

# UCUENCA

## Universidad de Cuenca

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología

**Factores de riesgo psicosociales en adolescentes embarazadas, en instituciones educativas fiscales del Distrito de Educación 01D02, Cuenca Sur, en el periodo 2022-2023**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología


### **Autores:**

Gabriela Samantha Ordóñez Chacha

Nube Dayanna Urgilés Morales

### **Director:**

Xiomar del Rocío Ortiz Vivar

ORCID:  0000-0001-6099-3102

Cuenca, Ecuador

2023-10-16

## Resumen

El embarazo adolescente es una problemática cuyos índices en el contexto ecuatoriano son elevados. Además de las complicaciones de salud que pueden generarse debido a una maduración incompleta de las adolescentes a nivel físico, están también los factores de riesgo psicosociales que predisponen a problemas de salud mental. Entre ellos se encuentran, características sociodemográficas, baja autoestima, funcionalidad familiar percibida baja, y percepción de bajo apoyo social. El presente estudio tiene como objetivo describir los factores de riesgo psicosociales en adolescentes embarazadas de instituciones educativas fiscales del Distrito 01D02 del Ministerio de Educación, Cuenca Sur, en el periodo 2022-2023. Para ello se aplicó una ficha socioeconómica, el test APGAR familiar, la Escala de Autoestima de Rosenberg, y la Escala Multidimensional de Apoyo Social percibido. En esta investigación participaron 32 adolescentes embarazadas que fueron seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los resultados señalan que el 16% de ellas presenta baja autoestima, el 50% (N=16) percibe un grado de disfunción familiar bajo, medio o severo, y el apoyo social percibido se ubica en puntuaciones medias, siendo personas significativas ajenas a la familia o amigos la principal fuente del mismo. Se puede concluir que, para la muestra seleccionada el factor de riesgo con mayor impacto es la disfuncionalidad familiar que perciben, y esta varía según las características sociodemográficas de las participantes. Además, la autoestima y el apoyo social percibido presentan niveles medios en mayor medida, por lo que se puede deducir que no son factores de riesgo significativos para las participantes del estudio.

*Palabras clave:* embarazo adolescente, factores de riesgo, autoestima, funcionalidad familiar, apoyo social



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

**Repositorio Institucional:** <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

### Abstract

Adolescent pregnancy is a problem with high rates in the Ecuadorian context. In addition to the health complications that may arise due to incomplete physical maturation of adolescents, there are also psychosocial risk factors that predispose to mental health problems. Among them are sociodemographic characteristics, low self-esteem, low perceived family functionality, and perception of low social support. The present study aims to describe psychosocial risk factors in pregnant adolescents from public educational institutions of District 01D02 of the Ministry of Education, Cuenca Sur, in the period 2022-2023. For this purpose, a socioeconomic data sheet, the APGAR family test, the Rosenberg Self-Esteem Scale, and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support were applied. Thirty-two pregnant adolescents participated in this study and were selected by means of non-probabilistic convenience sampling. The results indicate that 16% of them have low self-esteem, 50% (N=16) perceive a low, medium or severe degree of family dysfunction, and the perceived social support is located in medium scores, being significant people outside the family or friends the main source of it. It can be concluded that, for the selected sample, the risk factor with the greatest impact is the perceived family dysfunctionality, which varies according to the sociodemographic characteristics of the participants. In addition, self-esteem and perceived social support present average levels to a greater extent, so it can be deduced that they are not significant risk factors for the study participants.

*Keywords:* adolescent pregnancy, risk factors, self-esteem, family functionality, social support



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

**Institutional Repository:** <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

## Índice de contenido

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Fundamentación teórica .....	7
Proceso metodológico .....	15
Enfoque y Alcance de Investigación.....	15
Participantes .....	15
Instrumentos .....	16
Procedimiento de la Investigación .....	17
Procesamiento de Datos.....	17
Aspectos Éticos.....	18
Presentación y análisis de resultados .....	19
Niveles de Autoestima.....	19
Autoestima según características sociodemográficas .....	20
Niveles de funcionalidad familiar percibida .....	21
Funcionalidad familiar percibida según variables sociodemográficas .....	22
Apoyo social percibido.....	24
Apoyo social percibido según variables sociodemográficas .....	25
Conclusiones.....	27
Recomendaciones .....	29
Anexo A. Ficha sociodemográfica.....	37
Anexo B. Cuestionario APGAR Familiar .....	38
Anexo C. Escala de Autoestima de Rosenberg.....	39
Anexo D. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido .....	40

## Índice de figuras

Figura 1: Autoestima en las adolescentes embarazadas.....	19
Figura 2: Funcionalidad familiar percibida en las adolescentes embarazadas.....	22

## Índice de tablas

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra.....	15
Tabla 2: Nivel de autoestima según variables sociodemográficas.....	20
Tabla 3: Funcionalidad familiar percibida según variables sociodemográficas.....	23
Tabla 4: Apoyo social percibido de distintas fuentes.....	24
Tabla 5. Apoyo social percibido total según variables sociodemográficas.....	25

### Fundamentación teórica

La adolescencia es una etapa de desarrollo que implica la transición entre la niñez y la vida adulta. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) esta se extiende desde los 10 a los 19 años, produciéndose la adolescencia temprana desde los 10 hasta los 14 años y la adolescencia tardía entre los 15 y los 19 años. Este momento de la vida se caracteriza por una serie de cambios físicos, cognitivos y sociales; y las interacciones que se producen con la familia, escuela, comunidad y con los pares, puede favorecer o entorpecer un desarrollo saludable y positivo de los adolescentes (Papalia y Martorell, 2017).

Los cambios físicos que se producen durante esta etapa son varios. Entre ellos se destacan el crecimiento corporal, dado por el peso y la estatura, el aumento en los niveles de hormonas sexuales, lo cual produce la aparición de vello púbico y en las axilas, olor corporal, aumento de sudoración y acné (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2020). Además de ello, se desarrolla con gran velocidad la madurez reproductiva, y surge la posibilidad de dar vida a un nuevo ser. Todos estos cambios suponen la necesidad de generar adaptación a los mismos (Calero, 2019).

Con relación a las modificaciones que se dan a nivel psicológico, se encuentra el desarrollo de la identidad, la preocupación por la imagen corporal, y la mayor importancia que adquieren las relaciones sociales con los pares (Güemes et al., 2017). Asimismo, suelen presentarse fluctuaciones en el estado anímico, necesidad de independencia y relaciones conflictivas con los padres, las cuales oscilan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos (Lillo, 2004).

Otras variaciones que se producen son a nivel cognitivo. Durante esta etapa se puede diferenciar claramente un pensamiento con mayor capacidad de abstracción en los adolescentes a partir de los 12 a los 14 años, con relación al pensamiento concreto que caracteriza la etapa de vida anterior (Iglesias, 2013). No obstante, es común que los adolescentes adquieran conductas de riesgo, que se relacionan con la maduración tardía de las funciones cerebrales, la cual se completa después de los 20 años (Giedd et al., 1999).

Dentro de las conductas de riesgo más comunes que adquieren los adolescentes durante esta etapa del desarrollo, están las conductas sexuales que pueden orientar a un embarazo no deseado (Rosabal et al., 2015). Así también las relaciones sexuales con múltiples parejas, y sin utilizar métodos anticonceptivos que pueden llevar a enfermedades de transmisión sexual (Urighuen et al., 2019). Como se ha mencionado anteriormente, la adopción de estas conductas puede estar relacionadas a la incompleta maduración de la corteza cerebral (Giedd et al., 1999).

En el caso de los embarazos se producen otros cambios. Esta etapa se considera como un periodo importante en la vida principalmente de las mujeres, siendo un proceso dinámico de cambios en diferentes esferas, desde la biológica hasta la psicosocial. Existen modificaciones en los ámbitos personal, familiar y social. La experiencia de estar embarazada puede implicar sentimientos de tristeza, miedo, ansiedad y dificultad de tomar decisiones (American Academy of Pediatrics, 2018).

Los cambios que se producen en la mujer durante el embarazo implican los niveles físico, psicológico y emocional, los cuales, al producirse contribuyen a la preparación de un medio óptimo para el desarrollo del nuevo ser. Alteraciones hormonales, son las responsables de este proceso fisiológico, que implica un estado nuevo para algunas mujeres. Entre las manifestaciones físicas pueden presentarse náuseas o vómitos, sensación de cansancio, sensibilidad mamaria, molestias digestivas, cambios en la pigmentación de la piel, entre otros (Benito y Nuin, 2017).

Con relación a la esfera emocional, cada mujer embarazada vive una experiencia única y diferente a todas las demás. Esta experiencia está determinada por factores como las circunstancias que rodean al embarazo, la personalidad de la madre, la cual puede ser un aspecto positivo o negativo en el proceso del embarazo y el apoyo social con el que cuente (Gómez y Mejía, 2017). Es común que existan sentimientos de alegría que puedan alternarse con miedo, inseguridad y duda ante la nueva vivencia, sin embargo, cuando no son detectados y trabajados pueden convertirse en factores de riesgo que afectan tanto a la adolescente embarazada como al bebé (Soto et al., 2004).

Como ya se ha mencionado, cuando el embarazo se produce durante la adolescencia se constituye como un problema de salud pública debido a las consecuencias físicas, sociales, económicas y psicológicas que trae consigo (Iglesias, 2013). Al darse en personas que no han alcanzado una completa madurez biológica ni psicológica, el problema se agrava; puede originar complicaciones orgánicas para la mujer y su hijo, aumentando de manera considerable el riesgo de complicaciones obstétricas que incluso pueden determinar un incremento de la mortalidad materna y neonatal (OMS, 2022).

Las consecuencias a nivel físico del embarazo adolescente incluyen riesgos en la salud tanto de la madre como del bebé. Entre estos están las infecciones de vías urinarias, mayores probabilidades de aborto, anemia, hipertensión arterial y parto prematuro, en el caso de la madre (Martínez et al., 2020). Y en el caso del hijo, aumenta el riesgo de bajo peso al nacer, problemas neurológicos y muerte durante las primeras semanas de vida (Recinos, 2018).



El embarazo adolescente tiene también un impacto negativo a nivel económico y social, tanto en la adolescente que se convierte en madre como en sus familias y comunidades. Entre estas consecuencias se pueden mencionar la deserción escolar, menores oportunidades en el ámbito laboral, rechazo social, conflictos familiares, rompimiento del proyecto de vida, entre otros (Triviño-Ibarra et al., 2019). Además, puede existir un efecto negativo en la economía del país, esto debido a que se reducen los ingresos que pudiera generar una mujer joven en caso de no haber experimentado un embarazo planificado (OMS, 2022).

Igualmente, existen consecuencias en el ámbito psicológico. Entre estas se encuentran la mayor probabilidad de consumo de alcohol, tabaco y marihuana, predisposición a experimentar depresión durante y después del embarazo, sentimientos de vergüenza, baja autoestima, entre otros (Wong et al., 2020; Bravo et al., 2020). En general, el embarazo adolescente, tanto para la madre como para el bebé, se relaciona con una peor salud mental a largo plazo. Pueden surgir sentimientos de culpa y minusvalía, además de que la adolescente se enfrenta a serios problemas económicos y de otras índoles (Xavier et al., 2018).

Las cifras de embarazo adolescente alrededor del mundo son preocupantes. Para el año 2019, a nivel mundial la tasa de nacidos vivos fue de 4.67 % entre las mujeres de 15 a 19 años, alcanzando una tasa de hasta 10.17% en África y alrededor de 7 nacidos vivos por cada 100 adolescentes en Latinoamérica y El Caribe (Urighen, 2019). Es así que esta última región se posiciona como el segundo lugar con más embarazos adolescentes a nivel mundial, con un 18% del total de casos (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2019)

Ecuador presenta también cifras bastante altas. En 2017, por cada 1000 mujeres entre 10 y 19 años, se dio el nacimiento de aproximadamente 4 hijos. Además, el número de partos de mujeres entre 10 y 14 años incrementó en la última década, mientras que se redujo en el caso de las adolescentes entre 15 y 19 años (UNFPA, 2020). Durante los primeros cinco meses de 2022 se registraron 2.184 atenciones a adolescentes tempranas, y 32.146 a mujeres adolescentes tardías que acudieron para controles de embarazos a instituciones del Ministerio de Salud en el país (Mella, 2022).

A pesar de la reducción de embarazos adolescentes en Ecuador entre 2008 y 2017, los números siguen siendo alarmantes. En 2019, 51.711 niñas y adolescentes se convirtieron en madres, de las cuales, el 3,5% se encontraban en edades entre 10 y 14 años (CARE Ecuador, 2021). Las cifras más altas se concentran principalmente en siete provincias de la Amazonía y la Costa; sin embargo, también existen números considerables en las provincias de la

Sierra. Por ejemplo, se calcula que en Azuay una de cada 10 mujeres es madre adolescente (Mosquera, 2022).

Los denominados factores de riesgo se conciben como una serie de circunstancias o situaciones que cuando se presentan, aumentan considerablemente la vulnerabilidad del individuo (Gómez y Mejía, 2017). Si bien este término ha sido ampliamente utilizado por el enfoque biomédico, se debe destacar que no solamente se refiere a la salud física, sino también psicológica y la estructura familiar. La identificación temprana de condiciones deletéreas, permite trabajar sobre éstas, a fin de evitar consecuencias desfavorables (Herrera, 1999).

Existen varios factores de riesgo psicosociales que se presentan durante el embarazo adolescente, entre ellos están algunas características sociodemográficas y también factores de índole psicológico. Entre los factores sociodemográficos tenemos el estar en unión libre o casadas, residir en una zona rural, tener una familia monoparental, un nivel socioeconómico bajo o haber iniciado la vida sexual antes de los 14 años (Jijón, 2021; Worku et al., 2021). En cuanto a los factores psicosociales de riesgo en el embarazo adolescente, están la baja autoestima, baja funcionalidad familiar y baja percepción de apoyo social (Vega y González, 2009).

Se han realizado varios estudios con relación a las características sociodemográficas como factores de riesgo durante el embarazo adolescente. Por ejemplo, un bajo nivel socioeconómico puede implicar una mayor probabilidad de que la adolescente embarazada abandone sus estudios y los planes que se haya planteado a futuro (Venegas y Valles, 2019). Además, un nivel económico bajo puede suponer mayor riesgo de experimentar desnutrición, anemia y otras afectaciones físicas durante el embarazo, las cuales pueden influir de manera negativa tanto en la salud de la madre como de su hijo (Recinos, 2018).

En caso de las adolescentes casadas o en unión libre se enfrentan a la posibilidad de que se produzca el abandono por parte de su pareja durante la etapa de gestación, lo que constituye un factor de riesgo debido a que puede conducir a la adolescente a tomar decisiones importantes como la interrupción del embarazo, la cual no siempre se lleva a cabo con las medidas sanitarias y de seguridad adecuadas; esto debido al impacto emocional que puede generar la ruptura de la relación para la adolescente (Robaina-Castillo et al., 2019).

Otros factores de riesgo son el lugar de residencia y la edad de inicio de la vida sexual, ya que pueden intervenir en el acceso a servicios básicos como la salud, y por ende en los controles prenatales. Además, en caso de presentarse complicaciones, tanto la madre como

su hijo pueden correr riesgo (Albornoz et al., 2018). Por su parte, la edad de inicio de la vida sexual puede ser un predictor para que se dé más de un embarazo adolescente, según Rangel (et al., 2004).

Con relación a los factores de riesgo psicológicos que se presentan durante el embarazo adolescente se encuentra la baja autoestima. La autoestima puede ser definida como un sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, el cual se construye mediante la evaluación de las características propias y la retroalimentación que se recibe del medio (Rosenberg, 1965). Refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar desafíos de la vida (Martínez et al., 2019). Estos conceptos fueron considerados por Rosenberg para la elaboración de su Escala de Autoestima, la cual se concibe como uno de los instrumentos más utilizados para evaluar este factor debido a su alta validez y confiabilidad (Rojas-Zeger et al., 2008).

De acuerdo a un estudio cualitativo acerca de la percepción de adolescentes embarazadas acerca de los factores de riesgo en esta etapa, la autoimagen y el nivel de autoestima se vieron comprometidos de manera negativa después del embarazo, esto debido al sentimiento de culpa, de soledad, y a la falta de apoyo social de la familia, los amigos y la pareja sentimental (Venegas y Valles, 2019). Por otro lado, una investigación con enfoque cuantitativo realizada en Guayaquil, empleando la Escala de Autoestima de Rosenberg concluyó que existe una diferencia significativa entre la autoestima de adolescentes que tuvieron un embarazo planificado y las que no. En el caso de las segundas presentaron menores niveles de autoestima (Moyano et al., 2021). Además, estos bajos niveles pueden estar motivados por una situación socioeconómica desfavorable, deserción escolar e inestabilidad de pareja (Ceballos et al., 2011).

Por otro lado, al hablar del apoyo social percibido se hace referencia a la implicación de una retroalimentación del ambiente y el reconocimiento de que existen personas que pueden brindar el soporte necesario para superar alguna dificultad ante una situación adversa (Matrángolo et al., 2022). Es así que este componente implica la valoración subjetiva del apoyo social, y puede ser de tipo instrumental, informativo o emocional (Vega y González, 2009). Este factor se evalúa mediante la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, la cual valora el soporte al individuo proveniente de tres fuentes: familia, amigos y otras personas significativas (Mosqueda et al., 2015).

El apoyo social resulta importante durante el embarazo a cualquier edad, debido a que varios estudios que han utilizado, entre otros instrumentos, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, han encontrado que este tiene una correlación positiva con las actitudes de

la madre hacia su embarazo y el nacimiento de su hijo (Balanda-Baldyga et al., 2022; Buldum y Güner, 2021), y negativa con la presencia de depresión posparto (Contreras-García et al., 2017). También se ha hallado que altos niveles de apoyo social percibido pueden generar una mayor sensación de bienestar en la adolescente gestante, e incrementan la disponibilidad de recursos psicosociales (Thomas-Hilarión et al., 2022).

Por último, para hablar del factor funcionalidad familiar, es necesario primero abordar el concepto de familia, la cual ha sido considerada como la unidad fundamental de toda sociedad. En ella se originan los nuevos individuos encargados de mantener el ordenamiento social y el orden cultural. La importancia de la familia en el mundo actual radica en que de ella depende la fijación de las aspiraciones, valores y motivaciones de los individuos y en que, por otra parte, resulta responsable en gran medida de su estabilidad emocional, tanto en la infancia como en la vida adulta (Hermoza, 2012).

Cuando se menciona funcionalidad familiar, se hace referencia a que la familia es el primer contacto que tienen las personas antes de tener algún tipo de comunicación con la sociedad (García y González, 2018). Es por esto que el funcionamiento dentro de una familia es un factor que determina la conservación de la salud o la aparición de alguna enfermedad entre sus miembros (Herrera, 1999). En dependencia de que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, siendo, la funcionalidad familiar la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (Rangel et al., 2004).

Para la evaluación de la funcionalidad familiar, suele utilizarse el APGAR Familiar, cuyo objetivo es evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia (Suarez y Alcalá, 2014). Esta escala evalúa las siguientes funciones: 1) la adaptación, que se refiere a la capacidad para adaptarse en situaciones de crisis; 2) la participación, que se concibe como las acciones en las que el individuo adquiere responsabilidades; 3) el gradiente de recursos, que se entiende como la maduración de cada miembro de la familia; 4) la afectividad, que hace referencia a las relaciones afectivas en el círculo familiar; y 5) los recursos, que incluyen el tiempo y el dinero con el que cuentan los miembros de la familia (Vera, 2018).

Por lo antes mencionado, es relevante abordar acerca de la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas, ya que, todo lo que abarca este concepto, como la comunicación entre la adolescente embarazada y sus padres hermanos y/o demás miembros de su núcleo familiar, influye de manera positiva o negativa, tanto en la adolescente como en su hijo. Además, en varios estudios se ha encontrado que el afecto que recibe la adolescente por

parte de su familia en el embarazo, tiene consecuencias a corto plazo, debido a que la familia es un proveedor de bienestar (Robaina-Castillo et al., 2019).

Además de esto, otros estudios cuantitativos enfocados en la funcionalidad familiar de la adolescente embarazada, y que utilizaron como instrumento de recolección de datos el APGAR Familiar, señalan que en aquellos casos en los que existe disfunción dentro del núcleo familiar, la adolescente no percibe apoyo o cariño, lo que puede conducirla a tomar la decisión de abandonar el hogar (Rangel et al., 2004). Esto puede inducir a forzar vínculos afectivos con la pareja y a la conformación de una nueva familia con una funcionalidad moderada (Vizcaino y Cusme, 2021).

Con base en lo antes mencionado, se puede identificar que el embarazo precoz es una realidad que afecta a gran parte de las adolescentes ecuatorianas. Las cifras en el país están entre las más altas de Latinoamérica, con una tasa de 3,6 nacidos vivos por cada 1000 mujeres entre 10 y 19 años (UNFPA, 2020). Este problema de salud pública parece estar asociado con factores psicosociales, como la baja autoestima, el inicio temprano de la vida sexual, la falta o inestabilidad de redes de apoyo social y la disfuncionalidad familiar (Venegas y Valles, 2019).

El embarazo en la adolescencia implica la disrupción en el orden de las etapas del desarrollo, lo cual produce una limitación de las actividades inherentes a la edad cronológica (OMS, 2022). Además de que se genera un impacto económico y social importante a nivel individual, familiar y comunitario (Triviño-Ibarra et al., 2019). Es por ello importante, hacer un diagnóstico de la esfera psicosocial de las adolescentes embarazadas, a fin de poder determinar cuáles son los factores de riesgo psicosociales y poder intervenir en ellos, con el propósito de disminuir la carga del problema planteado.

A pesar de que existe literatura relacionada con esta problemática, las investigaciones dentro del contexto cuencano, y considerando factores psicológicos como la autoestima y el apoyo social percibido, son limitadas y poco recientes. Esto sumado a que no han existido cambios positivos en las tasas de natalidad en partos adolescentes. Por esto, la información que se obtenga de este estudio puede contribuir como base para futuras investigaciones y para el desarrollo de estrategias eficaces que logren cambios significativos en la ciudad.

Por consiguiente, el presente estudio se ha planteado como pregunta de investigación la siguiente: ¿cuáles son los factores de riesgo psicosociales presentes en adolescentes embarazadas de instituciones educativas fiscales del Distrito de Educación 01D02, Cuenca Sur, en el periodo 2022-2023? Para responder a dicha incógnita se ha establecido como

objetivo general: describir los factores de riesgo psicosociales en adolescentes embarazadas de instituciones educativas fiscales del Distrito de Educación 01D02, Cuenca Sur, en el periodo 2022-2023, según sus características sociodemográficas; y como objetivos específicos: definir el nivel de autoestima en las adolescentes embarazadas; indicar la funcionalidad familiar de la población de estudio; e identificar el apoyo social percibido por las adolescentes embarazadas, de acuerdo a sus características sociodemográficas.

## Proceso metodológico

### Enfoque y Alcance de Investigación

La presente investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo, el cual contribuye a realizar una estimación de la magnitud con la que se presenta el problema planteado, este procedimiento se realizó mediante la aplicación de instrumentos estandarizados y previamente validados por una comunidad científica (Hernández et al., 2014). Fue de alcance descriptivo y tuvo un diseño no experimental, de corte transversal. Esto significa que se realizó una descripción a partir de la medición de las variables de interés, sin realizar ninguna manipulación de las mismas, en un momento único en el tiempo (Ñaupas et al., 2014).

### Participantes

Inicialmente se consideró trabajar con una muestra de 70 adolescentes, sin embargo, debido a que algunas adolescentes decidieron no participar y, no se reportaron más casos en los establecimientos, la muestra estuvo conformada por 32 participantes de 18 instituciones educativas del Distrito 01D02 del Ministerio de Educación, las cuales fueron seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Este tipo de muestreo se caracteriza por escoger a los participantes del estudio considerando la facilidad de acceso a los mismos (Hernández et al., 2014). Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: 1) tener entre 10 y 19 años de edad, 2) estar estudiando en alguna institución educativa fiscal del distrito de educación 01D02, 3) estar embarazadas y 4) contar con la firma del consentimiento y asentimiento informado por parte de su representante y de ellas. Por otro lado, se excluyó a aquellas estudiantes que decidieron no participar del estudio. En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra.

**Tabla 1**

#### *Características sociodemográficas de la muestra*

	n	%
<b>Edad</b>		
10-14	1	3.12
15-19	31	96.87
<b>Estado civil</b>		
Soltera con pareja	14	43.75
Soltera sin pareja	10	31.25
Unión libre	7	21.87
Otro	1	3.12
<b>Estructura familiar</b>		
Familia nuclear	16	50
Familia extensa	4	12.5
Familia monoparental	9	28.12
Otro	3	9.37

	n	%
<b>Nivel socioeconómico</b>		
Medio bajo	15	46.87
Medio	14	43.75
Medio alto	3	9.37
<b>Zona de residencia</b>		
Rural	18	56.25
Urbana	14	43.75
<b>Edad de inicio de la vida sexual</b>		
10-14	9	28.12
15-19	23	71.87

### Instrumentos

Como se mencionó en la literatura, la funcionalidad familiar, la autoestima y el apoyo social percibido son factores de riesgo importantes que pueden presentarse durante el embarazo adolescente. Esto debido a que ubican a la adolescente gestante en una situación de mayor vulnerabilidad, aumentando la probabilidad de una afectación a nivel psicosocial. A continuación, se describen los instrumentos seleccionados para la recolección de datos:

1. **APGAR Familiar:** este instrumento es una escala de Likert compuesta por cinco ítems que permiten evaluar la percepción de la funcionalidad familiar a partir de cinco componentes: adaptación, participación, gradiente de recursos, afectividad y recursos o capacidad resolutive. Los puntajes de cada ítem van de 0 a 4 de acuerdo a la siguiente calificación: 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = algunas veces, 3 = casi siempre, 4 = siempre (León et al., 2008). Para la interpretación de los resultados se considera que, una puntuación entre 17 y 20 puntos indica funcionalidad familiar normal; de 13 a 16 puntos, se interpreta como una disfunción leve; de 10 a 12, significa una disfunción moderada; y si se obtiene una puntuación menor a 9, se interpreta como una disfunción severa. El alfa de Cronbach para cada uno de los ítems se ubica en valores entre .718 y .716. La escala ha sido traducida y validada en castellano, cuenta con una consistencia interna de .81 y fiabilidad test-retest es de .81. Además, tiene una sensibilidad de 85% y especificidad de 75% (Castilla et al., 2014).

2. **Escala de Autoestima de Rosenberg:** es una escala de Likert que consta de 10 ítems que se centran en los sentimientos de respeto y aceptación a sí mismo. Los primeros 5 ítems están planteados como afirmaciones positivas, y los siguientes cinco, de forma negativa. las opciones de respuesta van de “muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo” (Rosenberg, 1965). Se considera que existe una autoestima baja cuando el resultado es igual o menor a 14 puntos; una autoestima normal, si se obtienen entre 15 y 25 puntos; y una autoestima alta, si la puntuación es mayor a 26. El instrumento cuenta con un alfa de Cronbach total de .929; además, consta de una elevada consistencia interna (Rojas-Zeger et al., 2008).



3. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido: esta es una escala de Likert compuesta por 12 ítems con puntuaciones del 1 al 7. Su objetivo es medir el apoyo social percibido por parte de la familia, amigos y pareja u otras personas significativas. En esta escala, un mayor puntaje corresponde a un mayor apoyo social percibido (Mosqueda et al., 2015). Este instrumento tiene un alfa de Cronbach total de .88, y en cada una de las 3 subescalas, el valor del alfa de Cronbach fue de .85, .88 y .78 respectivamente (Gómez e Iriarte, 2020).

La información recolectada mediante los instrumentos mencionados se complementó con datos obtenidos mediante una ficha sociodemográfica elaborada por las autoras. Esta permitió identificar: edad, estado civil, estructura familiar actual, nivel socioeconómico, zona de residencia, y edad de inicio de la vida sexual.

### **Procedimiento de la Investigación**

Se obtuvo la aprobación para el desarrollo del presente estudio a través del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, y por el Consejo Directivo de la Facultad de Psicología de la misma universidad.

Posteriormente, se contó con la autorización de la Coordinación Zonal 6 del Ministerio de Educación, para acceder a las instituciones educativas. Asimismo, se solicitó información acerca de las instituciones del Distrito 01D02 con mayor número de embarazos adolescentes.

Con esta información, se accedió a las instituciones educativas para socializar con los rectores de las mismas los objetivos, procedimientos y beneficios de la investigación, y solicitar su aprobación para la recolección de información. También se establecieron fechas y horarios para la firma de consentimientos y asentimientos informados. Una vez se contó con las firmas en dichos documentos se procedió con el llenado de los instrumentos por parte de las estudiantes.

Los instrumentos se llenaron de manera física, y posteriormente se digitalizó la información para proceder al análisis de datos.

### **Procesamiento de Datos**

Una vez concluida la aplicación de los instrumentos, se procedió a realizar una base de datos en Excel, donde se digitalizó la información recolectada para posterior análisis. Esto permitió la elaboración de cuadros y gráficos correspondientes mediante el programa informático R. Las variables nominales y ordinales se tabularon y presentaron en tablas de frecuencia numérica y porcentual. Las variables cuantitativas fueron analizadas mediante estadística descriptiva; se obtuvieron medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión

(desviación estándar), frecuencia y porcentaje. La información se presentó en tablas y figuras. Finalmente, se calculó el Alpha de Cronbach con los resultados de los instrumentos en las participantes del estudio.

### **Aspectos Éticos**

Dentro de este estudio de investigación se consideraron los principios éticos y código de conducta para psicólogos determinados por la Asociación Americana de Psicología (APA, 2017). Se respetó en todo momento la colaboración voluntaria de los participantes y se garantizó el respeto y la promoción de sus derechos, así como la libertad de cancelar su participación durante el proceso de la investigación. Además, la confidencialidad y el anonimato fueron parte fundamental del proceso, y el manejo de los datos obtenidos fue con fines exclusivamente académicos. Se contó con el permiso de los participantes por medio del consentimiento informado, asentimiento informado, con la carta de interés aprobada por las autoridades de la institución educativa y con la carta de aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca.

El desarrollo del estudio no implicó ningún riesgo a las participantes, con la excepción de una posible alteración mínima en el estado de ánimo esporádico. Además, no existieron riesgos familiares o sociales debido a la protección de la confidencialidad de las participantes en todo momento, es por esto que dentro de la ficha sociodemográfica no se solicitaron datos específicos, como el nombre. Con respecto a los beneficios, estos no fueron directos para las participantes, sin embargo, el valor científico y social representa un beneficio directo a mediano y largo plazo, ya que, de ser utilizados los resultados por parte de las autoridades pertinentes, la información obtenida de este estudio puede servir de base para próximas investigaciones, y para el planteamiento de campañas o proyectos que atiendan a las necesidades específicas que se identifiquen en adolescentes embarazadas en el contexto cuencano.

### Presentación y análisis de resultados

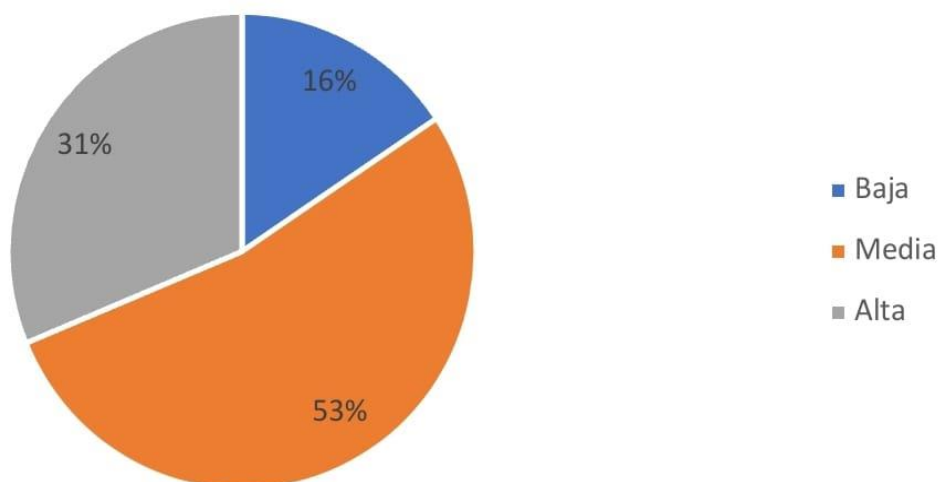
En este apartado se presentan los resultados del estudio en función de los objetivos específicos: 1) definir el nivel de autoestima en las adolescentes embarazadas; 2) indicar la funcionalidad familiar de la población de estudio; y, 3) identificar el apoyo social percibido por las adolescentes embarazadas, de acuerdo a sus características sociodemográficas.

#### Niveles de Autoestima

Para dar respuesta al primer objetivo específico, se identificó el nivel de autoestima de las participantes, utilizando la escala de Rosenberg (figura 1), y posteriormente se describió el mismo de acuerdo a las variables sociodemográficas (tabla 2). En las participantes, la mayoría presentó un nivel de autoestima medio (53%); mientras que, el grupo minoritario corresponde a un nivel bajo (16%). Esto se encuentra representado en la figura 1, mediante porcentaje.

#### Figura 1

*Autoestima en las adolescentes embarazadas*



Los datos obtenidos en la investigación, coinciden con el estudio de Moyano et al. (2021) quienes encontraron un predominio del nivel medio de autoestima en las adolescentes embarazadas. En cuanto al bajo nivel de autoestima, que en este caso representa al 16% de las participantes, podría estar relacionado con sentimientos de culpa, soledad y pérdida de apoyo proveniente de algunas redes; lo que puede influir negativamente en la percepción de

la adolescente sobre su embarazo, afectando su bienestar físico y psicológico, por lo que se considera como un factor de riesgo psicosocial (Venegas y Valles, 2019).

### *Autoestima según características sociodemográficas*

Los resultados señalan que, de acuerdo a la variable edad, N=17 (53.1%) adolescentes embarazadas de entre 15 a 19 años, presentan un nivel medio de autoestima. En cuanto a la variable estado civil, se pudo evidenciar que las adolescentes embarazadas solteras con pareja son las que tienen autoestima media en mayor porcentaje (25%). De acuerdo a la variable estructura familiar, se encontró que el 21.8% de adolescentes proviene de una familia nuclear y presentan un nivel de autoestima alto. Del mismo modo, en la variable nivel socioeconómico, tenemos que de todas las adolescentes que fueron parte de la investigación el 46.8% tienen un nivel socioeconómico medio bajo y tan solo el 9.3% presentan un nivel bajo de autoestima. De acuerdo a la zona de residencia, se evidencia que el 34.3% de adolescentes provienen de una zona rural y presentan un nivel medio de autoestima. En función de la edad de inicio de la vida sexual, quienes iniciaron a los 14 años o menos presentan en mayor porcentaje una autoestima alta, mientras que quienes la iniciaron después de los 15 años manifiestan, en mayor medida, una autoestima media. Véase tabla 2.

**Tabla 2**

### *Nivel de autoestima según variables sociodemográficas*

	<b>Bajo n (%)</b>	<b>Medio n (%)</b>	<b>Alto n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
<b>Edad</b>				
10-14	0	0	1 (3.1)	1 (3.1)
15-19	5 (15.6)	17 (53.1)	9 (28.1)	31 (96.8)
<b>Estado civil</b>				
Soltera con pareja	2 (6.2)	8 (25)	4 (12.5)	14 (43.7)
Soltera sin pareja	2 (6.2)	6 (18.7)	2 (6.2)	10 (31.2)
Unión libre	1 (3.1)	2 (6.2)	4 (12.5)	7 (21.8)
Otro	0	1 (3.1)	0	1 (3.1)
<b>Estructura familiar</b>				
Familia nuclear	3 (9.3)	6 (18.7)	7 (21.8)	16 (50)
Familia extensa	0	4 (12.5)	0	4 (12.5)
Familia monoparental	2 (6.2)	6 (18.7)	1 (3.1)	9 (28.1)
Otro	0	1 (3.1)	2 (6.2)	3 (9.3)
<b>Nivel socioeconómico</b>				
Medio bajo	3 (9.3)	6 (18.7)	6 (18.7)	15 (46.8)
Medio	2 (6.2)	9 (28.1)	3 (9.3)	14 (43.7)
Medio alto	0	2 (6.2)	1 (3.1)	3 (9.3)

	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Total n (%)
<b>Zona de residencia</b>				
Rural	3 (9.3)	11 (34.3)	4 (12.5)	18 (56.2)
Urbana	2 (6.2)	6 (18.7)	6 (18.7)	14 (43.7)
<b>Edad de inicio de la vida sexual</b>				
10-14	2 (6.2)	3 (9.3)	4 (12.5)	9 (28.1)
15-19	3 (9.3)	14 (43.7)	6 (18.7)	23 (71.8)

Tras el análisis de las respuestas para cada variable se evidencia un 53.12% de autoestima media en las adolescentes embarazadas encuestadas, resultado que coincide con lo hallado en otras investigaciones en cuanto a los factores sociodemográficos, que señalan que las adolescentes embarazadas están asociadas a un nivel medio de autoestima. Por ejemplo, en el estudio realizado en Colombia por Ceballos et al. (2011) se encontró que de acuerdo a la edad las adolescentes embarazadas de entre 14 a 16 años el 25.4% presentaron un nivel de autoestima media. Con respecto al estado civil, encontraron que el 7.7% de las adolescentes solteras tenían un nivel medio de autoestima. En cuanto a la estructura familiar, la mayoría de adolescentes provenían de una familia nuclear (19.2%) y presentaron autoestima media y ninguna tenía una autoestima baja. Por otro lado, si hablamos de la variable socioeconómica el 40.4% de adolescentes embarazadas tienen un nivel socioeconómico bajo y estas presentan una autoestima baja. Como última variable tenemos a la zona de residencia, donde el 35.5% de adolescentes de procedencia urbana tienen una autoestima media. Cabe mencionar que, en este estudio realizado en Colombia, se observó un gran porcentaje que presenta autoestima baja.

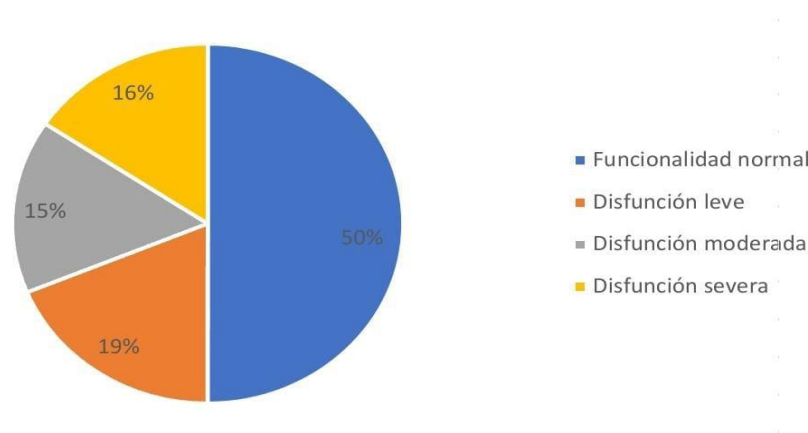
Con base en lo antes mencionado, se puede decir que las adolescentes embarazadas tienden a presentar, en mayor medida, niveles medios de autoestima, independientemente de su edad, estado civil, estructura familiar, nivel socioeconómico y/o zona de residencia.

#### **Niveles de funcionalidad familiar percibida**

A través de la herramienta APGAR familiar, se evidenció que la mitad de la muestra percibe una funcionalidad normal de su entorno; el 19% percibe una leve disfunción, el 16% la consideró como disfunción severa, y finalmente, el 15% la percibió como moderada. Véase figura 2.

**Figura 2**

*Funcionalidad familiar percibida en las adolescentes embarazadas*



Esta información es similar a la obtenida en México por Rangel et al. (2004) quienes encontraron que el 67% de las adolescentes embarazadas participantes de su estudio presentaron un nivel de funcionalidad familiar medio, seguido del 27% que presenta una disfunción moderada, y un 6% severa. La muestra de su estudio estuvo conformada por 364 adolescentes embarazadas. En esta investigación también se observa que la mayor frecuencia de participantes se ubica en una funcionalidad familiar normal. No obstante, el porcentaje de disfunción severa es mayor. Esto podría estar relacionado a las características del muestreo o a la época de aplicación de ambos estudios, así como a diferencias contextuales, considerando que, a pesar de que las poblaciones pueden ser similares, los contextos culturales pueden mostrar variaciones, aunque sean mínimas.

#### ***Funcionalidad familiar percibida según variables sociodemográficas***

Con relación al objetivo específico dos, se reportan los siguientes resultados: según la variable edad, el 46.8% de las adolescentes embarazadas de entre 15 a 19 años perciben una funcionalidad familiar normal. En cuanto a la variable estado civil, se pudo evidenciar que las adolescentes embarazadas solteras con pareja son las que presentan mayor porcentaje en una funcionalidad familiar normal. De acuerdo a la variable estructura familiar, tenemos que el 50% de nuestra población provienen de una familia nuclear, de las cuales el 15.6% perciben una disfunción familiar leve. Del mismo modo, en la variable nivel socioeconómico, tenemos que de todas las adolescentes que fueron parte de la investigación el 46.8% tienen un nivel socioeconómico medio bajo y tan solo el 9.3% perciben una disfunción familiar severa. De acuerdo a la variable de la zona de residencia, en la cual se observa que el 34.3% de adolescentes que provienen de una zona rural, perciben una funcionalidad familiar normal, teniendo una gran diferencia con la zona rural ya que solo el 15.6% perciben una

funcionalidad familiar normal. Como última variable tenemos a la edad de inicio de la vida sexual, donde se encontró que el 71.8% de participantes han iniciado su vida sexual entre los 15 y 19 años, y la mayoría (40.6%) perciben una funcionalidad familiar normal. Véase tabla 3.

**Tabla 3**

*Funcionalidad familiar percibida según variables sociodemográficas*

Funcionalidad familiar percibida	Normal n (%)	Disfunción leve n (%)	Disfunción moderada n (%)	Disfunción severa n (%)	Total n
<b>Edad</b>					
10-14	1 (3.1)	0	0	0	1 (3.1)
15-19	15 (46.8)	6 (18.7)	5 (15.6)	5 (15.6)	31 (96.8)
<b>Estado civil</b>					
Soltera con pareja	7 (21.8)	2 (6.2)	3 (9.3)	2 (6.2)	14 (43.7)
Soltera sin pareja	4 (12.5)	2 (6.2)	2 (6.2)	2 (6.2)	10 (31.2)
Unión libre	4 (12.5)	2 (6.2)	0	1 (3.1)	7 (21.8)
Otro	1 (3.1)	0	0	0	1 (3.1)
<b>Estructura familiar</b>					
Familia nuclear	9 (28.1)	5 (15.6)	1 (3.1)	1 (3.1)	16 (50)
Familia extensa	2 (6.2)	0	1 (3.1)	1 (3.1)	4 (12.5)
Familia monoparental	3 (9.3)	1 (3.1)	3 (9.3)	2 (6.2)	9 (28.1)
Otro	2 (6.2)	0	0	1 (3.1)	3 (9.3)
<b>Nivel socioeconómico</b>					
Medio bajo	6 (18.7)	4 (12.5)	2 (6.2)	3 (9.3)	15 (46.8)
Medio	7 (21.8)	2 (6.2)	3 (9.3)	2 (6.2)	14 (43.7)
Medio alto	3 (9.3)	0	0	0	3 (9.3)
<b>Zona de residencia</b>					
Rural	11 (34.3)	1 (3.1)	4 (12.5)	2 (6.2)	18 (56.2)
Urbana	5 (15.6)	5 (15.6)	1 (3.1)	3 (9.3)	14 (43.7)
<b>Edad de inicio de la vida sexual</b>					
10-14	3 (9.3)	2 (6.2)	1 (3.1)	3 (9.3)	9 (28.1)
15-19	13 (40.6)	4 (12.5)	4 (12.5)	2 (6.2)	23 (71.8)

García y Gonzáles (2018) realizaron un estudio en Cuba, donde señalan que tener una buena comunicación entre la adolescente embarazada y su familia es de gran importancia ya que, motiva a la adolescente e influye en la aceptación y percepción de su embarazo. Asimismo, se menciona que tener un padre ausente influye de manera negativa en la comunicación de la adolescente, ya que el 47.8% de gestantes con esta característica perciben una disfunción familiar moderada, así mismo tener una madre ausente influye en las adolescentes embarazadas, ya que el 34.7% perciben una disfunción familiar leve. Es por esto que concluyen en su estudio que las adolescentes embarazadas provenientes de una familia monoparental presentan niveles de disfunción familiar leve o moderada, que se relaciona con

una mala comunicación dentro de su entorno familiar. Sin embargo, en esta investigación los datos obtenidos difieren de lo expuesto por García y González (2018), puesto que se observa que el 50% de adolescentes provienen de una familia nuclear, de las cuales el 28.1% tienen una percepción de funcionalidad familiar normal, el 15.6% perciben una disfunción familiar leve y tan solo el 3.1% perciben una disfunción familiar moderada. Es necesario tener en cuenta que, esta diferencia puede estar motivada por el limitado número de participantes que se consideraron en el presente estudio.

### Apoyo social percibido

De acuerdo a la información obtenida, las adolescentes que conformaron la muestra perciben un mayor apoyo social por parte de otras personas significativas, seguido por el apoyo que reciben por parte de su familia, y las menores puntuaciones corresponden a sus amistades. Véase tabla 4.

**Tabla 4**

*Apoyo social percibido de distintas fuentes*

Fuente de apoyo social	Rango	Media	Mediana	Desviación estándar
Familia	6-28	20.91	22	5.73
Amigos	7-28	18.28	17.5	5.14
Otras personas significativas	10-28	21.84	22	4.99
Total	34-84	60.72	62.5	13.28

*Nota:* el instrumento MSPSS brinda una puntuación mínima de 4 y máxima de 28 para cada fuente de apoyo social y entre 12 y 84, para el apoyo total. A mayor puntuación, mayor apoyo social percibido.

Estos datos coinciden con lo encontrado por Contreras-García et al. (2017) quienes aplicaron este cuestionario a 76 mujeres de 13 años o más en periodo de posparto, obteniendo puntuaciones más altas en el apoyo que reciben por parte de otras personas significativas, seguidas de la familia, y con menores puntuaciones en los ítems correspondientes a amigos. Si bien esta investigación no toma en cuenta únicamente a adolescentes, se indica que los resultados obtenidos no difieren significativamente de una edad a otra. Asimismo, en un estudio realizado en Polonia, con una muestra de 308 adolescentes embarazadas, se manifiesta un mayor apoyo social percibido por parte de la familia que de amigos o compañeros de clases (Balanda-Baldyga, 2022). El apoyo social percibido durante la etapa de gestación, tiene implicaciones en la salud física y mental de la madre, pudiendo prevenir la presencia de depresión posparto, y contribuyendo a la sensación de bienestar, así como a la salud de la mujer gestante (Contreras-García et al., 2017).



*Apoyo social percibido según variables sociodemográficas*

Con respecto al objetivo específico tres, para el cual se utilizó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS), se encontró que durante la adolescencia temprana se percibió más apoyo social con respecto a quienes tuvieron edades comprendidas entre 15 y 19 años. También, se manifiesta que las adolescentes que se encuentran en unión libre perciben mayor apoyo social, mientras que aquellas que están solteras sin pareja reflejan las puntuaciones más bajas. En cuanto a la estructura familiar, las puntuaciones mayores corresponden a quienes pertenecen a una familia nuclear y las menores a aquellas que tienen una estructura familiar extensa. Con relación al nivel económico, es menor el apoyo social percibido por las adolescentes en un estrato socioeconómico medio, y mayor en las que pertenecen a un nivel medio-alto. Las adolescentes que viven en una zona rural perciben menor apoyo que las que residen en una zona urbana. Además, las puntuaciones son menores en las adolescentes que iniciaron su vida sexual a los 14 años o menos, que en quienes lo hicieron después de los 15. Véase tabla 5.

**Tabla 5***Apoyo social percibido total según variables sociodemográficas*

	<b>Rango</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desviación estándar</b>
<b>Edad</b>				
10-14	70-70	70	70	-
15-19	34-84	60.41	62	13.39
<b>Estado civil</b>				
Soltera con pareja	34-72	60.28	64	11.41
Soltera sin pareja	34-84	57.5	57.5	17.85
Unión libre	54-80	66.42	66	9.72
Otro	59-59	59	59	-
<b>Estructura familiar</b>				
Familia nuclear	34-80	62.68	66.5	12.26
Familia extensa	34-72	57.25	61.5	16.52
Familia monoparental	37-84	58.77	57	16.49
Otro	54-66	60.66	62	6.11
<b>Nivel socioeconómico</b>				
Medio bajo	34-74	60.46	63	11.07
Medio	16.01	59.5	60.5	16.01
Medio alto	58-80	67.66	65	11.23
<b>Zona de residencia</b>				
Rural	34-82	60	61	14.49
Urbana	34-84	61.64	63.5	12.02
<b>Edad de inicio de la vida sexual</b>				
10-14	37-73	57.22	60	13.77
15-18	34-84	62.08	63	13.14

*Nota:* el instrumento MSPSS brinda una puntuación total mínima de 12 y máxima de 84. A mayor puntuación, mayor apoyo social percibido.

Los resultados obtenidos en esta investigación son similares a lo expuesto por Thomas-Hilarión et al. (2022) quienes, en su investigación realizada con 40 mujeres embarazadas de Santa Marta - Colombia, obtuvieron como resultado que las participantes pertenecientes a estratos socioeconómicos más bajos perciben menores niveles de apoyo social con relación a los estratos más altos; adicionalmente, las embarazadas con pareja manifestaron mayor apoyo social percibido que quienes no tenían pareja; además, los autores indican que un mayor apoyo social percibido podría asociarse con una mejor salud y mayor percepción de bienestar por parte de las embarazadas, llegando a ser incluso más influyente que el apoyo real que reciben (Thomas-Hilarión et al., 2022). Por otro lado, en un estudio realizado en Turquía con una muestra de 100 adolescentes en estado de gestación se observó que el apoyo que perciben quienes provienen de una familia extendida es menor al reportado por aquellas que tienen una familia nuclear, y lo mismo sucede con quienes residen en una zona rural, que obtuvieron puntuaciones inferiores con relación a las que viven en zonas urbanas (Buldum y Güner, 2021), sin embargo, se debe considerar que pueden existir diferencias relacionadas a las características contextuales de los distintos países. Con lo anterior se puede evidenciar que el apoyo social que perciben las embarazadas presenta variaciones según algunas de sus características sociodemográficas, como su situación de pareja, zona de residencia y estructura familiar.

### Conclusiones

En cuanto al primer objetivo específico, encaminado a describir los niveles de autoestima de las adolescentes embarazadas según variables sociodemográficas, se ha encontrado que la mayor parte de la muestra presentó un nivel medio de autoestima y en menor proporción, bajo. Las condiciones sociodemográficas son determinantes del nivel de autoestima, así, el mismo fue menor en mujeres solteras provenientes de familias monoparentales, de un estrato socioeconómico medio, residentes en parroquias rurales y con un inicio de vida sexual luego de los 15 años de edad; en contraposición con el nivel alto de autoestima, que se encontró en personas en unión libre y pertenecientes a una estructura familiar nuclear. Estos hallazgos nos deben orientar al trabajo con adolescentes y familias en estado de vulnerabilidad, de esta manera encaminar la prevención de situaciones que empeoren el nivel de autoestima.

Con relación al objetivo específico dos, que fue identificar la funcionalidad familiar de la población de estudio, según variables sociodemográficas, se obtuvo que la mitad de la muestra considera existente algún grado de disfunción en su entorno familiar, lo que puede influir de manera negativa en su bienestar. Es por ello que se considera que este es el factor de riesgo presente en mayor medida en las adolescentes que participaron del estudio. Al igual que en el caso de la autoestima, la funcionalidad familiar presenta variaciones en la frecuencia de acuerdo a las variables sociodemográficas consideradas, por ejemplo, la mayor parte de adolescentes de estrato económico medio-bajo percibe algún nivel de disfunción familiar. Lo mismo sucede con aquellas que residen en zonas urbanas, y con quienes iniciaron su vida sexual en la adolescencia temprana.

Con respecto al objetivo específico tres, que buscó identificar los niveles de apoyo social percibido en las adolescentes embarazadas de acuerdo con sus características sociodemográficas, se obtuvo que las puntuaciones en general se ubican sobre valores medios con respecto a la escala aplicada, por lo que se puede considerar que un bajo apoyo social percibido no es un factor de riesgo significativo para la muestra estudiada. Asimismo, se encontró que, de manera general, las adolescentes perciben mayor apoyo por parte de otras personas significativas, seguido por su familia, y en menor medida, por parte de sus amistades. También se evidenciaron diferencias al momento de clasificar el apoyo percibido de acuerdo a las variables sociodemográficas, siendo así que las mayores puntuaciones fueron obtenidas por estudiantes en unión libre, con una estructura familiar nuclear, nivel socioeconómico medio-alto, zona de residencia urbana y edad de inicio de la vida sexual durante la adolescencia tardía.

Finalmente, se puede concluir que la información obtenida permite dar cumplimiento al objetivo general: *describir los factores de riesgo psicosociales en adolescentes embarazadas de instituciones educativas fiscales del Distrito de Educación 01D02, Cuenca Sur, en el periodo 2022-2023, según sus características sociodemográficas*. Se encontró que el bajo nivel de autoestima estuvo presente minoritariamente en la muestra estudiada, a diferencia de la disfunción familiar percibida, que se mostró en la mitad de los casos. Con respecto al apoyo social percibido, las puntuaciones se ubican sobre los valores centrales de la escala, por lo que no se considera un factor de riesgo presente en las participantes. No obstante, a pesar de que estos factores no estén presentes en proporciones tan elevadas, consideramos importante brindar una atención especializada, y de esta forma mejorar el bienestar de la embarazada y sus hijos.

### Recomendaciones

Los resultados obtenidos en esta investigación, brindan información acerca de las características sociodemográficas que podrían estar asociadas a menores niveles de autoestima, funcionalidad familiar y apoyo social percibido. Por ello puede servir de base para proyectos de prevención y promoción encaminados a reducir estos factores de riesgo en las adolescentes embarazadas. Sin embargo, se reconocen varias limitaciones, entre las cuales se puede mencionar el escaso tamaño muestral, que estuvo motivado por la prevalencia mínima de embarazos adolescentes en las instituciones educativas del Distrito 01D02 y que impide que los datos puedan ser generalizados a una población mayor. Asimismo, se evidenció la inexistencia de una base de datos actualizada con la cantidad de embarazos adolescentes que existen en la ciudad, esto podría deberse a que, de acuerdo a lo mencionado por las autoridades de varias instituciones educativas, en ocasiones los embarazos no son reportados. Finalmente, no todos los casos identificados en las instituciones deseaban participar de la investigación.

Con base en lo antes expuesto, se sugiere generar mayor investigación acerca del tema, con muestreo probabilístico, de manera que los datos puedan ser generalizados a una población. Del mismo modo, se podrían generar estudios con un alcance correlacional, ya que esta investigación, al ser de alcance descriptivo, no permite evidenciar si existen correlaciones entre las distintas variables. Además, se sugiere indagar acerca de la prevalencia actual de embarazos adolescentes en la ciudad, ya que la información recolectada parece indicar una marcada disminución en los casos con respecto a los datos estadísticos existentes.

## Referencias bibliográficas

- Albornoz, N., Arenas, V., Martínez, L., Mora, K., Fernández, M., Hernández, J., Martínez, Y., & Sepulveda, J. (2018). Embarazo adolescente en el Departamento Norte de Santander, Colombia. Una mirada desde factores psicosociales para la intervención terapéutica. *Revista Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(5). <https://www.redalyc.org/journal/559/55963207023/>
- American Academy of Pediatrics. (2018). La depresión durante y después del embarazo. <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/prenatal/delivery-beyond/Paginas/understanding-motherhood-and-mood-baby-blues-and-beyond.aspx>
- Balanda-Baldyga, A., Pilewska-Kozak, A., & Dobrowolska, B. (2022). The correlation between social support and attitudes of teenage girls towards their pregnancy and childbirth. *Medical Studies*, 38(1), 44–53. <https://doi.org/https://doi.org/10.5114/ms.2022.115146>
- Benito, A., & Nuin, B. (2017). Guía del embarazo, preconcepción, parto y puerperio saludable (Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco y Eusko Jaurlaritza (eds.). Centro Gráfico Gamboa. [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_osaesk\\_embarazo/es\\_def/adjuntos/Guia-embarazo-preconcepcion-parto-y-puerperio-saludable.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_osaesk_embarazo/es_def/adjuntos/Guia-embarazo-preconcepcion-parto-y-puerperio-saludable.pdf)
- Bravo, D., Bravo, H., & Bravo, S. (2020). Embarazo en adolescentes y alteraciones psicosociales. *Revista Científica Mundo de La Investigación y El Conocimiento*, 4(4), 337–345. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).noviembre.2020.337-345](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).noviembre.2020.337-345)
- Buldum, A., & Güner, T. (2021). The fear of childbirth and social support in adolescent pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 19(8). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpag.2021.06.005>
- Calero, E. (2019). Sexualidad en la adolescencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252019000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252019000200003)
- CARE Ecuador. (2021). Análisis rápido de género. Situación de niñas y adolescentes en Ecuador. <https://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2021/10/Analisis-Rapido-de-Genero-Ecuador-2021.pdf>
- Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., & Valdivia, A. (2014). Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en

- adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 49–78.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5475197>
- Ceballos, G., Camargo, K., Jiménez, I., & Requena, K. (2011). Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta (Colombia). *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(1), 29-38. Recuperado em 07 de abril de 2023, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922011000100003&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000100003&lng=pt&tlng=es).
- Contreras-García, Y., Sobarzo, P., & Manríquez-Vidal, C. (2017). Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(1).  
<https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/151/117>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2020). ¿Qué es la adolescencia?  
<https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2019). Motherhood in childhood.  
[https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Motherhood in Childhood: The Untold Story\\_EN.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Motherhood%20in%20Childhood%20The%20Untold%20Story_EN.pdf)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Ecuador.  
[https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/consecuencias\\_socioeconomicas\\_del\\_embarazo\\_adolescente\\_en\\_ecuador\\_1.pdf](https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/consecuencias_socioeconomicas_del_embarazo_adolescente_en_ecuador_1.pdf)
- Giedd, J., Blumenthal, J., Jeffries, N., Castellanos, F., Liu, H., Zijdenbos, A., Paus, T., Evans, A., & Rapoport, J. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*, 2, 861–863.  
[https://www.nature.com/articles/nn1099\\_861](https://www.nature.com/articles/nn1099_861)
- García, A., & Gonzáles, M. (2018). Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud. *Revista de Ciencias Médicas*, 22(3).  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942018000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000300002)
- Gómez, C., & Mejía, G. (2017). Prevalencia de embarazo y características demográficas, sociales, familiares, económicas de las adolescentes, Carepa, Colombia - Dialnet. *Revista CES Salud Pública*, 8(1), 25–33.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6176881>

- Gómez, D., & Iriarte, I. (2020). Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en Adolescentes Chilenos. *Revista FACSQ*, 9(17). [https://redib.org/Record/oai\\_articulo3418217-escala-multidimensional-de-apoyo-social-percibido-en-adolescentes-chilenos](https://redib.org/Record/oai_articulo3418217-escala-multidimensional-de-apoyo-social-percibido-en-adolescentes-chilenos)
- Güemes, M., Ceñal, M. J., & Hidalgo, M. I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 21(4), 233–244. [https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi04/01/n4-233-244\\_InesHidalgo.pdf](https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi04/01/n4-233-244_InesHidalgo.pdf)
- Hermoza, D. (2012). Estructura y funcionalidad familiar de las adolescentes de 14 a 19 años con embarazo de la Provincia de Orellana. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2757/1/T-UCE-0007-85.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6th ed.). McGraw-Hill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 71(1). [https://www.researchgate.net/publication/262471531\\_Principales\\_factores\\_de\\_riesgo\\_psicologicos\\_y\\_sociales\\_en\\_el\\_adolescente/link/5909a912aca272f658fcf1d9/download](https://www.researchgate.net/publication/262471531_Principales_factores_de_riesgo_psicologicos_y_sociales_en_el_adolescente/link/5909a912aca272f658fcf1d9/download)
- Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 17(2), 88–93. [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93\\_Desarrollo.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93_Desarrollo.pdf)
- Jijón, M. L. (2021). Factores predictores del embarazo en adolescentes y mujeres jóvenes en el Ecuador: un modelo de regresión logística múltiple. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 22(2), 1–7. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1284505/a16-factores-predictores-de-embarazo-adolescente-regreion-multiple.pdf>
- Lillo, J. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (90), 57-71. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000200005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005&lng=es&tlng=es).



- Martínez, E., Montero, G., & Zambrano, R. (2020). El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. *Revista Espacios*, 41(47). <https://www.revistaespacios.com/a20v41n47/a20v41n47p01.pdf>
- Martínez, G., & Alfaro, A. (2019). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes paceños. *Fides et Ratio - Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 17(17), 83-100. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2071-081X2019000100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2019000100006&lng=es&tlng=es)
- Matrángolo, G., Simkin, H., & Azzollini, S. (2022). Evidencia de validez de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP) en población adulta Argentina. *CES Psicología*, 15(1), 163-181. <https://doi.org/10.21615/cesp.6009>
- Mella, C. (2022, August 28). Siete provincias concentran los casos de embarazo adolescente en Ecuador. *Primicias*. <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/provincias-concentran-casos-embarazo-adolescentes/>
- Mosqueda, A., Mendoza, S., Jofre, V., & Barriga, O. (2015). Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enfermería Global*, 14(39). [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412015000300006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300006)
- Mosquera, J. (2022, September 27). Una de cada 10 mujeres es madre adolescente en Azuay. *El Mercurio*. <https://elmercurio.com.ec/2022/09/27/embarazos-adolescentes-azuay/>
- Moyano, N., Granados, R., Durán, A., & Galarza, C. (2021). Self-Esteem, Attitudes toward Love, and Sexual Assertiveness among Pregnant Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph18031270>
- Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E., & Villagómez, A. (2014). *Metodología de la Investigación: Cuantitativa - Cualitativa y Redacción de la Tesis* (4th ed.). Ediciones de la U. <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/B0028.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). El embarazo en la adolescencia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Papalia, D., & Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano* (13th ed.). McGraw-Hill. <http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0250>. Desarrollo humano.pdf
- Rangel, J., Valerio, L., Patiño, J., & García, M. (2004). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>
- Recinos, Y. (2018). Desnutrición materna, bajo peso al nacer, pobreza y sociedad. *Revista Naturaleza, Sociedad y Ambiente*, 5(1). <https://www.revistacunsurori.com/index.php/revista/article/view/30>
- Robaina-Castillo, J., Hernández-García, F., & Ruiz, L. (2019). Consideraciones actuales sobre el embarazo en la adolescencia. *Universidad Médica Pinareña*, 15(1), 123–133. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2019/ump191o.pdf>
- Rojas, C., Zeger, B., & Förster, C. (2008). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137(6), 791-800. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009>
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg Self-Esteem Scale. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F01038-000>
- Ruiz, Q. (2022). Aspectos socioeconómicos y funcionalidad familiar en el embarazo adolescente de pacientes en la Unidad de Medicina Familiar no. 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, México [tesis de grado]. Universidad Autónoma de San Luis Potosí <http://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7573>
- Sanca, S., Espinola, M., & Racchumi, A. (2022). Factores sociales y demográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido en mujeres adolescentes de Perú. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 87(1), 11–18.
- Soto, O., Bonal, A., Bonal, A., Silva, J., & Machado, J. (2004). Embarazo en la adolescencia y factores sociodemográficos en Guantánamo en 1998. *Revista Cubana de Medicina*

*General Integral*, 20(1) [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252004000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000100002&lng=es&tlng=es).

Suarez, M., & Alcalá, M. (2014). APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53-57. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&tlng=es)

Thomas-Hilarión, W., Fuentes-Vanegas, L., Gallo-Barrera, Y., & Ramos-De la Cruz, E. (2022). Apoyo social percibido por mujeres gestantes de Santa Marta, Colombia: un análisis comparativo. *Revista Cuidarte*, 13(3). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2448>

Triviño-Ibarra, C., Acosta-Castro, F., & Veintimilla-Cedeño, J. (2019). Embarazo precoz: riesgos, consecuencias y prevención. *Revista Científica Dominio de Las Ciencias*, 5(2), 554–571. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.23857/dc.v5i2.1107>

Uriguen, A., González, J., Espinoza, J., Hidalgo, T., García, F., Gallegos, M., Rodríguez, L., & Valle, P. (2019). Embarazo en la adolescencia: ¿La nueva “epidemia” de los países en desarrollo? *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(3), 232–245. [https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft\\_3\\_2019/20\\_embarazo\\_adolescencia.pdf](https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_3_2019/20_embarazo_adolescencia.pdf)

Vega, O. M., & González, D. s. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 16. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000200021](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021)

Venegas, M., & Valles, B. N. (2019). Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 21(83). [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322019000300006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300006)

Vera, F. (2018). Puntos clave sobre el APGAR familiar. *Medicina clínica y social*. <https://www.medicinaclinicaysocial.org/index.php/MCS/article/download/49/48/100>

Vizcaino, C., & Cusme, N. (2021). Dinámica familiar en la adolescente embarazada de la comunidad de Lasso, Ecuador. *Enfermería Investiga*, 6(5), 31–36. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1453>

Wong, S., Twynstra, J., Gilliland, J., Cook, J., & Seabrook, J. (2020). Risk Factors and Birth Outcomes Associated with Teenage Pregnancy: A Canadian Sample. *Journal of*

*Pediatric and Adolescent Gynecology*, 33(2), 153–159.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.10.006>

Worku, M. G., Tessema, Z. T., Teshale, A. B., Tesema, G. A., & Yeshaw, Y. (2021). Prevalence and associated factors of adolescent pregnancy (15–19 years) in East Africa: a multilevel analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12884-021-03713-9/TABLES/5>

Xavier, C., Benoit, A., & Brown, H. (2018). Teenage pregnancy and mental health beyond the postpartum period: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 72(6), 451–457. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/jech-2017-209923>

## Anexos

## Anexo A. Ficha sociodemográfica

## 1. Datos generales:

a. Edad: \_\_\_\_\_

b. Estado civil:

- Soltera con pareja
- Soltera sin pareja
- Casada
- Unión libre
- Otro: \_\_\_\_\_

b. Señale con quién vive:

- Mamá
- Papá
- Hermanos
- Enamorado
- Esposo
- Hijos
- Otros: \_\_\_\_\_

c. Señale un aproximado de los ingresos mensuales en su hogar:

- Menos de \$200
- Entre \$200 y \$400
- Entre \$400 y \$600
- Entre \$600 y \$800
- Entre \$800 y \$1000
- Más de \$1000

d. Zona de residencia:

- Rural
- Urbana

e. Edad de inicio de la vida sexual: \_\_\_\_\_

## Anexo B. Cuestionario APGAR Familiar

De los siguientes aspectos señale con una X la categoría de respuesta que más se apegue a su situación familiar. Para cada pregunta se debe marcar solo una X.

Aspecto	Nunca (0)	Casi Nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi Siempre (3)	Siempre (4)
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
2. Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.					
3. Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
4. Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
5. Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

## Anexo C. Escala de Autoestima de Rosenberg

Por favor, lea las frases que se presentan a continuación y señale el nivel de acuerdo o desacuerdo que tiene con cada una de ellas, marcando con una X la opción elegida.

		Muy en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	De acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras.				
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso.				
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas.				
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.				
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.				
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				
7	En general, me siento satisfecho conmigo mismo.				
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo.				
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones.				
10	A veces pienso que no sirvo para nada.				

## Anexo D. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

Por favor, lea las frases que se presentan a continuación y señale el nivel de acuerdo o desacuerdo que tiene con cada una de ellas, marcando con una X la opción elegida.

	Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo (4)	Algo de acuerdo (5)	Bastante de acuerdo (6)	Muy de acuerdo (7)
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.							
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.							
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.							
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.							
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.							
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.							
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.							
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.							
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos.							
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.							
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones.							
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.							