiente de la ayuda familiar y/o tiene la necesidad de buscar trabajo para su manutención y la de su hijo (Gómez, 2016 & Alcázar, 2006 citados en Loredo et al., 2017). Ante esta última posibilidad, su situación es crítica, pues, no tiene una formación educativa adecuada para conseguir un trabajo aceptablemente remunerado debido a que su experiencia laboral es nula o muy limitada (Gómez, 2016 & Alcázar, 2006 citados en Loredo et al., 2017).

Todos estos factores, pueden aumentar el riesgo de mortalidad y morbilidad grave durante el embarazo, el parto y el puerperio (United Nations,2014 citado en Mendoza, Claros & Peñaranda,2016).

Riesgos para el recién nacido

Dos riesgos importantes, nacimiento prematuro y bajo peso al nacer se relacionan con el embarazo durante la adolescencia. Un 30 - 40% de adolescentes no se adhieren al cuidado pre natal, el cual está vinculado con prematuridad, bajo peso al nacer, mortalidad neonatal, sepsis, sífilis congénita y mortalidad entre los hijos de madres adolescentes (Mendoza et al., 2015 citado en Mendoza, Claros & Peñaranda, 2016).

Los factores que contribuyen al nacimiento de niños de bajo peso son estrato económico bajo, educación mínima, cuidados prenatales inadecuados, poco aumento de peso de la madre, mala nutrición, tabaquismo y consumo de drogas.

Los adolescentes muy jóvenes no están preparados emocionalmente para criar a un recién nacido. Los neonatos de alto riesgo, prematuros y de bajo peso al nacer exigen todavía más cuidados que un recién nacido a término de tamaño medio. Además, los padres adolescentes no tienen experiencia y no están preparados para reconocer los primeros signos de enfermedad o los peligros domésticos.

Los recién nacidos pueden sufrir por negligencia sin que sus padres se percaten de ello. Es más probable que los recién nacidos de adolescentes sufran accidentes letales y malos tratos (Feher, 2002).

Riesgos para la madre adolescente

El embarazo en la adolescencia trae consigo una gran cantidad de morbilidades maternas, entre ellas se encuentran una mayor probabilidad de riesgo de hemorragia post-parto, obesidad,

enfermedades mentales, preclampsia-eclampsia, endometritis puerperal, infecciones y muerte prematura. La mortalidad materna ha sido la segunda causa de muerte entre las adolescentes (15-19 años) desde el año 2000, siendo más elevadas por debajo de los 20 años y después de los 30 años de edad. En mujeres de 15-19 años la tasa de mortalidad materna es de 260/100.000 mujeres y para las de 20-24 años es de 190/100.000 mujeres (United Nations, 2014 citado en Mendoza, Claros & Peñaranda,2016).

La desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro (Sáez, 2005 citado en León et al., 2008).

Rodríguez y López (2010 citado en Loredo et al., 2017) mencionan que el embarazo adolescente tiene otras consecuencias además de las ya mencionadas, entra en juego la emotividad de la adolescente. Su proceso de formación emocional se altera, la confianza en sí misma se ve vulnerada al no saber si será capaz de superar la etapa que vive y ello, entre otras cosas, puede afectar su salud física.

Cuando la adolescente confirma el diagnóstico de embarazo, por lo general muestra pérdida de autoestima, angustia, pérdida del estatus social, aparece una mezcla de diferentes sentimientos positivos y negativos respecto de sí misma, a su función como pareja y hacia el hijo engendrado.

Al ser un embarazo no deseado la adolescente teme que su familia y sus pares adopten actitudes de rechazo, repudio, hostigamiento y violencia ya que suelen emitir críticas y juicios valorativos descalificadores. Lamentablemente estas actitudes llevan a la adolescente a no tener una atención médica prenatal que puede ocasionar otras consecuencias mencionadas anteriormente (Mora & Hernández, 2015).

Por otro lado, si la familia tiene una actitud comprensiva o al menos la adolescente cuenta con el apoyo de alguno de sus padres como personas dispuestas a la comprensión, afecto, apoyo y voluntad de ayuda, el embarazo podrá progresar de manera normal ;esto al mismo tiempo se relaciona con los estilos parentales, si bien el embarazo adolescente no pudo ser evitado, el acompañamiento de los padres hará que los factores negativos tengan menor oportunidad de manifestarse en plenitud (Dulanto,2000).

Planteamiento del problema

El estudio del embarazo adolescente es de suma importancia dado que afecta el estilo de vida de éste último, poniendo en riesgo la salud física y emocional. Actualmente los estudios que se han realizado en México sobre dicho tema se enfocan en describir las repercusiones que se tienen en el aspecto familiar, escolar, individual e incluso del neonato. Mencionan que es un problema de salud pública y que en las últimas décadas ha aumentado el número de embarazos en adolescentes, también describen algunas de las causas por las que han incrementado. Estos estudios toman en cuenta variables como la escolaridad, si tienen pareja, el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, la primera relación sexual y algo que llama la atención en la mayoría de ellos es que existe una escasa comunicación entre padres e hijos, lo cual es preocupante ya que es en casa donde se inicia la educación sexual complementándose con la información que reciban de la escuela y otros medios.

El embarazo adolescente se ha estudiado desde distintas perspectivas y se ha determinado como un problema de diferentes dimensiones: médico, por la inmadurez del cuerpo; psicológico, por la inmadurez emocional para asumir este nuevo rol; económico, por la falta de autonomía financiera del adolescente y social, generando una ruptura biográfica en la construcción del proyecto de vida (Quintero y Rojas, 2015, p. 225).

Por otro lado, los estilos parentales también han sido estudiados México, sin embargo la mayoría se enfocan en describir cada estilo desde diferentes perspectivas y su relación con otras variables.

Justificación

Los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2014, citado en Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017) muestran que en el grupo de mujeres adolescentes de 15 a 19 años, se observa un aumento en los niveles de fecundidad en 2014 respecto a los observados en la ENADID 2009. Para el trienio de 2006 a 2008 (ENADID 2009 citado en INEGI, 2017), la fecundidad para este grupo de mujeres es de 69.2 hijos por cada mil mujeres, el cual aumentó a 77 por cada mil mujeres para el trienio de 2011 a 2013. Existen 48.7 millones de mujeres de 12 y más años de las cuales 67.3% ha tenido al menos un hijo nacido vivo. De esto sobresale que 7.8% de las adolescentes de 12 a 19 años ya han procreado (INEGI, 2017). Los adolescentes se enfrentan a una sociedad que ha tenido cambios demográficos, socioeconómicos, con nuevos ideales y patrones tanto culturales como familiares, esto los ha llevado a tomar decisiones aceleradas de acuerdo a su edad que, por consecuencia terminan afectando su desarrollo.

La adolescencia representa una etapa de incertidumbre, de establecer un proyecto de vida, de sueños, de vínculos fuertes y al mismo tiempo de ser seres independientes, sin embargo, en medio de todos estos cambios, ideales y de exploración de su cuerpo y de su entorno, se intensifica el tema de la sexualidad, que resulta ser un tema de interés para los y las adolescentes, especialmente en las relaciones de pareja (Fernández y Escalona, 2011, p.17 citado por Quintero y Rojas, 2015, p. 224).

México se ha caracterizado por ser un país conservador respecto al tema de sexualidad y en los últimos años se ha visto un cambio drástico al respecto, no sólo se está exponiendo abiertamente por todos los medios posibles sino que está aumentando la frecuencia de las prácticas sexuales en los adolescentes y algo muy preocupante es que se ha notado una disminución en la edad para

llevarlo a cabo y además no están tomando en cuenta los cuidados necesarios para prevenir consecuencias indeseables como lo es un embarazo.

En un estudio realizado por Fernández y Escalona (2011, p.17 citado por Quintero y Rojas, 2015, p. 224) mencionan que a nivel mundial se reconoce un aumento de la actividad sexual de los adolescentes, y en consecuencia, una disminución en la edad de inicio de las relaciones sexuales, incrementándose así la incidencia de partos en mujeres menores de 19 años.

Al tomar la decisión de iniciar su vida sexual, los adolescentes únicamente se enfocan en aspectos como la privacidad de la pareja, que ambos deseen llevarlo a cabo y sobretodo en obtener un placer individual. Sin embargo, no toman en cuenta que un embarazo trae consigo repercusiones como dejar de lado el cumplimiento de sus metas escolares, la relación con su familia y amigos y la afectación de su salud emocional.

Quienes juegan un papel importante para la prevención de un embarazo adolescente son los padres de familia, son ellos quienes tienen la responsabilidad de criar a sus hijos de la manera más adecuada y otorgarles la información necesaria para que inicien su vida sexual en un ambiente saludable, es decir, a una edad en la que alcancen la mayor madurez posible, que sean responsables de las decisiones que toman y las consecuencias que conlleva cada una de ellas, que conozcan los preservativos existentes y el uso de cada uno.

Cabe mencionar que los estilos parentales hacia los adolescentes también han tenido un cambio, esto influye en su comportamiento cambiando los hábitos y actitudes desde el ámbito escolar, familiar y por supuesto en su sexualidad. Se han ido de un estilo autoritario a uno permisivo, es por ello que el estudio de los estilos parentales es importante para poder determinar qué rasgos de cada uno están afectando y están provocando que los índices de embarazos, aumente. Un cambio notable dentro de esto es que aunque ambos padres estén a cargo de la crianza, la madre es quien

lleva la mayor responsabilidad y actualmente ellas no sólo se dedican a los hijos y al hogar como lo hacían en épocas pasadas, sino que llevan un estilo de vida diferente; tienen un trabajo y han logrado obtener otros beneficios.

Tal como lo mencionan Geldstein, Infesta, Delpino, Prece (1996 citado en Climent, 2009) y Dorfman (1992 citado en Climent, 2009); la madre tiene un papel central en la socialización de las hijas, principalmente en el área de la sexualidad y el género, transmitiendo pautas y valores acerca de los comportamientos aceptados como apropiados para las mujeres: trabajo doméstico y extradoméstico, anticoncepción, crianza de los hijos, atención de la familia, formas de relacionarse con las personas del sexo opuesto y poder en la pareja, entre otros. A través de procesos de identificación se da una reproducción intergeneracional de las expectativas y roles de género y los proyectos de vida. Si bien esto no implica una repetición automática del modelo materno y familiar, la madre, como figura internalizada, está presente en los proyectos de la hija ya sea como un modelo a ser evitado o a seguir.

Por ello es importante realizar estudios en los que se describa la importancia de los estilos parentales y aún más los maternos con el embarazo adolescente, por un lado como ya se mencionó, la primer variable ha tenido cambios importantes y sólo se considera la parte materna porque ha sido la más apegada a la crianza de los hijos entre otras responsabilidades y por consecuencia afecta de manera considerable en el comportamiento y decisiones de los adolescentes. Así mismo, al saber la relación existente entre dichas variables, se podrá identificar de qué manera se están llevando a cabo los estilos parentales y cómo afectan sus hijos para así crear programas de intervención, talleres, etc., que ayuden a la prevención de los embarazos durante la adolescencia.

Siendo así, se realizó una investigación haciendo la siguiente pregunta: ¿Cuál es el estilo parental más utilizado por los padres de familia de madres adolescentes en el Centro de Desarrollo Comunitario Milpa Alta?

Objetivos de investigación

Objetivo general

Describir los estilos parentales practicados por los padres de familia de madres adolescentes en el Centro de Desarrollo Comunitario Milpa Alta.

Objetivos específicos

1. Conocer cuál es el estilo parental predominante en los padres de familia de madres adolescentes en el Centro de Desarrollo Comunitario Milpa Alta.
2. Conocer quién ha estado a cargo de la crianza en las adolescentes (madre, padre, ambos, abuelos, etc.) en el Centro de Desarrollo Comunitario Milpa Alta.
3. Conocer la edad más frecuente de los embarazos adolescentes en el Centro de Desarrollo Comunitario Milpa Alta.
4. Conocer si las adolescentes en el Centro de Desarrollo Comunitario Milpa Alta actualmente son madres solteras y con quién viven.
5. Conocer si las adolescentes en el Centro de Desarrollo Comunitario Milpa Alta sólo tuvieron un embarazo y si éste fue planeado.
6. Conocer la causa del embarazo de las adolescentes en el Centro de Desarrollo Comunitario Milpa Alta.

Hipótesis de investigación

Hipótesis

Los estilos parentales practicados por los padres de familia de madres adolescentes en el Centro de Desarrollo Comunitario Milpa Alta son Autoritario, permisivo-negligente y democrático; siendo el estilo parental Autoritario el más predominante y el estilo parental Democrático el menos predominante.

Variables de investigación

1. Variable dependiente: Estilos Parentales

Definición conceptual: Comellas (2003 citado en Capano y Ubach, 2013) define los estilos educativos como a la forma de actuar, derivada de unos criterios, y que identifica las respuestas que los adultos dan a sus hijos ante cualquier situación cotidiana, toma de decisiones o actuaciones. Los tres tipos de estilos parentales propuestos por Baumrind (1966 citado en Capano y Ubach, 2013) son: Democrático, Autoritario y Permisivo.

Definición operacional: Se midió a través de la respuesta emitida por los participantes, en el Cuestionario de Dimensiones y Estilos de Crianza con escala Likert.

2. Variable independiente: Embarazo Adolescente

Definición conceptual: Para Ruoti (1994 citado en León et al., 2008) el embarazo adolescente es la gestación en mujeres cuyo rango de edad se considera adolescente (entre 10 y 19 años), independiente de su edad ginecológica, es decir independiente de la diferencia entre su edad cronológica y la edad de la menarquía.

Método

Diseño

Se realizó un estudio cuantitativo con un diseño no experimental, transversal, descriptivo.

Participantes

Se evaluaron 30 personas; madre, padre o tutor de mujeres que se embarazaron entre los **10 y 19** años. Se utilizó un muestreo no probabilístico de conveniencia (Hernández, 2010).

Criterios de inclusión:

- Que la mujer haya tenido un embarazo entre los 10 y 19 años.

Criterios de exclusión:

- Que las hijas sean menores de 10 años.
- Que su embarazo haya sido antes de los 10 años ó después de los 19 años.

Criterios de no inclusión:

- Que el cuestionario no se responda por completo.

Instrumentos

PSDQ, Cuestionario de Dimensiones y Estilos de Crianza, validado por Velásquez y Villouta (2013) del PSDQ, Parenting Styles and Dimensions Questionnaire. Robinson y cols. (1995).

El cuestionario está compuesto por 62 ítems, los cuales se encuentran organizados en las tres dimensiones o escalas principales, correspondientes al estilo democrático, autoritario y permisivo-negligente, con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1= Nunca; 2= De vez en cuando; 3= Casi la mitad del tiempo; 4= Muy seguido y 5= Siempre) (Robinson y cols., 1995 citado en Velásquez y Villouta, 2013).

La escala autoritativa está compuesta por 27 ítems y la conforman las subescalas de: Cariño y participación (11 ítems), Razonamiento/Iniciación (7 ítems), Participación Democrática (5 ítems)

y Relajado/Tranquilo (4 ítems). Por su parte, la escala autoritaria la constituyen 20 ítems, y sus respectivas subescalas son: Hostilidad Verbal (4 ítems), Castigo Corporal (6 ítems), Estrategias Punitivas y sin Razón (6 ítems) y Directividad Autoritaria (4 ítems). Finalmente, la escala permisiva-negligente contiene 15 ítems, y sus subescalas: Falta de seguimiento (6 ítems), Ignorar el mal comportamiento (4 ítems) y Confianza en sí mismo (5 ítems) (Robinson y cols., 1995 citado en Velásquez y Villouta, 2013).

La consistencia interna del instrumento fue evaluada a través del coeficiente Alfa de Cronbach, y las medidas arrojadas para cada dimensión o escala son las siguientes: Escala Democrática, 0,91; Escala Autoritaria, 0,86; y Escala Permisiva-negligente, 0,75 (Robinson y cols., 1995 citado en Velásquez y Villouta, 2013).

Procedimiento

Se solicitó autorización para ingresar al Centro de Desarrollo Comunitario (CDC) Milpa Alta para aplicar el instrumento a la madre, padre o tutor de las mujeres que acudieron a dicha institución. La aplicación del instrumento se realizó en una sola sesión por cada participante y el Centro proporcionó un espacio durante el tiempo requerido para aplicación de los 30 cuestionarios. A las mujeres que acudieron al CDC se les explicó el motivo por el cual se acudió a la institución y se les preguntó a qué edad fue su primer embarazo, esto con la finalidad de cumplir con el criterio de inclusión (haber tenido un embarazo entre los 10 y 19 años).

Una vez cumpliendo esto, a la madre de la adolescente se le explicó que para responder el cuestionario se requería de veinte minutos aproximadamente y se explicó cómo responder a cada ítem.

Al concluir la aplicación de todos los cuestionarios, se realizó un análisis estadístico descriptivo de los estilos parentales y las variables sociodemográficas de la muestra del estudio haciendo uso del programa SPSS V20 con los datos obtenidos.

Consideraciones éticas

Para llevar a cabo la presente investigación y con la finalidad de cumplir con los principios éticos se consultó la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2013). Los principios aplicados fueron los siguientes:

Riesgos, Costos y Beneficios: El objetivo de la investigación no generó costos ni riesgos a los participantes.

Privacidad y Confidencialidad: La información personal de cada participante fue resguardada y consultada por la investigadora y profesionales externos únicamente al momento de analizar los datos.

Consentimiento informado: A los participantes se le entregó un consentimiento informado en el que se expuso la confidencialidad de sus respuestas y su participación voluntaria.

Resultados

De los 30 padres de familia evaluados, 27 de quienes respondieron el cuestionario fueron las madres y 15 de ellas presentan una escolaridad de secundaria o equivalente completa (tres grados aprobados de secundaria o estudios técnicos o comerciales con primaria terminada) (Tabla 1).

Tabla 1
Persona que respondió el cuestionario y Escolaridad

Quién respondió el cuestionario		Escolaridad	
	% (n)		% (n)
Madre	90 (27)	Primaria incompleta	13.3 (4)
Padre	0 (0)	Primaria completa	3.3 (1)
Otro	10 (3)	Secundaria o equivalente incompleta	10 (3)
Total	100 (30)	Secundaria o equivalente completa	50 (15)
		Media superior	23.3 (7)
		Total	100 (30)

Respecto a la ocupación, 18 de las madres se dedican al hogar y también son casadas (Tabla 2).

Cabe mencionar que ningún cuestionario fue respondido por el padre.

Tabla 2
Ocupación y Estado Civil

Ocupación	Estado civil	
	% (n)	% (n)
Hogar	60 (18)	Soltero(a) 10 (3)
Funcionarios directores y jefes	6.7 (2)	Casado(a) 60 (18)
Profesionistas y técnicos	6.7 (2)	Unión libre 20 (6)
Trabajadores auxiliares en actividades administrativas	6.7 (2)	Divorciado(a) 3.3 (1)
Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas	13.3 (4)	Viudo(a) 6.7 (2)
Trabajadores en servicios personales y vigilancia	3.3 (1)	Total 100 (30)
Trabajadores en actividades elementales y de apoyo	3.3 (1)	
Total	100 (30)	

De quienes respondieron el cuestionario, 20 revelaron que la crianza en sus hijas fue por ambos padres (Tabla 3).

Tabla 3
Crianza de la mujer que se embarazó durante su adolescencia

	% (n)
Materna	23.3 (7)
Paterna	0 (0)
Ambos	66.7 (20)
Abuelitos	3.3 (1)
Otro	6.7 (2)
Total	100 (30)

La escolaridad que presentan 20 de las mujeres que se embarazaron durante su adolescencia es de secundaria o equivalente completa (tres grados aprobados de secundaria o estudios técnicos o comerciales con primaria terminada) y media superior (uno o más grados aprobados de bachillerato o estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada), también 16 de ellas siguieron solteras aún después de tener a su hijo (Tabla 4).

Tabla 4
Escolaridad y Estado Civil

Escolaridad		Estado civil	
	% (n)		% (n)
Primaria incompleta	3.3 (1)	Soltera	53.3 (16)
Secundaria o equivalente incompleta	20 (6)	Casada	6.7 (2)
Secundaria o equivalente completa	33.3 (10)	Unión libre	40 (12)
Media superior	33.3 (10)	Total	100 (30)
Superior	10 (3)		
Total	100 (30)		

La ocupación que presentan 20 de las mujeres que se embarazaron durante su adolescencia es al hogar (Tabla 5), 24 de ellas tienen hermanos y 15 ocupan el 1er lugar entre ellos (Tabla 6).

Tabla 5
Ocupación

	% (n)
Hogar	66.7 (20)
Trabajadores auxiliares en actividades administrativas	3.3 (1)
Trabajadores en actividades elementales y de apoyo	3.3 (1)
Estudiante	20 (6)
999	6.7 (2)
Total	100 (30)

Tabla 6
Lugar que ocupa entre sus hermanos

¿Tiene hermanos?		¿Qué lugar ocupa entre sus hermanos?	
	% (n)		% (n)
Si	80 (24)	1	50 (15)
No	20 (6)	2	20 (6)
Tot	100 (30)	3	23.3 (7)
al		4	3.3 (1)
		5	3.3 (1)
		Total	100 (30)

Por otro lado, la mitad de las mujeres (15) sólo tuvo 1 embarazo que en su mayoría no fue planeado, 12 mujeres tuvieron 1 embarazo más, es decir, se embarazaron en 2 ocasiones y 3 mujeres tuvieron 2 embarazos más, es decir, se embarazaron en 3 ocasiones (Figura 3).

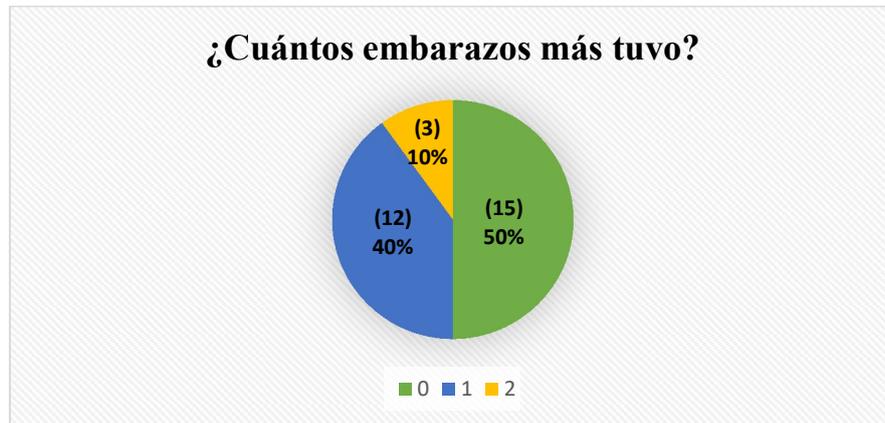


Figura 3. ¿Cuántos embarazos más tuvo?

Respecto a la causa del embarazo adolescente, 21 mujeres manifestaron que sus hijas tuvieron relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos por decisión propia, 8 mujeres manifestaron en sus hijas falta de información sobre los métodos anticonceptivos o uso incorrecto de ellos y 1 mujer manifestó que su hija tuvo relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos por presión de la pareja (Figura 4). Cabe mencionar que ningún embarazo fue causado por consumo de drogas o alcohol ni violación. La edad promedio de su embarazo fue de 16.5 años.

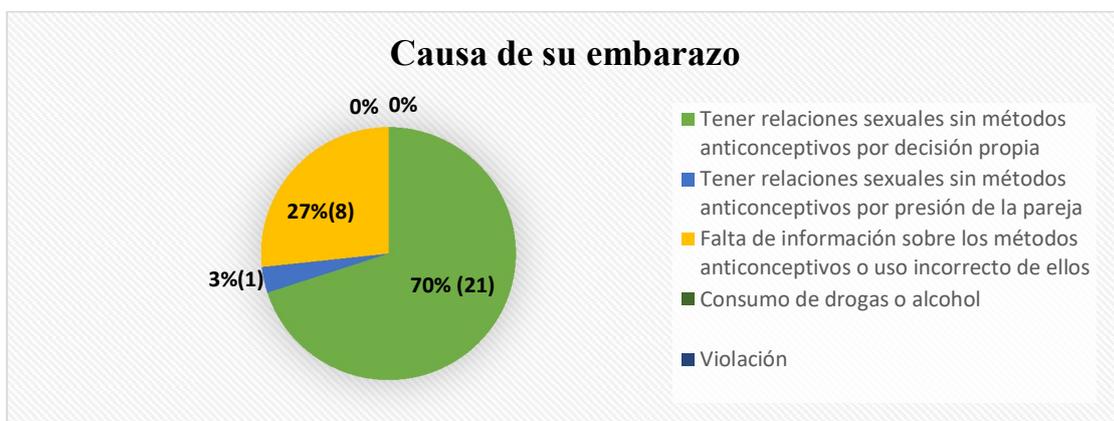


Figura 4. Causa de su embarazo.

El estilo parental que predominó entre quienes respondieron el cuestionario fue el Democrático con una media de 103.5 y una desviación típica de 25.424 (Figura 5); el estilo parental menos predominante fue el permisivo negligente de acuerdo con la percepción de los padres.

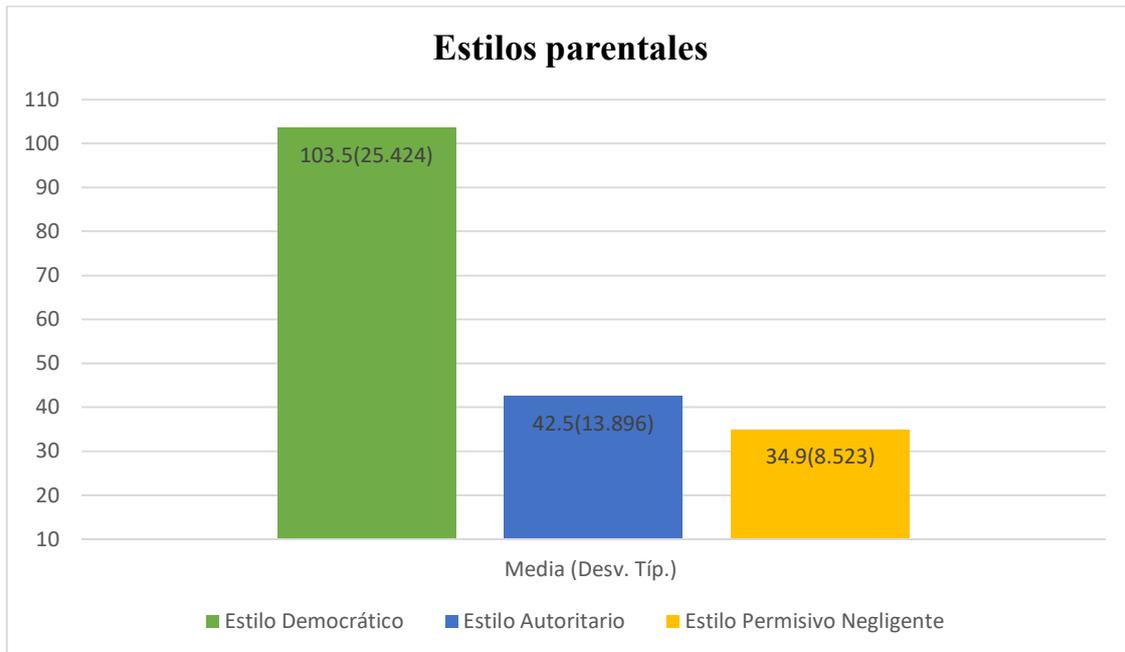


Figura 5. Estilos parentales.

Además del análisis descriptivo se realizó una prueba de correlación de Pearson con el objetivo de observar la relación existente entre los estilos parentales y los datos sociodemográficos de quien respondió el cuestionario. Así pues, se encontró una correlación estadísticamente significativa ($p=.002$) entre la escolaridad de la madre y el estilo parental Autoritario e inversamente proporcional ($r= -.534$), es decir, al practicarse más un estilo parental Autoritario, existe una mayor probabilidad de que se tenga menor escolaridad.

Discusión

Como se planteó en un inicio, el objetivo de la presente investigación fue describir los estilos parentales en padres de familia de madres adolescentes.

En los resultados se obtuvo que el estilo parental democrático predominó entre quienes respondieron el cuestionario y el estilo parental menos predominante fue el permisivo negligente de acuerdo con la percepción de los padres. A diferencia de lo encontrado en otras investigaciones (Salazar, Ávila & Bernal, 2017), en las que se indica que la negligencia emocional paterna puede convertirse en una práctica que favorece el embarazo adolescente, es decir, las madres adolescentes consideran que esta negligencia se basa en el hecho de una baja supervisión por parte del padre frente al tema de amigos, noviazgo y conversaciones acerca de sexualidad.

La escolaridad que presentó la mayoría de las mujeres que se embarazaron durante su adolescencia es de secundaria o equivalente completa (tres grados aprobados de secundaria o estudios técnicos o comerciales con primaria terminada) y media superior (uno o más grados aprobados de bachillerato o estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada). Esto difiere con la teoría tal como lo menciona Angulo, Marín y Henríquez (2013) en un estudio descriptivo retrospectivo llevado a cabo en Medellín, Colombia en el que se obtuvo que la mayoría de las adolescentes embarazadas no concluyeron sus estudios secundarios. Respecto a la ocupación de las madres, concuerda con la teoría ya que la mayoría se dedica al hogar.

También se encontró que más de la mitad de las adolescentes buscó embarazarse, contrario a lo encontrado en la presente investigación ya que del total de la muestra sólo la mitad planeó su embarazo.

Por otro lado, la literatura señala que entre las causas más frecuentes de los embarazos adolescentes en México se encuentra una sobre valoración de la maternidad considerando como

normatividad el matrimonio a edades tempranas y el establecimiento del rol de género que tradicionalmente se le asigna a la mujer en áreas rurales (Loredo et al., 2017). Milpa Alta es un lugar apartado del centro de la Ciudad de México, por lo que podría ser considerado como un área rural y con dicha causa en los embarazos adolescentes.

En México la educación sexual, principalmente sobre métodos anticonceptivos es insuficiente (en el hogar y en los servicios de salud) y/o no se tiene fácil acceso para su adquisición (Mendoza, Claros & Peñaranda, 2016). Por lo que es importante que se adecúen los programas del gobierno capitalino sobre educación sexual en zonas de alta marginalidad como Milpa Alta (Al instante, 2017).

En cuanto a la búsqueda de instituciones para aplicar el instrumento, se obtuvo un fácil acceso a ellas, sin embargo, la población requerida para la investigación no se tenía al alcance. Al haber encontrado el CDC Milpa Alta en el que se llevó a cabo la aplicación, existieron limitaciones como que las adolescentes acudían solas y se les entregó el cuestionario para que sus padres pudieran resolverlo pero no regresaron a entregarlo. Por tanto se decidió aplicar el cuestionario únicamente a las adolescentes que acudieran al CDC con su madre, padre, ambos o tutor.

A pesar de haber algunas coincidencias de los resultados obtenidos con la teoría, llama la atención que se haya presentado un estilo parental democrático entre los padres de las adolescentes embarazadas; una de las limitaciones al respecto es que se utilizó un instrumento de autoreporte, el cual sólo se aplicó a las madres de familia y en algunos casos a tutores.

En próximas investigaciones se sugiere que se tome en cuenta la percepción de las adolescentes respecto a los estilos parentales practicados por sus padres para hacer más objetiva la evaluación y también realizar evaluaciones cualitativas para conocer a profundidad las posibles causas del embarazo adolescente, asimismo considerar a los padres adolescentes ya que al igual que la madre,

aún no completan su desarrollo y el embarazo también conlleva consecuencias para ellos y sus familias.

En cuanto a la prevención del embarazo adolescente se sugiere diseñar programas dirigidos a la concientización de las consecuencias de la problemática en la madre y el bebé, tal como se describió en ésta investigación. Igualmente es necesario diseñar programas dirigidos a los adolescentes y al mismo tiempo a sus padres sobre los métodos anticonceptivos, no sólo proporcionarles la información al respecto, sino enseñarles cómo se utiliza cada uno de ellos con sus efectos para que posteriormente puedan decidirse por el que más les convenga. Además incluir en el hogar y en las escuelas una educación sexual desde una edad temprana para que de esta manera deje de ser considerado un tabú. Generar talleres y pláticas en donde se les fomente una buena comunicación familiar y confianza entre padres e hijos para evitar situaciones como un embarazo adolescente y conductas de cualquier otra índole que pudieran afectar tanto su desarrollo como su proyecto de vida.

Conclusiones

A manera de conclusión, se puede destacar, en primer lugar el cumplimiento del objetivo principal de esta investigación que fue describir los estilos parentales en padres de familia de madres adolescentes en el Centro de Desarrollo Comunitario Milpa Alta.

Por un lado los estilos parentales es un tema que se ha estudiado para establecer su definición y características correspondientes a cada uno o bien para relacionarlos con otros temas y conocer la influencia que tienen, pues dentro de ello se habla de diversas definiciones en las que se tienen perspectivas diferentes o bien complementarias, los padres de familia se han dado a la tarea de educar a sus hijos con la finalidad de otorgarles las herramientas necesarias para su vida haciéndolo de la mejor manera posible de acuerdo con lo que ellos consideran adecuado.

En un inicio se planteó la hipótesis de que los padres de familia de madres adolescentes llevan a la práctica un estilo parental Autoritario, la cual ha sido rechazada al obtener como resultado que los padres de familia llevan a la práctica un estilo parental Democrático.

Por lo que se puede decir que los estilos parentales si bien juegan un papel importante dentro del embarazo adolescente, en el Centro de Desarrollo Comunitario Milpa Alta no es la causa con mayor peso ya que el estilo Democrático ha sido considerado el más apropiado y el que aporta más consecuencias positivas en los hijos y en su proyecto de vida.

Por tanto se tiene que focalizar la atención en otras causas en las que el Sector Salud toma un papel mucho más importante y de ahí partir para llevar a cabo planes de intervención y educación en el área de sexualidad para las / los adolescentes y padres de familia para concientizar, informar y prevenir embarazos adolescentes no deseados y evitar las consecuencias negativas que se describieron en la presente investigación.

Referencias

- Acosta M. & Cárdenas V. (2012). El embarazo en adolescentes. Factores socioculturales. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 50(4), 371-374.
- Aguirre B. A. (1994). Psicología de la adolescencia. Colombia: Alfaomega marcombo.
- Al instante (25 de Octubre de 2017). Aumentan embarazos en edad temprana en zonas rurales de la CDMX. Al instante. Recuperado de <http://www.aldf.gob.mx/comsoc-aumentan-embarazos-edad-temprana-zonas-rurales-cdmx--35730.html>
- Angulo C., Marín E. y Henríquez G. (2013). Embarazo adolescente, un cambio de hábitos y comportamientos?. Revista CES Salud Pública, 4 (2), pp. 84-91.
- Arango I. (2008). Sexualidad humana. México: Editorial Manual Moderno.
- Abreu R., Reyes O., García G., León M. y Naranjo M. (2008). Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Gaceta Médica Espirituana, 10(2).
- Banda O., Medrano M., Ibarra C., Vázquez M. & Vázquez G. (2010). Conducta sexual y riesgo de embarazo temprano en adolescentes de Cd. Victoria, Tamaulipas. Enfermería Universitaria, 7(1).
- Barrantes R. I. & Araya V. E. (2002). Apuntes sobre sexualidad, erotismo y amor. Revista de las Sedes Regionales, 3(4), 73-82.
- Bernal E. (2012). Embarazo adolescente. Complicaciones y factores de riesgo: Centro de Salud Barrio México. Enero-Junio 2011. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Burroughs A. & Leifer G. (2002). Enfermería Maternoinfantil. México: McGraw Hill Interamericana.

- Capano B. A., González T. M. y Massonier N. (2016). Estilos relacionales parentales: estudio con adolescentes y sus padres. Universidad Católica del Uruguay. Revista de Psicología, 34(2). doi: 10.18800/psico.201602.008
- Capano B. A. y Ubach A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. Ciencias Psicológicas, 7 (1). Universidad Católica de Uruguay, Montevideo.
- Caricote E. A. (2009). La salud sexual en la adolescencia tardía. Educere, 13 (45).
- Casanueva C. N. (2017). Adaptación psicosocial al embarazo en la adolescencia. Un programa de intervención. Universidad de Extremadura. Departamento de Psicología y Antropología.
- Climent G. I. (2009). Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. Revista Argentina de Sociología, 7(13).
- Cuídate plus (2018). Pubertad. Unidad Editorial Revistas, S.L.U. Recuperado de <http://www.cuidateplus.com/familia/adolescencia/diccionario/pubertad.html?token=80b80342f8fb40769ff1b71648b80496>
- Declaración de Helsinki (2013). Recuperado de <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
- Díaz R. C. & González R. M. (2014). Conductas problema en adolescentes en la Ciudad de Monterrey, México. Enfermería Global, 13(33).
- Dulanto E. (2000). El adolescente. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores.
- Egremy M. G. & López L. F. (2013). Salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes: Habilidades para la vida. 2ª ed. México: Karuna, Salud y Desarrollo.

- Embarazo adolescente y madres jóvenes en México (2012). Secretaría de Educación Pública, México.
- Feher G. (2002). Enfermería materno-infantil (Traducido al español de Maternity Nursing: An introductory text). México: McGraw Hill Interamericana.
- Fuentes M. (02 de Octubre del 2018). México social: embarazo en jóvenes. Excelsior. Recuperado de <https://www.excelsior.com.mx/nacional/mexico-social-embarazo-en-jovenes/1268842>
- Gaete M. (2015). Desarrollo Psicosocial del Adolescente. Revista Chilena de Pediatría, 86(6), 436-443. doi: 10.1016/j.rchipe.2015.07.005
- Gallego H. A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, (35), 326-345.
- Gómez M., Aldana E., Carreño J. & Sánchez C. (2006). Alteraciones psicológicas en la mujer embarazada. Psicología Iberoamericana, 14(2), 28-35.
- Gotwald W. & Holtz G. G. (1983). Sexualidad, la experiencia humana. México: El Manual Moderno.
- Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala (s.f.). Recuperado de https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala&Itemid=518
- Güemes H., Ceñal G. & Hidalgo V. (2017). Pubertad y adolescencia. *Adolescere*. V (1), 7-22.
- Gutiérrez C. R., Díaz O. Y. & Román R. R. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum*, 23(3). Universidad Autónoma del Estado de México.

- Hernández L. (18 de marzo de 2018). Inician vida sexual entre 12 y 15 años. Excelsior. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2015/01/18/1003289>
- Hernández R., Fernández C. y Baptista P. (2010). Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill.
- Horrocks J. E., Psicología de la adolescencia (1984) (reimpresión 2008). México: Trillas.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). Estadísticas a propósito del día de la madre (10 de Mayo). Aguascalientes.
- León P., Minassian M., Borgoño R. & Bustamante F. (2008). Embarazo adolescente. Revista Pediátrica Electrónica, 5(1).
- Loredo A., Vargas E., Casas A., González J. & Gutiérrez C. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 55(2), 223-229.
- Maldonado M., Saucedo J. & Lartigue (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. Perinatol Reprod Hum, 22(1), 5-14.
- Mancilla J. (2012). Embarazo en adolescentes. Vidas en riesgo. Perinatología y Reproducción Humana, 26(1).
- Marín L. & Villafañe A. (2006). La relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 9(3).
- Marín D., Bullones M., Carmona F., Carretero M., Moreno M. & Peñacoba C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. Nure Investigación (37).

- Mckinney J., Fitzgerald H. & Strommen E. (2000). *Psicología del Desarrollo*. México: El manual moderno.
- Mendoza L., Arias M., Pedroza M., Micolta P., Ramírez A., Cáceres C., López D., Núñez A. y Acuña M. (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(4), 271-279. doi: 10.4067/S0717-75262012000400006
- Mendoza L., Claros D. & Peñaranda C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(3). doi: 10.4067/S0717-75262016000300012
- Menéndez G., Navas I., Hidalgo Y. & Espert J. (2012). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3).
- Merino G. C. (2015). *Perfiles educativos. Identidad y plan de vida en la adolescencia media y tardía*. Centro de Estudios sobre la Universidad / UNAM.
- Moldenhauer N. & Ortega M. (2004). *Adolescencia y sexualidad*. Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Universidad Austral de Chile.
- Mora A. & Hernández M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83(5).
- Núñez G., & Ayala D. (2012). Embarazo adolescente en el noroeste de México: entre la tradición y la modernidad. *Culturales*, 8(15).
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

- Organización Mundial de la Salud (2015). Género. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/>
- Ortiz Z. M. y Moreno A. O. (2016). Estilos parentales: Implicaciones sobre el rendimiento escolar en alumnos de educación media. Psicología SUAED, UNAM. FES Iztacala.
- Ossa C. C., Navarrete A. L. y Jiménez F. A. (2014). Estilos parentales y calidad de vida familiar en padres y madres de adolescentes de un establecimiento educacional de la ciudad de Chillán (Chile). *Investigación & Desarrollo*, 22(1).
- Otero E. & Tamayo J. (2015). Embarazo, parto y puerperio. Guías de Psicología y Salud. Jaén: Formación Alcalá.
- Papalia D. E., Wendkos O. S. & Duskin F. R. (2001). Psicología del desarrollo. 8ª ed. Colombia: Mc Graw Hill.
- Powell M. (Segunda reimpresión). (1981). La Psicología de la Adolescencia. Distrito Federal, México: Fondo de Cultura Económica.
- Quintero R. A., Rojas B. H. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*, (44). Medellín Colombia.
- Ramírez M. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: Prácticas de crianza. *Estudios pedagógicos* XXXI, (2). Universidad de Granada.
- Rionda L., Foucher M. y Villafañe G. A. (2006). La relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9(3). Universidad iberoamericana, Ciudad de México.

- Salazar A., Ávila V. y Bernal C. (2017). Negligencia del padre: una práctica que puede llevar al embarazo adolescente. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 9 (1), pp. 51-75.
doi: <http://dx.doi.org/10.21501>
- Sánchez A. A. (2008). Niños y adolescentes difíciles. Evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención. Alcalá La Real, España: Formación Alcalá.
- Stern C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, 10(39).
- Torío L. S., Peña C. V. y Inda C. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*, 20 (1).
Universidad de Oviedo. Oviedo, España.
- Torres A. (2018). Las 3 etapas de la adolescencia. *Psicología y Mente*. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/desarrollo/etapas-adolescencia>
- Ulanowicz M., Parra K. & Wendler G. (2006). Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, (53).
- Vallejo C. A. y Mazadiego I. T. (2006). Familia y rendimiento académico. *Revista de Educación y Desarrollo*. Universidad Veracruzana, Zona Poza Rica, Tuxpa.
- Vargas T. E., Henao J. & González C. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 49-63.
- Velázquez B. P. y Villouta G.A. (2013). Adaptación y Validación del “Parenting Styles and Dimensions Questionnaire” (PSDQ) (Cuestionario de Dimensiones y Estilos de Crianza) de Robinson y cols. (1995), en padres/madres de niños/as que cursan el nivel preescolar y básico en un grupo de establecimientos municipales de la ciudad de Chillán. Universidad del Bío-Bío. Red de Bibliotecas, Chile.

Welti C. C. (2000). Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México. Papeles de población, 6(26).

Welti C. C. (2005). Inicio de la vida sexual y reproductiva. Universidad Autónoma del Estado de México, 11(45), 143-176.

Anexos

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Yo _____ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de _____ (madre, padre, tutor /a de este).

DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE:

1. Se me ha informado de las condiciones bajo las cuales se me aplicará el Cuestionario de Dimensión y Estilos de Crianza (objetivo de la investigación, tiempo requerido, participación voluntaria, etc.), por lo que doy mi consentimiento para que las respuestas de dicho cuestionario que me involucran a mi y/o a los miembros de mi familia sean analizadas por la responsable y profesionales externos.
2. Asimismo, doy mi consentimiento para que los datos proporcionados en el cuestionario sean utilizados por la responsable con fines de investigación de carácter científico y profesional.
3. Entiendo que la información contenida en cada caso será utilizada por la responsable de manera confidencial y ética.
4. Entiendo que mi consentimiento es voluntario, y que puedo retirar mi participación en cualquier momento.

Nombre y firma del padre / madre / tutor:

Nombre y firma del profesional:

Fecha:

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de la frecuencia y el modo en que usted actúa con su hija adolescente. Le pido su colaboración respondiendo con la mayor sinceridad posible. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia experiencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir con una investigación para describir los estilos parentales en padres de familia de madres adolescentes. Asegúrese de no dejar ningún reactivo sin contestar.

Datos del tutor de la adolescente

1. ¿Quién contesta este cuestionario?

Madre ___ Padre ___ Otro ___

2. Edad. _____

3. ¿Cuál es su domicilio?(Colonia y delegación) _____

4. Escolaridad.

Sin instrucción (cero grados aprobados) ___

Primaria incompleta (algún grado aprobado entre uno y cinco) ___

Primaria completa (seis grados aprobados) ___

Secundaria o equivalente incompleta (uno o dos grados aprobados de secundaria o de estudios técnicos o comerciales con primaria terminada) ___

Secundaria o equivalente completa (tres grados aprobados de secundaria o de estudios técnicos o comerciales con primaria terminada) ___

Media superior (uno o más grados aprobados de bachillerato o de estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada) ___

Superior (uno o más grados aprobado de licenciatura o de estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada y de posgrado) ___

5. Ocupación _____

Funcionarios directores y jefes ___

Profesionistas y técnicos ___

Trabajadores auxiliares en actividades administrativas ___

Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas ___

Trabajadores en servicios personales y vigilancia ___

Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca ___

Trabajadores artesanales ___

Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte ___

Trabajadores en actividades elementales y de apoyo ___

6. Estado civil.

Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Unión libre ___ Divorciado(a)

___ Viudo(a) ___

7. La crianza en la adolescente es (puede marcar más de una opción):

Materna ___ Paterna ___ Ambos ___ Abuelitos

___ Otro ___

Datos de la adolescente

1. Edad. _____

2. Escolaridad.

Sin instrucción (cero grados aprobados) _____
Primaria incompleta (algún grado aprobado entre uno y cinco)

Primaria completa (seis grados aprobados) _____
Secundaria o equivalente incompleta (uno o dos grados aprobados de secundaria o de estudios técnicos o comerciales con primaria terminada) _____
Secundaria o equivalente completa (tres grados aprobados de secundaria o de estudios técnicos o comerciales con primaria terminada) _____
Media superior (uno o más grados aprobados de bachillerato o de estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada) _____
Superior (uno o más grados aprobado de licenciatura o de estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada y de posgrado) _____

3. Estado civil.

Soltera _____ Casada _____ Unión libre _____
Divorciada _____ Viuda _____

4. ¿Con quiénes vive? _____

5. ¿Tiene hermanos(as)? _____ ¿Qué lugar ocupa entre ellos? _____ Hija única _____

6. ¿A qué edad se embarazó? _____

7. ¿Ha sido el único embarazo? Si _____ No _____
¿Cuántos más? _____

8. ¿Fue un embarazo planeado?(Se responderá de acuerdo al primer embarazo) Si _____ No _____

9. Causa de su embarazo

Tener de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos por decisión propia _____

Tener de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos por presión de la pareja _____

Falta de información sobre los métodos anticonceptivos o uso incorrecto de ellos _____

Consumo de drogas o alcohol _____

Violación _____

Otro _____

PSDQ (Cuestionario de Dimensión y Estilos de Crianza)

Por favor, lea cada frase del cuestionario y piense: con qué frecuencia usted actúa de este modo. Posteriormente marque la opción de su preferencia.

1	Animo a mi hija a hablar sobre sus problemas.	1	2	3	4	5
2	Disciplino a mi hija con castigos más que por la razón.	1	2	3	4	5
3	Conozco los nombres de los/as amigos/as de mi hija.	1	2	3	4	5
4	Considero que es difícil disciplinar a mi hija.	1	2	3	4	5
5	Felicito a mi hija cuando se porta bien.	1	2	3	4	5
6	Le pego en las nalgas a mi hija cuando es desobediente.	1	2	3	4	5
7	Bromeo y juego con mi hija.	1	2	3	4	5
8	Evito regañar y/o criticar a mi hija, aun cuando no se comporta de la forma que deseo.	1	2	3	4	5
9	Soy cariñoso/a cuando mi hija se encuentra herida o frustrada.	1	2	3	4	5
10	Castigo a mi hija quitándole privilegios sin darle explicaciones.	1	2	3	4	5
11	Consiento a mi hija.	1	2	3	4	5
12	Apoyo y entiendo a mi hija cuando está enojada, molesta.	1	2	3	4	5
13	Le grito a mi hija cuando se porta mal.	1	2	3	4	5
14	Me comporto de forma tranquila y relajada con mi hija.	1	2	3	4	5
15	Permito que mi hija moleste a otras personas.	1	2	3	4	5
16	Comunico a mi hija lo que espero de ella con respecto a su comportamiento antes de realizar una actividad.	1	2	3	4	5
17	Regaño y critico a mi hija para lograr que mejore.	1	2	3	4	5
18	Muestro paciencia con mi hija.	1	2	3	4	5
19	Aprieto con fuerza a mi hija cuando está siendo desobediente.	1	2	3	4	5
20	Doy castigos a mi hija y después no los llevo a cabo.	1	2	3	4	5
21	Respondo a los sentimientos y necesidades de mi hija.	1	2	3	4	5

22	Permito que mi hija dé su opinión con respecto a las reglas familiares.	1	2	3	4	5
23	Discuto o regaño con mi hija.	1	2	3	4	5
24	Tengo confianza en mis habilidades para criar a mi hija.	1	2	3	4	5
25	Explico a mi hija las razones por las cuales las reglas deben ser obedecidas.	1	2	3	4	5
26	Parezco estar más preocupada/o de mis propios sentimientos que de los sentimientos de mi hija.	1	2	3	4	5
27	Le digo a mi hija que valoro sus intentos y sus logros.	1	2	3	4	5
28	Castigo a mi hija dejándola sola en alguna parte sin darle antes una explicación.	1	2	3	4	5
29	Ayudo a mi hija a entender el efecto de su comportamiento, animándola a hablar de las consecuencias de sus acciones.	1	2	3	4	5
30	Temo que disciplinar a mi hija cuando se porte mal hará que no me quiera.	1	2	3	4	5
31	Considero los deseos de mi hija antes de decirle que haga algo.	1	2	3	4	5
32	Me enojo con mi hija.	1	2	3	4	5
33	Conozco los problemas o preocupaciones de mi hija en la escuela.	1	2	3	4	5
34	Amenazo con castigar a mi hija frecuentemente en vez de hacerlo de verdad.	1	2	3	4	5
35	Le muestro cariño a mi hija con besos y abrazos.	1	2	3	4	5
36	No tomo en cuenta la mala conducta de mi hija.	1	2	3	4	5
37	Uso el castigo físico con mi hija como una forma de disciplina.	1	2	3	4	5
38	Disciplino a mi hija luego de alguna mala conducta.	1	2	3	4	5

(1) Nunca (2) De vez en cuando (3) Casi la mitad del tiempo (4) Muy seguido (5) Siempre

39	Me disculpo con mi hija cuando me equivoco en su crianza.	1	2	3	4	5
40	Le digo a mi hija qué hacer.	1	2	3	4	5
41	Cedo cuando mi hija hace un escándalo por algo.	1	2	3	4	5
42	Converso con mi hija cuando se porta mal.	1	2	3	4	5
43	Le pego una cachetada a mi hija cuando se porta mal.	1	2	3	4	5
44	No estoy de acuerdo con mi hija.	1	2	3	4	5
45	Permito que mi hija interrumpa a los demás.	1	2	3	4	5
46	Comparto momentos agradables y cariñosos con mi hija.	1	2	3	4	5
47	Cuando dos niños/as se están peleando, primero los/as castigo y después les pregunto por qué lo hicieron.	1	2	3	4	5
48	Motivo a mi hija para que se exprese libremente, incluso cuando no esté de acuerdo conmigo.	1	2	3	4	5
49	Le ofrezco recompensas a mi hija para que cumpla con lo que le pido.	1	2	3	4	5
50	Reto o critico a mi hija cuando su comportamiento no cumple con lo que espero de ella.	1	2	3	4	5
51	Soy respetuoso/a con las opiniones de mi hija motivándola para que las exprese.	1	2	3	4	5
52	Establezco reglas estrictas para mi hija.	1	2	3	4	5
53	Le explico a mi hija cómo me siento cuando se porta bien o mal.	1	2	3	4	5
54	Amenazo a mi hija con castigarla sin justificación alguna.	1	2	3	4	5
55	Considero las preferencias de mi hija cuando hacemos planes en familia.	1	2	3	4	5

56	Cuando mi hija pregunta por qué tiene que conformarse con algo, le digo: “porque yo lo digo”, o “porque soy tu padre/madre”.	1	2	3	4	5
57	Me muestro inseguro/a sobre cómo resolver los problemas de mala conducta de mi hija.	1	2	3	4	5
58	Le explico a mi hija las consecuencias de su comportamiento.	1	2	3	4	5
59	Le exijo a mi hija que haga determinadas cosas o actividades.	1	2	3	4	5
60	Conduzco la mala conducta de mi hija hacia una actividad más adecuada.	1	2	3	4	5
61	Tironeo a mi hija cuando desobedece.	1	2	3	4	5
62	Insisto en las razones o motivos de las reglas.	1	2	3	4	5

!!!Gracias por su participación!!!

(1) Nunca (2) De vez en cuando (3) Casi la mitad del tiempo (4) Muy seguido (5) Siempre