

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

Relación entre dimensiones del desarrollo positivo hacia la adultez y el embarazo en adolescentes

RELACION ENTRE DIMENSIONES DEL DESARROLLO POSITIVO HACIA LA
ADULTEZ Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Relación entre dimensiones del desarrollo positivo hacia la adultez y el embarazo en
adolescentes

María Esperanza Durán Flórez
Universidad de la Sabana

Bajo la dirección de:
Dr. Mario Ernesto Martín Padilla

Bogotá, Julio 2014

Tabla de contenido

Resumen	3
Introducción	5
Pregunta de Investigación	7
Marco teórico	8
Objetivos	19
Objetivo General	19
Objetivos específicos	19
Método	19
Variables	19
Hipótesis	20
Participantes	20
Instrumento	21
Procedimiento	23
Consideraciones Éticas	24
Resultados	25
Discusión	30
Anexos	35
Referencias	40

Resumen

El objetivo del presente estudio fue establecer la relación entre las dimensiones del desarrollo positivo hacia la adultez y el embarazo en adolescentes. Se realizó un estudio descriptivo comparativo entre dos grupos, adolescentes embarazadas (N=49) y adolescentes no embarazadas (N=51), en una Clínica de IV nivel de Bogotá. Los instrumentos de evaluación fueron la entrevista semi estructurada establecida por la institución y se obtuvo la consistencia interna de una escala para evaluar 5 dimensiones del desarrollo positivo hacia la adultez; ellas son, Satisfacción vital, Tolerancia a la Frustración, Planificación y toma de decisiones, autoestima y autoeficacia generalizada. Los resultados mostraron: La Escala de Satisfacción con la vida obtuvo un alfa de Cronbach e 0.57. La escala de Tolerancia a la Frustración con un alfa de Cronbach de 0.75. La Escala de Planeación y Toma de Decisiones con Alfa de Cronbach de 0.83. Escala de Autoestima con Alfa de Cronbach de 0.72 y por último, la Escala de Autoeficacia Generalizada con Alfa de Cronbach de 0.78. En lo relacionado con las comparaciones entre grupos, se encontraron diferencias en autoeficacia generalizada, las demás escalas en los dos grupos presentan puntuaciones similares. Se concluye que los aspectos personales evaluados no muestran cambios significativos al estar embarazada, encontrándose que hay altos niveles de desarrollo positivo en ambos grupos, lo que implica que hay factores protectores tanto en el grupo de embarazadas como de no embarazadas.

Palabras Clave: Desarrollo Positivo, Adolescente Embarazada, Adultez

Introducción

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud pública, no solo en Colombia, sino en el mundo. Las organización Save the Children y el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA (2009) estiman que cada año nacen 13 millones de niños, producto de embarazo en mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo; de este total más del 90% (11,7 millones) corresponden a los países sub-desarrollados y el restante 10% (1,3 millones) a los países desarrollados. Este grupo poblacional de gestantes, desarrolla complicaciones del embarazo y el parto que son la principal causa de mortalidad en estos países (Mayor, 2004).

Según la Organización Mundial de la Salud (2002), la adolescencia se sitúa entre los 10 y 19 años y la juventud entre los 15 y 24 años. Casi la mitad de la población mundial es menor de 25 años. La generación presente de adolescentes es considerada como la más grande de la historia y cuatro de cada cinco adolescentes viven en los países de desarrollo. En Colombia, Según el Censo General del 2005 realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2005), el 19.6% de la población está conformada por adolescentes, grupo de edad que corresponde al segundo en magnitud después de los adultos jóvenes. Para el año 2009, se tenían las siguientes proyecciones: entre 10 y 19 años el 19,6% del total, llegando hasta 46% en áreas de menor nivel de desarrollo, como la Amazonía, por ejemplo. Aunque 21.7 años de edad es la edad media para la primera unión conyugal, en Colombia en el grupo conformado por mujeres de 15 y 19 años de edad cronológica, el 21% ya son madres o están embarazadas de su primer hijo (DANE, 2005).

Igualmente, existe un aumento en la actividad sexual de jóvenes en edades cada vez más tempranas estimándose que aproximadamente el 50% de las adolescentes menores de 16 años son activos sexualmente. La tasa de fertilidad en mujeres adolescentes es mayor a 50 por mil en varios países de la región de las Américas, en donde cada año, se registran 40.000 nacimientos de madres menores de 15 años y 2.200.000 de madres de 15 a 19 años (Organización Mundial de la Salud, 2010).

En Colombia en el año 2003, se definió, en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PSSR), como eventos prioritarios para Colombia, además de plantear una reducción del 26% del embarazo en adolescentes, temas como la salud sexual y reproductiva en jóvenes y adolescentes, la maternidad segura, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, cáncer de cuello uterino y violencia de género (Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección General de Salud Pública, 2010).

Según la Serie de estudios a profundidad de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, entre 1995 y 2010 ha aumentado la prevalencia del embarazo adolescente del 18% al 21%. Pero en el grupo de adolescentes con inicio de relaciones sexuales, alguna vez unidas o no disminuyó del 62% al 42%. Para las autoras, el descenso del embarazo adolescente mostraría un aumento en el uso de métodos anticonceptivos en este grupo entre 1995 y 2010. El uso de métodos modernos aumentó de 63.1% a 87.2% entre las mujeres de 15-19 años actualmente unidas, y de 66.9% a 95.3% entre las no unidas pero sexualmente activas (Flórez & Soto 2013). Para el año 2005, según los datos obtenidos por la encuesta Nacional de Demografía en los principales departamentos de Colombia, el 19% de adolescentes habían estado embarazadas, el promedio nacional fue del 21% (Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección General de Salud Pública, 2010).

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2010, se concluye en lo relacionado con el tema del presente trabajo que:

"El 19 por ciento de las adolescentes (entre 15 y 19 años) ya es madre o está embarazada de su primer hijo. El embarazo adolescente en Colombia disminuyó 1 punto porcentual con respecto a 2005 cuando fue 20 por ciento".....La edad promedio de las mujeres a la primera relación sexual es 18 años". (pág. 8.)

Lo anterior corrobora la importancia de un trabajo centrado en este grupo poblacional con esta problemática; si bien es cierto que se observa una disminución en el número de embarazos en este segmento de edad, la proporción en 5 años es solo del uno por ciento, lo que lleva a la revisión de las variables causales. Este es un fenómeno multifactorial, en el cual una de las variables que ha generado mayor investigación, es la estructura familiar. La familia, como uno de los primeros espacios de socialización, es la encargada, a través de las interacciones de sus miembros, de construir las conceptualizaciones y modelos de sexualidad, roles de género y relaciones entre hombre-mujer. La familia ha cambiado la estructura de núcleo tradicional, conformada por el padre, la madre, y los hijos; se encuentran familias uni parentales, generalmente madre-hijos (Glick, Berman, Clarkin & Rait, 2003). El alto índice de embarazos en adolescentes genera cambios en la estructura familiar, en la sociedad, y en la conformación de las futuras familias. Algunas veces la familia acepta esta situación; en otras ocasiones, el rechazo de la familia las lleva a que inicien una convivencia en pareja a tempranas edades, dejando de lado su proyecto de vida, forjando niveles socio-económicos bajos por la baja escolaridad, el aumento de la informalidad, y la disminución de las posibilidades de progreso (Carvajal & Caro, 2009).

Por lo tanto, con estas variaciones en el núcleo familiar y el incremento en embarazos en adolescentes, se plantea la importancia de revisar el concepto de sexualidad, embarazo, roles de padres, afectividad, en estas nuevas dimensiones, asociadas al concepto de desarrollo positivo hacia la adultez.

En los países de América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (2001) ha venido trabajando aspectos relacionados con la estrategia Habilidades para la Vida, la cual plantea elementos como, comunicación, solución de problemas y toma de decisiones entre otros. En Colombia la Fundación Fe y Alegría inició el desarrollo de este tipo de trabajo desde los años 90 (Mangrulkar, Whitman, & Posner 2001). La estrategia anterior es un acercamiento para el trabajo con niños y adolescentes fortaleciendo factores protectores, como lo plantea el desarrollo positivo hacia la adultez.

Uno de los componentes de Desarrollo Positivo hacia la adultez tiene que ver con la autoestima, que es una evaluación cimentada en la opinión que se tiene de sí mismo, la cual involucra pensamientos y experiencias del entorno, las cuales se forman en el sujeto especialmente durante la infancia y se solidifican durante la adolescencia (Catano, Restrepo, Portilla & Ramirez, 2008). El componente subjetivo de la valoración es implícito y delimita e influye en el sentido e intensidad de las manifestaciones (Oliva, Antolín, Pertegal, Rios, & Parra, 2011), por el estadio de formación y consolidación de la autoestima, por la importancia de la opinión que se tenga de sí mismo para asumir situaciones de la vida, en esta etapa de desarrollo y asociada a embarazo puede aportar elementos de trabajo con población adolescente.

La propuesta de modelo de Desarrollo Positivo plantea una complementariedad entre la visión del adolescente desde el riesgo y la del factor protector; es decir la posibilidad no solo de prevenir sino de promover, revisa no solo la prevención de conductas riesgosas, entre las que se encuentra la posibilidad de inicio temprano de relaciones sexuales y el embarazo en adolescentes, sino la promoción de aspectos que protejan al adolescente para que no llegue a la conducta de riesgo, entre estas dimensiones formula las 5 que corresponden a aspectos personales: Autoestima, Autoeficacia generalizada, Satisfacción vital., Tolerancia a la Frustración y Planificación y toma de decisiones (Oliva, et al, 2011).

Pregunta de Investigación

Por lo anterior el trabajo plantea la siguiente **pregunta de investigación**: ¿Qué relación existe entre las dimensiones del desarrollo positivo hacia la adultez y el embarazo en adolescentes?

Marco teórico

Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud OMS (2002), define la adolescencia como el periodo entre los 10 y los 19 años de edad, mientras que la juventud, como el periodo entre los 15 y los 24 años. En una declaración conjunta, realizada en 1998 por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población [FNUAP] afirmó que el término adolescencia se refiere a personas que tienen entre 10 y 19 años (OMS, 2002).

De la misma manera, para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), la adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica; es decir la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años. Se consideran dos fases: la adolescencia temprana comprendida entre los 12 a 14 años y la adolescencia tardía entre los 15 a 19 años. Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo (OMS, 2002).

En esta misma dirección, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2001) considera la adolescencia como el periodo de la vida entre la maduración biológica, sexual, psíquica y social y el momento de asumir los roles y responsabilidades de los adultos.

La palabra adolescente proviene del Latín *adolescere*, que significa madurar, lo que implicaría asumir la adolescencia como un proceso dentro del ciclo vital (Risueño & Mota, 2004), es una etapa de la vida especialmente importante por todos los cambios que se producen, en el paso de la niñez a la adultez. No solamente hay cambio físico sino social y psicológico (emocional) y, por supuesto, diferencias en la dinámica de las relaciones familiares. Por esta razón, se produce ansiedad y vulnerabilidad de los adolescentes en todos estos procesos; búsqueda de pertenencia, de sentido de la vida, roles, responsabilidades (Risueño & Mota, 2004).

En el siglo XVIII apareció el nombre de “pubertad”, palabra que viene del latín “pubertas” para designar la aparición del vello púbico y con ello mostrar el inicio de la adolescencia, con todos los cambios biológicos que implica y que preparan al niño y niña para procrear. En este concepto el componente emocional no se incluía, el cual es importante para el proceso de socialización tanto del adolescente como del adulto, es el periodo donde se prepara para cumplir los roles personales y sociales de la vida de adulto (Population Council, 2006, en Sulaiman, Othman, Razali y Hassan, 2013).

Existen algunas definiciones de adolescencia, según edad, sugeridas por Sociedades Científicas; entre ellas, la Sociedad Argentina de pediatría, que la sitúa entre 10 y 20 años, o la Academia Americana de Pediatría que establece clasificaciones de adolescencia temprana para niños entre 12 y 14 años y para niñas entre 10 y 13 años, adolescencia media niñas entre los 13 y 16 años y varones de 14 a 17 años y por último adolescencia tardía para ambos sexos de 18 a 19 años. El colegio Americano de Médicos la ubica entre los 12 y 24 años. La academia Americana de Médicos de Familia entre los 13 y 18 años, finalmente la Organización mundial de la Salud plantea adolescencia y adultez joven de los 10 a los 24 años (Risueño & Mota, 2004). Las definiciones según edad están asociadas al desarrollo psíquico y de personalidad.

Existen diferentes teorías que establecen los lineamientos del desarrollo psíquico y de personalidad, incluyendo los factores cognitivos, en la adolescencia. En una revisión realizada por Martínez (2001), se plantea que el psicólogo y padre del desarrollo cognitivo, Jean Piaget (1959,1963) planteaba el final de los procesos de pensamiento racional y el inicio de pensamiento lógico dentro de las edades que hoy consideramos adolescencia. El nivel superior de desarrollo intelectual, según Piaget surge en la adolescencia y se consolida en la juventud. A partir de los 11 ó 12 años comienzan a producirse importantes transformaciones en los procesos intelectuales y aparece el pensamiento operatorio formal, de carácter hipotético deductivo, que se refleja en el interés del adolescente y del joven por las teorías generales y la elaboración de juicios sobre la política, la filosofía y el sentido de la vida; De la misma manera, Carvajal y Caro (2009) definen la adolescencia como un momento de transición del ser humano, con fluctuaciones entre la niñez y la adultez. Según estos autores en la adolescencia los seres humanos tienen cambios significativos al asumir los nuevos roles, que incluyen aspectos sociales, emocionales, fisiológicos y psicológicos. Las relaciones interpersonales cambian, el grupo de pares se hace prioritario; por lo tanto, el transcurrir del adolescente se fundamenta en sus pares, en la lealtad bidireccional que espera, la intimidad y el apoyo mutuo de estos. Así mismo, se producen cambios en creencias, valores e ideologías, acercándose a lo que representan sus amigos y alejándose de lo que representa la familia. Las actividades que compartían con sus familias dan paso a actividades con sus amigos; en este artículo las autoras concluyen que la soledad puede ser un factor importante dentro de la adolescencia por los cambios y el alejamiento del niño-adolescente de su familia. Por lo tanto, la adaptación a estos cambios puede generar conflictos personales, familiares y sociales. Dichos cambios pueden estar en lo positivo o en lo negativo: la adaptación requiere que el adolescente se acomode a las situaciones; en esta acomodación se pueden generar conflictos de comportamiento que los puede llevar a tomar decisiones que afecten su proyecto de vida, por ejemplo: inicio temprano de vida sexual, embarazo en la adolescencia, delincuencia, consumo de alcohol y drogas, rebeldía y deserción escolar, entre otras.

Por lo anterior, Penagos, Rodríguez, Carrillo y Castro (2006) plantean que, desde la perspectiva del apego, en el momento de transición el adolescente empieza a buscar los elementos internos, transmitidos y propios, para mantener y en algunos casos, restaurar la seguridad personal. De ahí la importancia de contar con el apoyo y la disponibilidad de los padres, “figuras de apego primarias”. La adolescencia es el momento en el que se intenta establecer independencia, autonomía y diferenciación, especialmente de los padres. Así, de acuerdo con Overbeek, Vollebergh, Engels y Meeus (2003), en la adolescencia se presentan cambios en las jerarquías de las figuras de apego, y se convierten en el papel predominante para las relaciones entre pares. En resumen, los autores indican: “la adolescencia, más que ser una etapa en la que los vínculos de apego se debilitan y desaparecen, es una época en la que éstos sufren una transformación; son transferidos gradualmente al grupo de pares y a la pareja” (pág 32-34), en capítulos posteriores se establecerá la relación entre apego y amor romántico que lleva a relaciones sexuales en la adolescencia.

De otra parte, en una revisión realizada por Vargas y Barrera (2002), se sostiene que en la adolescencia se van desarrollando relaciones más maduras con pares de ambos sexos y fuera de la familia, para establecer relaciones románticas y sexuales sanas. Como se ha venido planteando, el grupo de amigos se convierte en la fuente de información, compañía, apoyo, retroalimentación y como modelos de comportamiento. Por lo tanto, las relaciones con los padres cambian, se abren a la negociación, a la igualdad, los niveles de autoridad se hacen más cercanos (Vargas y Barrera, 2002),

En cuanto a aspectos personales, las tareas predominantes en la adolescencia son construir su identidad y elaborar proyecto de vida, la comprensión y aceptación. Al adolescente se le dificulta acercarse a sus padres, por que son sus pares los que, según ellos, representan el saber. La preparación para asumir el rol de adulto es mediante juegos y fantasías, juega con ideologías, juega con la sexualidad, todo ello le permite al adolescente diferenciarse del otro. Juega a tomar riesgos, juega, sobre todo, a ser grande, mucho antes de sentirse tal, aparece la idea del “amor romántico” y por ende la toma de riesgos en el inicio de su sexualidad. (Weissman, 2002)

Reforzando el concepto de los autores anteriores, Williams, Grayson y Greenley (2002), califican la adolescencia como “período crucial del desarrollo”, por la construcción de identidad, valores, creencias, integración de la familia y los amigos; consideran que es el momento en el cual se consolidan comportamientos riesgosos o protectores en la salud del adolescente y que van a afectar la vida adulta. Por ejemplo la dieta, el ejercicio, la prevención de conductas riesgosas en consumo de alcohol y sustancias y prácticas sexuales inseguras. Como lo plantearemos en capítulos posteriores, la adolescencia es un período en el cual se debe intervenir en prevención primaria.

La construcción de la identidad de género también hace parte de esta etapa de desarrollo y consiste en la aceptación e interiorización del papel femenino y/o masculino, que se asume en las

relaciones sociales dentro de los cambios biológicos y emocionales del niño en su paso a la adolescencia, lo más importante es el aspecto psicosexual, es decir manifestaciones de la sexualidad adulta: masturbación (auto erotismo) y fantasías sexuales. En lo referente a aspectos psicológicos, son muy parecidas las características psíquicas, perciben el medio como carente de afecto, tienen miedo de no ser aceptados; porque ellos mismos no se aceptan, están a la búsqueda de una identidad propia para ser aceptados por sus pares. Esta situación es un factor de riesgo, si se tiene en cuenta la presión de grupo como toma de decisiones por el grupo y no por lo que el adolescente desea. Por eso en ocasiones inician precozmente su vida sexual, sin tener en cuenta la responsabilidad sobre su propio entorno (De la Cuesta, 2005).

Según Risueño y Mota, (2004) es en esta etapa donde se inicia la exploración personal alejándose de las relaciones familiares y acercándose más a las relaciones sociales y con esto la aparición de comportamientos que generan riesgo para la salud, para el proyecto de vida y aún para la supervivencia, estos comportamientos están asociados a deserción escolar, embarazo precoz, suicidio, violencia, abuso de sustancias y en general conductas autodestructivas.

Con respecto a las conductas de riesgo en la adolescencia, el Instituto Nacional de la Juventud (2003) realizó la Cuarta Encuesta Nacional de Juventud en Chile, donde señala que hay evidencias sobre el incremento de la actividad sexual en la adolescencia; es decir, que en comparación con años anteriores, los adolescentes inician las relaciones sexuales (genitales - coitales) a edad más temprana. Según la misma encuesta, el 35,2% de los adolescentes y el 84,5% de los jóvenes hasta los 24 años de edad se encontraban sexualmente activos. Mientras en otros países como Cuba el 50-% de las adolescentes tiene vida sexual activa y se ha visto un incremento del 10% anual.

Por su parte, Akers, Muhammad y Corbie-Smith (2011), hicieron una revisión de la literatura sobre factores que influyen en el comportamiento sexual de los adolescentes, un gran número se ha centrado en el modelo ecológico: los compañeros, la familia y la pareja. Otro aspecto revisado por estos autores se refiere a la influencia del barrio sobre la sexualidad: inicio, mitos, anticoncepción y en general resultados a nivel de salud sexual y reproductiva

En conclusión de su trabajo, los autores anteriores complementan sus apreciaciones sobre la influencia del barrio en factores de adolescencia y sexualidad, proponen que los aspectos organizacionales de la comunidad y el barrio incluyen la disponibilidad de recursos institucionales en cuanto a servicios de planificación familiar, utilización del tiempo libre, barreras de acceso a los servicios de adolescencia. Así mismo, es necesario tener en cuenta lo opuesto, “medidas de desarrollo social desorganizadas” entre las que se encuentran: la delincuencia, el desempleo, deserción escolar, para confrontarlos con las normas sociales colectivas que pueden generar problemas de salud pública, como el inicio temprano de relaciones sexuales y el embarazo en adolescentes.

Otro punto de vista asociado a la definición de adolescencia es el psicológico, donde se tienen en cuenta factores como: cambios en los estados afectivos, participación en grupos de pares, descubrimiento y exploración de la sexualidad, elaboración de proyecto de vida, cambios comportamentales que se deben tener en cuenta al abordar la adolescencia.

Embarazo en adolescentes

El embarazo en adolescentes se define como el ocurrido durante el periodo de adolescencia entre 10 y 19 años, situación que genera riesgo, ya que no se cuenta con las condiciones de madurez psicosocial, emocional y sexual para enfrentar el embarazo y la paternidad (León & León, 2005).

Como se propuso anteriormente, el embarazo en adolescentes ha sido considerado un problema social y de salud pública; en el documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES (Departamento Nacional de Planeación, 2012) se plantea la prevención de los factores de riesgo asociados a este fenómeno y la promoción de factores protectores para procurar a la población en esta etapa evolutiva y sus familias un mejor desarrollo. En Colombia existen diversas normas, tales como la Constitución Política, la Ley 115 de 1994, y ley general de educación; la Ley 1098 de 2006, reglamenta el código de infancia y adolescencia, y la Ley 1146 de 2007, expide normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente; a esto se añade el Decreto 3039 de 2007-2010, el Plan Nacional de Salud Pública; la Ley 1257 de 2008, que dan normas de prevención, sensibilización y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres; el Decreto 2968 de 2010, crea la Comisión Intersectorial para promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, que en conjunto reglamentan aspectos relacionados con prevención, y promoción, atención y garantía de derechos de niños, niñas y adolescentes frente a salud sexual y reproductiva, desde los sectores educación y salud.

Así mismo, el Ministerio de Educación Nacional de Colombia (Resolución 3353 de 1993) instituyó que la educación sexual debía ser obligatoria en todo el sistema educativo colombiano. Para ello se formuló el Proyecto Nacional de Educación Sexual en 1993, que se caracterizó por definir la educación sexual en el marco de un plan transversal de estudios a partir de los primeros grados de primaria. La Ley General de Educación, Ley 115 de 1994, ratifica la obligatoriedad de la enseñanza sobre salud sexual y reproductiva, propone la importancia de “promover una sexualidad sana en torno de la promoción de la autoestima, el respeto y la creación de una identidad sexual” (Ministerio de Educación Nacional, Ley 115 de 1994). La efectividad de cada enfoque depende del contexto y de la correcta ejecución del programa; sin embargo, una de las estrategias más exitosas ha sido mejorar las perspectivas futuras y objetivos de las adolescentes.

En la misma línea, la Ley 1616 de 2013, Ley de Salud Mental, se establecen los lineamientos para la atención en salud para niños y adolescentes como población prioritaria, dentro de aspectos relacionados con atención, prevención y promoción de manera oportuna y con fácil acceso. Dentro de las prioridades a tener en cuenta se reglamentan aspectos relacionados con salud sexual y reproductiva, consumo de sustancias psico-activas, embarazo en adolescentes, conflictos familiares, sociales y escolares y en general se promueve todo lo que tiene que ver con la salud mental de esta franja poblacional.

También en países como Estados Unidos, se presentan aproximaciones teóricas, que fortalecen la expedición de las leyes para la atención de este evento en salud, que intentan explicar las causas de los embarazos en la adolescencia y han encontrado que éstos pueden ocurrir por: decisión voluntaria y consciente de quedar en embarazo o de tener relaciones sexuales sin protección, asociadas a dificultades familiares; abuso sexual; pobreza; bajo nivel educativo; inicio temprano de relaciones sexuales; influencia de los medios de comunicación; historia de embarazo adolescente de la madre; las pautas de crianza, fallas en comunicación y conflictos familiares; violencia intrafamiliar, alcoholismo; proyecto de vida poco real y otras condiciones que afectan la conformación de los hogares y las inter relaciones entre sus miembros (Mitchell, Finkelhor y Jones, 2011).

En lo relacionado con representaciones de género asociados al proyecto de vida en la adolescencia, Binstock y Pantelides (2006) enuncian la importancia de este aspecto en un estudio de tipo cualitativo, realizado en Argentina; sugieren que el acceso a la escolaridad secundaria es un factor protector de una maternidad temprana, particularmente en sectores sociales menos favorecidos, concluyendo que la falta de estudio está asociada directamente con el inicio temprano de relaciones sexuales. En Colombia, Vargas (2009) plantea que el género es una construcción de tipo social; por lo tanto, está influenciado por aspectos culturales pero sobre todo familiares. En el núcleo familiar se construyen las concepciones y explicaciones iniciales sobre roles de género, las funciones de feminidad y masculinidad. Por ello, la importancia del padre y de la madre en esta cimentación y como la ausencia de uno de ellos, el padre biológico puede influenciar a las niñas para que inicien tempranamente la maternidad.

El contexto familiar y el embarazo en la adolescencia

La familia es el grupo primario donde el niño y el adolescente aprenden las formas de inter relacionarse con otros, generando factores protectores o de riesgo. Para Vargas (2009), la familia es el núcleo central para el proceso de desarrollo de la autoestima, este constructo depende de los contextos en los cuales se mueve el individuo, en la adolescencia la familia, la escuela y el grupo de pares se convierten en la columna vertebral para el impulso de procesos orientados a la construcción de la misma. Así mismo, para Penagos, y cols. (2006), la familia se convierte en el eje principal para el

desarrollo futuro de las relaciones afectivas en todos los seres humanos. Los niños por medio de la familia y por supuesto, a través de sus padres adquiere y desarrolla habilidades específicas para relacionarse de manera exitosa o no, no solo con los miembros de la familia sino con el grupo de pares en la niñez, adolescencia y luego en la etapa adulta. A medida que el niño crece se va integrando con otros seres humanos diferentes a su núcleo primario, y en la adolescencia estas relaciones se convierten en primarias por encima de las de la familia. Por lo tanto, se espera que las relaciones que tienen características de confianza mutua, cooperación, seguridad y afecto, evolucionan para generar vínculos de apego seguros.

Lo anterior puede verse perturbado por las alteraciones en la composición de las familias. Ellis y cols (2003) establecen que las familias mono-parentales son un fenómeno que se ha venido investigando y muchos estudios han identificado la ausencia del padre biológico como un importante factor de riesgo para la actividad sexual a temprana edad.

Por otro lado, Ellis y cols (2003), plantean que el impacto de la ausencia del padre en la actividad sexual temprana y el embarazo adolescente se ha investigado en estudios longitudinales en los Estados Unidos y Nueva Zelanda en el que muestras de niñas fueron seguidas de forma prospectiva en la vida (5 años) aproximadamente hasta los 18 años de edad. La mayor exposición a la ausencia del padre era fuertemente asociada con riesgo elevado para la actividad sexual temprana y el embarazo adolescente.

En una investigación realizada por Binstock y Naslund-Hadley (2010), estos autores muestran a partir del análisis y comparación de las experiencias de vida de dos grupos de mujeres, madres adolescentes, de sectores populares —de Lima y Asunción, los hallazgos vinculados con los determinantes próximos del embarazo precoz; entre ellos proponen el contexto en el que ocurre la iniciación sexual, el conocimiento y uso de métodos de anticoncepción, y el rol que cumple el entorno de las adolescentes: el grupo de pares, la familia, y particularmente la escuela.

Los tres estudios anteriores presentan desde diferentes perspectivas, una asociación entre ausencia del padre (presencia física) e inicio temprano de relaciones sexuales en adolescentes mujeres, que se convierte en factor de riesgo y generan embarazo adolescente. Los planteamientos se han realizado con estudios cuantitativos longitudinales, descriptivos y con estudios cualitativos.

Según la Secretaria de Salud de México (2002), el embarazo en los adolescentes es un fenómeno multifactorial, y aunque ocurre en todos los estratos socioeconómicos, se comporta de diferente manera en niveles medio alto. La mayoría de las adolescentes pueden tener mayores medios económicos que permiten interrumpir su embarazo. Por el contrario, en los niveles más bajos, existe mayor aceptación al embarazo en adolescentes, unido a la repetición de esta situación de generación en generación.

Igualmente, según estudios realizados, cada año en Latinoamérica, más mujeres adolescentes, tendrán un embarazo pre término, siendo esto un factor de riesgo tanto social como biológico para la madre adolescente y para su hijo, más aún cuando se asocia a variables como deserción escolar, baja autoestima, pareja inestable o ausente (Secretaría de Salud de México, 2002).

Algunos de los factores predisponentes, según la Secretaría de Salud de México, son en lo relacionado con factores personales: el inicio temprano de relaciones sexuales asociado a inmadurez emocional y falta de información, familias donde los roles y los patrones de autoridad no están definidos, bloqueo en los canales de comunicación, falta de interés en actividades sociales, académicas o comunitarias, violencia intrafamiliar, aceptación de la maternidad en adolescentes por parte de sus padres, condiciones socio económicas precarias, pobre proyecto de vida, y pensamiento mágico, e irreal, ya que las jóvenes no creen que se puedan embarazar en la primera relación sexual. En cuanto a Factores Socioculturales, plantean: mayor libertad sexual, inadecuada ocupación de tiempo libre, parejas de mayor edad, sentimiento de omnipotencia característico de la adolescencia, influencia del alcohol y otras drogas, cumplimiento de asignaciones de género construidas en su contexto, ser hija de madre adolescente.

Adicionalmente, a lo anterior, suman los Factores externos (contexto y cultura), entre los que se encuentran escasos o inadecuados programas de educación sexual, insuficientes servicios de orientación y atención en salud del adolescente, mitos y estigmas acerca del uso de anticonceptivos y/o poca o ausente oferta de métodos anticonceptivos, asignaciones de género fundamentadas en un rol femenino de dependencia y servicio a los hombres (incluso en el plano sexual) y centrado en la reproducción y en las funciones domésticas, estimulación del contexto para tener relaciones sexuales, especialmente por parte de los medios de comunicación (televisión, cine, música, videos, revistas), de los pares o compañeros y de los modelos culturales predominantes, presión de grupo, acoso sexual o amenazas de abandono por parte del hombre y violencia sexual.

Colombia no es ajena a este fenómeno, el Ministerio de Salud (2009) plantea que un 16% del total de nacimientos en el país corresponden a madres adolescentes, los factores estudiados tienen que ver con: el inicio temprano de relaciones sexuales; en varones 13,4 años y mujeres 14,8 años, la pobre utilización de métodos anticonceptivos, sólo el 11% de adolescentes entre 15 y 19 años utiliza algún método de anticoncepción, el inicio precoz de consumo de alcohol, entre 12 y 15 años. Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia (2009), proponen atención especializada para adolescentes centradas en la participación de los jóvenes, derechos, prevención y atención de factores de riesgo psicosociales, en general desarrollo de habilidades y potencialidades para prevención de embarazo precoces, abortos, enfermedades de transmisión sexual, suicidio, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, entre otros; esta atención se engloba en lo que se viene desarrollando desde el

Ministerio conocido como Espacios amigables para adolescentes, como estrategia de prevención e intervención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010).

Reafirmando lo anterior, en una investigación realizada en la Universidad de los Andes en Bogotá, se establecen otros aspectos a tener en cuenta frente al comportamiento sexual y reproductivo en la adolescencia son: proyectos futuros, el desempeño académico, la autoestima, la relación con los padres, acceso a salud, educación y estrato socio económico (Galindo, 2012).

Generalmente el embarazo en adolescentes, no es planificado y la actitud que el adolescente asuma frente al embarazo está relacionado con su historia personal, los contextos en los que interactúa y de la etapa de la adolescencia en la que se encuentre.

Desarrollo Positivo hacia la adultez

Como se ha venido planteando, uno de los problemas en la adolescencia es el embarazo temprano, constituyendo un problema de salud pública; esta es una circunstancia de la vida que altera el proyecto de vida, obligando a la joven a asumir responsabilidades y roles para los cuales aún no está lista.

La adolescencia y las circunstancias que se presentan en esta etapa del ciclo vital tienen en cuenta el Desarrollo Positivo hacia la adultez, el cual está compuesto por cinco componentes que son autoestima, autoeficacia generalizada, planeación y toma de decisiones, satisfacción con la vida y tolerancia a la frustración (Oliva y cols, 2011). A continuación se explicarán cada uno de ellos

La adolescencia es el momento de tránsito a la adultez. Soto, Contreras y Becerra (2013) en su trabajo sobre los cambios que se producen en el proyecto de vida en la adolescente embarazada, establecen que es una etapa de alta vulnerabilidad, con gran significado cuando se encuentra asociado a factores de riesgo, dificultad en los vínculos familiares y sociales, sumado a todo lo anterior, el problema social, y el momento evolutivo en el cual se está fortaleciendo la estructura psíquica, por lo que el proyecto de vida va a estar altamente influenciado por sus percepciones de satisfacción con su vida, la forma como se plantea a lo que se va a dedicar, y en general todas los aspectos personales incluida la autoestima.

El proyecto de vida es una construcción dinámica que se nutre de aspectos como la toma de decisiones, la solución de problemas, que permiten establecer el camino para llegar a una meta. Para alcanzar las metas propuestas requiere tiempo e intención para desarrollarlas (Salvatierra & cols. 2005).

El concepto de autoestima ha sido estudiado por Cataño, Restrepo, Portilla, y Ramírez (2008), quienes hicieron una recopilación de autores sobre el concepto de autoestima, encontrando que este constructo puede definirse como un sentimiento de aceptación y aprecio por si mismo, todo ello

asociado a la competencia y valor personal. El ambiente y la cultura juegan un papel importante en el desarrollo de la autoestima, grupos primarios como la familia, escuela y amigos fortalecen o empobrecen el sentido de pertenencia, el valor personal, la competencia. En este orden, Webster-Stratton y Taylor (2001) han estado realizando investigación sobre la conexión entre autoestima y factores de riesgo para embarazo en adolescentes, estos autores plantean que la mayoría de programas de prevención está centrada en la información y entrega de métodos anticonceptivos, sin embargo la relación entre autoestima baja y embarazo en adolescentes, les hace pensar que la intervención debe ser más profunda, centrada en lo psicológico.

Así mismo, Vargas, Gambara y Botella (2006), que han venido trabajando sobre embarazo en adolescentes en Colombia, consideran que en la pubertad se exagera la sexualidad y es durante esta época que los niños y adolescentes prueban su autoestima frente a sus pares, a sus maestros y a sus padres. Generalmente, la sensación de competencia y valía se establece con las conductas riesgosas que se realicen.

De la misma manera, Caso-Niebla, Hernandez-Guzman y Gonzalez-Montecinos, (2010), establecieron que la autoestima es un constructo que explica el funcionamiento adaptativo; estos autores consideran también que el adolescente tiene una autoestima global que se integra a partir de la apariencia física y la competencia escolar. Por lo tanto, la autoestima es importante en términos de las valoraciones que el adolescente hace de las exigencias de su medio y de las posibilidades y habilidades que el adolescente tiene para enfrentarlas y establecer así factores protectores frente a consumo de sustancias, embarazos tempranos, inicio de relaciones sexuales prematuras. El análisis de su abordaje teórico (Fajardo-Vargas, Hernández-Guzmán y Caso-Niebla, 2001) subraya la evaluación que realiza la persona de sí misma y de su desempeño personal al interpretar las características psicológicas de las situaciones que afronta cotidianamente.

En lo relacionado con la Autoeficacia percibida, y engranada con el concepto de autoestima, Maddux (2005) opina que la autoeficacia se enmarca dentro del concepto de la teoría social-cognitiva, en la cual las personas participan de manera activa en la consecución de los logros, para este autor existen 4 premisas que encuadra este concepto: 1. Los seres humanos tienen capacidades cognitivas que a través de modelos internos de experiencia permiten la predicción de resultados esperados, 2. Los fenómenos ambientales, los factores personales y los comportamientos presentan una influencia recíproca, 3. La personalidad está socialmente arraigada y 4. Los individuos son capaces de auto regularse. Por lo anterior, este autor plantea la autoeficacia como una influencia del desarrollo, de la capacidad de pensamiento simbólica, especialmente la comprensión de las relaciones causales, auto observación y de auto reflexión.

En Oliva y cols (2011) la relación de la variable sexo con la percepción de auto eficacia se establece una diferencia entre niños y niñas dependiendo de las situaciones; por ejemplo las mujeres tienden a mostrar un menor sentido de autoeficacia en las tareas que tienen que ver con la ciencia y en atribuir los resultados de la ejecución a la suerte y no a la autoeficacia.

La planeación y toma de decisiones tiene que ver con dar respuesta a un problema con por lo menos dos posibilidades para elegir; la elección implica un conflicto, debido a que se deben tener en cuenta las preferencias, las consecuencias producidas de la toma de decisiones y la incertidumbre de lo que ocurrirá por la elección tomada (Gambara y González, 2004). Estos mismos autores plantean que las habilidades para toma de decisiones se desarrollan con la edad; entre los 12 y 14 años no se tiene claro los riesgos o beneficios de la decisión tomada, por lo tanto los hace más vulnerables a los riesgos y a la presión de sus pares. De los 14 a 19 años revisan las consecuencias inmediatas pero se les dificulta ejercer autocontrol de las situaciones y las consecuencias a largo plazo.

En las decisiones sobre la sexualidad en la adolescencia, los jóvenes tienen en cuenta en primer lugar aspectos individuales, pues eligen situaciones centradas en sus propios fines; en segundo lugar las decisiones son inmediatas, poco planeadas y pensadas. Todo el proceso de toma de decisiones está influenciado por las cogniciones que el adolescente tiene de sí mismo, de la sexualidad, las creencias, y los valores (Vargas y Barrera, 2004).

El componente de Tolerancia a la frustración, dentro del desarrollo positivo, es la capacidad para enfrentarse y manejar las situaciones adversas sin sentirse derrotado. Las personas pueden tener habilidades para afrontar las dificultades de una forma sana y ser eficaces para encontrar soluciones posibles y al mismo tiempo manejar estas circunstancias, o por el contrario, no contar con competencias personales o repertorios de conducta para actuar ante situaciones conflictivas; estas últimas se dejan llevar por la desesperanza o la ansiedad (Oliva y cols, 2011).

En cuanto a la satisfacción vital, otra de las dimensiones del Desarrollo Positivo, Moyano y Ramos (2007), realizaron un trabajo para evaluar el bienestar subjetivo a través de componentes cognitivos como la satisfacción vital, o afectivos como la sensación de felicidad, y correlacionaron estas variables con aspectos sociodemográficos. Evaluaron 927 personas y los resultados mostraron que en general las personas están satisfechas con su vida; la familia se convierte en el pilar de la felicidad en todos los estudiados. Así mismo concluyeron que las personas más jóvenes mostraban menor satisfacción con la vida y finalmente, concluyeron que existe una relación directa entre felicidad, autoevaluación de salud y satisfacción vital.

En el mismo sentido, Moyano y Ramos (2007) revisaron autores como Diener (1994), para establecer el concepto de satisfacción vital; los autores consideran que este es el componente cognitivo del Bienestar Subjetivo, es decir, el valor positivo que los individuos hacen de su vida en general o de

aspectos particulares de la misma; en resumen, la satisfacción vital corresponde a la discrepancia entre lo que se quiere lograr y lo que se logra.

Recientemente, Oliva y cols (2011) plantean la construcción de un modelo de desarrollo positivo del adolescente, centrándose en la competencia y no en el déficit y promoviendo los activos que rodean al adolescente: aspectos personales, familiares, sociales, educativos y comunitarios. En este modelo el punto central está en el área de desarrollo personal con dimensiones como: autoestima, autoeficacia, auto concepto, auto control, autonomía, sentido y vinculación e iniciativa personal. Para la evaluación de las dimensiones del desarrollo positivo, se traducen y validan escalas inicialmente diseñadas en Estados Unidos, para población española, como en la propuesta de Oliva y cols, que proponen utilizar esta herramienta en medios educativos, sociales, clínicos y de investigación, para evaluar adolescentes y plantear propuestas de trabajo en cada área.

En el modelo de desarrollo positivo propuesto por Oliva y col (2011) los aspectos sociales tienen que ver con asertividad, habilidades para solución de conflictos y en general habilidades comunicativas; las competencias cognitivas en general engloban habilidades para planeación y toma de decisiones; los aspectos emocionales establece las habilidades para reconocer los sentimientos propios y los de otros, la tolerancia a la frustración y la empatía. Estos autores adicionan el aspecto moral que enmarca: compromiso social, justicia e igualdad.

En la misma línea, el concepto de autoeficacia generalizada fue planteado por Bandura (1978) en Garrido (2000), quien propone que este concepto es la forma de auto controlarse y todos los factores psicológicos implicados en el mismo; inicialmente establece una cadena de eventos que lleva a la gratificación personal, social o familiar: estar pendiente de la propia conducta, establecer a donde quiere llegar y ser capaz de autoevaluar la ejecución personal. Garrido (2000) considera que la autoeficacia es un proceso mediador de lo afectivo, cognitivo y de su propia conducta que le permite a la persona llegar a lo que se propone.

Dado lo anterior con el desarrollo de las habilidades propuestas por Oliva y cols (2011), se establece un modelo positivo, centrado en los factores protectores, y en las competencias, indicando que la adolescencia es una etapa de la vida, pero no necesariamente una transición dolorosa de la infancia a la adultez, sino un período de formación y crecimiento personal.

Finalmente, se encuentra que en Colombia no hay herramientas de evaluación que permitan medir las cinco dimensiones que se plantean en este trabajo, en términos de pruebas rápidas de evaluación no solo clínica sino de investigación.

Antecedentes Institucionales

Este trabajo es realizado en la Clínica Universitaria Colombia. En dicha institución se tiene protocolizado el programa adolescente gestante, el cual empieza en la Unidad de Atención Primaria de la Soledad, donde la Empresa Prestadora de Salud tiene centralizado el control prenatal. Las adolescentes entre los 13 y 19 años son remitidas a la Unidad Materno Fetal (UMF) de la Clínica para seguimiento de alto riesgo, según el protocolo y el Ministerio de Salud y Protección Social, estas jóvenes embarazadas son consideradas de alto riesgo por la edad y se deben seguir por la UMF.

Todas las adolescentes embarazadas pasan a interconsulta con el grupo de salud mental; el área de psicología hace evaluación y seguimiento durante el embarazo, parto y post parto. En la evaluación se realiza entrevista y aplicación del instrumento de dimensiones de desarrollo positivo de la adolescencia. Adicionalmente, se realizan intervenciones encaminadas a valorar la red de apoyo, el proyecto de vida, las estrategias de afrontamiento, el valor social del bebé (vinculación y apego) y la consejería en planificación familiar. Todas ellas se incluyen en el programa y durante todo el embarazo tienen por lo menos 4 consultas y acompañamiento en el parto y post parto inmediato, las adolescentes salen con cita post egreso por salud mental.

El programa cuenta con una base de datos con información demográfica y de contacto. Se estableció un protocolo de manejo, el cual fue socializado con el grupo de Gineco Obstetricia de la Clínica (Médicos, enfermeras y personal administrativo). Durante el año 2012 la Clínica Universitaria Colombia participó como institución centinela en el desarrollo del protocolo de atención en salud del adolescente embarazada menor de 15 años, trabajo realizado en convenio con el Ministerio de Salud y Protección Social, los resultados de la implementación enriquecieron el programa Adolescente Gestante.

En el 2011 el programa adolescente gestante realizó un primer trabajo de investigación; Perfil psicosocial de adolescentes gestantes atendidas en dos instituciones de salud (Clínica Universitaria Colombia y Unidad de Atención Primaria la Soledad), dicho trabajo se presentó en el primer encuentro de investigadores de Género de la Presidencia de la República y un artículo fue aceptado para publicación en la Revista Psicología y Salud de la Universidad de Veracruz-México. Este primer trabajo permitió continuar la investigación y fortalecer el Programa en aspectos de prevención y atención al adolescente y la familia.

Objetivos

Objetivo General.

Establecer la relación entre las cinco dimensiones del Desarrollo Positivo en la adolescencia: Autoestima, Autoeficacia generalizada, Planeación y Toma de decisiones, Satisfacción con la Vida y Tolerancia a la Frustración y el embarazo en dos grupos de adolescentes embarazadas y no embarazadas.

Objetivos Específicos.

1. Determinar el nivel de cada una de las dimensiones del desarrollo positivo hacia la adultez: Autoestima, Autoeficacia Generalizada, Satisfacción vital, Tolerancia a la Frustración, Planificación y toma de decisiones, en los dos grupos de adolescentes que asistieron a consulta a una IPS privada de Bogotá en el período comprendido entre enero a noviembre de 2013.
2. Realizar la comparación entre dos grupos de adolescentes embarazadas y no embarazadas en relación con cinco dimensiones del Desarrollo Positivo en la adolescencia: Autoestima, Autoeficacia generalizada, Planeación y Toma de decisiones, Satisfacción con la Vida y Tolerancia a la Frustración

Método.

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo de comparación entre grupos. Este tipo de estudio recolecta los datos en un tiempo único; además describe las variables y analiza la incidencia e inter relación en un momento dado (Hernández, Fernandez y Babtista, 2006). Se utiliza este tipo de estudio teniendo en cuenta que se describen dos variables, desarrollo positivo y embarazo en adolescentes. Igualmente, se recolectó la información para hacer una comparación de grupos identificados por el estudio inicial de caracterización de la población adolescente gestante, en una Institución Prestadora de Salud (IPS) en la ciudad de Bogotá, el cual permitió la identificación de las principales características que presenta la población atendida.

Variables de Estudio

Variable Predictora: Embarazo Temprano en Adolescentes; Definidas como mujeres entre los 13 y 18 años con Beta positiva realizada en laboratorio.

Variable Criterio : Desarrollo positivo hacia la adultez, definido como una construcción dinámica que se nutre de aspectos como la toma de decisiones, la solución de problemas, que permiten establecer el camino para llegar a una meta; para alcanzar las metas propuestas se requiere tiempo e intención para desarrollarla (Salvatierra & cols. 2005). Incluye 5 aspectos: Satisfacción vital, Tolerancia a la Frustración, Planificación y toma de decisiones, autoestima y autoeficacia

generalizada, medida por medio de Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo hacia la adultez adolescente y los activos que lo promueven (Oliva y cols. 2011).

Participantes.

La muestra del presente trabajo fue de 100 adolescentes 50 embarazadas y 50 no embarazadas; se eligieron al azar datos de 50 adolescentes embarazadas de la base de datos del programa, consultantes de enero a noviembre de 2013 con edades entre los 13 y 18 años, de nivel socio económico medio bajo, con nivel educativo de primaria a secundaria completa. Se hizo la selección de adolescentes con características psicosociales similares a las de las gestantes adolescentes: lugar de residencia, colegios similares, estrato socioeconómico, núcleos familiares similares.

Todas las participantes firmaron el consentimiento informado para participar en estudio e investigación, según protocolo del programa adolescente gestante el cual incluye firma del padre o acudiente (ver anexo 3). Así mismo, se eligió una adolescente no embarazada por cada adolescente gestante, y se les aplicaron los mismos instrumentos de las adolescentes gestantes.

Las participantes del grupo de comparación se seleccionaron en un colegio distrital de la ciudad de Bogotá, de la localidad de Suba; se les aplicaron las mismas herramientas: entrevista semi estructurada y las cinco dimensiones de Desarrollo Positivo, son mujeres, adolescentes, con edades entre 13 y 18 años, que no han tenido un embarazo. Adicionalmente, las participantes se incluyen en el programa de adolescencia de la Clínica Universitaria Colombia, consulta diferenciada en salud mental, salud sexual y reproductiva y talleres de psico educación, con las mismas actividades en las que participan las adolescentes gestantes durante el embarazo en el programa adolescente gestante.

Los datos demográficos de la muestra de la fase de validación, con 200 estudiantes son: según edad el 16.5% (33) 12 años, 10.5% (21) 13 años, 13% (26) 14 años, 25.5% (51) 15 años, 24% (48) 16 años, 10.5% (21) 17 años y ninguno de 18 años. En lo relacionado con sexo, el 60.5% (121) Mujeres y el 39.5% (79) Hombres. En cuanto a la convivencia, el 61% (122) viven en familia nuclear (papá, mamá y hermanos), 9.5% (19) viven con la mamá y hermanos (madre cabeza de familia), 4% (8) viven con padre y hermanos y 25.5% (51) conviven con otros como tíos, abuelos, hermanos. Por último, se consultó si habían recibido o no educación sexual, el 88.5% (177) respondieron SI y el 11.5% (23) contestaron NO.

Los estadísticos descriptivos de la segunda parte del trabajo son: una muestra total de 100 mujeres entre los 13 y 18 años, divididas en dos grupos: 49 adolescentes embarazadas y 51 adolescentes no embarazadas. El 89% de ellas tienen bachillerato incompleto y el 11% ya son bachilleres. En lo relacionado con la convivencia; el 53% vive en familia nuclear, 7% con mamá y

hermanos, el 4% con la pareja, 11% con los abuelos, el 9% con la mamá y el padrastro, el 3% con papá y madrastra y un 13% que viven con otros, entre ellos tíos, primos, etc.

La edad de la muestra fue de mínimo 13 años y el máximo 17; se tenía una edad establecida de 18 años, pero para el período del estudio no se presentó ninguna adolescente de esa edad. El promedio de edad fue 15,73 años, la Desviación Típica de 0,973, la varianza 0,947 y la asimetría de -0.955. En cuanto a si recibieron o no educación sexual: el grupo de adolescentes embarazadas contestó Si el 91,8% y No el 8,2% y en el grupo de comparación contestaron Si 92,2% y No 7,8%, no se observaron diferencias significativas en la educación sexual entre los dos grupos, para este trabajo no se revisó ni lo temas ni la calidad de la educación sexual, solamente si recibieron o no

Criterios de Exclusión: No se incluyeron Adolescentes con óbito fetal, mortinato, aborto diagnosticados por falta de fetocardia y por certificado de defunción diagnosticadas con enfermedad mental y/o retardo mental, revisión realizada por Historia Clínica, , embarazos producto de relación sexual no consentida, pacientes con ficha SIVIM se excluyeron, solo se incluyeron primi gestantes. Las adolescentes embarazadas menores de 15 años, se reportaron al Instituto de Bienestar Familiar por protocolo según Ministerio de Salud y Ley 1098 (Ley de Infancia y Adolescencia).

Se excluyeron en los dos colegios personas que tuvieran discapacidad sensorial y/o cognitiva; la selección la realizó el coordinador académico de cada colegio por la historia de los alumnos, ya que en los dos colegios tenían inclusión.

Para el grupo de comparación se excluyeron adolescentes que hayan estado embarazadas previamente, pacientes con retardo mental y/o enfermedad mental, detectadas en entrevista y por reporte del colegio.

Instrumentos

Para medir las variables se utilizaron entrevistas semi estructuradas establecidas por la Institución y las escalas de cada uno de los factores establecidos: Satisfacción vital, Tolerancia a la Frustración, Planificación y Toma de decisiones, Autoestima y Autoeficacia Generalizada, para medir las correlaciones entre las escalas de Desarrollo positivo hacia la adultez y adolescentes embarazadas y no embarazadas se utilizó paquete estadístico SPSS 20 para analizar resultados.

La guía de entrevista semi estructurada (Anexo 1) se aplicó a las adolescentes con el fin de obtener información de tipo socio-demográfico. Este insumo de información e identificación de factores de riesgo psicológico, permite a su vez determinar el tipo de intervención a realizar con las adolescentes y los padres por parte del equipo de profesionales dentro del programa, para este estudio la información se utilizó como insumo para la caracterización de la muestra.

La aplicación del instrumento con las escalas se realiza después de la entrevista semi estructurada. Se tiene autorización por parte del Dr. Alfredo Oliva (Anexo 2) quien condujo la validación del instrumento en España, el estudio se realizó en 20 centros de educación secundaria, con adolescentes entre los 13 y 18 años, se estableció la validez de constructo, el Alfa de Cronbach y finalmente se baremaron todas las escalas, que son independientes unas de otras.

Se diseñó un formato de entrevista semi estructurada (Anexo 1), que incluía información demográfica como: edad (definida en años desde el nacimiento), grado (corresponde al curso académico al cual está inscrito según la reglamentación del Ministerio de Educación Nacional), Género (masculino si es hombre y femenino si es mujer), Convivencia (con quien vive el joven: padres y hermanos, padres y abuelos, abuelos, tíos, mamá y hermanos, papá y hermanos, mamá y padrastro y por último papá y madrastra). Educación sexual (según Ley 115 de 1994, si el estudiante ha recibido orientación sexual: SI/NO) y finalmente si recibió orientación quien se la proporcionó.

Para las adolescentes embarazadas se incluían: Escolaridad: 1. Bachiller 2. Bachiller Incompleto 3. Universitario 4. Técnico 5. Primaria. Ocupación: 1. Estudiante 2. Hogar 3. Empleada 4. Independiente, y en convivencia se incluye: Pareja, Familia de la pareja y sola.

Para los dos grupos se excluyó la información incompleta y/o que hayan marcado más de una opción.

Las cinco dimensiones del Desarrollo Positivo Adolescente se eligieron, teniendo en cuenta aspectos personales, no se incluyeron aspectos de comunidad educativa, social, familiar. Las escalas que miden las cinco dimensiones, se encuentran baremadas en centiles según edad y sexo para población española, de aplicación colectiva para adolescentes desde los 12 años, de tipo unidimensional, con opciones de respuesta tipo Likert, son: *Escala de Autoestima*: compuesta por 10 ítems, unidimensional, Oliva y col (2011) la tradujeron y validaron de la escala de Rosenberg, 1965. Mide autoestima global, es la opinión que se tiene de sí mismo influenciada por las experiencias y pensamientos, especialmente en período de formación en la infancia y adolescencia. Las opciones de respuesta en esta escala van de 1. Totalmente en desacuerdo, 2. En Desacuerdo, 3. De Acuerdo, 4. Totalmente De Acuerdo. Alfa de Cronbach Confiabilidad de 0.82.

Escala de Auto eficacia Generalizada: Tiene 10 ítems. La auto eficacia percibida es considerada por Oliva y cols (2011) como lo que las personas consideran que son capaces de hacer o ejecutar. Los y/o las jóvenes tienen posibilidades de respuesta así: 1. Incorrecto, 2. Apenas Cierto, 3. Más bien Cierto; 4. Cierto. Alfa de Cronbach Confiabilidad de 0.82.

Escala de Satisfacción vital: de la escala original de Huebner, E.S. (1991) (en Oliva y col. 2011), consta de 7 ítems. Con posibilidades de respuesta que van desde 1. Totalmente en desacuerdo

hasta 7. Totalmente de acuerdo. La Satisfacción con la vida hace referencia a la discrepancia entre lo que se tiene y o que se quiere obtener (Diener, 1994). Alfa de Cronbach Confiabilidad de 0.81.

Escala de Evaluación de Tolerancia a la Frustración: Es una adaptación española de la subescala Stress Management del Emotional Quotient Inventory (EQ-i, YV) de Bar-On y Parker (2000) (Tomado de Oliva y col, 2011). Las posibilidades de respuesta van de 1. Nunca a 5. Siempre. El modelo de Bar-On (2006) plantea desde la inteligencia emocional y social, la forma como el sujeto tiene elementos de afrontamiento de estrés, habilidades sociales que lo hacen efectivo, controla impulsos y en general es capaz de ser empático y asertivo. Alfa de Cronbach Confiabilidad de 0.77.

Escala para la Evaluación de la Planificación y Toma de decisiones: Es una Adaptación española de la subescala Decision making/Problem solving del Life-skills Development Scale de Darden, Ginter y Gazda (1996) (En Oliva y col, 2011). Consta de 8 ítems, las opciones de respuesta son: 1. Totalmente en desacuerdo, hasta 7. Totalmente de acuerdo. Oliva (2007) considera que el desarrollo de las interconexiones neuronales y la inmadurez pre frontal en la adolescencia está asociado con la impulsividad y la fallas al momento de planificar y tomar decisiones, las funciones cognitivas y ejecutivas permiten establecer herramientas para planear y tomar decisiones. Alfa de Cronbach Confiabilidad de 0.89.

Procedimiento

Este trabajo tuvo dos fases; en la primera se realizó un estudio piloto para obtener la consistencia interna de las 5 dimensiones de Desarrollo Positivo de la adolescencia hacia la adultez y en la segunda se hizo la aplicación de los instrumentos a los dos grupos de adolescentes embarazadas y no embarazadas. Esta investigación fue presentada en el comité de investigación y en el de ética de la Organización; se hicieron los ajustes que se solicitaron y se autorizó la realización del trabajo. Las adolescentes se citaron desde la Unidad Materno Fetal y de manera individual se explica el objetivo del estudio, se explica el procedimiento y se aplican tanto el instrumento de Desarrollo Positivo y la entrevista semi estructurada. Adicionalmente firmaron consentimiento informado (Anexo 3) para participación en investigaciones, el cual incluye firma del padre o acudiente.

Los datos se incluyen en una base en Excel, cada columna está validada para controlar la calidad del dato. La base de datos solamente la maneja la psicóloga del programa, que es la misma investigadora principal, en la base se incluyen los puntajes de las escalas de desarrollo positivo y de la entrevista semi estructurada. La información dentro de la base es de estricto manejo confidencial por parte de la psicóloga del programa.

Fase 1

Para este trabajo se realizó un estudio piloto para obtener la consistencia interna del instrumento de Cinco Dimensiones del Desarrollo Positivo hacia la adultez, validado inicialmente en

España por Oliva y col (2011), con población de Bogotá-Colombia, en dos colegios distritales de la capital, en las localidades de Suba y Ciudad Bolívar, se aplicó a los grados 6, 7, 8, 9,10 y 11, adolescentes entre los 13 y 18 años, hombres y mujeres; con el propósito de realizar la validación para una población con las mismas características de las adolescentes que acceden a los servicios de la Clínica: estrato social, formación parental, nivel académico, etc. Los dos colegios son Distritales y reciben población de estratos 1, 2 y 3, es decir, que requieren subsidio por parte del Estado para que los niños puedan acceder a la educación. Se aplicó el instrumento con las cinco dimensiones de manera colectiva curso por curso; la aplicación la hizo la misma persona en todos los grupos, para tener un total de 200 estudiantes de bachillerato. Previamente se hizo la lectura de todo el cuestionario para verificar que se entienda el vocabulario utilizado por las escalas iniciales.

Fase 2

En la segunda fase se realizaron las comparaciones entre grupos, adolescentes embarazadas y no embarazadas, a los dos grupos se les aplicaron los instrumentos y se hicieron los análisis estadísticos correspondientes. Los resultados se muestran en las Tablas 5 y 6.

Consideraciones Éticas

La presente Investigación se desarrolla, teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993, Ministerio de Salud (numeral 11) y de acuerdo con los principios declarados en la 18 Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964). Teniendo en cuenta las directrices estipuladas por parte del comité de ética en Investigaciones de la Organización Sanitas Internacional, se realizó y firmó consentimiento informado.

El manejo de los datos y de la información que se utilizó en el presente estudio, está a cargo única y exclusivamente de los investigadores. Se hizo uso de códigos para la identificación de los casos, evitando el uso de nombres propios y números de identificación que puedan poner en evidencia o identificar a los casos individualmente, por lo tanto el uso de la anonimización fue de gran importancia para el manejo de los datos

Además se mantuvo la confidencialidad de los usuarios atendidos, sus familias y el buen nombre de las instituciones, previa autorización del área encargada de manejo de la información.

Resultados

El presente estudio planteó como objetivo principal comparar dos grupos, adolescentes embarazadas y no embarazadas en las cinco dimensiones del Desarrollo Positivo hacia la adultez. Los resultados se presentan a continuación:

1. Resultados de la Fase 1. Consistencia interna de la prueba 5 dimensiones de Desarrollo Positivo

Los resultados se plantearon en términos de confiabilidad y validez. La Escala de Satisfacción con la vida obtuvo un alfa de Cronbach e 0.57. La escala de Tolerancia a la Frustración con un alfa de Cronbach de 0.75. La Escala de Planeación y Toma de Decisiones con Alfa de Cronbach de 0.83. Escala de Autoestima con Alfa de Cronbach de 0.72 y por último, la Escala de Autoeficacia Generalizada con Alfa de Cronbach de 0.78. Los resultados se presentan en las Tablas 1, 2, 3 y 4.

El Alfa de Cronbach es el método de consistencia interna que determina la confiabilidad de un instrumento de medida, por medio de un conjunto de ítems que se espera midan el mismo constructo teórico (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2007). Los coeficientes de la consistencia interna alfa de Cronbach para las escalas del instrumento se presentan en la Tabla 1. Las Escalas presentaron valores superiores a 0.70, con excepción de *Satisfacción con la vida*. Las escalas miden lo que se pretende medir (Mercado y Gil, 2012) y cada ítem contribuyó a la consistencia interna de la escala a la que pertenecía. Los valores presentados permiten afirmar que todos los ítems se encuentran relacionados significativamente con el constructo de base. Respecto a las medidas de las escalas el valor más alto se obtuvo en *Planeación y Toma de decisiones* ($\alpha=0.832$) y el más bajo en *Satisfacción con la vida* ($\alpha=0.577$) (media o moderada).

Tabla 1

Estadísticos de Fiabilidad de las 5 dimensiones del Desarrollo Positivo en adolescencia

ESCALA	Alfa de Cronbach	N de elementos
Satisfacción con la Vida	,577	7
Tolerancia a la Frustración	,753	8
Planeación y Toma de Decisiones	,832	8
Autoestima	,725	10
Autoeficacia Generalizada	,788	10

Por otro lado, la prueba de hipótesis de las cinco escalas utilizando la prueba Kolmogorov - Smirnov para establecer si se encuentran dentro de una distribución normal, y se encuentra que si tienen una distribución normal (Tabla 2).

Tabla 2

Ajuste a distribución normal en cada escala

Relación entre dimensiones del desarrollo positivo hacia la adultez y el embarazo en adolescentes

Escala	Me	Desviación Típica	Nivel Significancia
Satisfacción con la vida	4,1	6,40	0,121
Tolerancia a la Frustración	6,5	5,69	0,243
Planeación y Toma decisiones	1,9	7,29	0,93
Autoestima	2	4,52	0,080
Autoeficacia generalizada	0,4	4,98	0,356

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es 0,05

En la Tabla 3 se presentan las correlaciones de cada uno de los ítems con la escala a la que pertenecen, en ninguno de los ítems se obtuvieron puntajes negativos, en general los ítems se encuentran con puntuaciones entre 0,317 (Pregunta 3 de Satisfacción con la vida) y 0,711 (Pregunta 9 de autoeficacia generalizada) lo que indicarían que los ítems están discriminando bien en el conjunto de cada escala; es decir que están midiendo para lo que fueron construidos.

Tabla 3
Correlaciones Ítem versus Escalas

ITEM	SATISFACCION CON LA VIDA	ITEM	TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	ITEM	PLANEACION Y TOMA DE DECISIONES	ITEM	AUTOESTIMA	ITEM	AUTOEFICACIA GENERALIZADA
1	,610**	1	*,536*	1	*,676*	1	*,607*	1	*,357*
2	,523**	2	*,447*	2	*,630*	2	*,611*	2	*,576*
3	,317**	3	*,594*	3	*,697*	3	*,470*	3	*,546*
4	,581**	4	*,661*	4	*,696*	4	*,443*	4	*,655*
5	,693**	5	*,744*	5	*,693*	5	*,602*	5	*,624*
6	,678**	6	*,600*	6	*,692*	6	*,636*	6	*,531*
7	,464**	7	*,524*	7	*,697*	7	*,436*	7	*,657*
		8	*,710*	8	*,646*	8	*,482*	8	*,606*
						9	*,608*	9	*,711*

10 *,515* 10 *,629*

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Adicionalmente, se realizaron correlaciones entre escalas, en la Tabla 4; se observa que las escalas presentan correlaciones positivas entre sí, las magnitudes en estas relaciones se consideran aceptables, con una alta relación entre autoestima y autoeficacia generalizada (0,532) y la relación más baja se presentó entre satisfacción con la vida y autoeficacia generalizada (0,080). Lo anterior indicaría que las escalas están relacionadas entre sí.

En general las cinco escalas del instrumento aplicado se relacionan entre sí, pero como elemento adicional, se pueden aplicar independientemente para evaluar solo uno, dos o tres aspectos y no el conjunto. Para el presente estudio se utilizaron las cinco dimensiones: Auto estima, Autoeficacia generalizada, Tolerancia a la frustración, Planeación y toma de decisiones y Satisfacción con la vida.

Tabla 4

Correlaciones inter escalas

ESCALA	SATISFACCION CON LA VIDA	TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	PLANEACION Y TOMA DE DECISIONES	AUTOESTIMA	AUTOEFICACIA GENERALIZADA
SATISFACCION CON LA VIDA	1	,129	,191**	,156*	,080
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	,129	1	,212**	,243**	,274**
PLANEACION Y TOMA DECIS	,191**	,212**	1	,291**	,514**
AUTOESTIMA	,156*	,243**	,291**	1	,532**
AUTOEFICACIA GENERALIZADA	,080	,274**	,514**	,532**	1
N	200	200	200	200	200

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Resultados Fase 2.

Resultados por escalas de Desarrollo Positivo

La Tabla 5 muestra los resultados de los estadísticos descriptivos en cada una de las escalas para los dos grupos, la prueba Chi cuadrado fue de 0.003. El promedio estadístico en las 5 escalas estuvo entre 26,52 (Tolerancia a la Frustración) y 41,90 (Planeación y toma de decisiones), la menor desviación típica (DT) 4,522 fue la de la escala Autoestima y la que muestra una mayor desviación típica 7,291 la presentó la escala de Planeación y toma de decisiones; en lo relacionado con la varianza la menor estuvo en autoestima (4,522) y la de mayor varianza Planeación y toma de decisiones

(53,162), todas las escalas presentaron asimetría negativa, las cuales oscilaron entre -0,001 para autoeficacia generalizada y -0,348 en Tolerancia a la frustración.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos de las Escalas

Escalas	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica.	Varianza	Asimetría
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico
Satisfacción con la vida	21	45	34,11	6,397	40,927	-,254
Tolerancia a la frustración	12	39	26,52	5,688	32,353	-,348
Planeación y toma de decisiones	24	55	41,90	7,291	53,162	-,105
Autoestima	23	40	32,05	4,522	20,452	-,153
Autoeficacia Generalizada	18	40	30,40	4,977	24,768	-,001
N	100	100	100	100	100	100

De acuerdo a lo anterior, se realiza la prueba de hipótesis (Tabla 6); para las cinco escalas se utilizó la prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes, de los dos grupos adolescentes embarazadas y no embarazadas, para obtener el nivel de significancia, teniendo en cuenta que es para muestras mayores de 30 individuos, con variables ordinales o continuas. También se aplicó la Prueba T para muestras independientes y se obtuvieron los mismos resultados de la prueba U de Mann-Whitney. En las escalas Satisfacción con la vida (0,058), Tolerancia a la frustración (0,518), Planeación y toma de decisiones (0,269) y Autoestima (0,683) lo que indica que no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos: adolescentes embarazadas y no embarazadas. Sin embargo, la escala Autoeficacia Generalizada (0,038) es la única escala donde se aprecian diferencias entre las adolescentes embarazadas y las no embarazadas.

Tabla 6

Comparación de los dos grupos en cada escala

Escala	Prueba U Mann-Whitney	Prueba T para muestras independientes
Satisfacción con la vida	0,058	0.055

Tolerancia a la frustración	0,518	0.43
Planeación y Toma de decisiones	0,269	0.32
Autoestima	0,683	0.80
Autoeficacia Generalizada	0,038	0.04

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es 0,05

Finalmente, los resultados de las puntuaciones en cada una de las escalas, para la población estudiada, muestran que el promedio más alto corresponde a Planificación y Toma de decisiones, Satisfacción con la vida, y autoestima. Las más bajas se presentan en Tolerancia a la frustración y Autoeficacia, en los dos grupos, teniendo en cuenta que en general son puntajes que están dentro de promedio. A continuación se presentan las puntuaciones en cada una de las escalas para cada grupo y el referente de puntuación (Tabla 7). Como se comentó anteriormente, los resultados no muestran diferencias significativas entre grupos.

Tabla 7

Puntuaciones en cada escala por grupos.

Escala	Mínimo-Máximo	Grupo Embarazadas	Grupo no embarazadas
Autoestima	10-40	32,16	31,94
Autoeficacia Generalizada	10-40	31,42	29,41
Satisfacción con la Vida	7-49	32,85	35,31
Tolerancia a la Frustración	8-40	25,95	27,05
Planificación y Toma de decisiones	8-56	41,16	42,60

Discusión

El objetivo general de este trabajo fue establecer la relación entre las cinco dimensiones del Desarrollo Positivo en la adolescencia: Autoestima, Autoeficacia generalizada, Planeación y Toma de decisiones, Satisfacción con la Vida y Tolerancia a la

Frustración y el embarazo, adicionalmente se determinó el nivel de cada una de las dimensiones.

En primera instancia se estableció que había una adecuación de los instrumentos validados en una población española, para ser aplicados en la muestra del presente estudio. Con esta validación, se procedió a la comparación entre dos grupos de adolescentes, las embarazadas y las no embarazadas, para encontrar una relación entre las cinco dimensiones anteriormente descritas y el embarazo en la adolescencia. Se pudo establecer así que no hubo diferencias significativas entre los dos grupos de adolescentes en las escalas aplicadas, en autoestima, planificación y toma de decisiones, tolerancia a la frustración y satisfacción con la vida.

Estos resultados se plantean a la luz de una muestra homogénea, con factores protectores como: escolarización, haber recibido educación sexual, red de apoyo suficiente, si se tiene en cuenta que un alto porcentaje convive en núcleo familiar unificado o por lo menos con la mamá, como lo proponen Vargas (2009) y Penagos & cols. (2006); se confirma que la familia es un factor protector y núcleo central para los procesos de desarrollo; específicamente en la adolescencia la familia se convierte en el eje principal para el desarrollo futuro de las relaciones afectivas en todos los seres humanos. Por lo tanto, es probable que las adolescentes del estudio, al contar con soporte familiar, no solo económico, sino afectivo y emocional, puedan manejar mejor las amenazas y vulnerabilidades que se plantean al enfrentar un embarazo precoz.

Por lo tanto, en este grupo de estudio, con las limitaciones que se plantean más adelante, la hipótesis que se acepta tiene que ver con que no hay relación positiva o negativa entre el desarrollo positivo hacia la adultez y el embarazo en adolescentes, sin embargo en estudios como los de Soto, Contreras y Becerra. (2013) han definido que en la adolescencia se afecta la autoestima, la planeación y toma de decisiones, la tolerancia a la frustración y en general la satisfacción con la vida en un momento de transición hacia la adultez, por lo que sumarle a este período un embarazo dificultaría aún más este momento de la vida; para estos autores, los cambios que se producen en el proyecto de vida en la adolescente embarazada, establecen que es una etapa asociada a factores de riesgo, y a dificultades en los vínculos familiares y sociales, asociado a los cambios físicos y emocionales en todas las mujeres embarazadas para asumir el nuevo rol, sean o no adolescentes.

En la misma línea, Webster-Stratton y Taylor (2001) han estudiado la conexión entre autoestima y factores de riesgo para embarazo en adolescentes; estos autores plantean que la mayoría de programas de prevención está centrada en la información, sin embargo, la relación entre autoestima y embarazo en adolescentes, les hace pensar que la intervención debe ser más profunda, centrada en lo psicológico.

En lo referente a las puntuaciones obtenidas en las escalas del desarrollo positivo, la Tolerancia a la frustración en adolescentes embarazadas es la más baja, en la muestra estudiada, el modelo de Bar-On (2006) plantea desde la inteligencia emocional y social, la forma como el sujeto tiene elementos de afrontamiento de estrés, habilidades sociales que lo hacen efectivo, controla impulsos y en general es capaz de ser empático y asertivo, estas competencias están relacionadas con tolerar la frustración, por lo que un evento como el embarazo, genera altos niveles de estrés asociados a las nuevas exigencias y al nuevo rol y produce la sensación de pérdida de la vida que hasta ahora se había proyectado.

Otra escala con puntuación baja, para la muestra, es la de autoeficacia generalizada, Maddux (2005) opina que la autoeficacia se enmarca dentro del concepto de la teoría social-cognitiva, en la cual las personas participan de manera activa en la consecución de los logros. Este autor plantea la autoeficacia como una influencia del desarrollo, de la capacidad de pensamiento simbólica, especialmente la comprensión de las relaciones causales, auto observación y de auto reflexión. Observándose la puntuación más baja, sin diferencias significativas, en las adolescentes no embarazadas, lo que propondría un trabajo en aspectos relacionados con auto reflexión, análisis, aprendizaje de experiencias anteriores y planteamiento de objetivos, como un factor protector para embarazos precoces.

La autoestima, la satisfacción con la vida y la planificación y toma de decisiones fueron escalas que para esta muestra, se ubicaron dentro del promedio, con una leve tendencia a ser las de mayor puntuación, Vargas, Gambará y Botella (2006) consideran que los adolescentes prueban su autoestima frente a sus pares, a sus maestros y a sus padres, generalmente, la sensación de competencia y valía se establece con las conductas riesgosas que se realicen, sin embargo uno de los estudios que presentan se refiere a la relación entre autoestima e inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia y la conclusión de los autores, es que por lo menos para los estudiantes adolescentes del sistema educativo de Bogotá, la autoestima no se constituye en una variable relevante en los programas de prevención en

inicio precoz de actividad sexual de esta franja etaria. La autoestima se entrecruza con todos los demás aspectos planteados en el desarrollo positivo hacia la adultez, es probable que la toma de decisiones, la tolerancia a la frustración y la planificación al momento de hacer elecciones de vida sean elementos protectores y que fortalezcan la autoestima.

Existen propuestas encaminadas a trabajar sobre el riesgo pero concomitantemente se habla de factores protectores; por ejemplo, en el documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES 2012), se plantea la prevención de los factores de riesgo asociados a este fenómeno y la promoción de factores protectores para procurar a la población en esta etapa evolutiva y sus familias un mejor desarrollo. La propuesta de Oliva & cols. (2011) de una mirada positiva de la adolescencia, desde factores protectores y desarrollo de competencias personales, integra conceptos que es necesario trabajar sea como factor protector o como prevención del riesgo, el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, por las implicaciones sociales, económicas, físicas y emocionales de la madre y del niño, por lo tanto es labor de los profesionales que trabajan con infancia y adolescencia procurar elementos psicológicos protectores para las elecciones de vida que hagan en esta etapa.

Otro resultado fue el relacionado con la educación sexual. Se encontró que tanto el grupo de adolescentes embarazadas como las no embarazadas reportaron haber recibido educación sexual, lo que indica que el haber tenido esta información no fue un factor determinante para prevenir el embarazo. Teniendo en cuenta que en este trabajo no se revisó el contenido ni la calidad de la educación sexual. Surge el cuestionamiento sobre el impacto de los contenidos de educación sexual en la adolescencia, dirigido principalmente hacia factores de riesgo; en este sentido, es importante en futuros trabajos revisar los contenidos, la calidad y el impacto de dicha educación sobre el incremento o la disminución de embarazos en adolescentes en una población particular.

Las conclusiones de este trabajo no son concluyentes, es un acercamiento al concepto de Desarrollo Positivo hacia la Adultez, ya que la propuesta fue primero brindar una herramienta de trabajo con esta población en cinco dimensiones específicas y segundo hacer una propuesta orientada a continuar trabajando en el tema de prevención de embarazo en la adolescencia desde lo afectivo-emocional, aunque la generalización de lo hallado no es posible, dado que se aplicó a una muestra con características específicas y homogéneas de una población particular en una zona localizada. En esta muestra, las similitudes entre los dos

grupos pueden deberse a que el impacto del embarazo se minimiza por la red de apoyo familiar con la que cuentan, a la escolarización (todas estaban estudiando), o a otros factores protectores que no fueron contemplados, por lo que sería conveniente explorarlos a fondo para entender las diferencias con investigaciones antecedentes. Igualmente, si se compara con el estudio de la Secretaría de Salud de México (2002), las adolescentes no tenían los factores de riesgo asociados tales como apoyo en salud mental que reciben en el programa de adolescente gestante de la institución donde se realizó el estudio y por lo tanto la extrapolación a otros grupos de adolescentes queda limitada.

Limitaciones del estudio

El grupo era homogéneo: las mismas condiciones en los dos, faltaría hacer comparaciones con otras condiciones sociodemográficas a fin de fortalecer las conclusiones, parece haber un peso muy fuerte en condiciones sociodemográficas y culturales, lo cual es una limitante para establecer una generalización mayor.

Adicionalmente, después de revisar los estudios previos, es importante hacer comparaciones con adolescentes embarazadas según aspectos relacionados con la salud mental que no cuenten con apoyo de programas que incluyan salud mental, para establecer claramente el peso de estas dimensiones en el embarazo en la adolescencia.

Referencias

- Akers. A., Muhammad. M. & Corbie-Smith. G. (2011). "When you got nothing to do, you do somebody": A Community's perceptions of neighborhood effects on adolescent sexual behaviors. *Social Science & Medicine*. 72(1): 91-99. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.035.
- Bar-On, R. (2006) The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema* 18, 13-25
- Binstock, G. & Naslund-Hadley, E. (2010). Iniciación sexual, asistencia escolar y embarazo adolescente en sectores populares de Asunción y Lima: una aproximación cualitativa. *Debates en Sociología*, 35, 45-67.
- Binstock, G & Pantelides, E. (2006). *La fecundidad adolescente hoy: Diagnóstico socio demográfico*. Reunión de expertos sobre población y pobreza en América Latina y el Caribe. Organizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con

el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 14 y 15 de noviembre. Santiago. Chile.

Caso-Niebla, J., Hernandez-Guzman, L. & Gonzalez-Montecinos, M. (2010) Prueba de Autoestima para adolescentes. *Universitas. Psychologica*. 10 (2), 535-543.

Carvajal, G. & Caro, C. (2009). Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. *Aquichan*. 9 (3) 281-296.

Catano D; Restrepo, S; Portilla, N & Ramirez, H. (2008). Autoestima y sexualidad en adolescentes: validación de una escala. *Investigaciones Andina*. 10, (16), 57-66.

Consejo Nacional de Política Económica y Social [CONPES]. (2012) *Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años*. Bogotá: CONPES SOCIAL 147

Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2005). *Informe especial censo general*. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Disponible en www.dane.gov.co.

De la Cuesta, C. (2005) *“Noviazgo en Serio”*: Contexto del Embarazo en la Adolescencia. Medellín: Universidad de Antioquia.

Diario Oficial No 46.446. Ley 1098 de 2006, Código de infancia y adolescencia. Congreso de Colombia, Noviembre 8 de 2006. Revisado en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Especiales/SRPA/CIyA-Ley-1098-de-2006.pdf>

Diario Oficial No. 46.680. Ley 1616 de 2013, Ley de Salud Mental. Congreso de Colombia, 21 de enero de 2013. Revisado en: http://www.imprenta.gov.co/diariop/diario2.pdf?v_numero=48680

Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3 (8), 67-113.

Ellis, B., Dodge, K., Fergusson, D., Horwood, J., Pettit, G., & Woodward, L. (2003). Does Father Absence Place Daughters at Special Risk for Early Sexual Activity and Teenage Pregnancy? *Child Development*, 74, (3), 801–821.

Flórez, C. & Soto, V. (2013). Estudios a Profundidad Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS - 1990 / 2010. Factores protectores y factores de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Pg 5-12. Obtenido en <http://www.profamilia.org.co/docs/ESTUDIOS%20A%20PROFUNDIDAD%20AF.pdf>

Galindo, C. (2012). Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. *Desarrollo y Sociedad*, 69, 133-185

- Gambara, H. y González, E. (2004). Qué y cómo deciden los adolescentes. *Tarbiya*, 34, aceptado para publicación mes de junio. 5-12 Obtenido en <http://www.uam.es/servicios/apoyodocencia/ice/publicaciones/Tarbiya/revistatarbiya.htm>
- Garrido, E. (2000). Autoeficacia en el mundo laboral. *Apuntes de Psicología*, 18, (1), 9-38.
- Glick, I., Berman, E., Clarkin, J. & Rait, D. (2003) *Terapia conyugal y familiar*. (4a. Ed.) Madrid: Aula Médica.
- Hernández, R, Fernández, C & Baptista, P. (2006) *Metodología de la Investigación*. México: MacGraw-Hill Interamericana.
- Instituto Nacional de la Juventud (2003) Cuarta Encuesta Nacional de Juventud. Resultados Generales *INJUV*, Universidad Santiago de Chile, Chile. 19-41
- León, M. & León, S. (2005). Embarazo en adolescentes. Educación Sexual: Coadyudante de la prevención. *Informe Médico*. 7 (4), 165-176.
- Martínez C. (2001) *Salud Familiar*. La Habana: Editorial Científico Técnica.
- Maddux, J. E. (2005). Self-efficacy. In C. R. Snyder y S. J. López (eds.), *Handbook of Positive Psychology*, 277-287. Oxford: University Press.
- Mangrulkar, M, Whitman, CV & Posner, M. (2001) Enfoque de Habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. http://conferenciapesmexico2012.com/memorias/wpcontent/themes/tema_memorias_confpes2012/downloads/Cursos/HABILIDADES_PARA_LA_VIDA/Materiales_y_documentos/Enfoque%20de%20Habilidades%20para%20la%20vida%20OPS.pdf
- Mayor, S. (2004). Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. *BMJ*, 328 (7449), 1152- XX. doi:10.1136/bmj.328.7449.1152-a.
- Mercado, A. & Gil, P. (2012). Características psicométricas del «Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo» en maestros mexicanos. *Revista de Educación*, 260-273.
- Mitchell, K. J., Finkelhor, D. & Jones, L. M. (2011). Prevalence and characteristics of youth sexting: A national study. *Pediatrics*, 1-8. doi: 10.1542/peds.2011-1730.
- Ministerio de Educación Nacional. Ley 115 de 1994. Diario oficial 41214 del 8 de febrero de 1994. Bogotá. Colombia. Revisado online en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=292>
- Ministerio de Salud (2009). Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años. Bogotá Colombia. Revisado online en <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/7Deteccion%20temprana%20alteraciones%20joven.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud* (ENDS). Colombia
- Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección General de Salud Pública (2010). La implementación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en el Departamento del Huila. La experiencia de las ESE de Campoalegre, la Plata y Neiva. Legis. S.A. Bogotá D.C.
- Moyano, E. & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la región del maule. *Universum. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 2(22) 184-200. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65027764012>
- Oliva, A., (2007) Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. Vol. 25, número 3, págs. 239-254. Andalucía Occidental y ISSN 0213-3334 Universidad de Sevilla. http://celafin.org/documentos/OlivaDelgado_DesarrolloCerebral.pdf
- Oliva, A., Antolín, L., Pertegal, M., Rios, M., & Parra, A. (2011). *Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. Consejería de Salud, Junta de Andalucía (60-67). OBEMEDIA. SC., España.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2001). Proyecto de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes América Latina y el Caribe. [Online]. Disponible en www.adolescente.org/pdf/proyecto.pdf
- Overbeek, G., Vollebergh, W., Engels, R. y Meeus, W. (2003). Parental Attachment and Romantic Relationships: Associations With Emotional Disturbance During Late Adolescence. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 50, No. 1, 28–39.
- Penagos, A., Rodríguez, M., Carrillo, S. & Castro, J. (2006). Apego, relaciones románticas y auto concepto en adolescentes bogotanos. *Universitas Psychologica*, (2) 21-36.
- Risueño, A. & Motta, I. (2004) *La Adolescencia existe o existen adolescentes. La adolescencia como constructo*. Universidad Argentina John F. Kennedy Departamento de Biopsicología. Clínica Psicofisiopatológica Bs. As. Edit. P, 1 disponible en <http://www.slowmind.net/adolescenza/risueno.pdf>
- Salvatierra, L., Aracena, M., Ramírez, P., Reyes, L., Yovane, C., Orozco, A., Lesmes, C. & Krause, M. (2005). Auto concepto y Proyecto de vida: Percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*. XIV, (1), 141-152.
- Save The Children & Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA (2009). *Herramientas e Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios*. Septiembre 2009. New York, USA. www.unfpa.org

- Shaughnessy, J., Zechmeister, E. & Zechmeister, J. (2007). *Métodos de investigación en psicología*. México: McGraw Hill
- Secretaría de Salud de México (2002). *Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes*. Delegación Miguel Hidalgo. (2 ed.) México: Dirección General de Salud Reproductiva
- Soto, M., Contreras, M & Becerra, R., (2013). Los cambios en el proyecto de vida de las adolescentes embarazadas. Investigación realizada en la escuela preparatoria No. 7 de la Universidad de Guadalajara. Disponible. En http://e-academic.sems.udg.mx/formacion_docente_e_investigacion/investigacion/coloquios/docpn712.pdf
- Sulaiman, S., Othman, S., Razali, N., & Hassan, J. (2013). Obstetric and perinatal outcome in teenage pregnancies. *South African Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 19(3), 77-80. doi:10.7196/sajog.679.
- Population Council (2006) Unexplored Elements of Adolescence in the Developing World Population Briefs, 12, (1), April 18, 2007
- Vargas, E. (2009). *Sexualidad-mucho más que sexo*. Bogotá: Ediciones Uniandes
- Vargas, E., Gambara H & Botella J. (2006). Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: un estudio meta-analítico. *Internacional. Journal of Clinical and Health Psychology*. Obtenido el 13 de noviembre de 2012. Disponible en: www.Wam.umd.edu.
- Vargas, E. & Barrera, F. (2002). Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 115-134.
- Vargas, E & Barrera, F. (2004). Influencia de los programas televisivos con contenido sexual sobre el comportamiento de los adolescentes. Informe Final presentado a la Comisión Nacional de Televisión. Bogotá: Departamento de Psicología, Universidad de Los Andes
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002). *Adolescent Friendly Health Services-An Agenda for Change*. Reino Unido: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/es/>
- Weissman, P., (2002). Adolescencia. *Revista Iberoamericana de Educación*. 1-8. Obtenido el 7 de febrero de 2013 en <http://www.rieoei.org/index.php>
- Webster-Stratton, C. & Taylor, T. (2001) Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children. *Prevention Science*, 2, 165-192.
- Williams. P, Grayson. H & Greenley. R. (2002). Adolescent Health Psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70(3), 828-42. DOI: 10.1037//0022.006X.70.3.828

ANEXO 1

Información de la Entrevista Semi estructurada

La información contenida en el formato de entrevista, hacen referencia a los siguientes puntos:

Datos Generales de la Paciente:

- Nombre: Nombre y apellidos completos del paciente
- Número de Historia Clínica (es el documento de Identificación)

- Edad: Años Cumplidos
- Estado Civil; soltera, casada, Unión Libre, etc
- Ocupación (generalmente si es estudiante o cuando se desescolarizo)
- Escolaridad: Ultimo grado cursado y colegio
- Dirección de la casa donde vive; es importante si se va a reportar el caso a ICBF
- Barrio: es importante si se va a reportar el caso a ICBF
- Teléfono de contacto
- Aseguramiento: EPS, MEDISANITAS, COLSANITAS, OTRO
- Fecha de entrevista
- Semanas de embarazo
- Planificación al momento del embarazo
- Conocimiento de métodos de planificación y de quién recibió información
- Método
- Si el bebé fue planeado
- Si el bebé es deseado
- Con quien vive la paciente, las opciones son:
- Nombre de la madre, edad, ocupación
- Nombre del Padre, edad y ocupación
- Nombre de los hermanos, edades y ocupación
- Nombre del papá del bebé, edad y ocupación
- Se colocan las interacciones familiares

ANEXO 2

Instrumento de Evaluación de 5 Dimensiones del Desarrollo Positivo hacia la Adultez

Nos gustaría conocer tu grado de satisfacción con la vida, Autoestima, Auto eficacia, tolerancia a la frustración y toma decisiones. Para ello, responde a las siguientes frases indicando el número que corresponde con tu mayor o menor acuerdo con ellas. No dejes ninguna frase sin contestar, y ten en cuenta que no hay respuestas correctas ni falsas. Además lo que respondas será tratado de forma confidencial y será utilizado estrictamente para investigación.

Para comenzar, completa los siguientes datos que servirán para identificarte.

Relación entre dimensiones del desarrollo positivo hacia la adultez y el embarazo en adolescentes

Documento Identificación: 1. CC _____ 2. T.I _____ 3. CE _____

Edad: _____ Edad del Bebé _____ Género del Bebé 1. F 2. M

Escolaridad: 1. Bachiller 2. Bachiller Incompleto 3. Universitario 4. Técnico 5. Primaria

Ocupación: 1. Estudiante 2. Hogar 3. Empleada 4. Independiente

Vive con: 1. Pareja padre del bebé 2. Nueva pareja y bebé 3. Familia Nuclear 4. Hermanos 5. Familia de la pareja 6. Sola

Planifica: 1. SI 2. NO Método _____

Lee las siguientes frases y rodea con un círculo la opción que consideres en función de tu mayor o menor grado de acuerdo con cada una de ellas. Gracias

EVALUACION DE LA SATISFACCION VITAL

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

1	Mi vida va bien	1	2	3	4	5	6	7
2	Mi vida no es demasiado buena	1	2	3	4	5	6	7
3	Me gustaría cambiar muchas cosas de mi vida	1	2	3	4	5	6	7
4	Ojalá tuviera una vida distinta	1	2	3	4	5	6	7
5	Llevo una buena vida	1	2	3	4	5	6	7
6	Tengo lo que quiero en la vida	1	2	3	4	5	6	7
7	Mi vida es mejor que la de la mayoría de la gente	1	2	3	4	5	6	7

TOLERANCIA A LA FRUSTRACION

Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

1	Me resulta difícil controlar mi ira.	1	2	3	4	5
2	Algunas cosas me enfadan mucho	1	2	3	4	5
3	Me peleo con gente.	1	2	3	4	5
4	Tengo mal genio.	1	2	3	4	5
5	Me enfado con facilidad	1	2	3	4	5
6	Cuando me enfado con alguien me enfado durante	1	2	3	4	5

Relación entre dimensiones del desarrollo positivo hacia la adultez y el embarazo en adolescentes

	mucho tiempo					
7	Me resulta difícil esperar mi turno	1	2	3	4	5
8	Cuando me enfado, actúo sin pensar	1	2	3	4	5

PLANIFICACION Y TOMA DE DECISIONES

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

1	Le doy vueltas a la cabeza y lo analizo todo cuando estoy intentando resolver un problema	1	2	3	4	5	6	7
2	Me pongo manos a la obra cuando decido el tipo de trabajo que quiero hacer	1	2	3	4	5	6	7
3	Cuando pienso en varias opciones, las comparo con detalle	1	2	3	4	5	6	7
4	Me gusta planearlo todo antes de tomar una decisión definitiva	1	2	3	4	5	6	7
5	Soy capaz de diseñar un buen plan de acción cuando tengo que decidir algo importante relacionado con mis estudios o mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
6	Considero todos los factores antes de tomar una decisión ante un problema	1	2	3	4	5	6	7
7	Utilizo la información que obtengo para descubrir diferentes soluciones a un problema	1	2	3	4	5	6	7
8	Soy capaz de resolver problemas utilizando la lógica	1	2	3	4	5	6	7

AUTOESTIMA

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4

1	En general estoy satisfecho conmigo mismo/a	1	2	3	4
2	A veces pienso que no sirvo absolutamente para nada	1	2	3	4
3	Creo tener varias cualidades buenas	1	2	3	4
4	Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas	1	2	3	4
5	Creo que tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a	1	2	3	4
6	A veces me siento realmente inútil	1	2	3	4
7	Siento que soy una persona digna de estima o aprecio, al menos en igual medida que los demás	1	2	3	4
8	Desearía sentir más aprecio por mí mismo/a	1	2	3	4
9	Tiendo a pensar que en conjunto soy un fracaso	1	2	3	4
10	Tengo una actitud positiva hacía mí mismo/a	1	2	3	4

AUTOEFICACIA GENERALIZADA

	Incorrecto 1	Apenas cierto 2	Más bien cierto 3	Cierto 4	
1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	1	2	3	4
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	1	2	3	4
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	1	2	3	4
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	1	2	3	4
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	1	2	3	4
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	1	2	3	4
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	1	2	3	4
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	4
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo	1	2	3	4

Tomado de: Oliva, A., Antolín, L., Pertegal, M., Rios, M., & Parra, A. (2011).

Autorización para utilizar las escalas aplicadas, obtenida via e mail después de comunicación telefónica

Re: Saludo desde Colombia

Alfredo Oliva Delgado oliva@us.es)

[Add to contacts](#)

4/28/2013

To: Esperanza Durán

Show this message

Alfredo Oliva Delgado (oliva@us.es)

From: Sunday, April 28, 2013 2:06:54 PM

To: [Esperanza Durán \(psicologia20@hotmail.com\)](mailto:Esperanza Durán (psicologia20@hotmail.com))

Esperanza,

estaremos encantados de que uses nuestro material. Espero que te sea útil.

Un saludo

Alfredo

Alfredo Oliva Delgado
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación
Universidad de Sevilla

<http://alfredo-reflexiones.blogspot.com/>

<http://reflexionesfotografia.blogspot.com/>

ANEXO 3

Consentimiento Informado

Yo _____, identificada con TI número_____ y
_____en calidad de padre/ acudiente_____ identificado con cedula

Relación entre dimensiones del desarrollo positivo hacia la adultez y el embarazo en adolescentes

Número _____, certifico que he sido informado y acepto participar en la investigación titulada RELACION ENTRE DIMENSIONES DEL DESARROLLO POSITIVO HACIA LA ADULTEZ Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES, cuyo objetivo es:

“Establecer la relación entre las cinco dimensiones del Desarrollo Positivo en la adolescencia: Autoestima, Autoeficacia generalizada, Planeación y Toma de decisiones, Satisfacción con la Vida y Tolerancia a la Frustración y el embarazo en dos grupos de adolescentes embarazadas y no embarazadas”.

He sido informado que los datos obtenidos se utilizaran exclusivamente para fines de esta investigación, que no se publicará mi nombre, sin mi autorización. Con la aplicación no se pone en riesgo mi salud y que si derivado de este encuentro requiero atención puedo asistir al Servicio de Salud Mental, consultorio 907 de la Clínica. Universitaria Colombia

_____ **T.I Paciente**

_____ **C.C Familiar/acudiente**

_____ **C.C Investigador**