



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes**

**KAREN TATIANA SANTACRUZ PARDO**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad Enfermería

Bogotá, Colombia

2013



# **Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes**

**KAREN TATIANA SANTACRUZ PARDO**

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:  
**Magister en Enfermería con énfasis en Cuidado para la salud materno perinatal**

Directora: Myriam Patricia Pardo Torres.  
Ph.D. Ciencias de la Salud ENSAP Habana Cuba

Línea de Investigación:  
Cuidado para la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva transcultural  
Grupo de Investigación:  
Cuidado Materno Perinatal

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad Enfermería  
Bogotá, Colombia  
2013



## **DEDICATORIA**

*Deseo dedicar este fruto de esfuerzo y perseverancia:*

*Al Señor Jesucristo, por llevarme a grandes metas y desafíos,  
Porque cambio mi visión y me enseñó a creer que todo es posible,  
Por darme esperanza, fe y amor para continuar en el camino de la academia que es mi  
pasión,  
Por bendecirme para llegar al final de esta meta,  
Por darme fuerzas en los momentos difíciles.*

*A mis padres Álvaro y Carlina,  
Por su apoyo incondicional y amor, a mi hermano Mateo  
Por su motivación, fortaleza y colaboración, a mi hermana Chanel,  
Por su comprensión y apoyo.*



# Agradecimientos

Agradezco de todo corazón a mi querida asesora, colega y amiga profesora Myriam Patricia Pardo, por su apoyo, guía y enseñanzas fuera y dentro del aula, por creer en mí y encaminar este sueño y esta investigación.

Doy gracias, a la Universidad Nacional de Colombia y a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, por sus incentivos académicos como lo es la admisión automática al posgrado, porque me permitieron seguir cultivando mis sueños en la academia.

Gracias a Marisol Flórez Torres, colega, amiga y compañera por su apoyo y amistad incondicional.

Doy gracias a Diana Catherine Toloza, Enfermera y amiga, por su ayuda para terminar y cumplir con cada compromiso académico.

Gracias al profesor José Humberto Mayorga, por su apoyo y guía en el análisis estadístico.

Agradezco a las adolescentes que abrieron su corazón y me dieron de su tiempo para culminar esta investigación.

Doy gracias al Doctor Ralf Schwarzer y sus colaboradores, por autorizar en uso de la escala de autoeficacia en la presente investigación.

Doy gracias a Julio y Adriana Corva, grandes amigos por su apoyo espiritual.

Agradezco a Sandra María Bocarejo y Cristian Cortes, por su colaboración y ayuda para culminar la presente investigación.



## Resumen

El objetivo del presente estudio es determinar la diferencia de autoeficacia entre adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes de 15 a 19 años a partir de la escala de autoeficacia, concibiendo la autoeficacia como una habilidad social que parte de la disposición personal para enfrentar las situaciones estresantes del medio. Para esto se llevó a cabo un estudio cuantitativo comparativo de corte transversal con una muestra de 60 gestantes adolescentes y 60 adolescentes no gestantes, habitantes de la localidad de Bosa, en Bogotá. El análisis de datos se realizó con pruebas estadísticas no paramétricas como la Prueba T, encontrándose que no existe una diferencia significativa en la autoeficacia en los dos grupos comparados, y concluyendo que en estos grupos la gestación adolescente no se relaciona con la autoeficacia pero sí con factores socioeconómicos y con el antecedente de haber tenido una madre adolescente.

**Palabras clave:** autoeficacia, embarazo en adolescencia, educación, salud sexual y reproductiva, adolescencia.

## Abstract

The aim of this study is to determine the difference in efficacy between pregnant adolescents and nonpregnant adolescents of 15-19 years from self scale, conceiving the self-efficacy as a social skill that some of the staff available to deal with stressful situations the medium. For this we conducted a comparative quantitative study with a cross-sectional sample of 60 pregnant and 60 non pregnant teenagers, inhabitants of the town of Bosa, in Bogota. Data analysis was performed using non-parametric statistical tests such as t-test, finding that there is no significant difference in self-efficacy in the two comparison groups, and these groups concluded that teenage pregnancy is not related to self-efficacy but with socioeconomic factors and with a history of having had a teenage mother.

**Keywords:** self-efficacy, pregnancy in adolescence, education, sexual and reproductive health, adolescence.

# Contenido

	<b>Pág.</b>
Resumen .....	V
Lista de figuras.....	XIII
Lista de tablas.....	X
Introducción .....	1
1. Marco de referencia .....	7
1.1. Descripción del problema.....	7
1.2. Pregunta de investigación .....	19
1.3. Objetivo general.....	19
1.4. Objetivos específicos .....	19
1.5. Justificación .....	20
1.6. Definición de conceptos.....	23
1.6.1. Adolescencia .....	23
1.6.2. Salud reproductiva:.....	23
1.6.3. Educación sexual:.....	23
1.6.4. Autoeficacia: .....	23
1.6.5. Autoeficacia definición operacional: .....	23
1.6.6. Adolescente Gestante.....	23
1.6.7. Adolescente no gestante:.....	23
2. Marco conceptual.....	24
2.1. Autoeficacia .....	29
2.2. Autoeficacia y modelo de promoción de la salud.....	34
2.3. Embarazo adolescente.....	37
2.4. Medición del Fenómeno de autoeficacia .....	47
3. Marco de diseño .....	53
3.1. Propósito del diseño.....	53
3.2. Metodología .....	53
3.3. Población.....	53
3.4. Muestra.....	53
3.5. Criterios de inclusión.....	56
3.6. Variables.....	56
3.7. Instrumento .....	59
3.8. Sesgos de investigación.....	60
4. Aspectos éticos.....	60
5. Marco de análisis de resultados.....	64
5.1. Características sociodemográficas.....	64
5.1.1. Distribución por edad: .....	64
5.1.2. Distribución por estrato socioeconómico: .....	65
5.1.3. Distribución por aseguramiento en salud:.....	66
5.1.4. Distribución de adolescentes gestantes y no gestantes por estado civil.....	67
5.1.5. Distribución nivel académico de las adolescentes gestantes y no gestantes.....	68
5.1.6. Distribución por ocupación de las adolescentes gestantes y no gestantes.....	67
5.1.7. Distribución por procedencia de las adolescentes gestantes y no gestantes.....	70
5.1.8. Distribución por creencias religiosas: .....	71
5.1.9. Distribución por práctica religiosa en adolescentes gestantes y no gestantes.....	72
5.1.10. Distribución de apoyo familiar en adolescentes gestantes y no gestantes.....	673

5.1.11. Porcentaje distribución de adolescentes gestantes y no gestantes: practica algún deporte y tiene algún pasatiempo.....	74
5.1.12. Porcentaje distribución escolaridad de los padres de las adolescentes gestantes y no gestantes.....	76
5.1.13. Porcentaje distribución: ocupación de los padres de las adolescentes gestantes y no gestantes.....	77
5.1.14. Porcentaje de distribución número de amigos de adolescentes gestantes y no gestantes.....	78
5.1.15. Porcentaje Distribución de componente de presión de grupo.....	80
5.1.16. Porcentaje distribución edad (años) en que la madre de la adolescente tuvo su primera gestación.....	83
5.2. Resultados de autoeficacia.....	84
5.2.1. Resultados autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes.....	84
5.2.2. Autoeficacia y edad de la madre de la adolescente en su primera gestación. ....	89
5.2.3. Autoeficacia y apoyo familiar. ....	92
5.2.4. Autoeficacia y creencias religiosas. ....	96
5.2.5. Autoeficacia y práctica algún deporte. ....	97
6. Discusión.....	98
7. Conclusiones y recomendaciones .....	101
7.1. Conclusiones.....	101
7.2. Recomendaciones.....	104
8. Limitaciones .....	105
9. Estrategias de socialización de la investigación.....	105
Anexos .....	109
Anexo A: Cronograma.....	109
Anexo B: Presupuesto.....	109
Anexo C: Permisos de los autores.....	110
Anexo D: Escala.....	115
Anexo E: Consentimiento Informado .....	125
Anexo F: Asentimiento Informado.....	128
Anexo G: Aval Comité de ética, Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. ....	130
Anexo H: Solicitud de aval institución hospitalaria .....	131
Anexo I: Solicitud modificación título de tesis .....	131
Bibliografía .....	1336

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1: Modelo Conceptual de prácticas de salud en adolescentes .....	26
Figura 2: Modelo de Nola Pender .....	35
Figura 3: Escala de autoeficacia general .....	51
Figura 4: Porcentaje distribución por edad de los grupos: adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. ....	64
Figura 5: Porcentaje distribución estrato socioeconómico de los grupos: adolescentes gestantes y no gestantes .....	65
Figura 6: Porcentaje distribución por aseguramiento en salud .....	66
Figura 7: Porcentaje distribución de adolescentes gestantes y no gestantes por estado civil.....	67
Figura 8: Porcentaje de distribución nivel académico de las adolescentes gestantes y no gestantes .....	68
Figura 9: Porcentaje de distribución por ocupación de las adolescentes gestantes y no gestantes .....	69
Figura 10: Porcentaje de distribución por procedencia de las adolescentes gestantes y no gestante.....	70
Figura 11: Porcentaje distribución por creencias religiosas en adolescentes gestantes y no gestantes .....	71
Figura 12: Porcentaje distribución por práctica religiosa en adolescentes gestantes y no gestantes .....	72
Figura 13: Porcentaje Distribución de apoyo familiar en adolescentes gestantes y no gestantes .....	73
Figura 14: Porcentaje distribución de adolescentes gestantes y no gestantes: practica algún deporte .....	74
Figura 15: Porcentaje distribución de adolescentes gestantes y no gestantes: tiene algún pasatiempo .....	75
Figura 16: Porcentaje distribución escolaridad de la madre de las adolescentes gestantes y no gestantes.....	76

---

Figura 17: Porcentaje distribución nivel académico del padre de las adolescentes gestantes y no gestantes.....	77
Figura 18: Porcentaje distribución: ocupación de la madre de las adolescentes gestantes y no gestantes.....	78
Figura 19: Porcentaje distribución ocupación del padre de adolescentes gestantes y no gestantes.....	79
Figura 20: Porcentaje de distribución número de amigos de adolescentes gestantes y no gestantes.....	80
Figura 21: Porcentaje distribución de "presión de los amigos para toma de decisiones" en las adolescentes gestantes y no gestantes .....	81
Figura 22: Porcentaje distribución "sus amigos le ayudan a tomar decisiones" en adolescentes gestantes y no gestantes.....	82
Figura 23: Porcentaje distribución de "relación con los amigos" de las adolescentes gestantes y no gestantes.....	83
Figura 24: Porcentaje distribución edad (años) en que la madre de la adolescente tuvo su primera gestación.....	84
Figura 25: Prueba de normalidad a base de datos .....	85
Figura 26: Prueba no paramétrica de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes ...	88
Figura 27: Comparación de autoeficacia y la categoría con quien vive en adolescentes gestantes.....	96

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
Cuadro 1: Relación de investigaciones sexualidad y adolescentes .....	38
Cuadro 2: Relación de investigaciones sexualidad y adolescentes .....	45
Tabla 1: Prueba T de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes. ....	86
Tabla 2: Prueba Levene y T de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes. ....	86
Tabla 3: Prueba T de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes .....	87
Tabla 4: Prueba T de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes .....	87
Tabla 5: Prueba no paramétrica de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes...	88
Tabla 6: Prueba de análisis de varianza de muestras independientes para autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes .....	90
Tabla 7: Prueba de Levene de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes frente a edad en que la madre de la adolescente tuvo su primer hijo.....	90
Tabla 8: Prueba T de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes relacionada con la edad en que la madre de la adolescente tuvo su primer hijo.....	91
Tabla 9: Prueba no paramétrica de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes relacionada con la edad en que la madre de la adolescente tuvo su primer hijo .....	91
Tabla 10: Prueba Jonckheere-Terpstra de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes relacionado con apoyo familiar. ....	92

---

Tabla 11: Prueba Jonckheere-Terpstra de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes relacionado con apoyo familiar ..	92
Tabla 12: Tabla de contingencias para la categoría “con quien vive” en adolescentes gestantes y no gestantes.....	93
Tabla 13: Distribución de contingencias de la variable con quien vive la adolescente gestante y no gestante .....	94
Tabla 14: Prueba no Paramétrica de Kruskal-Wallis de muestras independientes para relacionar la autoeficacia con la categoría “con quien vive” .....	95
Tabla 15: Prueba no Paramétrica de Kruskal-Wallis de muestras independientes para relacionar la autoeficacia con la categoría “creencias religiosas” .....	97
Tabla 16: Prueba no Paramétrica de U de Mann-Whitney de muestras independientes para relacionar la autoeficacia con la categoría “práctica algún deporte” .....	97



# Introducción

El grupo de investigación de cuidado materno perinatal de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, ha venido desarrollando un proyecto de extensión solidaria enfocado a las problemáticas que afectan a los y las adolescentes en la actualidad como son los embarazos no planeados y el contagio de infecciones de transmisión sexual. El proyecto se denomina “Fomento de la Responsabilidad Procreativa para Adolescentes: Hagamos un Pacto”, el cual se ha trabajado con grupos de adolescentes escolarizados y no escolarizados de dos localidades de Bogotá, San Cristóbal y Engativá, con resolución de facultad del año 2004<sup>1</sup>.

Este proyecto funciona desde hace 16 años como extensión solidaria con múltiples experiencias y aprendizajes que han aportado no sólo a la población beneficiaria, sino también a la docencia a nivel de pregrado y posgrado y a la investigación del área materno perinatal de la Facultad<sup>2</sup>. La extensión es contemplada como “una función misional y sustantiva de la Universidad, a través de la cual se establece una interacción privilegiada y recíproca entre el conocimiento sistemático de la academia, los saberes y necesidades de la sociedad y de las organizaciones e instituciones que hacen parte de ella. Esta relación entre la Universidad y su entorno se debe reflejar en la ampliación del espacio de deliberación democrática y en el bienestar de las comunidades. Con la Extensión se cualifican la ciencia, la tecnología, el arte y la cultura”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> HERNANDEZ, Luz Mery, Proyecto de Extensión “Fomento de la Responsabilidad Procreativa para Adolescentes: Hagamos un Pacto”. Aprobado en Acta 13 del 9 de septiembre de 2004. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. p. 3.

<sup>2</sup> *Ibíd.*, p. 3

<sup>3</sup> UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Dirección Nacional De Extensión. Presentación de la modalidad extensión solidaria. 2012. Disponible: <http://www.dne.unal.edu.co/es/>. Consultado 18-07-2012. 7pm.

Dentro de la modalidad de extensión se encuentran los proyectos de extensión solidaria que funcionan dentro de la Universidad Nacional de Colombia y se reglamentan en el acuerdo 036 de 2009, en el cual se establecen los procesos solidarios de extensión y se definen como “los programas y proyectos científicos, tecnológicos, artísticos y culturales de alto impacto social, que se desarrollan y financian total o parcialmente con recursos de la Universidad, integra varios campos del conocimiento y se estrechan vínculos de diversos sectores sociales buscando la inclusión de comunidades vulnerables. Además el Fondo Nacional de Extensión solidaria garantiza el financiamiento de actividades, programas, planes o proyectos que sean iniciativa de profesores o estudiantes de la Universidad<sup>4</sup>. Así la extensión solidaria funciona sobre dos aspectos fundamentales que son la atención a poblaciones vulnerables y la financiación total o parcial con capitales monetarios o bienes o servicios. Estos proyectos tienen el propósito de disminuir brechas sociales, prevenir o disminuir el impacto o las causas de vulnerabilidad.

El proyecto de extensión “Fomento de la responsabilidad procreativa para adolescentes hagamos un pacto” se encuentra enunciado en la página web de la Universidad Nacional de Colombia<sup>5</sup>, y da cuenta de 350 jóvenes beneficiarios formados, entre escolarizados y no escolarizados, con la participación de docentes y/o familiares con el objetivo de prevenir el embarazo y el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes adolescentes, a partir de la construcción de proyectos de vida, la promoción de la equidad de género, la formación en salud sexual y reproductiva y la prevención de causas que conducen a problemas de alcoholismo y drogadicción con una metodología que promueve la réplica entre pares.

Los resultados del mismo a corto y mediano plazo se reflejan en la articulación con la Mesa de jóvenes de la Localidad de Engativá, el trabajo con jóvenes escolarizados y con jóvenes de la calle a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); y a largo plazo se espera generar un impacto positivo en las acciones distritales enfocadas en disminuir las tasas de embarazo a temprana edad, detectar oportunamente situaciones complejas que afectan la salud de este grupo de edad, tales como, el consumo de sustancias psicoactivas, el abuso y las enfermedades de transmisión sexual.

---

<sup>4</sup> *Ibíd.* p. 1

<sup>5</sup> *Ibíd.* p. 1

El proyecto de extensión incluye en el marco conceptual elementos de autoestima y autoconcepto, proyecto de vida, derechos sexuales y reproductivos, cultura y sexualidad, regulación de la fecundidad, entre otros. Se realizan talleres con los y las adolescentes, padres de familia y maestros, aspecto fundamental para el éxito de este tipo de intervenciones porque el embarazo en adolescentes es una problemática que demanda intervención intersectorial para la puesta en práctica de las acciones de mejoramiento de la salud de este grupo en particular<sup>6</sup>.

El concepto de autoeficacia se concibe como transversal al proyecto de extensión porque para pensar en un proyecto de vida, usar métodos anticonceptivos, no ceder a la presión de grupo, se requiere de esta y otras habilidades sociales. Por ello se busca que este concepto sea un aspecto central y que fundamente las intervenciones del proyecto mencionado.

Así las cosas, el proyecto fomento de responsabilidad procreativa para adolescentes hagamos un pacto, es la iniciativa para los y las adolescentes, considerados vulnerables por problemáticas como embarazo, infecciones de transmisión sexual, uso de sustancias psicoactivas algunas de ellas, tal vez, derivadas de ser un grupo de escaso reconocimiento en los servicios de salud por el imaginario social de salud que existe alrededor de este grupo de edad.

De esta manera la Universidad Nacional de Colombia con proyectos de extensión solidaria como este, reconoce la responsabilidad Social universitaria, y en el plan de desarrollo actual apuesta por el programa Universidad Social y solidaria.

Entre los antecedentes del proyecto está el trabajo realizado por un grupo de estudiantes de pregrado en modalidad de monografía “La comunicación asertiva con visión de género, el afecto y las visiones de reciprocidad y simultaneidad en el proyecto *Fomento de la responsabilidad procreativa para adolescentes: hagamos un pacto* de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia”<sup>7</sup>, entre los resultados de la revisión sistemática de literatura las autoras encontraron el Model for Intervention Sexual Health Practices of Homeless Youth de la doctora Lynn Rew y Col., modelo que resalta la

---

<sup>6</sup> HERNANDEZ, Luz Mery., Proyecto de Extensión. Op. cit. p. 51.

<sup>7</sup> PARDO TORRES, Myriam Patricia, *et al.* Conceptos claves en un programa educativo. *En:* av.enferm., 2010 vol. XXVIII número especial 90 años. p. 109-119.

importancia de habilidades sociales como la autoeficacia y la asertividad factores de conducta cruciales para el desarrollo de prácticas sexuales seguras (uso del preservativo y métodos de planificación y pareja sexual estable) en adolescentes; dentro de los instrumentos mencionados en este estudio se encuentra el desarrollado y validado por la doctora Patricia Morokoff denominado Sexual Assertiveness Scale (Sas) For Women (año 1997)<sup>8</sup>, que se basa en la autoeficacia para el uso del condón hallazgo que despierta el interés de la investigadora de profundizar en el concepto de autoeficacia en mujeres adolescentes.

Para la medición de la autoeficacia existe el instrumento “The assessment of optimistic self-beliefs: comparison of the german, spanish, and chinese versions of the general self-efficacy scale” que contiene la escala de autoeficacia general desarrollada y validada por los autores alemanes Ralf Schwarzer y Cols. (1996)<sup>9</sup>, en varios idiomas, incluido el español, por el cual surge la inquietud de determinar si la adolescente embarazada muestra un mayor o menor resultado en la autoeficacia comparado con la adolescente no embarazada, al respecto Young y Cols., en 2001 reportan que una pobre autoeficacia está relacionada con la aparición de gestaciones en la adolescencia.

Por otra parte, es necesario mencionar que Nola Pender en el Modelo de promoción de la salud (MPS) desarrolla el concepto de “autoeficacia percibida” que define como “el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud”<sup>10</sup>.

El estudio de la autoeficacia en un grupo de adolescentes embarazadas y no embarazadas puede constituir una evidencia de la importancia de continuar con la inclusión, fortalecimiento y educación de habilidades sociales en los programas de educación en salud sexual y reproductiva en adolescentes para impactar positivamente las acciones encaminadas a problemáticas como embarazos no planeados en adolescentes y contagio de infecciones de transmisión sexual; y por ende contribuir al

---

<sup>8</sup> MOROKOFF, Patricia. QUINA, Kathryn. HARLOW, Lisa L. WHITMIRE, Laura, GRIMLEY, Diane M. GIBSON, Pamela R. BURKHOLDER, Gary J. Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1997. Vol. 73, Issue 4. 0022-3514. Database: PsycARTICLES

<sup>9</sup>SCHWARZER, Ralph, et al. The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy Scale. *Applied Psychology: An International Review*, 1996. Vol. 46 N°1. p. 69-88.

<sup>10</sup> MARRINER TOMMEY, Ann y RAILE, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6ta edición. España. Elsevier, Mosby. 2007. Capítulo 21. p. 456.

logro de políticas y programas internacionales, nacionales y locales que propenden por la salud de la niñez, la adolescencia y la salud materna perinatal, entre ellos el proyecto de extensión “Fomento de la responsabilidad procreativa para adolescentes: hagamos un pacto”.

La relevancia teórica del proyecto radica en el concepto de autoeficacia, base del desarrollo de programas educativos de salud sexual y reproductiva con adolescentes.

Desde la perspectiva del modelo de promoción de la salud de Nola Pender, la autoeficacia se dilucida como una conducta que lleva a prácticas de salud seguras en este caso de las adolescentes, es así que la pertinencia disciplinar se manifiesta en que a partir de este proyecto enfermería puede innovar y llevar a cabo intervenciones en la práctica basadas en la evidencia que tendrán un impacto positivo al fortalecer los programas educativos en salud sexual y contribuir a la generación de conocimiento frente a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes. La pertinencia social se enfoca en que los resultados obtenidos constituirán insumo para los programas de salud sexual y reproductiva que tengan como objeto generar acciones para impactar positivamente la problemática actual de embarazos no planeados en adolescentes, los cuales no solo constituyen un problema social sino que su reducción se reflejará en los aspectos de morbi-mortalidad materna y perinatal, por ser este grupo uno de los que más aporta negativamente al incremento de estos indicadores.

La presente investigación se desarrolla en 9 capítulos, anexos y bibliografía. En el primer capítulo se enuncia el marco de referencia, en el cual se abarca la descripción de las estadísticas mundiales, nacionales y distritales del inicio de vida sexual en la adolescencia y estadísticas de la gestación adolescente. El segundo capítulo, consiste en el marco conceptual, en el cual se despliega el concepto de autoeficacia, la escala de autoeficacia general, el Modelo de promoción de la salud y la necesidad de formar en habilidades sociales a los adolescentes en los programas de salud sexual y reproductiva. El tercer capítulo describe el diseño del estudio cuantitativo comparativo de corte transversal; seguido en el cuarto capítulo de los conceptos éticos. En el quinto capítulo presenta la descripción de resultados, seguido del sexto capítulo con la discusión; en el séptimo capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones, continuando con las limitaciones del estudio en el octavo capítulo y estrategias de socialización en el noveno

capítulo, por último los anexos que incluyen permisos de autores y consentimiento informado, presupuesto, y finalmente se presenta la bibliografía.

## 1. Marco de referencia

### 1.1. Descripción del problema

La población de adolescentes en el planeta es una cifra considerable que clama atención para la prevención de aquellas problemáticas de salud que aquejan este grupo poblacional, al respecto, Ríos García<sup>11</sup> plantea que de los seis mil millones de habitantes del planeta, mil millones se encuentran en la etapa de la adolescencia; en América Latina esta población constituye un 21% y en Colombia representa la quinta parte de la población colombiana, la proyección de este grupo es para 2025 de 11.200.000 adolescentes en Colombia<sup>12</sup>. Al respecto el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en la proyección de población de Colombia menciona que durante el período 1985-2005 la población menor de 15 años pasó de representar 38% a 31% dentro del total, la proporción de adultos jóvenes entre 15 y 29 años cambio de 29.8% a 26.3%, cifras que se para el año 2020 se tendrán la misma tendencia<sup>13</sup>, y por ende la población adolescente y joven seguirá siendo representativa; y con esta los fenómenos de salud sexual y reproductiva que se presentan adolescentes y jóvenes.

Con una magnitud como la que se muestra, es importante ocuparnos de este grupo y en especial de aquellas situaciones de salud que les aqueja, una de ellas el embarazo adolescente, que en los últimos 20 años ha ido en aumento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de fecundidad mundial de adolescentes en el periodo 2000-2007 era de 47 nacimientos por cada 1000 mujeres.

---

<sup>11</sup> RIOS GARCIA, Ana Liliana. Alcance de las políticas públicas en el área de Salud Sexual y Reproductiva, dirigidas a los adolescentes en Colombia. En: Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2008; 24 (2): 351-358. Citado: [28/11/2010]. Disponible en: [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud\\_uninorte/24-2/16\\_Alcance%20de%20las.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/24-2/16_Alcance%20de%20las.pdf)

<sup>12</sup> PARDO TORRES, Myriam Patricia, *et al.* Conceptos claves en un programa educativo. Op. cit. p. 106.

<sup>13</sup> COLOMBIA. DANE. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020. En: MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Población y principales indicadores demográficos. Disponible: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/Estadsticas/POBLACION%20Y%20PRINCIPALES%20INDICADORES%20DEMOGRAFICOS%20DE%20COLOMBIA.pdf>. 16/06/2012.

---

Cada año dan a luz en el mundo cerca de 16 millones de adolescentes, lo que representa aproximadamente 11% de todos los nacimientos registrados<sup>14</sup>.

Respecto al panorama mundial el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) mencionó que la tasa de natalidad de la adolescencia por cada 1.000 mujeres entre los 15 y 19 años para 1996/2008 para el mundo fue de 49; en las regiones más desarrolladas fue de 24 y en las menos desarrolladas de 53; ahora en los estados árabes es de 45, en Asia y el Pacífico de 34, en Europa Oriental y Asia central es de 31, en América Latina y el Caribe de 74 y en África 122.

Por ejemplo, en el Reino Unido se encuentra la tasa más alta de embarazos en adolescentes de Europa occidental con 26 partos en adolescentes por cada 1000 mujeres, según las estadísticas sanitarias mundiales de 2009<sup>15</sup>.

Esta problemática no es de ahora, como evidencian los datos reportados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el año 2001 en el Innocenti Report Card, la situación del embarazo en adolescentes en países desarrollados en el año 1988 era de una tasa de partos y abortos en mujeres de 15 a 19 de 55,6 embarazos y 30,2 abortos en Estados Unidos y 29,6 de partos y 21,3 abortos en el Reino Unido.

Así mismo en América Latina y el Caribe esta problemática es de más de dos décadas, como lo reporta el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF, 1997), entidad que mostró un reporte de más de 100.000 niños que nacían anualmente de madres con edades comprendidas entre quince y diecinueve años, con consecuencias tales como una de cada tres defunciones infantiles que correspondían a hijos de madres adolescentes<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Resumen de la situación actual y las tendencias. En: Estadísticas sanitarias mundiales 2010. Pág.: 177. ISBN: 978 92 4 356 398 5. Citado: [28/11/2010]. Disponible en: [http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf)

<sup>15</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. BRYANT, Leo. [Boletín de la Organización Mundial de la Salud . Recopilación de artículos. Volumen 87, junio 2009, 405-484](http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html) Disponible: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>

<sup>16</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Resumen de la situación actual y las tendencias. Op. Cit. p. 1

---

En América Latina y el Caribe de 13 millones de partos registrados al año, dos millones correspondieron a adolescentes 15% del total. El Centro Latinoamericano de demografía estima que el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes es 20%, mientras que otros organismos, como UNICEF y El Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), lo presentan entre 15 y 26%. El país con el mayor porcentaje de embarazo adolescente es Nicaragua, 148 por cada mil, mientras que el menor es el de Barbados, con 60 por cada mil<sup>17</sup>.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y la Oficina Regional para América Latina y el Caribe (UNICEF TACRO), refirieron en el boletín de infancia y adolescencia que América Latina y el Caribe en el año 2007, presentó una tasa global de fecundidad (TGF) de 2,38 ocupando el segundo lugar en el mundo cuya tasa global es de 2,55. En relación a la tasa específica de fecundidad ocupa el segundo lugar con 75,67 frente a 52,9 a nivel mundial y el porcentaje de nacidos vivos de madre adolescentes ocupa el primer lugar con 18% respecto al mundo con 13%<sup>18</sup>.

La situación en Colombia no dista de Latinoamérica, por tal razón la Academia Nacional de Medicina en el año 2005 consideró el embarazo no planeado en adolescentes como un grave problema de salud pública; siendo un marcador de subdesarrollo que afecta las esferas biológica, antropológica, social, familiar e individual, con consecuencias graves en la salud de las mujeres que incluyen el aborto, la violencia de género, la violencia sexual, el maltrato infantil y el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) atribuido al inicio temprano de relaciones sexuales y a la poca responsabilidad e información frente a los métodos anticonceptivos en este grupo de edad<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives. New York, NY: The Institute, 1998. 2005. En: ALVARADO, Ricardo, *et al.* Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca) [28/11/2010]. Rev. Cienc. Salud. Abril-junio de 2007. Vol. 5. N° 1. p. 40-52. Bogotá (Colombia). Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v5n1/v5n1a5.pdf.16/06/2012.10:52> p.m.

<sup>18</sup> CEPAL, UNICEF, UNICEF TACRO. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio. Maternidad Adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos. Número 4, enero de 2007. ISSN 1816-7527. En: [http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/1/27871/desafios\\_4\\_esp\\_Final.pdf.16/06/2012.11:33](http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/1/27871/desafios_4_esp_Final.pdf.16/06/2012.11:33) p.m.

<sup>19</sup> RUEDA R., PARADA A. Embarazo en Adolescentes: el Problema más grave en Salud Pública. Conferencia Academia Nacional de Medicina. Bogotá, Colombia, Febrero 10 de 2005 Citado en: ALVARADO, Ricardo y Cols. Problemática en

En América Latina la edad de la primera relación sexual para los varones tiene un rango promedio de los 12,7 a los 16 años, y para las mujeres de los 15,6 a los 17,9 años<sup>20</sup>. En Colombia los hombres inician su actividad sexual más temprana que las mujeres, con 19% en hombres menores de 15 años, en comparación de 11% en mujeres de su misma edad<sup>21</sup>.

En Colombia la Encuesta Nacional de Demografía y Salud refirió que en 1990 de cada 1.000 adolescentes 70 tenían partos, cifra que se incrementó en el año 2.000 a 85, en el 2.005 a 90 y en el año 2010 mostró un descenso a 84. Además, la fecundidad adolescente en la zona urbana también disminuyó de 79 a 73 nacimientos por mil, de igual manera en la zona rural pasó de 128 a 122 nacimientos por mil mujeres. El grupo de edad con la mayor tasa de fecundidad fue el de 20-24 años con 122 nacimientos por mil mujeres, seguido por el de 25-29 con 100 por mil mujeres y el de 15-19 años de edad 84 por mil mujeres<sup>22</sup>.

Así, la situación de la población adolescente que se exhibe a nivel internacional no es diferente en nuestro país y especialmente en Bogotá, esto lo reportó el UNFPA<sup>23</sup> en su momento refiriéndose a un estudio realizado con adolescentes de siete localidades de Bogotá en el que 7,53 por ciento de hombres y 4,53 por ciento de mujeres encuestados manifiestan que las edades ideales para el inicio de vida sexual están en el rango de los 10 y 14 años (13,2 años para los hombres y 14,4 para las mujeres) situación que persiste aun en la actualidad.

---

torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca) [28/11/2010]. Rev. Cienc. Salud. Bogotá (Colombia) 5 (1): 40-52, abril-junio de 2007 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v5n1/v5n1a5.pdf.16/06/2012.10:52> p.m.

<sup>20</sup> LUNDGREN, R. Protocolos de Investigación para el Estudio de la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes Varones en América Latina. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC; 2000. En: ALVARADO, Ricardo, *et al.* Problemática entorno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca) [28/11/2010]. Rev. Cienc. Salud. abril-junio de 2007. Bogotá, (Colombia). Vol. 5 N°1. p. 40-52, Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v5n1/v5n1a5.pdf.16/06/2012.10:52> p.m.

<sup>21</sup> FELDMAN, J. y MIDDLEMAN A. Adolescent Sexuality and Sexual Behavior. Gynecology and Obstetrics. 2002, Vol. 14. p. 489 - 493. En: ALVARADO, Ricardo, *et al.* Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca) [28/11/2010]. Rev. Cienc. Salud. Abril-junio de 2007. Vol. 5. N° 1. p. 40-52. Bogotá (Colombia). Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v5n1/v5n1a5.pdf.16/06/2012.10:52> p.m.

<sup>22</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, PROFAMILIA, INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, USAID. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010. p. 110.

<sup>23</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Resumen de la situación actual y las tendencias. Op. Cit. p. 1

---

En Bogotá, la primera encuesta distrital de demografía y salud de 2011 (EDDS 2011) mostró la problemática del embarazo adolescente como una situación que aqueja a sectores sociales como la familia y el sector educativo; en este sentido la encuesta mostró que 12.1 por ciento de las adolescentes en Bogotá ya son madres y de ellas 3.2 están embarazadas de su primer hijo con diferencias abismales entre localidades; debido a que están por encima del 20 por ciento las Localidades de Ciudad Bolívar y San Cristóbal y alrededor del 4 por ciento en Barrios Unidos, Engativa y Antonio Nariño, diferencias que tal vez estén asociadas al nivel educativo e índice de riqueza<sup>24</sup>.

Un ejemplo de esta situación se da en la localidad séptima de Bosa en Bogotá, donde en una Empresa Social del Estado, para el año de 2011 recibió en control prenatal 4723 mujeres, de las cuales 44 tenían entre 10 y 14 años lo que equivale a 0,1%; y 1423 estaban entre los 15 y 19 años que equivale a 30%, situación que muestra la problemática del embarazo adolescente en la ciudad de Bogotá, porque la meta es reducir el embarazo en adolescentes a cero casos entre los 10 y 14 años y en 30% los casos entre los 15 a 19 años<sup>25</sup>.

Esta es una prioridad que ha sido determinada en encuentros a nivel mundial; entre ellos La Cumbre del Milenio celebrada en septiembre del 2000, cuyo propósito fue reafirmar los compromisos establecidos por la Organización de las Naciones Unidas en 1945. En esta cumbre la educación tiene un papel primordial para alcanzar objetivos como: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades<sup>26</sup>.

Es así como a nivel nacional el Ministerio de Protección Social y el UNFPA, publicaron el libro “Servicios de salud amigables para adolescentes jóvenes: Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes en Colombia”, este propone los servicios amigables para adolescentes y jóvenes los cuales

---

<sup>24</sup> PROFAMILIA, ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. Resumen de prensa. Primera Encuesta Distrital de Demografía y salud. 2011. Bogotá, D.C. 2011; p. 11. [En: http://www.demografiaysaludbogota.co/admin/acrobat/resumendeprensa.pdf](http://www.demografiaysaludbogota.co/admin/acrobat/resumendeprensa.pdf)

<sup>25</sup> DISTRITO CAPITAL. Indicadores Trazadores Institucionales 2004-2011. Bogotá, Colombia. 2011.

<sup>26</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Resumen de la situación actual y las tendencias. Op. Cit. P. 1

---

tienen como propósito el cuidar y mantener la salud de este grupo poblacionales y están normalizados en legislaciones nacionales como la Resolución 412 y 3384 del año 2000; estos servicios requieren motivación por parte de los clientes internos de una entidad, para que sean prestados con calidad<sup>27</sup>.

Los servicios amigables se definen como la “forma de concebir la actividad diaria dentro de las unidades de atención en salud”. Esta forma específicamente para adolescentes y jóvenes entre los 10 y 29 años se orienta a la organización y prestación de los servicios de salud promoviendo su participación y vinculación con el fin de prevenir los problemas típicos de estas etapas del ciclo vital, obviamente para esto es necesario partir de las necesidades identificadas y la manera de satisfacerlas en el área de salud sexual y reproductiva desde alternativas novedosas y adaptadas a su realidad, con el resultado de adolescentes y jóvenes como usuarios continuos de no solo los servicios amigables sino de todos los servicios de salud que requieran<sup>28</sup>, en estos servicios se desarrollan programas educativos en salud sexual y reproductiva, con el fin de disminuir las cifras de embarazos en adolescentes y disminuir el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Los servicios amigables constituyen una estrategia a nivel mundial que promueve la salud sexual y reproductiva en adolescentes, es decir, que su aplicación no solo se da en Colombia, sino en todos los países que lo deseen desarrollar. Aunque este modelo tiene una estructura sólida, no ha conseguido los resultados esperados, razón por la cual se considera que debe ser alimentado de conceptos como el de autoeficacia que lo hagan accesible y aterrizado a las necesidades de salud de los y las adolescentes, y los jóvenes.

---

<sup>27</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, REPUBLICA DE COLOMBIA. FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS –UNFPA- DE COLOMBIA. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes en Colombia. Tercera edición. 2010 p. 64.

<sup>28</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, REPUBLICA DE COLOMBIA. FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS –UNFPA- DE COLOMBIA. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes en Colombia. Op. Cit. p.88

---

Respecto a los programas educativos en salud sexual y reproductiva, en Venezuela funciona uno desde el año 2002 con el objetivo de desarrollar y ejecutar diversas modalidades educativas para promover una sexualidad sana, responsable, voluntaria y libre de riesgos en el marco de los derechos sexuales y reproductivos; la metodología incluye talleres, charlas, eventos, video foros y uso de los medios de comunicación, estas actividades se llevan a cabo en instituciones educativas, centros de salud, instituciones privadas y comunidades organizadas, programa que ha vinculado a más de 6 millones de personas desde su creación<sup>29</sup>.

En México el Programa Nacional para la Atención de la Salud Reproductiva de Adolescentes se centró en la atención para los adolescentes y jóvenes al incorporar contenidos de salud sexual y reproductiva en el currículo escolar de la educación básica, abrió nuevos programas de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en instituciones públicas y realizó reformas jurídicas en la Constitución. Entre los logros se mencionó una reducción de la mitad de los embarazos entre adolescentes, el incremento del uso del condón en más de la mitad de los jóvenes del país y se amortiguó la epidemia del VIH/SIDA<sup>30</sup>.

En Colombia, por una iniciativa del Ministerio de Educación Nacional y el UNFPA se desarrolló el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, que fue un proyecto piloto de educación entre el 2006 y 2007 y que tenía el propósito de contribuir al fortalecimiento del sector educativo en el desarrollo de proyectos pedagógicos de educación para la sexualidad, enfocándose en la construcción de ciudadanía y ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. Con este se concertó, la propuesta pedagógica, conceptual y operativa, en 53 instituciones educativas que reunían a 235 sedes de 5 regiones del país<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> PROSALUD. Programa educativo en salud sexual y reproductiva. Disponible: <http://www.prosalud.org.ve/pages/serviceRequest.php>

<sup>30</sup> MEXICO. Programa Nacional de Salud 2001-2006, México, 2001. Servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Documento de trabajo, Afluentes, S.C., México DF, Diciembre 2004. En: <http://www.afluentes.org/wp-content/uploads/2009/11/servssrparadolesc.pdf>

<sup>31</sup> FONDO DE POBLACIONES DE NACIONES UNIDAS (UNFPA) DE COLOMBIA y MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. Educación para la sexualidad. Disponible: <http://www.unfpa.org.co/menuSuplzqui.php?id=9>. 17/02/2012. 3.06 pm

Por otra parte a partir del año 1994 se implementó la Ley 115 “Ley General de Educación”<sup>32</sup> que reglamenta de Enseñanza obligatoria en sus artículos 13 y 14 enunciando: “Desarrollar una sana sexualidad que promueva el conocimiento de sí mismo y la autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respecto por la equidad de los sexos, la afectividad, el respeto mutuo y prepararse para una vida familiar armónica y responsable”<sup>33</sup> y “La educación sexual, impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad”<sup>34</sup>, esto de obligatorio cumplimiento en todas las entidades educativas. De igual manera se implementaron en las instituciones los programas de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva con la Ley 100 de 1.993<sup>35</sup>; todos estos aspectos se incluyeron en los Proyectos Educativos Institucionales (PEI) con el fin de abordar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes<sup>36</sup>.

A pesar de las estrategias mencionadas, las cifras alrededor de estas problemáticas que aquejan a los adolescentes no se han modificado sustancialmente, por ejemplo, la tasa de fecundidad disminuyó 6 puntos pasando de 90 en 2005 a 84 en 2012, y siendo las madres adolescentes las más afectadas en la morbi-mortalidad materna y perinatal.

De esta manera se hace necesario en la educación de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes innovar y evaluar día a día las intervenciones de proyectos y programas que buscan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, para determinar su impacto e influenciar positivamente en las necesidades reales de la población adolescente, nunca determinar un límite de actuación, porque la educación es un proceso continuo dinámico en constante cambio.

La situación expuesta en los párrafos anteriores muestra la necesidad de abordar la problemática de embarazos no planeados en adolescentes desde los diferentes sectores

---

<sup>32</sup> MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. Ley 115 de 1994 febrero 8. Ley General de La Educación. Diario Oficial No. 41.214, de 8 de febrero de 1994 Por la cual se expide la ley general de educación. En: Título 2. Estructura del Servicio Educativo. Capítulo 1. Educación Formal. [Citado 04/25/2012]. 1994, p. 3. Disponible en: <http://menweb.mineducacion.gov.co/normas/concordadas/Decreto115.htm>

<sup>33</sup> MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. Ley 115 de 1994 febrero 8. Ley General de La Educación. Op. Cit.p. 3.

<sup>34</sup> MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. Ley 115 de 1994 febrero 8. Ley General de La Educación. Op. Cit.p. 3.

<sup>35</sup> MINISTERIO DE SALUD. Ley 100 del 93 diciembre 23. Disponible en: Diario Oficial. Año CXXIX. N. 41148. 23, diciembre, 1993. [Citado 04/25/2012]. 1993, p.1. Disponible en: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>

<sup>36</sup> HERNANDEZ, Luz Mery., Proyecto de Extensión. Op. Cit. p. 18.

---

que tienen que ver con la salud de esta población y desde enfermería buscar estrategias innovadoras que den resultados de reducción en este fenómeno en las estadísticas.

Por esta razón, el grupo de investigación de cuidado materno perinatal de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia viene desarrollando desde hace más de una década intervenciones en promoción de la salud sexual y reproductiva, desde el rol educativo de enfermería, en el proyecto “Fomento de la Responsabilidad Procreativa para Adolescentes: Hagamos un Pacto”, teniendo en cuenta la integralidad del adolescente y su entorno con el fin de promover conductas sexuales seguras y asertivas<sup>37</sup>.

Debido a la importancia del proyecto “Fomento de la responsabilidad procreativa para adolescentes: hagamos un pacto” y a la motivación que se ha creado en las instituciones educativas en que se ha realizado, dentro de los logros alcanzados se encuentran los proyectos de tesis de los estudiantes de los semestres séptimo y octavo de enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, que tratan temáticas relacionadas con Cultura, sexualidad<sup>38</sup>, planificación familiar<sup>39</sup>, propuesta educativa para trabajar la sexualidad<sup>40-41</sup>, prevenir el embarazo adolescente y el VIH/SIDA<sup>42</sup>, fomento de la responsabilidad procreativa<sup>43</sup>, comunicación asertiva<sup>44</sup>,

---

<sup>37</sup> HERNANDEZ, Luz Mery., Proyecto de Extensión. Op. Cit. p. 18.

<sup>38</sup> GIL Roberto Carlos y ESCOBAR Guillermo. Cultura, sexualidad y adolescencia. Proyecto de grado requisito para obtener título de Enfermero. 2001.

<sup>40</sup> GIL, Luz Kariem, et. Al. Propuesta educativa para abordar la sexualidad en la adolescencia, colegio Guacamayas II. Proyecto de grado requisito para obtener título de Enfermero. 2002.

<sup>41</sup> SUAZA, Maryore et. Al. Propuesta educativa para abordar la sexualidad en la adolescencia. Colegio Las Mercedes y Torquigua. Proyecto de grado requisito para obtener título de Enfermero. 2004.

<sup>42</sup> CHAPARRO, Alexander y MARTÍNEZ, Manuel. Propuesta educativa para prevenir el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA en la adolescencia en el Colegio Distrital Los Alpes. Proyecto de grado requisito para obtener título de Enfermero. 2004.

<sup>43</sup> DÍAZ, Catalina y MOLINA, Olga. Fomento de la responsabilidad procreativa para adolescentes. Colegio María Auxiliadora. Localidad cuarta. Proyecto de grado requisito para obtener título de Enfermero. 2002.

<sup>44</sup> TRUJILLO Martha Lucia, et al. Comunicación asertiva como estrategia para abordar la sexualidad en la adolescencia. Proyecto de grado requisito para obtener título de Enfermero. 2005

---

caracterización de los y las adolescentes en condición de desplazamiento<sup>45</sup>, abordaje integral de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes<sup>46</sup>.

Además es importante mencionar que en el marco del proyecto se han llevado a cabo articulaciones con investigación generando productos<sup>47</sup> como:

- Cambios psicosociales que rodean a la adolescente a partir del conocimiento de su gestación. Blanca Cecilia Vanegas. Bogotá. 2002.
- Programa educativo para el fomento de la autoestima y la promoción del proyecto de vida como apoyo en la prevención de procreación en la adolescencia. Blanca Cecilia Vanegas. Bogotá. 2001.
- Prácticas de cuidado de los y las adolescentes para prevenir el embarazo no deseado, en un sector de la localidad IV. Luz Mery Hernández. Bogotá. 2003.

De esta forma en el proyecto se han realizado trabajos finales como requisitos de grado de la carrera de enfermería orientados especialmente a replicar la metodología de los talleres para el abordaje de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, pero a su vez se ve la necesidad de buscar el respaldo teórico o conceptual del mismo, ante esta necesidad se inicia con un trabajo que a través de una revisión juiciosa de literatura contribuyera a solucionar esta necesidad, por esta razón, se realizó el trabajo final tipo monografía denominado “La comunicación asertiva con visión de género, el afecto y las visiones de reciprocidad y simultaneidad en el proyecto “Fomento de la responsabilidad procreativa para adolescentes: hagamos un pacto” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia”.

El trabajo mencionado, además de adentrarse en la profundización de los conceptos de comunicación asertiva y afecto como claves dentro de un programa educativo para los adolescentes, nos acercó al Modelo de intervención para la salud sexual y reproductiva de adolescentes habitantes de la calle de Lynn Rew, que muestra elementos que pueden

---

<sup>45</sup> CASTRO Wilson et al. Caracterización de los y las adolescentes en condiciones de desplazamiento para proponer un programa para prevenir el embarazo no deseado y las ITS/VIH/SIDA. Proyecto de grado requisito para obtener título de Enfermero. 2005.

<sup>46</sup> AGUIRRE Piedad et al. Formación de pares para abordar integralmente la salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes. Proyecto de grado requisito para obtener título de Enfermero. 2006.

<sup>47</sup> HERNANDEZ, Luz Mery., Proyecto de Extensión. Op. Cit. p. 18.

---

contribuir a minimizar el número de embarazos no planeados y el número de contagios de ITS en adolescentes. Es importante anotar que en el estudio del modelo y de los instrumentos de medición se hallaron dos elementos esenciales, la asertividad sexual y la autoeficacia, medidos con los instrumentos Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women, y An Adolescent and Young Adult Condom Self-Efficacy Scale (CUSES) respectivamente.

Así mismo, se encontró que los mencionados instrumentos no se relacionan con los conceptos que soportan el proyecto fomento de la responsabilidad procreativa para adolescentes: hagamos un pacto, pero teniendo presente que los conceptos de asertividad y autoeficacia se consideran útiles para un programa educativo de salud sexual y reproductiva como propósito de este trabajo se va a profundizar en el estudio del concepto de autoeficacia, porque como lo plantea Pérez y Pick, “se identifica la necesidad de desarrollar programas de educación sexual que faciliten las habilidades sociales, incluida la autoeficacia con la pareja sexual, que proporcionen información objetiva que desmitifique creencias, mediante el conocimiento detallado y práctico sobre sexualidad, embarazo y uso de anticonceptivos”<sup>48</sup>.

La autoeficacia ha sido un fenómeno suficientemente estudiado, a continuación mencionó algunos de los trabajos relacionados con el mismo:

Young TM, Martin SS, Young ME y Ting L., en su estudio Internal poverty and teen pregnancy (2001)<sup>49</sup> realizaron un estudio que tenía como objetivo examinar la causa de la maternidad adolescente con datos adquiridos antes del embarazo; por tal razón estudiaron la pobreza interna (eficacia personal deficiente, bajas aspiraciones profesionales y educacionales) comparando un grupo de adolescentes de un colegio en un lapso de tiempo determinado, como resultado encontraron que las mujeres con pobres niveles de eficacia quedaron en embarazo más tempranamente que las mujeres con mayor eficacia que posteriormente no reportaron gestación, además que las mujeres

---

<sup>48</sup> PÉREZ DE LA BARRERA, Citlalli y PICK, Susan. Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. Revista Interamericana de psicología. 2006. Vol 40 N°. 3. Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/284/28440307.pdf>. p.333-340.

<sup>49</sup> YOUNG TM, MARTIN SS, TOUNG ME, TING L. Internal poverty and teen pregnancy. Adolescence , 0001-8449. 2001. Summer, Vol. 36. Fascículo 42.

---

que presentaron embarazo más tempranamente tenían menos expectativas educativas. Evalúan la pobreza interna en tres aspectos: locus de control, eficacia y expectativas del futuro. Dentro de los resultados se encontró que la eficacia personal fue menor en las mujeres que quedaron más tempranamente embarazadas respecto a aquellas que no quedaron en gestación durante la adolescencia.

Con respecto a la relación del embarazo con la autoeficacia, Young y Cols. (2001) mencionan que la investigación en esta temática en adolescentes es escasa, un estudio de Zimmerman y Cols. (1995) encontró que las mujeres con autoeficacia tenían un predictor para decir no a las relaciones sexuales no deseadas. St. Lawrence, Brasfield, Jefferson, Allyene y Shirley (1994)<sup>50</sup> encontraron que la baja autoeficacia se relaciona con bajos niveles de apoyo social en los y las adolescentes, además que estos adolescentes fueron más propensos a tener encuentros sexuales ocasionales, tener más número de parejas sexuales, ser víctimas de relaciones sexuales forzadas y tener más altas tasas de infecciones de transmisión sexual.

Por otro lado, Goh, Spring y Bartalini (1996) encontró que la autoeficacia se asocia a conductas preventivas para el contagio de VIH/SIDA<sup>51</sup>. Razón por la cual, en este estudio se planteó la hipótesis de que si las mujeres que quedaron en gestación más temprano tenían menor autoeficacia que las mujeres que no quedaron en gestación, supuesto que motiva a la realización de esta investigación.

Con esta investigación se pretende saber si existe alguna diferencia entre la autoeficacia en un grupo de adolescentes sin antecedentes de gestación y un grupo de adolescentes gestantes, a partir de la aplicación de la escala de autoeficacia general; con el fin de fortalecer con la formación de esta habilidad a las y los adolescentes que hacen parte del proyecto fomento de responsabilidad procreativa para adolescentes hagamos un pacto, y los demás programas educativos en salud sexual y reproductiva que opten por esta metodología, buscando apuntar a la generación de acciones que buscan impactar positivamente uno de los problemas de salud que afectan a este grupo de población.

---

<sup>50</sup> YOUNG TM, MARTIN SS, TOUNG ME, TING L. Internal poverty and ten pregnancy. Op. Cit. p. 17.

<sup>51</sup> Ibid., p. 25.

## **1.2. Pregunta de investigación**

¿Existe diferencia entre la autoeficacia en mujeres adolescentes gestantes y no gestantes habitantes de la localidad de Bosa en Bogotá, durante el I trimestre del año 2013?

## **1.3. Objetivo general**

Determinar la diferencia de autoeficacia entre adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes de 15 a 19 años.

## **1.4. Objetivos específicos**

- Determinar la autoeficacia de un grupo de adolescentes de 15 a 19 años gestantes.
- Determinar la autoeficacia de un grupo de adolescentes de 15 a 19 no gestantes.
- Comparar la autoeficacia entre un grupo de adolescentes gestantes y un grupo de adolescentes no gestantes de 15 a 19 años.

## 1.5. Justificación

La revisión sistemática de literatura llevada a cabo en el año 2009 en el desarrollo de la monografía “La comunicación asertiva con visión de género, el afecto y las visiones de reciprocidad y simultaneidad en el proyecto “Fomento de la responsabilidad procreativa para adolescentes: hagamos un pacto” mostró que un factor de conducta fundamental para adquirir prácticas seguras frente a la sexualidad es la autoeficacia.

Es así, como la pertinencia teórica del este proyecto se evidencia en el concepto de autoeficacia como base para el desarrollo de programas educativos de salud sexual y reproductiva con adolescentes. La pertinencia disciplinar se manifiesta en que a partir de este proyecto enfermería puede innovar y llevar a cabo intervenciones basadas en la evidencia que tengan un impacto positivo al fortalecer y contribuir a la generación de conocimiento frente a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

Por otro lado, el rol educativo que adquiere el profesional de enfermería en proyectos educativos de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes puede generar un impacto positivo en los y las adolescentes y sus familias beneficiarios de este tipo de programas, y para el grupo de investigación del área materno perinatal de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia constituirá un insumo que facilitará la puesta en práctica de intervenciones basadas en el fenómeno de estudio y la manera de medir el impacto de las mismas.

Si bien se ha reportado una reducción en las tasas de embarazo en adolescentes en países de América como Estados Unidos en 30% de 1991 a 2002, aspecto positivo pero preocupa que al tiempo se ha encontrado que esto es secundario a que los y las adolescentes entre 15 y 19 años han tenido prácticas sexuales orales, incluyendo el 25% que no ha tenido prácticas sexuales vaginales, esto con el fin de evitar la gestación teniendo percepciones equivocadas del contagio de ITS y la virginidad<sup>52</sup>, por ello los programas educativos para la salud sexual y reproductiva no solo deben apuntar a la

---

<sup>52</sup> THOMAS Charles. y DIMITROV Dimiter. Effects of a teen pregnancy prevention program on teens' attitudes toward sexuality: a latent trait modeling approach. *Developmental Psychology*, Jan. Vol. 43, Fascículo. 1.

prevención del embarazo sino también a la prevención de los factores de riesgo para ITS, esto se puede lograr por medio de la inclusión en la formación de autoeficacia.

Para la práctica de enfermería, la pertinencia del estudio radica en la ejecución de intervenciones en programas educativos en salud sexual y reproductiva basados en conceptos teóricos que la literatura reporta como pilares en el tema y que impactan de manera positiva a los y las adolescentes. Además el rol de enfermería a nivel educativo y el avanzar a la interacción con el sujeto desde la visión de enfermería interactiva acercan la teoría a la práctica de una manera vivencial.

La pertinencia social se enfoca en que los resultados obtenidos permitirán a través de programas de salud sexual y reproductiva impactar positivamente la problemática actual de embarazos no planeados en adolescentes, los cuales no solo son un problema social sino que su impacto también se refleja en los aspectos de morbi-mortalidad materna y perinatal, porque uno de los factores de mayor riesgo en la gestación se encuentra en este grupo poblacional, la otra problemática es el contagio de infecciones de transmisión sexual por el no uso del preservativos y el no tener una pareja sexual estable.

Además la pertinencia social habla por sí sola, porque como se mencionó anteriormente en Colombia para el año 2005 los embarazos en adolescentes aumentaron a 90 mujeres adolescentes por cada 1.000, en 2010 a 84, cifra que continúa siendo alarmante. El panorama no es diferente en la localidad séptima de Bosa del Distrito Capital, donde en una Empresa Social del Estado, se evidencian el siguiente comportamiento:

<b>AÑO</b>	<b>TOTAL INGRESOS A CONTROL PRENATAL</b>	<b>GESTACIONES DE 10 A 14 AÑOS</b>	<b>% GESTACIONES DE 10 A 14 AÑOS</b>	<b>GESTACIONES DE 15 A 19 AÑOS</b>	<b>% GESTACIONES DE 15 A 19 AÑOS</b>
2009	2352	64	2,72%	1552	65,99%
2010	2925	52	1,78%	1392	47,59%
2011	3256	44	1,35%	1425	43,77%
2012	4387	53	1,21%	1434	32,69%
<b>TOTAL</b>	<b>12920</b>	<b>213</b>	<b>1,65%</b>	<b>5803</b>	<b>44,91%</b>

Fuente: sistemas de Información. ESE Bogotá. 2009-2012.

Si tenemos presente que la meta distrital es de 0% para gestaciones de 10 a 14 años, porque constituyen abuso sexual y gran riesgo para la salud materna y perinatal; y para

---

la edad de 15 a 19 años la meta es disminuir en 30%, no se ha logrado este propósito, es importante mencionar que las cifras en 10 a 14 años han disminuido, pero aún se presentan; de igual manera en la edad de 15 a 19 años no se ha presentado la meta esperada, porque aún no se logra la meta de 30% (para el año 2012 fue de 32.69%), y en esta última edad se centra unidad de análisis para esta investigación.

Ahora, los embarazos en adolescentes son un problema de salud pública que necesita ser intervenido con estrategias que generen resultados, aportando así a uno de los objetivos de desarrollo del milenio, específicamente en el número 5, denominado “Mejorar la salud materna”, el cual incluye dos ítems: reducir en 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015 y lograr para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva; este último establece específicamente “El progreso para reducir la cantidad de embarazos de adolescentes se ha estancado, lo cual deja a más madres jóvenes en situación de riesgo, la pobreza y la falta de educación perpetúan las altas tasas de alumbramientos entre adolescentes”<sup>53</sup> y en la autoeficacia como habilidad social incluida en los programas educativos en salud sexual y reproductiva se puede encontrar un factor que contribuya a la disminución de esta problemática.

La factibilidad de la presente investigación pretende que los medios de socialización a nivel local sean los hospitales de la localidad séptima de Bosa, la Alcaldía local y el consejo local de juventud, colegios de la localidad, Secretaría de Integración Social. A nivel distrital, la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría Distrital de Educación; se planteará la posibilidad de socialización con representantes del Ministerio de Salud encargados de los servicios amigables, dando a conocer la autoeficacia como un pilar fundamental en los programas educativos de salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes, debido a que su fin es beneficiar a la sociedad frente a la problemática de embarazos no planeados en adolescentes.

---

<sup>53</sup>ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Objetivos de desarrollo del milenio. Disponible: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml>. Septiembre 27 de 2011. 7.03 pm.

---

## 1.6. Definición de conceptos.

- 1.6.1. Adolescencia:** la adolescencia será definida para efectos del presente trabajo como un lapso de edad que va desde los 15 a los 19 años, con variaciones culturales e individuales (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1974).
- 1.6.2. Salud reproductiva:** “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”<sup>54</sup>.
- 1.6.3. Educación sexual:** es lograr en la persona una actitud sana y creadora ante lo sexual, asumiendo conductas responsables durante su vida”<sup>55</sup>.
- 1.6.4. Autoeficacia:** Habilidad social que da el “juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud”<sup>56</sup>.
- 1.6.5. Autoeficacia definición operacional:** Sentido amplio y estable de competencia personal para tratar efectivamente con una variedad de situaciones estresantes<sup>57</sup>.
- 1.6.6. Adolescente Gestante:** Mujer en gestación con edad mayor o igual a 15 años y menor o igual a 19 años.
- 1.6.7. Adolescente no gestante:** Mujer con edad entre los 15 y 19 años.

---

<sup>54</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, CIPD, El Cairo, 1994.

<sup>55</sup> *Ibíd.* p. 1.

<sup>56</sup> MARRINER TOMMEY, Ann y RAILE, Martha. Modelos y teorías en enfermería. Op. Cit. Capítulo 21. p. 456.

<sup>57</sup> SCHWARZER, Ralph, *et al.* The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy Scale. *Applied Psychology: An International Review*, 1996. Vol. 46 N°1. p.70

---

## 2. Marco conceptual

En el año 2001, la enfermera Lynn Rew, realizó una publicación frente a la salud sexual y reproductiva de adolescentes formulando el objetivo “presentar un modelo conceptual de intervención para las prácticas de salud sexual de jóvenes que viven en la calle, con el fin de prevenir enfermedades de transmisión sexual en esta población” y por ende los embarazo no planeados en adolescentes<sup>58</sup>.

En este modelo se encuentra un factor de conducta que es la autoeficacia, y se identifica la escala An Adolescent and Young Adult Condom Self-Efficacy Scale desarrollada y validada por la doctora Kathleen M. Hanna (1999)<sup>59</sup> que permite medir el nivel de autoeficacia frente al uso del preservativo en adolescentes y adultos, pero no permite ahondar en las habilidades sociales de los adolescentes. Por esta razón surge el interés de profundizar en el concepto de autoeficacia, ir más allá del uso de preservativo, y poder connotarla en el marco de los programas educativos para la salud sexual y reproductiva, en este caso en el proyecto de extensión “Fomento de la responsabilidad procreativa para adolescentes hagamos un pacto”.

Se considera básico presentar una breve descripción del modelo desarrollado por la Doctora Rew para así mostrar el impacto de la autoeficacia en la sexualidad de las adolescentes. Posterior a esto se tratara más a fondo el concepto de autoeficacia.

Este modelo se apoya teóricamente en la Teoría cognitiva social en la cual los factores cognoscitivo-perceptivo (Bandura 1986 en Rew 2001), que hacen referencia a características personales de los individuos, son fundamentales para que por medio de las intervenciones se aumenten las prácticas de salud sexual y reproductiva positivas entre los adolescentes<sup>60</sup>.

---

<sup>58</sup> REW Lynn *et al.* . Sexual health practices of homeless youth: a model for intervention. Comprehensive Pediatric Nursing, Taylor & Francis. 2001. Vol. 24. p . 1–18.

<sup>59</sup> HANNA, Kathleen M. An adolescent and young adult condom self-efficacy scale. 1999. Journal of Pediatric Nursing, Vol. 14(1), p. 59–66.

<sup>60</sup> *Ibid.*, p. 1–18.

---

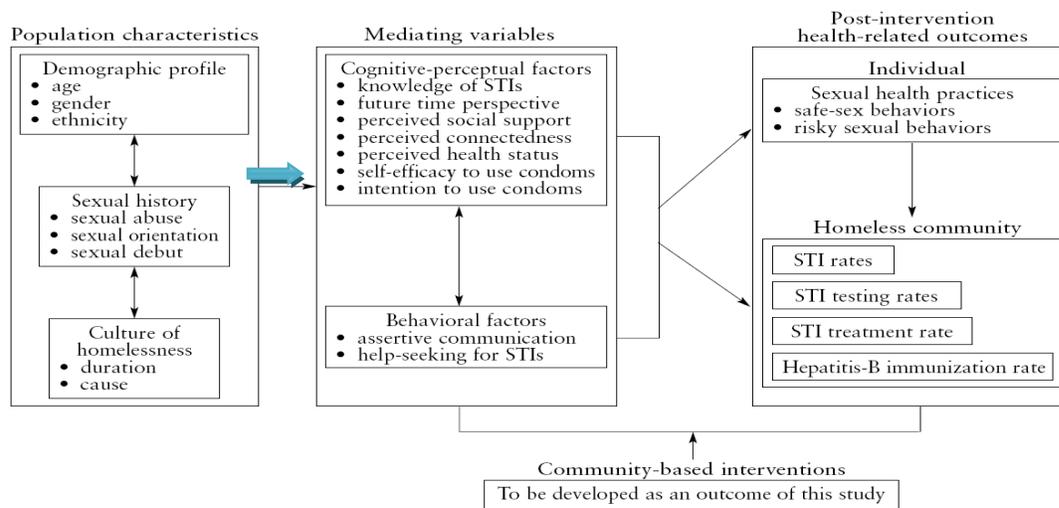
Esta teoría al mostrar que la educación en salud sexual y reproductiva necesita la transmisión de información para aumentar los conocimientos de los adolescentes acerca de temas como los métodos anticonceptivos y las infecciones de transmisión sexual (ITS), considerándola como necesaria para la toma de decisiones informadas, no es el único aspecto que permite cambiar los comportamientos riesgosos de los adolescentes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva sino que es necesario abordar otros aspectos como la perspectiva que tienen los adolescentes de su futuro, el apoyo social que perciben, la percepción de conexión con otras personas, la autoeficacia y factores de conducta como las conductas asertivas en su comunicación y buscar ayuda para el tratamiento de ITS, o para aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, que hacen parte de la teoría cognoscitiva social y son básicos porque llevan a comportamientos de sexo seguro, que consiste en el uso de preservativos en las relaciones sexuales y conductas de autocuidado (como no tener encuentros sexuales ocasionales y múltiples parejas sexuales)<sup>61</sup>.

Otra de las teorías que respaldan el modelo es la teoría de la acción razonada, en la cual se supone que el comportamiento del individuo depende de un control voluntario de este, esto involucra el término de “intención”, haciendo referencia específicamente a la intención consciente de participar en un comportamiento, en este caso la intención de usar el preservativo, lo cual puede llevar a reducir el riesgo de contraer ITS<sup>62</sup>. A continuación se presenta el modelo de intervención desarrollado por Lynn Rew.

---

<sup>61</sup> REW Lynn *et al.* . Sexual health practices of homeless youth: a model for intervention. *Comprehensive Pediatric Nursing*, Taylor & Francis. 2001. Vol. 24. p . 1–18.

<sup>62</sup> *Ibid.* p. 1–18.

**Figura 1:** Modelo Conceptual de prácticas de salud en adolescentes, 2001. Lynn Rew.**Figure 1. Conceptual model of sexual health practices in homeless adolescents, L. Rew. Copyright 2001 by Slack Inc., Thorofare, NJ. Reprinted with permission.**

<sup>63</sup> Modelo Conceptual de prácticas de salud sexual en adolescentes que viven en la calle.

En el gráfico se perciben los componentes del modelo, se toman las características de la población que incluyen aspectos demográficos, la historia sexual y la cultura de la persona, aspectos básicos porque el nivel socioeconómico, el lugar de residencia y nivel educativo influyen en la edad de iniciación sexual y en el uso de anticonceptivos<sup>64</sup>. Se encontró por ejemplo que entre menor es el nivel socioeconómico y nivel menor nivel educativo menor es el nivel de una habilidad social como la asertividad. Por tanto se ejercen mayores conductas sexuales de riesgo como el no uso del preservativo.

Al respecto, la encuesta distrital de demografía y salud de Profamilia (2011) afirma que “entre menor sea la edad, y mayor el nivel educativo y el índice de riqueza, los

<sup>63</sup> REW Lynn *et al.* . Sexual health practices of homeless youth: a model for intervention. *Op. Cit.* p. 25.

<sup>64</sup> REW Lynn *et al.* . Sexual health practices of homeless youth: a model for intervention. *Op. Cit.* p. 25.

---

porcentajes de adolescentes embarazadas son menores<sup>65</sup>. De igual manera en la Encuesta Nacional de demografía y salud del año 2010 se menciona en los indicadores sociales la influencia del nivel educativo en la salud sexual y reproductiva, manifiestan que 52,3% de las mujeres encuestadas entre 15 y 19 años no tiene educación, 42,3% tiene nivel educativo primaria, 17,3% estudio hasta secundaria y 9.0% tiene educación superior<sup>66</sup>. Ahora relacionado esto con la edad mediana de la primera relación sexual en las mujeres de 20 a 49 años, en las mujeres sin educación la mediana es de 15,8 años, en la mujeres con nivel primaria la mediana es de 17,2 años; en las mujeres con nivel secundaria la mediana es de 18,4 años y las mujeres con nivel superior la mediana es de 20 años<sup>67</sup>. Esto permite percibir una relación inversa entre el nivel educativo y la edad de inicio de vida sexual, es así que entre menor nivel educativo mayor probabilidad de embarazo en adolescentes y jóvenes porque se inicia más temprano la vida sexual, por ello también el problema de aumento de embarazos en adolescentes y jóvenes es más notorio en la población rural, donde existe menos acceso a la educación, o en la población urbana sin oportunidades educativas.

El factor de educación en los adolescentes es muy importante, ya que el uso de métodos de anticoncepción, como los de barrera y los comportamientos de salud positivos están asociados con un mayor nivel educativo (Freese, y Pennbridge, 1994. En Rew (2001)<sup>68</sup>.

Por otro lado, Jemmott, y Fong, 1992 (en Rew, 2001) reportan que un grupo de adolescentes afroamericanos que recibieron una intervención educativa para la prevención de VIH, tuvieron menor intención de participar en comportamientos de riesgo, además tuvieron mayor intención de usar preservativos que quienes no recibieron la intervención basada en la teoría cognoscitiva social<sup>69</sup>.

---

<sup>65</sup> PROFAMILIA. Primera encuesta distrital de demografía y salud. 2011. <http://www.demografiaysaludbogota.co/>. Enero 20 de 2011. 5:00pm.

<sup>66</sup>REW Lynn *et al.* . Sexual health practices of homeless youth: a model for intervention. *Op. Cit.* p. 25.

<sup>67</sup>REW Lynn *et al.* . Sexual health practices of homeless youth: a model for intervention. *Op. Cit.* p. 25.

<sup>68</sup>REW Lynn. Sexual health practices of homeless youth: a model for intervention. *Op cit.* p. 1-18

<sup>69</sup>REW Lynn *et al.* . Sexual health practices of homeless youth: a model for intervention. *Op. Cit.* p. 25.

De igual manera, la encuesta distrital de demografía y salud de Profamilia (2011) muestra frente al índice de riqueza que 31,5% de las mujeres de 15 a 19 años se clasificó en nivel más bajo, 25,6% nivel bajo; 22,1% nivel medio, 14,4% nivel alto y 10,7% nivel más alto<sup>70</sup>. El índice de riqueza relacionado con la edad mediana de la primera relación sexual se encontró que en las mujeres de 20 a 49 años, el nivel socioeconómico más bajo con edad de 17.1 años, el nivel socioeconómico bajo con edad de 17.7 años; el nivel socioeconómico medio con edad de 18.2 años, y el nivel socioeconómico alto edad de 18,7 años y el nivel socioeconómico más alto edad 19.1 años<sup>71</sup>. Esto permite percibir una relación inversa, entre menor nivel socioeconómico mayor probabilidad de embarazo en adolescentes y jóvenes porque esto se relaciona con un inicio más temprano en las relaciones sexuales. Ahora en Colombia las desigualdades sociales son descomunales, por ello la problemática se acentúa más.

Respecto a los factores cognoscitivos perceptuales y los factores de conducta observados en el gráfico del modelo conceptual de la Dra. Rew, una investigación en estudiantes universitarios mostró que entre mayor perspectiva de tiempo futuro tienen los jóvenes, menores conductas sexuales de riesgo desarrollan (Rothspan & Read, 1996 en Rew 2001); referente al apoyo social, San Lorenzo, Brasfield, Jefferson, Allyene, y Shirley, 1994 (en Rew 2001), reportaron que un grupo de adolescentes afroamericanos que manifestaban menor apoyo social, tenían menos conocimientos acerca de VIH y conductas negativas hacia el uso de preservativos<sup>72</sup>.

Rew (2001), manifiesta que los adolescentes creen que es importante contar con el apoyo de padres y profesores, por lo cual estos grupos y los demás de la comunidad deben estar incluidos y ser partícipes activos de las intervenciones que se desarrollen

---

<sup>70</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, REPUBLICA DE COLOMBIA. FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS –UNFPA- DE COLOMBIA. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes en Colombia. Op. Cit. p. 1.

<sup>71</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, REPUBLICA DE COLOMBIA. FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS –UNFPA- DE COLOMBIA. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes en Colombia. Op. Cit. p. 1.

<sup>72</sup> REW Lynn *et al.* . Sexual health practices of homeless youth: a model for intervention. Op. Cit. p . 1–18.

---

con los adolescentes, ya que si estos se sienten protegidos desarrollan menos conductas de riesgo, como inicio temprano de relaciones sexuales y consumo de psicoactivas<sup>73</sup>.

Rew (2001) afirma que por medio de la teoría de aprendizaje social se han desarrollado varias intervenciones de promoción de la salud sexual con adolescentes en las escuelas públicas; esta teoría busca proporcionar una información precisa. Menciona también que la eficacia de estas intervenciones se da porque participan varios frentes, como los adolescentes, los padres, docentes, y miembros de la comunidad, y no solo limitarse a dar información<sup>74</sup>.

A partir de lo anterior, se puede concluir que los programas de educación en salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes no solo se deben enfocar en la transmisión de información sino que deben estar acompañados de la formación en habilidades sociales, como la autoeficacia, porque se requiere que esa información transmitida, sea recibida y se convierta en acción, con el fin de que los y las adolescentes desarrollen prácticas de salud sexual y reproductiva positivas, para esto se requiere involucrar a los sectores en los que se desenvuelve el adolescente como el sector familiar, el sector educación y el sector de comunidad y el sector gobierno.

## 2.1. Autoeficacia

La autoeficacia lleva a tener la convicción para actuar y producir resultados en el futuro media entre el conocimiento y la acción (Bandura 1986, en Rew 2001), y el propósito no solo es proporcionar conocimientos sino que los adolescentes actúen; por ello la autoeficacia hace parte de los factores de conducta para una sexualidad segura<sup>75</sup>. La autoeficacia se trabaja junto con la comunicación asertiva que permite a la persona expresar lo que realmente siente y piensa, ejercer sus derechos y dar a conocer sus convicciones, sin sentirse culpable por ello o no aceptado por el grupo de personas que

---

<sup>73</sup> Ibid., p. 1-18

<sup>74</sup> REW Lynn *et al.* . Sexual health practices of homeless youth: a model for intervention. Op. Cit. p . 1–18.

<sup>75</sup> REW Lynn *et al.* . Sexual health practices of homeless youth: a model for intervention. Op. Cit. p . 1–18.

le rodea; se llega a este comportamiento porque la persona se reconoce a sí misma como un ser humano digno y valioso<sup>76</sup>.

De esta manera estos elementos constituyen la base de la promoción de la salud reproductiva porque por una parte las mujeres serán capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y por otro lado con respecto a la procreación tendrán la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo hacerlo y con qué frecuencia<sup>77</sup>.

En este proyecto se considera primordial conocer la autoeficacia de las adolescentes gestantes y no gestantes para conocer si esa convicción que los lleva a actuar es diferente entre uno y otro grupo.

La maternidad adolescente tiene efectos negativos en la pareja adolescente, la sociedad y la descendencia, por ello es crucial definir los factores que la predisponen y abordar estos aspectos en los programas que buscan disminuir los embarazos en este grupo poblacional (Roosa, Fitzgerald y Carlson, 1982; en Young TM, et al. 2001)<sup>78</sup>.

Young TM, et al. 2001 mencionaron que la teoría cognoscitiva social de Albert Bandura es un eje fundamental teórico para su investigación, definen la teoría de la autoeficacia como las creencias que tiene la persona, sobre la capacidad de alcanzar sus objetivos, e influye en la capacidad de supervivencia y comportamientos de las personas (Bandura, 1994). La eficacia que dinamiza los procesos del desarrollo de áreas cognitiva, afectiva y motivacional, la autoeficacia, influye en la motivación que incluye causas, expectativas y consecución de objetivos<sup>79</sup>.

La eficacia influye sobre la esperanza de que el comportamiento es motivado por las creencias de las capacidades personales, Bandura define que la eficacia determina los objetivos que las personas se colocan a sí mismos y su capacidad de resistencia frente al fracaso, además está influenciada por los procesos afectivos, la regulación de los estados emocionales y reacciones como estrés, ansiedad o depresión. El estudio

---

<sup>76</sup> YAGOSESKY Renny. La Comunicación Asertiva. Disponible: <http://www.laexcelencia.com/htm/articulos/comunicacionyrelaciones/comunicasertiva.htm> . Enero 2011.

<sup>77</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, CIPD, El Cairo, 1994

<sup>78</sup> YOUNG TM, MARTIN SS, TOUNG ME, TING L. Internal poverty and teen pregnancy. Op. Cit. p. 34

<sup>79</sup> Ibid., p. 34

---

menciona el locus de control (Rotter, 1975) como el grado en que las personas tienen control sobre los sucesos que se presentan en su vida versus el grado en que creen que son víctimas del destino, estas últimas son personas con locus de control externo donde no relacionan sus comportamientos con su calidad de vida sus vidas están determinadas por las circunstancias en que nacieron y otros aspectos que limitan su movilidad.

Al relacionar lo mencionado en párrafos anteriores con el embarazo adolescente, podría pensarse que los jóvenes que piensan que no tienen opciones positivas en su vida no se preparan para el futuro y no evitan obstáculos como gestaciones durante la adolescencia, de tal manera si los jóvenes no ven puertas abiertas para su vida es difícil que vean el embarazo adolescente como el cierre de sus puertas<sup>80</sup>.

Los resultados del estudio de Young y Cols. (2001), demostraron que la pobreza interna es mayor en las mujeres que quedaron en gestación durante su adolescencia en comparación con las mujeres que no quedaron en gestación en esta etapa del ciclo vital, el estudio comprobó que la eficacia se relaciona con la toma de decisiones y la gestación en la adolescencia, principalmente en las estudiantes de grado octavo en comparación con sus pares que no quedaron en gestación<sup>81</sup>.

En relación a las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes, un estudio mexicano que tuvo como objetivo “Identificar los factores predictores psicosociales de conducta sexual protegida en adolescentes” refiere que para reducir estas conductas sexuales es necesario proporcionar información clara y objetiva acerca de la sexualidad, la cual media entre el conocimiento y la acción, en otras palabras se están refiriendo a la autoeficacia; formación de habilidades sociales que permitan resistir presiones que llevan a una sexualidad activa y sin protección, que generan embarazos no planeados y contagio de ITS. Pérez y Pick (2005) afirmaron que para lograr cambios en la conducta de los adolescentes en los programas de educación en salud sexual y reproductiva estos se deben dirigir a “facilitar habilidades sociales y conocimientos para enfrentar cada demanda situacional”, se apoyan en la OMS la cual refiere que las “habilidades para la vida” constituyen el factor central en la promoción de salud y prevención de la

---

<sup>80</sup> YOUNG TM, MARTIN SS, TOUNG ME, TING L. Internal poverty and teen pregnancy. Op. Cit. p. 34

<sup>81</sup> Ibid., p. 35

---

enfermedad, dentro de estas se encuentran la capacidad de tomar decisiones, uso de comunicación clara y abierta y actuar<sup>82</sup>.

Moreno, León y Becerra (2006) en un estudio realizado en Táchira (Venezuela) con adolescentes escolarizados reportaron que los mismos adolescentes reconocieron tener conocimientos insuficientes acerca de la sexualidad, los métodos anticonceptivos y la fertilidad; pero también refieren que es necesario recibir entrenamiento para desarrollar habilidades sociales, dentro de las que destacan la conducta y la autoestima<sup>83</sup>.

Resultados importantes porque según Pérez y Pick (2005), dentro de los factores que limitan el uso de anticoncepción se encuentra el desconocimiento de los métodos anticonceptivos y sus formas de uso, las creencias negativas acerca de estos, y la falta de planeación del momento de iniciar relaciones sexuales; en contraparte con esto dentro de los factores que promueven la anticoncepción se encuentra un nivel mayor de conocimientos acerca de los métodos y su uso, creencias positivas acerca de estos, y la habilidad de comunicarse con la pareja y negociar con esta el uso de un método que prevenga la transmisión de ITS y embarazos no planeados<sup>84</sup>.

De esta manera se puede percibir claramente que en los programas de salud sexual y reproductiva es necesario abordar la temática del desarrollo de habilidades sociales y proporcionar conocimientos claros para la acción que permitirán convicción al actuar, los cuales resultarán en un impacto positivo en los y las adolescentes.

El nivel de conocimientos es el segundo factor predictor para la conducta sexual protegida, porque los conocimientos son necesarios para cambiar las estructuras psicológicas y llegar a un cambio de conducta (Fishbein 1990, en Pérez y Pick, 2006); además estos en los adolescentes mexicanos con parejas ocasionales son el factor que ayuda a una conducta sexual protegida, porque las creencias negativas son aclaradas y

---

<sup>82</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2001. En: PEREZ DE LA BARRERA Citlalli y PICK Susan. Conducta Sexual Protegida en Adolescentes Mexicanos. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology. 2006. Vol. 40. Número 33. p. 333

<sup>83</sup> MORENO, Sonia. LEON, Marú León. BECERRA, Ligia. Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a la educación sexual en adolescentes escolarizados. Espacio Abierto, cuaderno venezolano de Sociología ISSM 1315-0006. octubre-diciembre. 2006 Vol. 15 N°.4 p. 787 – 803. ISSM 1315-0006.

<sup>84</sup> PEREZ DE LA BARRERA Citlalli y PICK Susan. Conducta Sexual Protegida en Adolescentes Mexicanos. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology. 2006. Vol. 40. Número 33.

---

el conocer la forma correcta de usar los métodos anticonceptivos permite tener una conducta sexual protegida<sup>85</sup>.

Partiendo de los aspectos abordados anteriormente y de que la educación sexual integral es la base de una sexualidad sana, responsable, libre de riesgos en jóvenes (OMS, 1993 en Pérez y Pick, 2006), se evidencia la relevancia que tiene la inclusión de la autoeficacia, en los programas de promoción de la salud sexual y reproductiva para adolescentes como habilidad social a desarrollar, conclusión a la que se ha llegado con la propia intervención de los adolescentes frente al reconocimiento de la necesidad de su abordaje por parte de ellos mismos.

En el estudio de Rew, Grady, Whittaker, Bowman (2008), se reafirmaron los aspectos del modelo conceptual de intervención para la promoción de la salud sexual y reproductiva de adolescentes para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados, estudio que reitera que las prácticas de salud sexual de los adolescentes están condicionadas por factores cognoscitivo perceptuales y factores de conducta, como autoeficacia<sup>86</sup>.

En este estudio respecto a la teoría cognoscitiva social y la teoría de acción razonada, se afirma que la conducta humana resulta de la interacción de factores como el conocimiento acerca del tema, las percepciones de la persona, las creencias y valores, y factores ambientales. Referente a esto Bandura citado por Rew, 2008 propone una triada que define las conductas sexuales, esta consta de una interacción recíproca entre persona, comportamiento y medio ambiente.<sup>87</sup>

- ❖ Persona: incluye los recursos personales y sociales, como autoestima, género, percepción del estado de salud, apoyos sociales, vínculos sociales, y los factores cognoscitivos perceptuales, estos últimos incluyen los conocimientos, la autoeficacia y la intención.

---

<sup>85</sup> *Ibíd.* p. 29.

<sup>86</sup> REW Lynn *et al.* . Sexual health practices of homeless youth: a model for intervention. Op. Cit. p. 1-18.

<sup>87</sup> REW Lynn *et al.* . Sexual health practices of homeless youth: a model for intervention. Op. Cit. p. 1-18.

- ❖ Comportamiento: incluye la comunicación asertiva, auto cuidado sexual, conductas sexuales seguras y conductas sexuales de riesgo.
- ❖ Medio ambiente: hace referencia a las circunstancias del entorno de los adolescentes.

De esta manera, podemos afirmar que la autoeficacia, es un pilar en el desarrollo de acciones educativas en salud sexual y reproductiva con adolescentes, debido a que a través de esta habilidad social, este grupo poblacional puede adquirir una disposición personal que le permita tener la competencia y el sentido amplio para enfrentar las situaciones estresantes del medio de manera efectiva<sup>88</sup>.

## 2.2. Autoeficacia y modelo de promoción de la salud

El modelo de promoción de la salud (MPS) de Nola Pender integra la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura hoy conocida como teoría cognitiva social, que enfatiza en la importancia de los procesos cognitivos en los cambios de conducta, por incluir auto-creencias como auto-atribución, autoevaluación y autoeficacia, siendo esta última la más importante para tener en cuenta en esta propuesta; además la autoeficacia es la construcción central del MPS, este se amplía a la búsqueda de conductas que fomentan la salud<sup>89</sup>.

Ahora, es muy importante mencionar que en 1996 Nola Pender, manifestó que la “promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano”<sup>90</sup>, es decir, conocimiento para la acción. A continuación se presenta el MPS de Nola Pender:

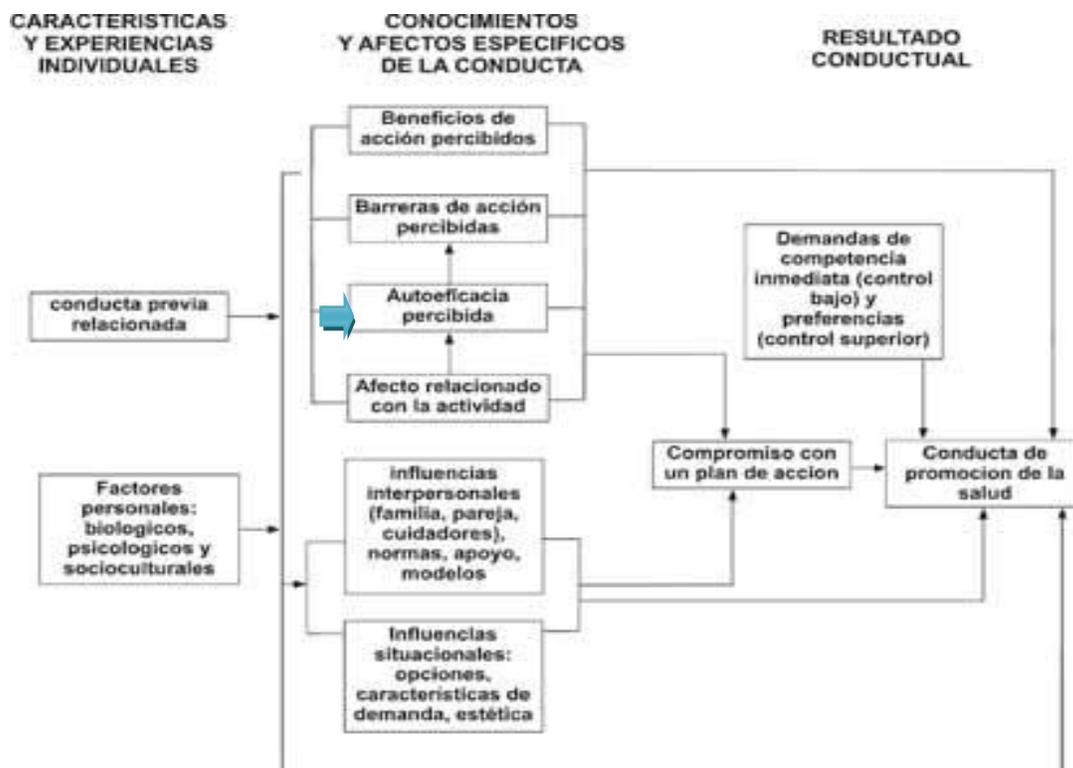
---

<sup>88</sup> SCHWARZER, Ralph, *et al.* The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy Scale. *Applied Psychology: An International Review*, 1996. Vol. 46 N°1. p. 70

<sup>89</sup> MARRINER TOMMEY, Ann y RAILE, Martha. Modelos y teorías en enfermería. Op. Cit. Capítulo 21 p. 456.

<sup>90</sup> *Ibíd.* p. 459.

Figura 2: Modelo de Nola Pender



Tomado de: Health Promotion in Nursing Practice, segunda edición. Nueva York, Appleton & Lange. Editado con el permiso de Pearson Education, inc, Upper Saddle River, NJ. Pág. 58 En: [http://salud.ucaldas.edu.co/programas\\_especiales/sitioVIHsida/images/FLUJOGRAMA-3.jpg](http://salud.ucaldas.edu.co/programas_especiales/sitioVIHsida/images/FLUJOGRAMA-3.jpg)

Como se mencionó anteriormente, la autoeficacia es un fundamento del MPS, por ello es importante definirla como se presenta en el MPS “autoeficacia percibida” siendo esta el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud, esta se relaciona de manera inversa con las barreras de acción percibidas (son bloqueos anticipados, imaginados o reales y valores personales de la adopción de la una conducta determinada<sup>91</sup>), porque a mayor eficacia se perciben menores barreras para el desempeño de la conducta<sup>92</sup>.

<sup>91</sup> MARRINER TOMMEY, Ann y RAILE, Martha. Modelos y teorías en enfermería. Op. Cit. Capítulo 21 p. 456.

<sup>92</sup> Ibíd. p. 456.

---

El modelo de la promoción de la salud se considera que proporciona bases para este proyecto, porque concibe la autoeficacia como una capacidad personal, es decir una habilidad social en este caso de las adolescentes, que termina en una conducta promotora de salud que para esta situación se enmarcarían en conductas sexuales seguras, uso de métodos de planificación familiar y autocuidado.

Otro concepto importante y relacionado con la autoeficacia es el afecto relacionado como la actividad, el cual tiene que ver con los sentimientos subjetivos ya sean positivos o negativos que se dan antes, durante y después de la conducta en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí; esto se relaciona con la autoeficacia, porque entre más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es el nivel de autoeficacia, de igual manera al aumentar el sentimiento de autoeficacia mayor es el afecto positivo.

Así mismo se considera concepto importante, la conducta promotora de salud, la cual es un punto o resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivo, como un bienestar óptimo y la vida productiva<sup>93</sup>.

Se considera importante mencionar los conceptos de Pender, porque proporcionan bases teóricas al presente proyecto, por ejemplo el afecto positivo hacia una conducta lleva a la autoeficacia, las emociones positivas y el afecto asociados con una conducta llevan a la acción y al compromiso, en este caso el compromiso, la acción y la comunicación de conductas sexuales seguras por parte de los y las adolescentes<sup>94</sup>.

A partir de las afirmaciones anteriores se puede concluir que le MPS se relaciona con el proyecto fomento de responsabilidad procreativa para adolescentes hagamos un pacto, porque abarca conceptos como el afecto, la comunicación y la autoeficacia que se relacionan con la asertividad, el entorno (tiene que ver con el actuar de los padres y educadores) y las conductas promotoras de salud, en este caso de la salud sexual y reproductiva.

---

<sup>93</sup> MARRINER TOMMEY, Ann y RAILE, Martha. Modelos y teorías en enfermería. Op. Cit. Capítulo 21 p. 456.

<sup>94</sup> Ibid., p. 457

---

## 2.3. Embarazo adolescente

En Bogotá, las cifras de embarazo adolescente han disminuido en 5.1% según la ENDS año 2012, luego de haber alcanzado un aumento de 16.7% a 22.6% entre el 2000 y el 2005, en 2010 lego a 17,5% como se mostró anteriormente. Junto con Bogotá, las ciudades de Medellín y Cali, son las que han tenido mayor disminución en este fenómeno, aun así las cifras son elevadas y generan preocupación en todos los sectores del país<sup>95</sup>.

El Distrito Capital ha trabajado en el fenómeno de embarazo en adolescentes con los programas de salud al colegio y salud a su casa, los subsidios educativos condicionados a la asistencia y los programas de nutrición además de la política de género y el proyecto de la secretaría de la mujer<sup>96</sup>.

Se considera importante mencionar que *“en un enfoque de derechos el embarazo y la maternidad adolescentes en Colombia son el reflejo de la desigualdad y la inequidad. Son “el fracaso del Estado Social de Derecho” para cumplir con la promesa que la sociedad hizo a adolescentes y jóvenes. No es el fracaso del proyecto individual de vida, como a veces se plantea, sino es la incapacidad colectiva para ofrecer a niñas, niños, adolescentes y jóvenes las condiciones y la garantía de derechos que les permita vivir dignamente y decidir en libertad. Decidir autónomamente sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción”*. Porque muestra como es visto el embarazo adolescente desde otra esfera que no es la correspondiente al sector salud, y coincido en que es el fracaso colectivo pero también el fracaso individual, este aparte refuerza lo mencionado respecto a la autoeficacia por Young (2001), si los y las adolescentes no ven puertas abiertas para sí mismas, no piensan que el embarazo las pueda cerrar, de esta manera puede afirmarse que el Estado tiene al función de potenciar las posibilidades de las personas

---

<sup>95</sup> FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS. SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos. Op. Cit. p. 25

<sup>96</sup> FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS. SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos. Op. Cit. p.26

para que tomen decisiones libremente<sup>97</sup>, teniendo en cuenta que la libertad se condiciona en la libertad del colectivo.

Frente al embarazo y la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes son múltiples las investigaciones desarrolladas al respecto la Organización Panamericana de la Salud, La Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud del Adolescente y el Instituto Mexicano de Seguro Social en el año 2002 presentan un consolidado de “Publicaciones en salud de adolescentes (1993-1998), en el que por temáticas mencionan las investigaciones desarrolladas frente al tema de sexualidad en la adolescencia como se puede ver a continuación<sup>98</sup>:

Cuadro 1: Relación de investigaciones sexualidad y adolescentes.

1. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA			
<p><b>Confiabilidad y validez de un cuestionario de auto-aplicación acerca del comportamiento sexual del adolescente.</b></p> <p><b>Autores: Hidalgo-SM A, Caballero-H R, Rasmussen-C B, Villaseñor-F M, Montes-O G, Becerra-H J</b></p>	<p>“Estudio longitudinal, observacional. La prueba para estimar la confiabilidad en lo referente a la homogeneidad fue el alfa de Cronbach y para la variación de puntaje en el test fue la de Kappa ponderada”.</p>	<p><b>Objetivo:</b> “Evaluar la confiabilidad y validez de un cuestionario auto aplicado de comportamient o sexual en adolescentes escolares urbanos de Guadalajara”.</p>	<p>“El resultado de Kappa ponderada mostró concordancia regular en los puntajes obtenidos, aunque hay escalas con valores mayores especialmente en el comportamiento corporal.</p> <p>El instrumento mostró una consistencia interna aceptable y diferencial a favor de las mujeres siendo las escalas de mayor confiabilidad la de comportamiento sexual corporal, conocimientos y comportamiento sexual social”.</p>
<p><b>Confiabilidad y validez de un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo para la</b></p>	<p><b>Diseño:</b> No experimental</p> <p><b>Tipo:</b> Transversal, descriptivo, Correlacional</p>	<p><b>Objetivo:</b> Evaluar la confiabilidad y validez de un cuestionario de auto aplicación para</p>	<p><b>Confiabilidad:</b> consistencia alfa Cronbach.</p> <p><b>Validez:</b> constructo rotación factores (método Varimax). Paquete estadístico: SPSS”</p>

<sup>97</sup> FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS. SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos. Op. Cit. p.12

<sup>98</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (MÉXICO), LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y SERVICIOS DE SALUD DEL ADOLESCENTE Y EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL. “Publicaciones en salud de adolescentes (1993-1998)”. 2002. México.

<http://www.cimacnoticias.com.mx/especiales/coinversion2007/derechossexyreprod/contexto/contextonacional/investigacionesensaluddeadolescentesII.pdf>. consultado 21-07-2012

<p><b>adquisición del VIH en adolescentes de 15 a 19 años en 4 estratos socioeconómicos de Guadalajara</b> Autores: <b>Villaseñor-S A,</b>  <b>Caballero-H R,</b> <b>Hidalgo-SM A.</b></p>	<p><i>Universo: Adolescentes de 15 a 19 años, de ambos sexos y de 4 estratos socioeconómicos (alto, medio bajo y marginado) de Guadalajara Jal."</i></p>	<p><i>adolescentes de 15 a 19 años, sobre sexualidad y SIDA".</i></p>	<p><i>"El cuestionario mostró tener una confiabilidad aceptable y validez adecuada. Parece detectar diferencias importantes entre los diversos estratos. La heterogeneidad de las prácticas sexuales en los adolescentes, sugirió la necesidad de profundizar en la asociación del estrato socioeconómico y las conductas sexuales de riesgo para la adquisición del virus de la inmunodeficiencia adquirida."</i></p>
<p><b>Aparición de comportamientos sexuales de una cohorte de adolescentes de secundaria y preparatoria de Guadalajara 1994-96.</b>  Autores: <b>Hidalgo-SM A, Celis-R A, Caballero-H R, Rasmussen-C B, Montes-O.G, Villaseñor-F M,</b>  <b>Nuño-G B, Becerra-H J</b></p>	<p><i>"Estudio de panel en 2 cohortes de alumnos de escuela secundaria (83) y preparatoria (128). Se administró cada 6 meses por tres veces un cuestionario de autoplicación con una clave secreta, validado, sobre CS corporales (CSC) y sociales (CSS)."</i></p>	<p><i>Objetivo: "Identificar en 2 cohortes de adolescentes de una secundaria y una preparatoria los tiempos de aparición de comportamientos o sexual (CS) corporal y social.</i></p>	<p><i>"En el período de observación hubo comportamientos que aparecieron en 10 % de las mujeres de secundaria en los primeros 2 meses, en la mitad a los 14 meses y hasta en 2/3 a los 18 meses (fantasía y demostración)."</i></p> <p><i>"Los adolescentes de preparatoria también aceleraron los cambios y a valores mayores que las mujeres, excepto en noviazgo formal que es semejante. En 8 meses entre 1/3 y 2/3 han iniciado nuevos comportamientos."</i></p>
<p><b>Perfil psicosexual del adolescente temprano. Guadalajara, Jalisco México, 1993</b>  Autores: <b>Becerra-H J. Nuño-G B</b></p>	<p><i>"Estudio Descriptivo mediante entrevista psicológica única. Se exploró desarrollo interno emocional, externo social y área sexo-afectiva en 162 alumnos (60 % mujeres, 40% hombres)"</i></p>	<p><i>"Objetivo. Caracterizar el desarrollo psicosexual del adolescente de 10 a 15 años, estudiante de primer año del nivel medio básico"</i></p>	<p><i>"70% egocentrismo, el 25% descubrimiento del yo ligado a vida Interior, concepto de sí mismo limitado con tendencia hacia aspectos negativos, el 95% percibía su sexualidad, en 30 % vivida con vergüenza y culpa, en 12% conciencia de aptitud sexual, no refirieron actividad coital.</i></p> <p><i>Área sexo-afectiva: vivencias incipientes y angustiantes en 70 % , la excitación e inquietud sexual 85%, las fantasías del Enamoramiento eran más frecuentes en mujeres. Vida familiar: poca crisis en relación padre-hijo 8% y en 15% con búsqueda de autoafirmación. Tendencia a agruparse con el mismo sexo en 70%. Gradual desaparición del respeto unilateral, y un avance del respeto mutuo en el grupo. Normas sexuales dadas por la familia."</i></p>
<p><b>Caracterización cuali-cuantitativa del</b></p>	<p><i>"Intervención educativa participativa en dos etapas: intensiva y de sostenimiento, en</i></p>	<p><i>"Diseño cuasi experimental. Se reporta Caracterización</i></p>	<p><i>"la comunicación, la asertividad y la autoestima son áreas problemáticas; los conocimientos, las actitudes y la actividad</i></p>

<p><b>comportamiento sexual de adolescentes de primer semestre,</b></p> <p><b>Preparatoria N° 6, Universidad de Guadalajara.</b></p> <p><b>Autores:</b> <b>Villaseñor-F M,</b> <b>Hidalgo-SM A,</b> <b>Montes-O G,</b></p> <p><b>Nuño-G B,</b> <b>Becerra-H J,</b> <b>Ramírez-C R</b></p>	<p><i>adolescentes 15-19 años, primer semestre matutino"</i></p>	<p><i>en grupo experimental (n=27), primera etapa. Se empleó: cuestionario, autodiagnóstico, análisis de texto y observación participante"</i></p>	<p><i>sexual son poco favorables; que los amigos ejercen gran influencia en la toma de decisiones; tienen como valores el ser normal y/o natural, tener comunicación, conocimientos y experiencia; buscan conocimiento y autodeterminación a lo que los padres son oponentes y novio(a) y los amigos son facilitadores; y que el adolescente tiene necesidad de hablar de su vida, experiencias y problemas en procesos educativos no tradicionales".</i></p>
<p><b>Comportamientos sexuales de riesgo y protección y la red social de adolescentes de Santa Ana Tepetitlán.</b></p> <p><b>Autores:</b></p> <p><b>Hidalgo-SM A,</b> <b>Villaseñor-F M,</b> <b>Caballero-H R,</b> <b>Rasmussen-C B,</b> <b>Montes-O G,</b> <b>Nuño-G B,</b> <b>Ramírez-O G,</b></p> <p><b>Tapia-C A</b></p>	<p><i>"Estudio exploratorio en que se emplea metodología cualitativa mediante observación etnográfica".</i></p> <p><i>"La red de pares favorece el aborto que puede significar una protección de la crítica familiar y comunitaria".</i></p>	<p><b>Objetivo:</b> <i>"Comprender el significado de protección o de riesgo de los comportamientos sexuales de adolescentes y el rol de su red social en una comunidad urbana."</i></p>	<p><i>"El comportamiento sexual de adolescentes de Santa Ana en el proceso que va del noviazgo a la unión, asume las características tradicionales rurales pero bajo las condiciones que impone la situación de modernización y economía limitada. Por lo tanto está lleno de significados de protección o de riesgo según quién lo defina y qué generen las redes familiar y social con su apoyo o desapoyo.</i></p> <p><i>Esto implicó considerar por el sector salud una estrategia educativa de sólida de base cultural integrando a padres, organizaciones, parejas y pares si se pretende reducir en algo el alto riesgo de embarazo, ETS y abuso sexual; y promover la salud sexual de estos adolescentes."</i></p> <p><i>Embarazo: "la red familiar de la novia lo rechaza (el padre) o lo acepta (la madre) significando un riesgo para la novia por el temor paterno, a la red comunitaria controladora y al abandono del novio para el cual el riesgo son las obligaciones que se generen. Pero para ambos es un medio de resolver los problemas con sus familias"</i></p>
<p><b>Subculturas sexuales y grado de riesgo de adquisición del</b></p>	<p><i>"estudio exploratorio transversal en el barrio "La Inmaculada", de Guadalajara, Jalisco, México en agosto de</i></p>	<p><b>Objetivo:</b> <i>"Describir las subculturas sexuales y el grado de</i></p>	<p><i>"En adolescentes varones predominó la subcultura de libre expresión asociada a conductas de riesgo alto, en las mujeres la subcultura célibe a conductas de riesgo</i></p>

<p><b>VIH en adolescentes de un barrio marginado</b></p> <p><b>Autores:</b> <b>Caballero-H R,</b> <b>Villaseñor-S A</b></p>	<p>1994. Se incluyeron 20 varones y 20 mujeres de 15 a 19 años de edad, en quienes se exploraron actitudes y conductas sexuales, así como la correlación de éstas con diversas subculturas de expresión sexual."</p>	<p>riesgo de adquisición del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en adolescentes de un barrio marginado".</p>	<p>bajo. Declararon tener vida sexual activa 18 varones y cinco mujeres: de los primeros, sólo tres refirieron usar siempre el condón, de la segunda ninguna notificó el uso constante del condón por parte de sus parejas".</p> <p>"Los adolescentes sujetos a este estudio se encontraron en riesgo alto de adquisición del VIH al predominar en ellos la práctica sexual sin protección."</p>
<p><b>. Construcción social del riesgo sexual para la infección del VIH/SIDA en adolescentes varones y mujeres de 4 contextos socioeconómicos de Guadalajara</b></p> <p><b>Autores:</b> <b>Caballero-H R,</b> <b>Uribe-MP.</b></p>	<p>"Estudio cualitativo, transversal y asociativo. Se realizaron 23 sesiones de grupos focales a un total de 163 adolescentes de 15 a 19 años (88 varones y 75 mujeres, edad media 16.8) en Las Pintas (Tlaquepaque y El Salto), San Marcos (Sector Libertad), 18 de Marzo (Guadalajara)."</p>	<p>Objetivo: "Describir las construcciones normativas sobre el contexto del riesgo sexual de infección de VIH/SIDA de adolescentes Varones y mujeres de 15 a 19 años en cuatro contextos socioeconómicos de Guadalajara."</p>	<p>Aspectos mencionados: "pérdida de la virginidad relacionada a la aceptación y respeto de la mujer pareja o futuras parejas, abuso sexual por un familiar, novio o extraño e incertidumbre si la mujer siente que ella lo provocó y enfermedades de transmisión sexual que son preocupación secundaria porque en el acto coital se piensa más en el riesgo del embarazo. b) Negociación de uso de condón por dimensiones de riesgo: 1) como riesgo voluntario: depende del tipo de pareja, casual o afectiva, no se usa condón porque quita el placer y por vergüenza, a veces no importa nada "porque el acto surge de la calentura y el momento". 2) Como riesgo involuntario: se da el abuso sexual por el novio y la novia lo mantiene en silencio; en estrato bajo las mujeres no piensan en eso de cuidarse, conocen poco; la primera relación es para probar y se conoce poco, no se usa Condón."</p>
<p><b>Fuentes de información y su relación con el grado de conocimientos sobre el SIDA en adolescentes de México</b></p> <p><b>Autores: Fuentes.</b> <b>Caballero-H R,</b> <b>Villaseñor-S A,</b> <b>Hidalgo-SM A</b></p>	<p>"Encuesta a 1.410 adolescentes, varones y mujeres de 15 a 19 años, en diferentes estratos socioeconómicos. Se aplicaron Pruebas de significación Ji Cuadrada y B Tuckey. Intervalos de confianza del 95% para proporciones y medias y ANOVA factorial simple."</p>	<p>Objetivo: Relacionar el grado de conocimientos sobre VIH/SIDA con la exposición a fuentes informativas masivas e interpersonales En los adolescentes de Guadalajara. México.</p>	<p>"Hay un nivel regular de conocimientos con medias favorables a los estratos alto y medio. La información de periódicos y profesores tuvo relación directa con el nivel de conocimientos controlada por la exposición a la televisión y variables sociodemográficos."</p> <p>"Hay desigualdades por estratos socioeconómicos en la relación de las fuentes informativas y los niveles de conocimientos sobre VIH/SIDA. Es necesario fortalecer y desarrollar acciones educativas por fuentes masivas e interpersonales, con énfasis en estratos</p>

			bajo y marginado.”
<p><b>Creencias de adolescentes sobre la eficacia del preservativo</b></p> <p><b>Autores:</b> Villaseñor-F M, Martínez-R A, Celis-R A.</p>	<p>“estudio observacional exploratorio para conocer información y creencias sobre eficacia del preservativo en 49 adolescentes de una preparatoria seleccionada al azar del total en Guadalajara”</p>	<p>“las poblaciones que podemos considerar como de alto riesgo es la población adolescente, ya que hoy en día inician más tempranamente, y sin planeación y protección su actividad sexual”</p>	<p>“la información no es clara ni suficiente. Las creencias validan la información de forma y uso sexual no así la de especificidad de uso y eficacia. Los vacíos más grandes de información se dan en torno al uso del condón en relaciones no vaginales (oral, anal) y en eficacia para prevención de cáncer cervical, embarazo y ETS.</p> <p>Hubo contradicción en creencias sobre eficacia, casi la mitad de adolescentes lo consideran eficaz para disminuir el riesgo de adquirir ETS/SIDA pero, hablando de evitar el paso de enfermedades, el porcentaje disminuye considerablemente”</p>
<b>2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA</b>			
<p><b>El comportamiento del embarazo en la adolescencia a través de las estadísticas</b></p> <p><b>Autores: Tapia-C A</b></p>		<p>Objetivo: “mostrar el comportamiento del embarazo en la adolescencia en México a través de las estadísticas, en el periodo de 1979 a 1997”</p>	
<p><b>Factores asociados al embarazo en adolescentes de la UMF N° 48 del IMSS</b></p> <p><b>Autores: Tapia-C A, Fonseca- R S.</b></p>	<p>“Diseño. Transversal y comparativo, realizado de septiembre a octubre de 1997.</p> <p>Universo. Mujeres que se embarazaron en la adolescencia (antes de los 20 años de edad) y las que se embarazaron a los 20 años de edad o después, de la Unidad de Medicina Familiar No. 48”</p>	<p>Objetivo: “Describir algunos factores asociados al embarazo en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 48 «Dr. Roberto Mendiola Orta» del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Guadalajara, Jalisco”.</p>	<p>“primer embarazo, un porcentaje mayor de adolescentes eran solteras, respecto de las adultas; embarazo que pudiera ser para algunas adolescentes una estrategia para buscar contar con una pareja permanente. Así también pudiera entrar en juego el menor conocimiento por parte de las adolescentes de métodos anticonceptivos en relación a las adultas.”</p>
<p><b>Características sociodemográficas y obstétricas de adolescentes y adultas embarazadas atendidas en el</b></p>	<p>Factores socioculturales que intervienen en la determinación del deseo o no deseo del embarazo en la</p>	<p>“Para poder hablar de que la mujer pueda tener control sobre sus embarazos y actuar en</p>	<p>“Uno de los elementos fundamentales para la salud del binomio madre-hijo como es la atención prenatal, no se llevó a cabo en una proporción importante de adolescentes”</p> <p>“se hace imperiosa la necesidad de que</p>

<p><b>Hospital Civil de Guadalajara en 1995</b></p> <p><b>Autores: Tapia-C A, Yáñez-S A</b></p>	<p>adolescente. Autores: Villaseñor-F M, Alfaro-A N</p>	<p><i>función a su deseo o no del embarazo se requiere que ésta tenga acceso adecuado, oportuno y de calidad a la información y a los servicios de salud reproductiva incluyendo aquí su vida sexual, matrimonial o no, su reproducción y anticoncepción</i></p>	<p><i>los programas de educación sexual y salud reproductiva se robustezcan y se busquen alternativas por los diferentes medios al alcance para que los servicios sean accesibles y acordes a las necesidades de todas las mujeres no solo durante la etapa gestacional"</i></p>
<p><b>Comportamiento reproductivo en dos grupos de mujeres de Atequiza, Jalisco. 1997</b></p> <p><b>Autores: Tapia-C A, López-L. A</b></p>	<p>"Diseño. Transversal y comparativo, realizado de abril a mayo de 1997."</p>	<p>Objetivo: "Comparar el comportamiento o reproductivo en estudiantes de la Normal y mujeres que acudieron a la atención prenatal al Centro de Salud y que se embarazaron en la adolescencia, de Atequiza, Jalisco."</p>	<p>"Monroy y cols., refieren respecto a que la proporción de nacimientos totales entre adolescentes ha aumentado o permanecido estática en países donde las tasas de fecundidad han descendido, debido probablemente al número creciente de mujeres menores de 20 años, aun cuando las tasas de natalidad en este grupo han descendido."</p>
	<p>"Para poder hablar de que la mujer pueda tener control sobre sus embarazos y actuar en función a su deseo o no del embarazo se requiere que ésta tenga acceso adecuado, oportuno y de calidad a la información y a los servicios de salud reproductiva incluyendo aquí su vida sexual, matrimonial o no, su reproducción y anticoncepción"</p>	<p>"Es imprescindible impulsar el trabajo educativo, de comunicación, consejería, servicios médicos y de investigación, partiendo desde un enfoque social y de género, sin perder de vista su compleja</p>	<p>"Ser madre y por tanto estar embarazada no solo es querer tener o no un hijo, sino el cumplimiento de un rol social predeterminado, la búsqueda de la aprobación masculina y la reafirmación de un espacio afectivo, el seguimiento de un plan de vida y de sobrevivencia, la búsqueda de una identidad de género y la procuración de prestigio social.</p> <p>Así, los factores que intervienen en la construcción o no del deseo a un embarazo en las adolescentes son de tipo social, familiar y personal."</p>

		<p><i>estructura en que se relacionan factores causales y repercusiones de naturaleza biológica, psicológica y social. Es necesario reconocer la influencia determinante que tienen los factores socioculturales en la construcción del deseo de la mujer adolescente al embarazo y actuar en consecuencia, no generalizando el fenómeno y tomando en cuenta el contexto.”</i></p>	
--	--	--	--

Son muy interesantes los capítulos de embarazo y sexualidad, educación sexual y sexualidad porque ponen de manifiesto la preocupación mundial de programas educativos en salud y reproductiva que impacten de manera positiva a los y las adolescentes.

Los hallazgos bibliográficos citados en el cuadro anterior, permiten evidenciar que existen factores asociados de forma directa e indirectamente a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, es el caso del nivel socioeconómico y educativo; los cuales entre menores sean se asocian a mayores conductas de riesgo en a nivel sexual y a menores conductas promotoras de salud, igualmente se encuentra que el apoyo social y el afecto impactan de manera positiva la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes; a partir de esto surge la necesidad de indagar a través de un cuestionario sociodemográfico aspectos educativos, socioeconómicos, apoyo familiar y presión de grupo, ocupación y nivel educativo de padres, núcleo familiar.

Para el año 2005, de nuevo la Organización Panamericana de la salud y la Unidad De Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del adolescente publican “investigaciones en salud de adolescentes II 1999-2003”, a continuación se enuncian los estudios relacionados con el presente proyecto de investigación:

Cuadro 2: Relación de investigaciones sexualidad y adolescentes.

<b>Daños y Comportamientos de Riesgo de Enfermedades y Lesiones en Estudiantes de una Escuela Preparatoria de Puerto Vallarta.</b>	<b>Rasmussen-C B, Hidalgo-SM A, Couoh E</b>
<b>Comportamientos de Riesgo de Enfermedades y Lesiones en Estudiantes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México</b>	Rasmussen –C B, Hidalgo SM A. Hidalgo R C
<b>Sugerencias para los Servicios de Salud</b>	Bettylu Rasmussen Cruz
<b>Las concepciones culturales sobre VIH/SIDA de los y las adolescentes urbanos favorecen el desarrollo de prácticas sexuales de riesgo</b>	Caballero – H R
<b>El estrato socioeconómico es un factor predictor del uso constante del condón en adolescentes de Guadalajara, México.</b>	Caballero H R, Villaseñor – SA
<b>Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres.</b>	Caballero – H R, Villaseñor – SA
<b>Factores de desigualdad social asociados a la presencia de infecciones de transmisión sexual en población joven y adulta de México</b>	Caballero – H R, Villaseñor – SA
<b>Estructura de la Representación Social del SIDA en adolescentes escolares urbanos de tres ciudades mexicanas.</b>	Chong - VF, C López - GC, Torres – LT
<b>Características del uso del condón y motivos para no usarlo en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta</b>	Rasmussen -CB, Hidalgo –SMA
<b>Comportamientos sexuales de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de la empresa hotelera de Puerto Vallarta.</b>	Rasmussen -CB, Hidalgo -SMA, Alfaro -AN.
<b>¿Los niños, las niñas y adolescentes de y en la calle de la ciudad de Guadalajara, Jalisco llevan a cabo prácticas sexuales de riesgo?</b>	Tapia -CA, Báez -BMG, Rodríguez -CA, Chavoya –GL
<b>Factores de riesgo sexual de infección del VIH/SIDA entre jóvenes mexicanos: una revisión de 1983 a 1997</b>	Ramiro Caballero -HR, Uribe –MP
<b>Sugerencias para los servicios</b>	José Ramiro Caballero Hoyos
<b>Relación entre edad de tres eventos reproductivos en adolescentes embarazadas de procedencia rural, de ciudad media y Zona Metropolitana de Jalisco.</b>	Tapia-CA, Hidalgo-SMA

<b>Conocimientos en anticoncepción de adolescentes. Unidad de Medicina Familiar no. 93. Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Tapia-CA, Juárez -AA, Márquez-AM
<b>Lo cultural y el comportamiento de la red de apoyo, elementos importantes en la práctica de la lactancia materna en adolescentes</b>	Tapia-CA, Terán-HM, Saldaña-CL
<b>Interacción entre personas de la tercera edad y adolescentes embarazadas</b>	Tapia-CA, VAvarro -GJ, Torres -GT
<b>Red de apoyo social ante el embarazo en la adolescente y el primer año de vida del hijo.</b>	Tapia-CA, NAvarro-GJ, Villaseñor-FM, Salcedo-RA
<b>Percepción de adolescentes de su proceso de búsqueda de atención en salud durante su primer embarazo y meses de vida de su hij@.</b>	Tapia-CA..
<b>La percepción de riesgo ante el SIDA en adolescentes de Guadalajara.</b>	Trejo -FJ, Villaseñor -F, Flores -PL
<b>Los términos utilizados por los servicios de salud en la prevención de ITS/SIDA desde la conceptualización de adolescentes.</b>	Trejo- FJ, Villaseñor -FM, Flores -PL
<b>Un acercamiento a la sexualidad y la reproducción desde la perspectiva de masculinidad de adolescentes.</b>	Villaseñor -FM
<b>Masculinidad, uso del condón e ITS/SIDA en adolescentes: una aproximación cualitativa desde la perspectiva de género.</b>	Villaseñor -FM, Matsui -SO, Delgadillo -JC, Campos -LP, González-ML.
<b>Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes</b>	Villaseñor -FM, Castañeda -TJ
<b>La clínica pediátrica como espacio para la educación sexual de adolescentes.</b>	Villaseñor -FM
<b>Ética en investigación y educación sexual de Adolescentes y jóvenes.</b>	Villaseñor -FM
<b>Dilemas éticos de la educación sexual y reproductiva de hijas e hijos adolescentes</b>	Villaseñor -FM
<b>Andar de novios.</b>	Villaseñor -FM
<b>La educación sexual de adolescentes y jóvenes un derecho humano inalienable e imprescindible para la salud y el desarrollo nacional</b>	Villaseñor -FM

Esta revisión internacional muestra que la educación sexual es un elemento fundamental en el abordaje del adolescente para poder impactar positivamente los problemas de embarazo no planeado en adolescentes y el contagio de ITS. Frente a la evidencia nacional, los estudios relacionados con el fenómeno de estudio de interés de la presente investigación no se encontraron.

---

## 2.4. Medición del Fenómeno de autoeficacia

### 2.4.1. Escala de autoeficacia general

La escala de autoeficacia general fue publicada en 1997 en *Applied Psychology: An International Review*, el artículo se titula *The Assessment of Optimistic Self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese. Versions of the General Self-efficacy Scales* sus autores son: Ralf Schwarzer, Judith BaBler, Patricia Kwiatek and Kerstin Schroder.

La escala se ha traducido a varios idiomas entre ellos el español, se tienen los datos de validez y confiabilidad con todos los datos empíricos en chino, alemán, inglés y español, se comparan las propiedades psicométricas y su contenido respecto a cada idioma. El objetivo es examinar la construcción teórica y evaluar las propiedades psicométricas en estos idiomas<sup>99</sup>.

Se mencionan las bases teóricas de Albert Bandura, frente al constructo teórico, además que la autoeficacia tiene que ver con la acción personal, llevando a un nivel de vida autodeterminado, y mencionan que la autoeficacia refleja la creencia de ser capaz de controlar las demandas ambientales difíciles mediante la adopción de medidas de adaptación, en este caso en la salud sexual se busca que los adolescentes adquieran la capacidad de enfrentar las demandas del entorno que llevan a presionarlos en las decisiones respecto a su sexualidad, como el inicio de la vida sexual<sup>100</sup>.

Las personas con un nivel bajo de autoeficacia tienden a ser depresivas, padecer de ansiedad e impotencia, tener baja autoestima y ser pesimistas frente a logros y metas. Llama la atención que se menciona que las personas con mayor autoeficacia se determinan a metas más altas y tareas más difíciles, tienen mayor nivel de esfuerzo y persistencia y se recuperan con mayor rapidez manteniendo el compromiso con sus objetivos, lo que puede llevar a proyectos de vida estructurados y esfuerzo por

---

<sup>99</sup> SCHWARZER, Ralph, *et al.* The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy Scale. *Applied Psychology: An International Review*, 1996. Vol. 46 N°1. p. 69-88.

<sup>100</sup> *Ibid.*, p. 69-88.

---

alcanzarlos, lo cual se relaciona con inicio de vida más tardío, expectativas de vida mayores y gestaciones planeadas<sup>101</sup>.

La autoeficacia no es una idea irreal, se basa en la experiencia y en un comportamiento emprendedor que está al alcance las propias capacidades personales. Además se ha encontrado que altos niveles de eficacia se relaciona con un mejor estado de salud, un mayor rendimiento, y mayor integración social<sup>102</sup>.

El concepto de autoeficacia se ha llevado a diferentes ámbitos entre otros, el educativo, los trastornos emocionales, la salud mental y física, la elección de una carrera y se ha convertido en una clave en el desarrollo de la salud, la psicología y la personalidad (Bandura, 1995, en prensa; Maddux, 1994; Schwarzer, 1992)<sup>103</sup>.

La escala de autoeficacia general se enfoca con un amplio sentido de competencia para tratar efectivamente con una variedad de situaciones estresantes. La versión alemana de esta escala fue desarrollada originalmente por Jerusalén y Schwarzer en 1981, primero como una versión de 20 ítems y más tarde como una reducción de 10 ítems (Jerusalén y Schwarzer, 1986,1992; Schwarzer y Jerusalén, 1989).

Es importante mencionar que la confiabilidad de un instrumento se relaciona con el grado de congruencia con que se mide el atributo para el que fue diseñado, es decir, entre menos varíen los resultados en mediciones repetidas mayor confiabilidad, por ello se puede decir que la confiabilidad es similar a la estabilidad (grado en que se obtienen los mismo resultados en repetidas mediciones), congruencia (las subpartes que lo integran miden una misma característica) y fiabilidad del instrumento de medición<sup>104</sup>.

En otras palabras se puede afirmar que la confiabilidad se basa en que se producen los mismos resultados al aplicar el instrumento repetidas veces a un individuo. La confiabilidad se puede medir por el coeficiente de confiabilidad el cual expresa la comparación objetiva de los valores que varían posterior a la aplicación del instrumento a

---

<sup>101</sup> SCHWARZER, Ralph, *et al.* The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy Scale. Op. Cit. p. 69-88.

<sup>102</sup> SCHWARZER, Ralph, *et al.* The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy Scale. Op. Cit. p. 69-88.

<sup>103</sup> *Ibid.*, p. 69-88.

<sup>104</sup> *Ibid.*, p. 69-88.

---

una muestra de individuos, por ejemplo el coeficiente de Alfa Cronbach analiza como el instrumento mide el constructo coherentemente, sus valores oscilan entre 0,00 y + 1,00. Los valores recomendados están entre 0,70-0,90<sup>105</sup>, aspecto que cumple totalmente la escala de autoeficacia general.

La escala de autoeficacia general se ha utilizado en numerosos proyectos de investigación, donde su confiabilidad varía en un alfa 0.75 y 0.90. La escala ha demostrado ser válida. Por ejemplo, se correlaciona positivamente con la autoestima y optimismo, y negativamente con la ansiedad y la depresión. Los estudios anteriores (Schwarzer, 1993) incluyen no sólo la escala en Inglés, alemán, español, francés, hebreo, húngaro, turco, checo y eslovaco, sino también los resultados de los cinco estudios llevados a cabo para examinar las propiedades psicométricas de la versión alemana<sup>106</sup>.

La escala de autoeficacia general en español utilizada en la presente investigación, surgió posterior a la traducción oficial y a las pruebas psicométricas realizadas por parte de Schwarzer y Cols. (1997); así se aplicó la escala en el año 1993 a 959 estudiantes universitarios de Costa Rica, entre ellos 605 mujeres con una media de edad de 21,3 años (DE = 6.9) y 354 hombres con una edad media de 21 años (DS = 6,3). No hubo diferencia significativa en la variable de edad entre las mujeres y hombres, los grupos eran homogéneos en edad. Se aplicó el instrumento en medio de artículos de variadas temáticas universitarias para que no existiera prevención en el estudio y duro 30 minutos en promedio la contestación de las preguntas<sup>107</sup>. Los resultados mostraron que en la aplicación de la escala a población de Costa Rica, la consistencia interna fue satisfactoria con un coeficiente de alpha de cronbach 0.84 y 0.81. Los resultados de la puntuación de autoeficacia, que tiene una puntuación mínima de 10 y máxima de 40 puntos, para la población de Costa Rica estudiada, alcanzo una media de 33,2 puntos, en contraste a la población estudiada para validar la escala en chino y alemán con un media de 24,5 y 27,8, ahora, la diferencia es importante, los autores argumentan mayor población

---

<sup>105</sup> GONZALEZ ORTEGA, Yariela. Instrumento Cuidado de comportamiento profesional: validez y confiabilidad. En: AQUICHAN - ISSN 1657-5997 2008 - Vol. 8 Nº 2 - CHÍA, COLOMBIA. p. 170-182.

<sup>106</sup> GONZALEZ ORTEGA, Yariela. Instrumento Cuidado de comportamiento profesional: Op. Cit. p. 170

<sup>107</sup> *Ibíd.*, p. 170.

---

participante en Costa Rica, los aspectos culturales, el género y posibles cambios en la traducción que hacen la escala “más fácil” en español, para controlar este último aspecto los autores trabajaron con traductores oficiales<sup>108</sup>. En esta misma investigación de los autores alemanes, en los tres grupos, el chino, el alemán y el latino se encontró que la autoeficacia de las mujeres es menor que la autoeficacia de los hombres, ante esto recomiendan investigar si el constructo de autoeficacia favorece a los hombres.

Respecto a la validez, se encontró que la escala es válida en términos de convergencia porque se correlaciona positivamente con el autoestima y el positivismo y negativamente con la ansiedad y la depresión<sup>109</sup>.

En los resultados al respecto de la población participante de Costa Rica, se encontró que un  $r=-.42$  en la correlación con la depresión, un  $r= -.43$  con la ansiedad y un  $r= .53$  con el optimismo. Estas correlaciones muestran la validez del instrumento y son consistentes con la teoría de autoeficacia (Bandura, en Schwarzer y Cols., 1997). Además los autores afirman que con estos resultados se evidencia que el constructo de autoeficacia es universal, afirmando la validez de constructo en diferentes culturas (China, Alemana y Latina)<sup>110</sup>.

En Latinoamérica, se encuentra que en año 2010, Cid y Cols., llevaron a cabo el estudio de “validación de la escala de autoeficacia general”, para esto aplicaron el instrumento a 360 personas entre 15 y 65 años en la Comuna de Concepción, encontrando dentro de los resultados confiabilidad con un  $\alpha$  de Cronbach de 0.84, por tanto la escala mide consistente la característica para la que se elaboró. Dentro de la validez de constructo, se encontró que la estructura de respuesta oscila entre los puntajes más altos (más bien cierto y correcto y que los 10 ítems se correlacionan positivamente. De igual manera, la

---

<sup>108</sup> SCHWARZER, Ralph, *et al.* The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy Scale. Op. Cit. p. 69-88.

<sup>109</sup> *Ibíd.*, p. 69-88.

<sup>110</sup> SCHWARZER, Ralph, *et al.* The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy Scale. Op. Cit. p. 69-88.

validez de criterio es concurrente con los instrumentos alternos utilizados de Autoestima y estado de salud percibido con correlación positiva<sup>111</sup>.

La escala consta de 10 ítems, con tipo de respuesta en escala tipo Likert, como se aprecia en la figura:

Figura 3: Escala de autoeficacia general

		incorrecto	apenas cierto	más bien cierto	cierto
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)	A) tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

Fuente: Schwarzer, R., Bäßler, J., Kwiatek, P., Schröder, K., & Zhang, J. X. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy Scale. *Applied Psychology: An International Review*, 46 (1), 69-88.

<sup>111</sup> CID, Patricia; ORELLANA, Alda y BARRIGA, Omar. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev. Med. Chile*, 2010. Vol. 138 N°1. p. 551-557.

Los autores de la escala afirman que este instrumento se puede utilizar en la vigilancia de personas en situación de riesgo para enfrentar las deficiencias en estas, con el fin de establecer bases para programas de prevención en el área que se indague, afirmación con la cual coincido, y para mi investigación considero que la autoeficacia es una base para programas de educación sexual y reproductiva que apunten a la prevención de gestación adolescente y a conductas promotoras de salud.

### **3. Marco de diseño**

#### **3.1. Propósito del diseño**

El propósito del diseño es determinar si existe diferencia en la autoeficacia general de las adolescentes gestantes y las adolescentes no gestantes por medio del instrumento escala de autoeficacia.

#### **3.2. Metodología**

Investigación cuantitativa descriptiva comparativa de corte transversal.

#### **3.3. Población**

Adolescentes entre 15 y 19 años de la Localidad Séptima de Bosa.

#### **3.4. Muestra**

La relación del embarazo adolescente con la autoeficacia se midió en dos grupos, gestantes y no gestantes; debido a que no era posible en la presente investigación por cuestiones de tiempo proyectado para el desarrollo del estudio medirlo en diferentes periodos de tiempo con el mismo grupo, es decir realizar un estudio longitudinal.

Al inicio del estudio se buscó controlar la variable de edad, agrupando las adolescentes participantes de la investigación en tres subgrupos de 20, pero no fue posible debido a lo flotante de la población adolescente gestante, y por otro lado a que en la institución educativa donde se captó por conveniencia a las adolescentes no gestantes, no se contó con mujeres de 18 a 19 años, sino con adolescentes de 15 a 17 años.

Para la determinación del tamaño de la muestra de cada grupo, se hizo uso de la propuesta de Schwertman en la fijación del tamaño requerido para sustentar el juzgamiento de la hipótesis nula de igualdad de promedios, bajo el supuesto de homoscedasticidad y la restricción de tamaño balanceado de las muestras<sup>112</sup>. La expresión algebraica para tal efecto es:

$$n = 2 \left\{ \sqrt{\chi^2_{1-\alpha}(k-1) - (k-2) + z_{1-\beta}} \right\}^2 \left( \frac{\sigma}{\Delta} \right)^2$$

Donde,

$n$ : el tamaño de la muestra de cada grupo

$\alpha$ : la probabilidad de error tipo I

$\beta$ : la probabilidad de error tipo II

$k$ : el número de grupos

$\chi^2_{1-\alpha}(k-1)$ : el percentil 100(1-  $\alpha$ ) de una distribución chi-cuadrado con  $(k-1)$  grados de libertad

$z_{1-\beta}$ : El percentil 100(1- $\beta$ ) de una distribución normal estándar

$\sigma$ : La desviación estándar de la variable de interés

$\Delta$ : Diferencia máxima entre promedios para la consideración de  $\beta$ .

El valor de  $\sigma$  se requiere estimarse y para ello se realizó un proceso de muestreo en dos etapas análogo al procedimiento de Stein, estimación que se llevó a cabo mediante el estimador  $s_p$  acatando el supuesto de homoscedasticidad. La muestra preliminar de tamaño  $n_0$  permitió estimar la citada desviación estándar y con base en la estimación se determinó el tamaño definitivo para cada grupo, el cual fue  $n^*$ , precisado mediante la siguiente expresión:

---

<sup>112</sup> DESU, M., RAGHAVARAO, D. Sample size methodology. Boston, MA: Academic Press, Inc. 1990, p. 49

$$n^* = \max \left\{ n_0, 2 \left\{ \sqrt{\chi_{1-\alpha}^2 (k-1) - (k-2) + z_{1-\beta}} \right\}^2 \left( \frac{S_p}{\Delta} \right)^2 \right\}$$

Es así, que para obtener el valor de la desviación estándar mencionada ( $\sigma$ : la desviación estándar de la variable de interés), se estimó un número considerable de 120 participantes (60 adolescentes gestantes y 60 adolescentes no gestantes) a las que se les aplicó la escala; que posteriormente a partir del valor de la escala autoeficacia aplicada a las participantes, permitiera determinar el valor de  $\sigma$ . De esta manera el  $S_p$ , se estimó, teniendo en cuenta que si la hipótesis alterna es nula, es más conveniente fortalecer la autoeficacia en las intervenciones de salud sexual y reproductiva que no hacerlo; por tanto se le dio un valor de 4,8341 basados en los resultados del total de autoeficacia.

De tal manera que para el ideal de la presente investigación se tomó una probabilidad de error tipo I (alfa) y tipo II (beta) con valor de 0,5, obteniendo un tamaño de muestra de mínimo 16 participantes, como lo evidencia los valores a continuación:

<b>S_p</b>		<b>4,834161525</b>							
<b>Alfa</b>	<b>n</b>	<b>Beta</b>							
		<b>0,01</b>	<b>0,02</b>	<b>0,03</b>	<b>0,04</b>	<b>0,05</b>	<b>0,06</b>	<b>0,07</b>	<b>0,08</b>
	<b>0,01</b>	17	17	17	17	17	17	17	16
	<b>0,02</b>	16	16	16	16	16	16	16	16
	<b>0,03</b>	16	16	16	16	16	16	16	16
	<b>0,04</b>	16	16	16	16	16	16	16	16
	<b>0,05</b>	16	16	16	16	<b>16</b>	16	16	16
	<b>0,06</b>	16	16	16	16	15	15	15	15
	<b>0,07</b>	16	15	15	15	15	15	15	15
	<b>0,08</b>	15	15	15	15	15	15	15	15

Fuente. Mayorga, José Humberto. Estadístico, Universidad Nacional de Colombia. Docente Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. 2012.

El estudio se desarrolló con las 60 adolescentes participantes por cada uno de los dos grupos, para un total de 120 participantes, considerándose un número adecuado para el estudio.

Finalmente, el método estadístico propuesto para el análisis fue el análisis de varianza debido a que se cumplió con el criterio de homoscedasticidad de varianzas, además se aplicó una prueba T de muestras independientes, con el fin de llevar a cabo la comparación de la autoeficacia en los dos grupos.

### 3.5. Criterios de inclusión

-Adolescentes gestantes. El grupo se tomó de las adolescentes gestantes entre 15 y 19 años que asistieron a las sesiones educativas de los cursos de maternidad y paternidad responsable en la institución pública de salud de primer nivel, en las organizaciones de integración social que trabajan con gestantes adolescentes en la localidad séptima de Bosa.

-Adolescentes no gestantes entre 15 y 19 años que no tenían antecedentes de gestación. El grupo se tomó de las que asistían a una institución educativa pública en la localidad séptima de Bosa.

-Adolescentes que saben leer y escribir.

-Adolescentes heterosexuales.

### 3.6. Variables

	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Autoeficacia	Habilidad social que da el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud	Sentido amplio y estable de competencia personal para tratar efectivamente con una variedad de situaciones estresantes  Puntaje máximo: 40 puntos	Likert  Incorrecto: 1  Apenas cierto: 2  Más bien cierto: 3  Cierto: 4

		Puntaje mínimo: 10 puntos	
Adolescente gestante	Mujer en gestación con edad mayor o igual a 15 años menor o igual a 19 años.	15 años 16 años 17 años 18 años 19 años	N.A.
Adolescente no gestante	Mujer entre los 15 y 19 años.	15 años 16 años 17 años	N.A.
Escolaridad	Años de estudio de cursos completos e incompletos.	Sin estudio Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Tecnológicos incompletos Tecnológicos completos Universitarios incompletos Universitarios completos	Escala nominal

Estado civil	Situación de la adolescente gestante y no gestante determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	Soltera Casada Unión libre Viuda Separada Actualmente tiene novio	Escala nominal
Estrato socioeconómico	Nivel de estratificación económica de acuerdo a lugar de residencia de la adolescente gestante y no gestante.	1 2 3	Escala nominal
Apoyo familiar	Grado de apoyo familiar que considera recibir la adolescente gestante y no gestante por parte de los familiares con los que vive.	Excelente Bueno Otro (Regular, Malo y sin apoyo)	Escala nominal
Edad del primer hijo de la madre de la adolescente gestantes y no gestantes	Mujer con edad mayor o igual a 12 años y hasta los 19 años para su primera gestación.	Desde los 12 años en adelante hasta los 19 años	Escala nominal
Creencias religiosas Prácticas religiosas	Religión que practica y frecuencia con que practica sus creencias la adolescente gestante y no gestante.	Católica, cristiana, No creyente y otra.  Diaria, semanal, mensual, alguna vez al año.	Escala nominal

Ocupación de la madre, padre y de la adolescente	Actividad principal y remunerativa de madre, padre y de la adolescente gestante y no gestante.	Independiente, Hogar, estudiante, empelado (a)	Escala nominal
Con quien Vive	Personas con las que comparte la vivienda la adolescente gestante y no gestante.	Padre, pareja, abuelos, tíos, primos, hermanos, pareja, otros.	Escala nominal
Uso del tiempo libre	Actividades deportivas y artísticas que practica la adolescente gestante y no gestante.	Practica deportes: Si o no  Tiene un pasatiempo: Si o no.	Escala nominal
Círculo de amigos  Relación con los amigos	Número de amigos y como es la relación con estos por parte de la adolescente gestante y no gestante.	Numero de amigos: 1, 2, 3, 5 o más.  Excelente, buenos, regular, malo y sin apoyo.	Escala nominal

### 3.7. Instrumento

Anexo a la escala se incluye una ficha sociodemográfica en la que se incluyeron datos como edad, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, núcleo familiar, edad en que la madre de la adolescente tuvo su primer hijo, creencias y prácticas religiosas, escolaridad de padres, con el fin de establecer una relación entre estas variables y la autoeficacia para las conclusiones de la presente investigación

### **3.8. Sesgos de investigación**

El sesgo de selección se controló en la investigación seleccionando a las adolescentes gestantes y las adolescentes no gestantes en la edad de 15 a 19 años, y con la exactitud en el cumplimiento de los criterios de inclusión.

El sesgo de atención (efecto Hawthorne) se controló aplicando el cuestionario al mismo tiempo con las adolescentes gestantes y no gestantes, con apoyo de una persona entrenada para controlar interacciones que sesguen la información a obtener. El riesgo de obsequiosidad se controla con la utilización de un instrumento de medición válido y confiable utilizado en el contexto latinoamericano y con la participación la investigadora que acompaña la resolución del cuestionario sin aclarar las preguntas, el instrumento es autoaplicado.

## **4. Aspectos éticos**

Respecto de derechos de autor se realiza la debida referenciación teniendo en cuenta las normas ICONTEC

Para el desarrollo de esta investigación dentro de los aspectos éticos se solicitó la autorización de los autores del instrumento, la comunicación se estableció por vía electrónica (Anexo C).

### Principios éticos de la investigación con seres humanos:

Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Nacional de Colombia (Anexo G).

Se obtuvo el aval de la institución en la que se aplicó el instrumento (Anexo H).

Para el desarrollo de la investigación además se tienen en cuenta los principios de autonomía que define que las personas “tienen la libertad de elegir y determinar sus propias acciones, otorgándoles la capacidad de auto determinarse, esto es muy importante en la ética en investigación ya que el individuo será capaz de determinar si

---

participa o no de la investigación, sin que sea presionado o alentado por incentivos económicos y en última instancia con la obtención de beneficios personales (consentimiento informado Anexo E) <sup>113</sup>, también se busca el principio de fidelidad el cual se basa en la obligación de cumplir con aquello a lo que el investigador se ha comprometido, en este caso determinar la validez y confiabilidad de un instrumento y el principio de veracidad, buscando decir la verdad en el desarrollo de la investigación, siguiendo el rigor científico<sup>114</sup>.

Beneficencia: se refiere según las normas CIOMS como maximizar el beneficio y minimizar el daño, esto frente a la participación en la investigación y en el futuro en el fortalecimiento de habilidades como autoeficacia que propendan a su proyecto de vida, a partir de conocer su autoeficacia.

La veracidad definida como la obligación de decir la verdad, de no mentir a otros, busca que la investigación sea transparente e integra tanto para el participante como para el investigador.

No maleficencia: El fin de la investigación en ningún caso fue causar daño sino identificar la autoeficacia como una habilidad social necesaria en programas educativos en salud sexual y reproductiva que beneficia a quienes sean fortalecidos en esta.

Justicia: que se refiere a “la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido” según las normas CIOMS, razón por la cual cada participante fue tratado y respetado humanamente y se protegió de igual manera la intimidad de forma general a las participantes.

También se tuvo en cuenta Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, respecto al consentimiento informado que manifiesta “Contará con el

---

<sup>113</sup>. GARZON Nelly. Col. Recomendaciones éticas para las investigaciones en la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Centro de Extensión e Investigación. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia 2008

<sup>114</sup> *Ibíd.* p.1

---

Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución”<sup>115</sup> (Anexo E).

Así mismo la investigación “se llevó a cabo cuando se obtuvieron las autorizaciones del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el consentimiento informado de los participantes y/o tutores; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución”. Específicamente de la resolución el Artículo 6, numeral e, artículo 14, 15 y 16: consentimiento informado, Artículo 8: Privacidad del individuo. Artículo 9: Riesgos de la investigación. Artículo 11: Investigación de riesgo mínimo numeral b. Capítulo III. Investigación en menores de edad y Capítulo IV: Investigación en mujeres en estado de gestación.

Artículo de principios éticos, (Introducción), pauta 4 de consentimiento informado:

Normas CIOMS: Principios éticos, Pauta 4 y 5 consentimiento informado. Pauta 7: Incentivos. Pauta 8: riesgos.

De igual manera se garantizó la privacidad de las participantes así lo menciona la Resolución “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.”

Esta información se plasmó en el consentimiento informado que aclaró la presentación de resultados generales y nunca individuales, se informó a los usuarios que es una investigación sin riesgo definida en el artículo 11 como “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta ”.

---

<sup>115</sup> Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993. [http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica\\_res\\_8430\\_1993.pdf](http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf)

Las participantes no estuvieron expuestas a riesgos físicos porque no se llevó a cabo intervenciones invasivas, se consideraron los riesgos psicológicos en caso de tener compromiso de la salud mental al leer las preguntas por confrontación con vivencias personales, para ello se contó con profesionales en el servicio en el que se realizó la investigación.

En la investigación participaron adolescentes gestantes y no gestantes de 15 años y más años; se les aplicó el consentimiento informado a todas las participantes del estudio, se garantizó el ejercicio autónomo de los derechos fundamentales de la mujer, protegidos por la sentencia C-355 de 2006.

La información fue archivada por la investigadora en físico en una carpeta por participante con la escala y consentimientos, en caso de ser solicitados por la institución, se archivarán por 5 años al cabo de los cuales la destrucción del material se llevará a cabo protegiendo las normas ambientales, mediante una máquina destructora de papel.

Las bases de datos se guardaron en CD que también se conservarán por 5 años, para una posterior destrucción siguiendo normas de protección ambiental.

## 5. Marco de análisis de los resultados

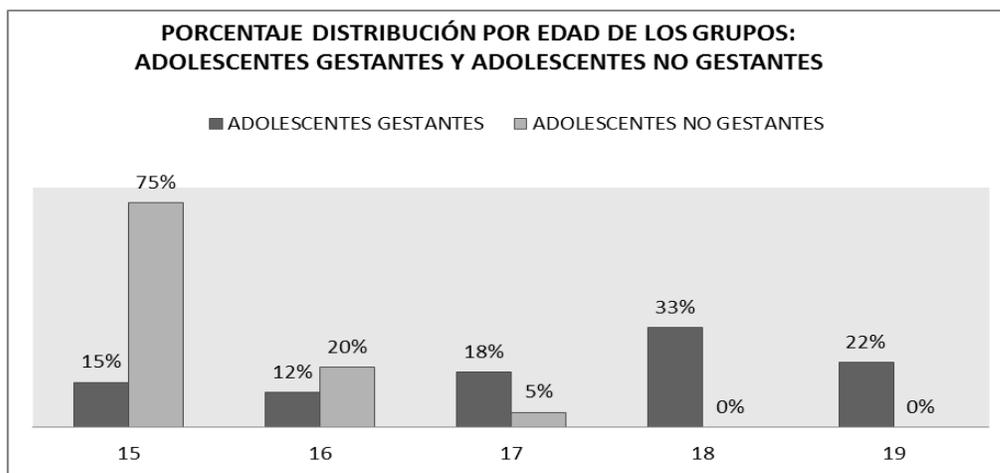
### 5.1. Características sociodemográficas

#### 5.1.1. Distribución por edad:

Según las características sociodemográficas de las adolescentes participantes en la investigación, de las 60 adolescentes gestantes que participaron, 15% (n=9) tenía 15 años, 12% (n=7) 16 años, 18% (n=11) 17 años, 33% (n=20) 18 años y 22% (n=13) 19 años. El porcentaje de distribución de las adolescentes no gestantes fue de 75% (n=45) 15 años, 20% (n=12) 16 años; 5% (n=3) 17 años y no se contó con la participación de adolescentes no gestantes de 18 y 19 años, debido a que el instrumento se aplicó en una institución educativa hasta el grado 11, en el cual no se encontraban adolescentes de estas edades.

Así, al comparar la distribución de los grupos como se evidencia a continuación, el resultado fue que el grupo más significativo de no gestantes fueron las adolescentes de 15 años (75%), y de las gestantes las adolescentes el grupo de 18 y 19 años (57%)

Figura 4: Porcentaje distribución por edad de los grupos: adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes.

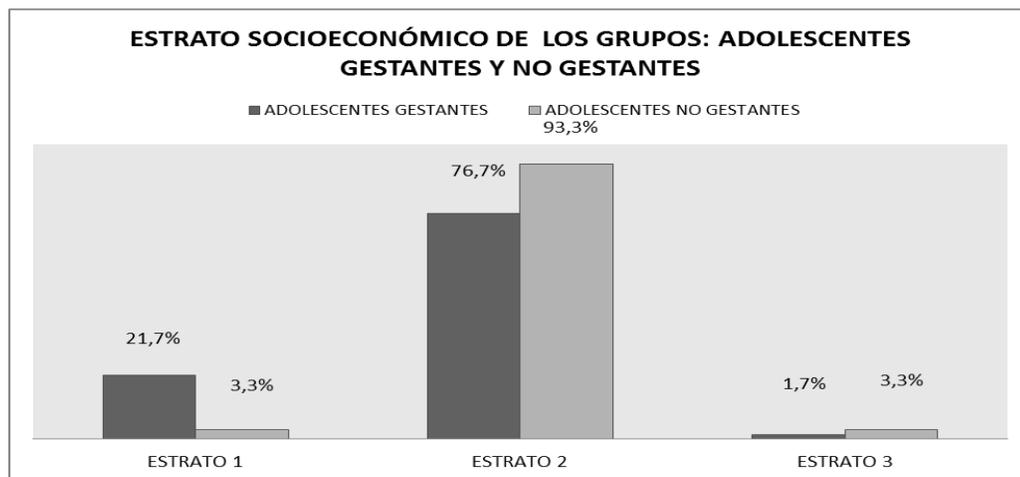


Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

### 5.1.2. Distribución por estrato socioeconómico:

Respecto al estrato socioeconómico se encontró en las participantes de la investigación que en el estrato 1 las adolescentes gestantes representaron 21,7% (n= 13) en contraste con las adolescentes no gestantes 3,3% (n=2). El estrato socioeconómico 2 constituido por 76,7% (n=46) de las gestantes adolescentes frente a 93,3% (n=56) de las adolescentes no gestantes, y en el estrato 3, se encontró que a este pertenecían 1,7% (n=1) de las adolescentes gestantes en contraste de 3,3% (n=2) de las adolescentes no gestantes. Es decir el mayor porcentaje en ambos grupos estaba concentrado en el estrato socioeconómico 2, como se muestra a continuación:

Figura 5: Porcentaje distribución estrato socioeconómico de los grupos: adolescentes gestantes y no gestantes



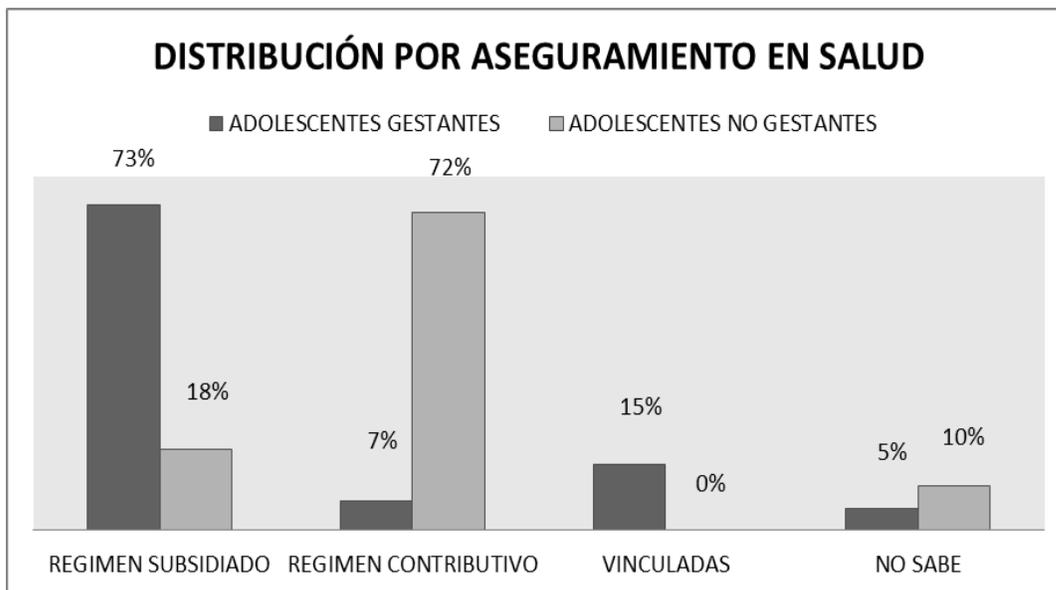
Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

Frente a esto se puede afirmar y dando lugar a lo reportado en la literatura que a menor nivel socioeconómico mayor presentación de gestaciones en la adolescencia, debido a que como muestra el anterior gráfico, el mayor número de gestantes adolescentes estaba ubicado en los estratos 1 y 2, mientras que en el estrato 1 el porcentaje de adolescentes no gestante era menor.

### 5.1.3. Distribución por aseguramiento en salud:

Frente a la distribución por aseguramiento en salud, los resultados evidenciaron que 73% (n=44) de las adolescentes gestantes pertenece al régimen subsidiado, frente a 18% (n=11) de las adolescentes no gestantes que pertenecen al mismo régimen; respecto al régimen contributivo se encontró que 7% (n=4) de las adolescentes gestantes pertenecen a este régimen en contraste con 72% (n=43) de las adolescentes no gestantes que pertenecen a aseguradoras contributivas. Por último, 15% (n=9) de las gestantes adolescentes son vinculadas, es decir, población pobre no asegurada, que si lo agregamos a la población sin capacidad de pago como es la subsidiada (a la cual deben pertenecer en menos de un año) se tiene que 88% (n=53) de las gestantes adolescentes son población sin capacidad de pago; este aspecto muestra que las condiciones económicas las adolescentes gestantes en comparación a las adolescentes no gestantes son más precarias y se pueden relacionar con la presentación del fenómeno de embarazo adolescente.

Figura 6: Porcentaje distribución por aseguramiento en salud



Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

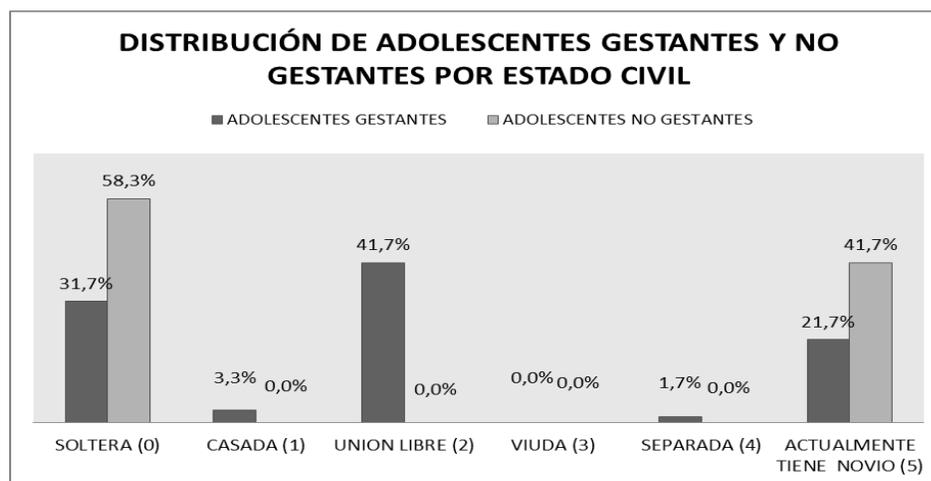
El aseguramiento en salud, permite conocer características socioeconómicas de la población, en este caso se evidenció que las adolescentes gestantes sin capacidad de

pago que pertenecían al régimen subsidiado (población vulnerable y pobre)<sup>116</sup> para servicios de salud tiene mayor proporción en comparación a las adolescentes no gestantes que estaban en mayor porcentaje en el régimen contributivo.

#### 5.1.4. Distribución de adolescentes gestantes y no gestantes por estado civil

Se encontró respecto al estado civil que 31,7% (n=19) de las adolescentes gestantes eran solteras, 3,3% (n=2) casadas y 41,7% (n=25) vivían en unión libre, esta última se puede atribuir a uniones aceleradas secundarias a la gestación, llama la atención que 1,7% (n=1) se clasifican como separadas y 21,7% (n=13) refiere que en la actualidad tiene novio, es decir, no presentan uniones maritales estables, que aseguren de alguna forma un soporte psicosocial. Por otro lado, 58,3% (n=35) de las adolescentes no gestantes son solteras, y 41,7% (n=25) refieren en la actualidad tener novio.

Figura 7: Porcentaje distribución de adolescentes gestantes y no gestantes por estado civil



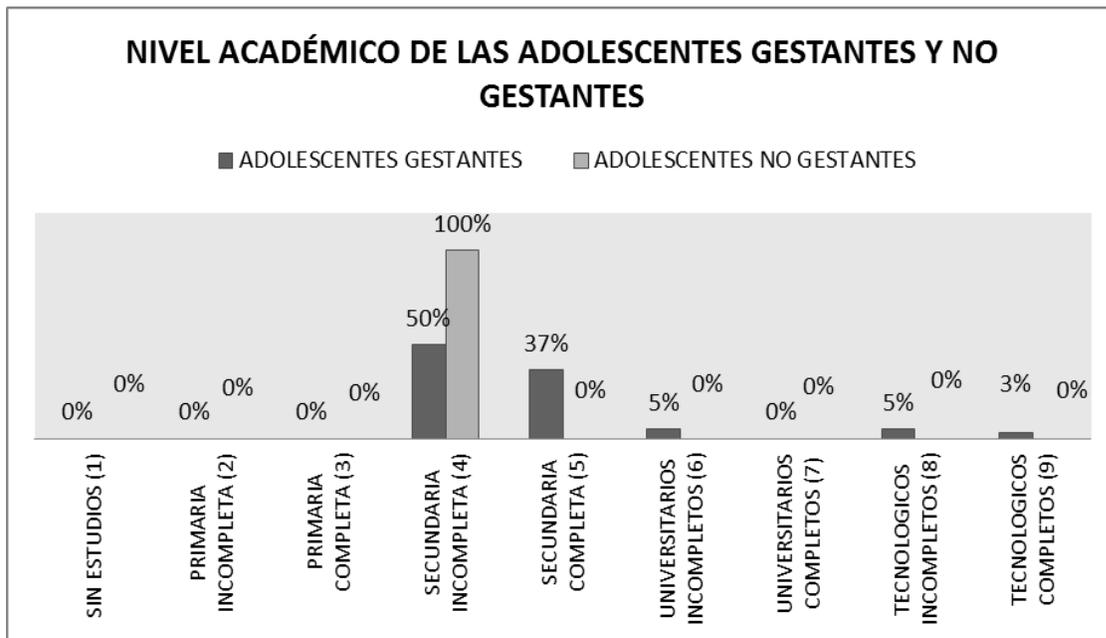
Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

Este aspecto de estado civil, es muy importante, debido a que como lo menciona la literatura y se cita en los capítulos iniciales de este documento, la gestación en la adolescencia se relaciona con relaciones afectivas inestables, uniones que fracasan y mayor número de parejas sexuales secundarias mayor número de uniones afectivas.

### 5.1.5. Distribución nivel académico de las adolescentes gestantes y no gestantes.

Se evidencia que 100% (n=60) de las adolescentes no gestantes se encuentran en el nivel de secundaria incompleta, debido a que la muestra se seleccionó en una institución educativa. Respecto a las adolescentes gestantes 50% (n=30) tenían nivel académico de secundaria incompleta, 37% (n=22) secundaria completa, 5% (n=3) estudios universitarios incompletos, 5% (n=3) estudios tecnológicos incompletos y 3% (n=2) estudios tecnológicos completos.

Figura 8: Porcentaje de distribución nivel académico de las adolescentes gestantes y no gestantes.



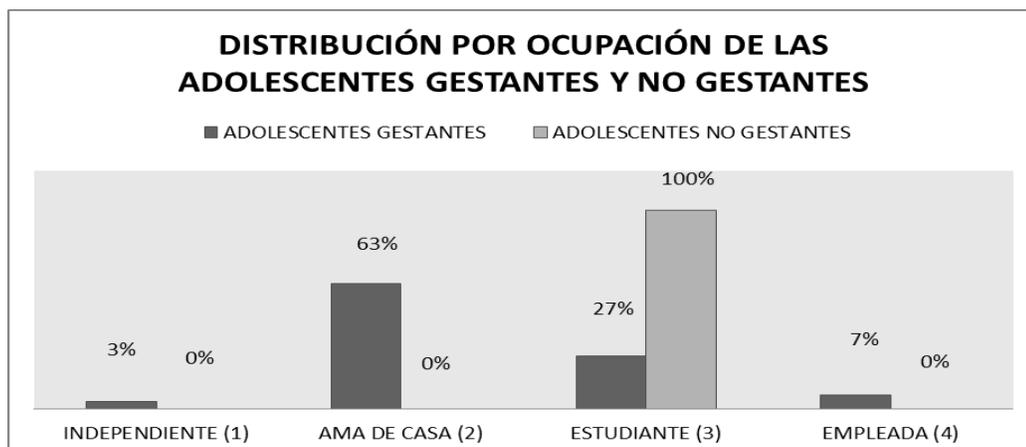
Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

El cuestionario sociodemográfico, no evidencia si la gestación se ha relacionado con la deserción escolar, pero 18 de las adolescentes gestantes refieren una ocupación diferente a estudiante y tener un nivel de secundaria incompleta, 6 refieren estudios universitarios incompletos y 3 refieren estudios tecnológicos incompletos, que en total equivale a 62%; aspecto que puede relacionarse con la deserción escolar, la pregunta que se debería formular es si esto se relaciona con una gestación no planeada, teniendo en cuenta que la literatura menciona que la gestación adolescente es una causa de deserción escolar en el padre y la madre adolescente. Por tanto dentro de las recomendaciones, se contempla, el incluir en las características sociodemográficas una pregunta relacionada con la deserción escolar secundaria a la gestación, aspecto que está documentado en la literatura.

### 5.1.6. Distribución por ocupación de las adolescentes gestantes y no gestantes

La investigación muestra que 63% (n=38) de las adolescentes gestantes eran ama de casa, 27% (n=16) estudiantes, 7% (n=4) empleadas y 3% (n=2) independientes. Como se observa a continuación:

Figura 9: Porcentaje de distribución por ocupación de las adolescentes gestantes y no gestantes



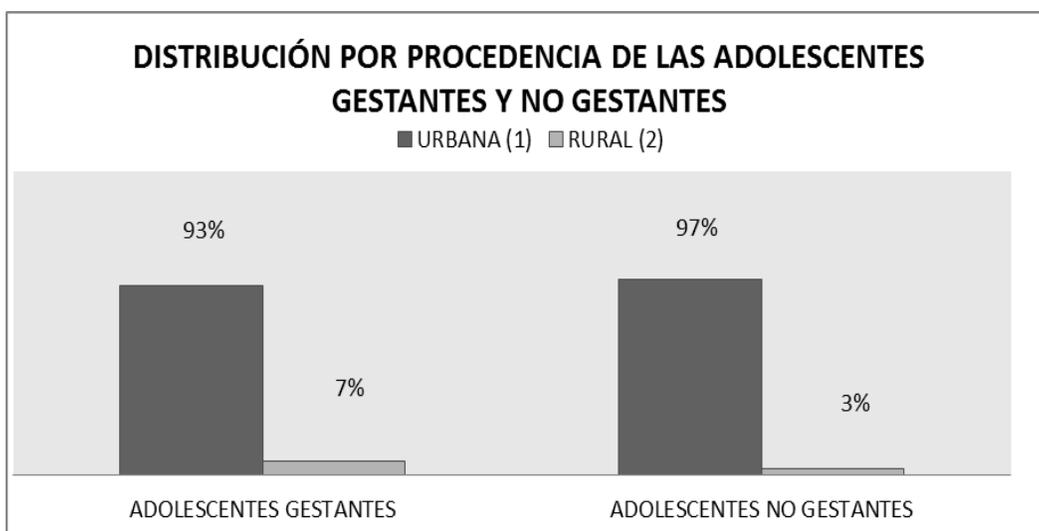
Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

Se evidencia, como se mencionó anteriormente, que las gestantes adolescentes dejan su vida de estudiantes para ser amas de casa o buscar alternativas económicas en empleos inestables con el fin de proporcionarse un sustento económico en su nuevo rol de madre o cabeza de familia.

### 5.1.7. Distribución por procedencia de las adolescentes gestantes y no gestantes

Los resultados muestran que 93% (n=56) de las adolescentes gestantes eran de procedencia urbana y 7% (n=4) rural, en comparación a las adolescentes no gestantes en las que 97% (n=58) eran de procedencia urbana y 3% (n=2) rural. Como puede verse existe un mayor número de adolescentes gestantes de zona rural (4% más respecto a las adolescentes no gestantes), aspecto que se menciona en literatura, refiriéndose a que la población rural muestra mayor número de gestaciones adolescentes por acceso limitado a educación, servicios de salud y oportunidades sociales, además de las concepciones culturales.

Figura 10: Porcentaje de distribución por procedencia de las adolescentes gestantes y no gestante.

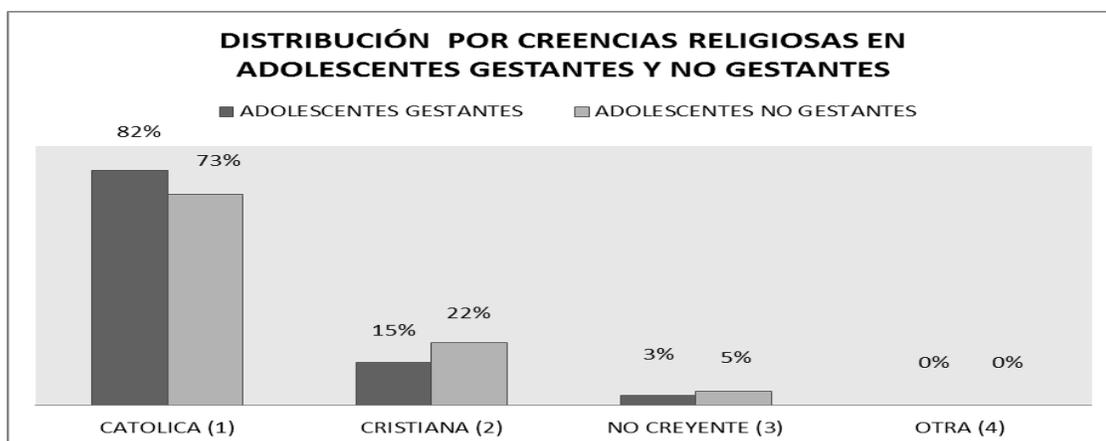


Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

### 5.1.8. Distribución por creencias religiosas:

Frente a las creencias religiosas de las adolescentes, se evidencia que 82% (n=49) de las gestantes afirmaron ser católicas frente a 73% (n=44) de las no gestantes; que afirmaron ser cristianas 15% (n=9) de las adolescentes gestantes a 22% (n=13) de las adolescentes no gestantes. 3% (n=2) de las adolescentes gestantes refirieron no ser creyentes frente a 5% (n=3) de las adolescentes no gestantes que refirieron lo mismo.

Figura 11: Porcentaje distribución por creencias religiosas en adolescentes gestantes y no gestantes



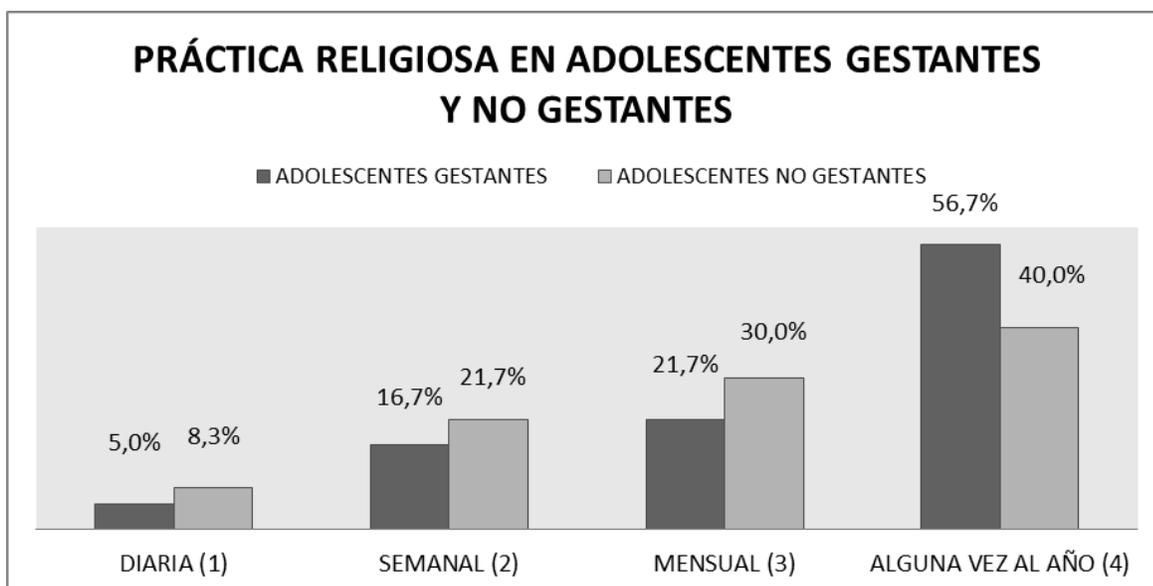
Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

La literatura menciona que las creencias religiosas son un factor protector frente a las gestaciones en la adolescencia, llama la atención que las adolescentes no gestantes que refieren ser cristianas están en mayor número que las adolescentes gestantes que refieren ser cristianas, frente a las creencias católicas se encontró que el mayor número de gestantes refieren ser católicas, respecto a las adolescentes gestantes no creyentes se evidencio que están en menor porcentaje frente a las adolescentes no gestantes. Estos resultados mostrarían la práctica cristiana podría ser un factor protector, pero surge la inquietud y como recomendación la posibilidad de comparar la autoeficacia en adolescentes cristianas y no cristianas y su relación con la gestación en la adolescencia. Además es necesario, ahondar más en la relación de las prácticas religiosas debido a los resultados en la categoría no creyentes.

### 5.1.9. Distribución por práctica religiosa en adolescentes gestantes y no gestantes

Los resultados evidencian que el porcentaje más significativo de las gestantes adolescentes en la práctica religiosa era de alguna vez al año con 56,7% (n=34), frente a las adolescentes no gestantes con 40% (n=24), por otro lado se puede observar en la gráfica que 51,7% (n=31) de las adolescentes no gestantes referían prácticas religiosas semanal o mensual, frente a 38,4% (n=23) de las adolescentes gestantes, de igual manera eran numerosas las adolescentes no gestantes que referían una práctica religiosa diaria frente a las gestantes

Figura 12: Porcentaje distribución por práctica religiosa en adolescentes gestantes y no gestantes



Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

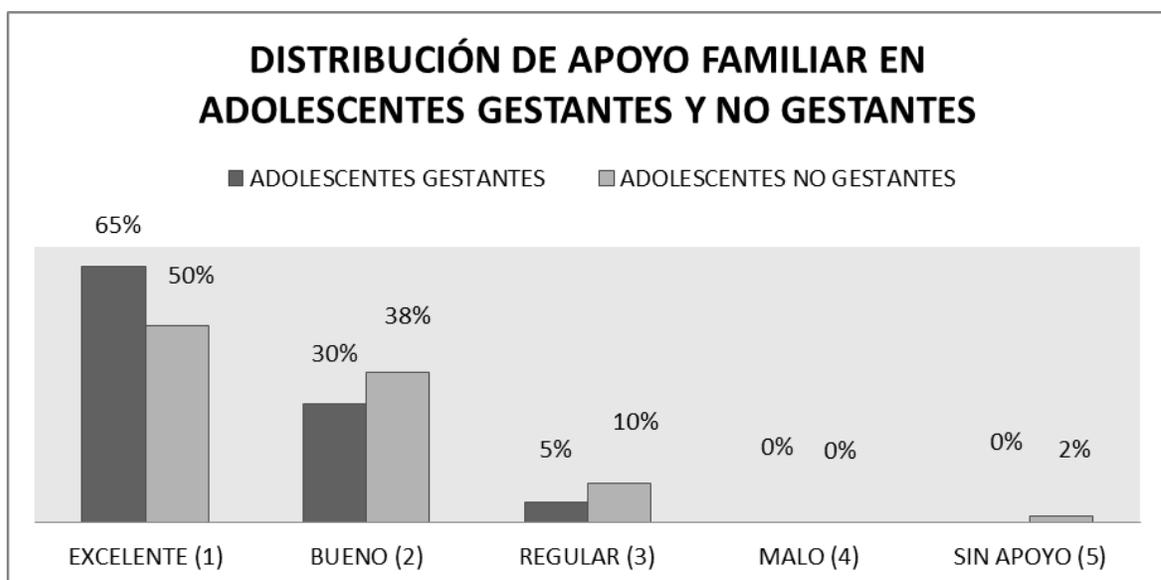
Estos resultados permiten observar más claramente que una práctica religiosa frecuente puede relacionarse con el posponer la gestación en la adolescencia, lo cual reafirma el ítem anterior donde no eran muy significativas las diferencias por creencias religiosas.

### 5.1.10. Distribución de apoyo familiar en adolescentes gestantes y no gestantes

Los resultados muestran que las gestantes adolescentes en 65% (n=39) referían tener un apoyo familiar excelente en contraste de 50% (n=30) de las adolescentes no gestantes, en el apoyo familiar bueno 30% (n=18) de las adolescentes gestantes lo referían y 38% (n=23) de las adolescentes no gestantes también están en este ítem, esto no se reflejó en la revisión literaria que se encontró, pero se puede relacionar con el estado de gestación en la adolescente que lleva a que en algunos casos el apoyo sea mayor por su condición que en las adolescentes no gestantes.

Llama la atención que 2% de las adolescentes no gestantes refería ausencia de apoyo familiar, frente a 0% en la misma categoría de las adolescentes gestantes. Esto se puede relacionar con lo mencionado anteriormente, que durante la gestación puede aumentar el apoyo o la atención a la adolescente gestante, por algún miembro de la familia. Frente a esto, vale la pena mencionar, que en algunos casos, la gestación adolescente se puede relacionar con la necesidad de afecto o atención durante este ciclo vital.

Figura 13: Porcentaje Distribución de apoyo familiar en adolescentes gestantes y no gestantes

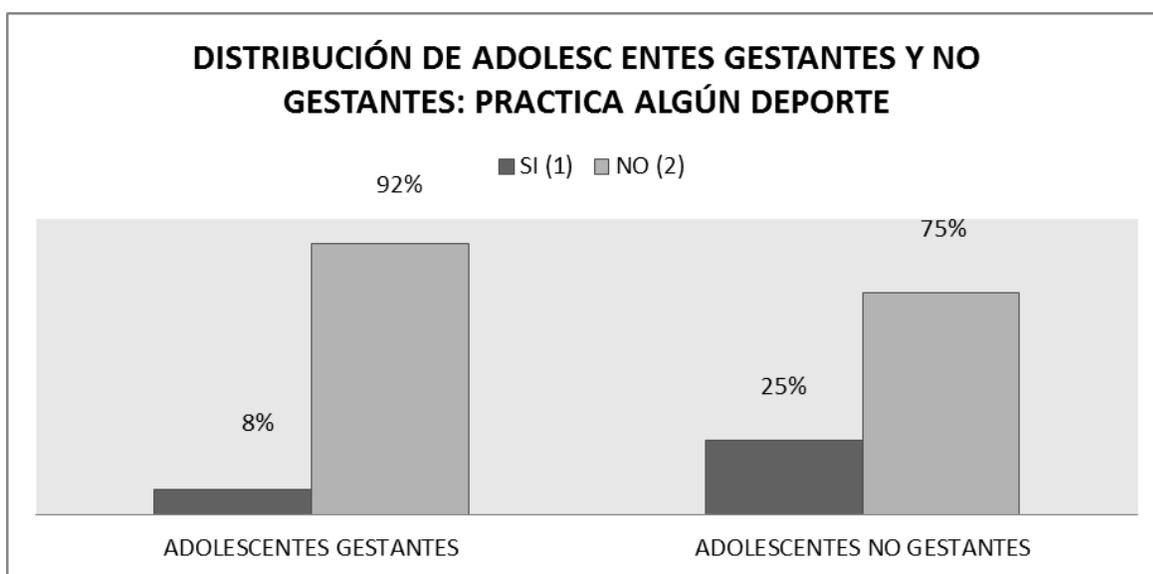


Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

### 5.1.11. Porcentaje distribución de adolescentes gestantes y no gestantes: practica algún deporte y tiene algún pasatiempo.

Respecto a la práctica de deporte para uso del tiempo libre, los resultados muestran que 92% (n=55) de las adolescentes gestantes afirmó NO practicar un deporte, en contraste de 75% (n=45) en el grupo de adolescentes no gestantes, esto evidencia que las gestantes adolescentes tienen menos actividades en su tiempo libre que las adolescentes no gestantes ya que se presenta una diferencia de 17%. Frente al total de participantes en la investigación se observa que el mayor porcentaje 67% (n=80) de adolescentes manifestaron no practicar ningún deporte, esto es un hallazgo que requiere ser abordado para este ciclo vital y debe ser tenido en cuenta para el desarrollo de programas educativos en salud sexual y reproductiva.

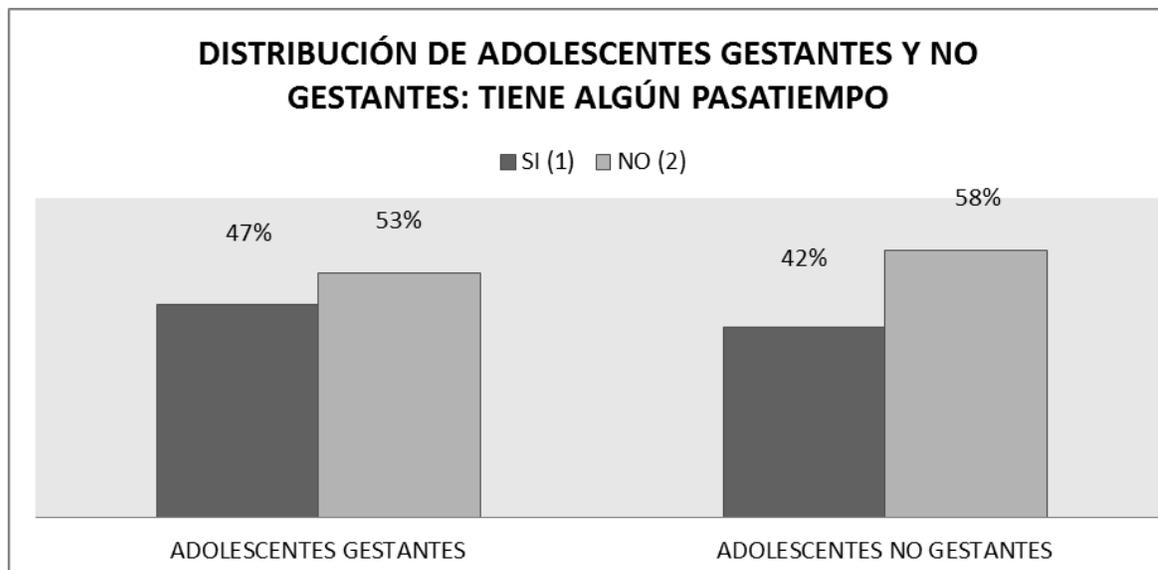
Figura 14: Porcentaje distribución de adolescentes gestantes y no gestantes: practica algún deporte.



Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

Los resultados se relacionan con lo reportado en la literatura, en el que las adolescentes con ocupación en su tiempo libre con deportes y con expectativas de puertas abiertas retrasan la edad de embarazo.

Figura 15: Porcentaje distribución de adolescentes gestantes y no gestantes: tiene algún pasatiempo.



Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

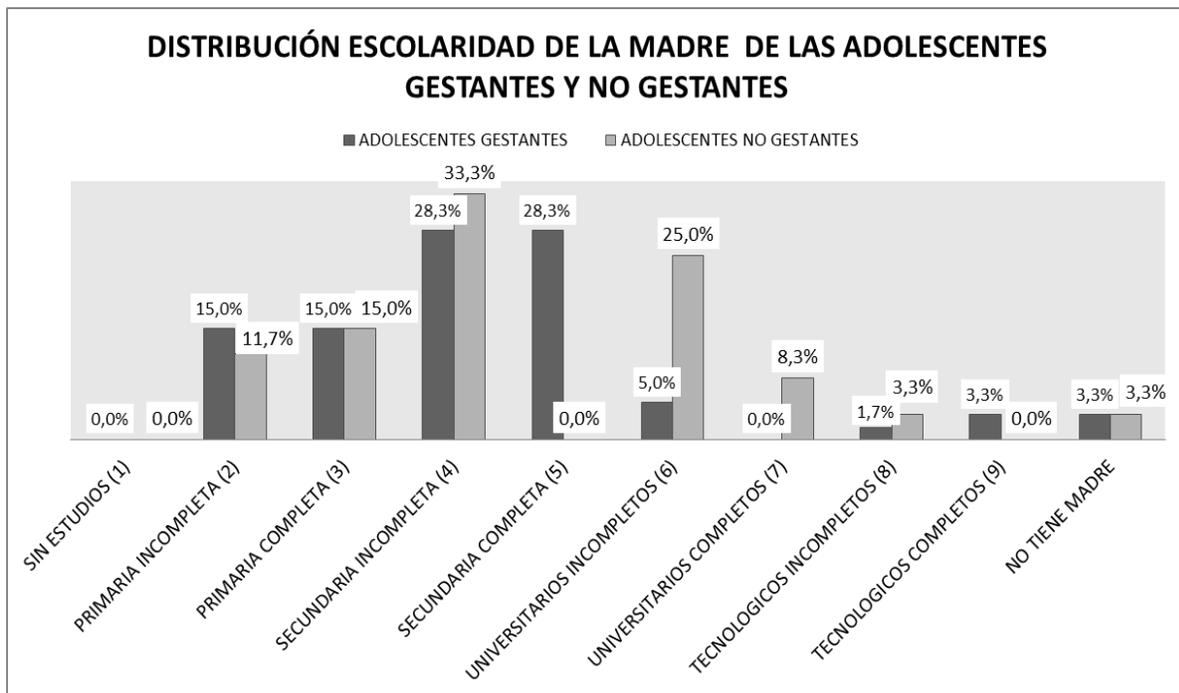
El anterior gráfico muestra que 53% (n=32) de las adolescentes gestantes refirió no tener un pasatiempo, frente a lo expresado este mismo ítem 58% (n=35) por las adolescentes no gestantes, se evidencia de esta manera que las gestantes están en mayor porcentaje frente a la ocupación del tiempo con artes o actividades lúdicas, esto probablemente relacionado con su nuevo rol de madre o pareja. Este resultado no fue encontrado en la revisión de literatura.

### 5.1.12. Porcentaje distribución escolaridad de los padres de las adolescentes gestantes y no gestantes

Los resultados mostraron que en las adolescentes gestantes el mayor porcentaje de las madres tenían secundaria incompleta y completa 28,3% (n=17) cada una, con respecto a las adolescentes no gestantes que refirieron un resultado similar ya que los mayores porcentajes se encuentran en nivel de secundaria incompleta 33,3% (n=20), pero llama la atención que 25% (n=15) de este grupo afirmó que las madres tenían estudios

universitarios incompletos en contraste con un 5% (n=3) en la misma categoría en las madres de las gestantes adolescentes, además solo en el grupo de adolescentes no gestantes se encontró que 8,3% (n=5) de las madres de este grupo termino estudios universitarios frente a 0% de las madres de las adolescentes de las gestantes. Se encuentra también que dos adolescentes gestantes refieren no conocer a la mama, como se evidencia a continuación:

Figura 16: Porcentaje distribución escolaridad de la madre de las adolescentes gestantes y no gestantes



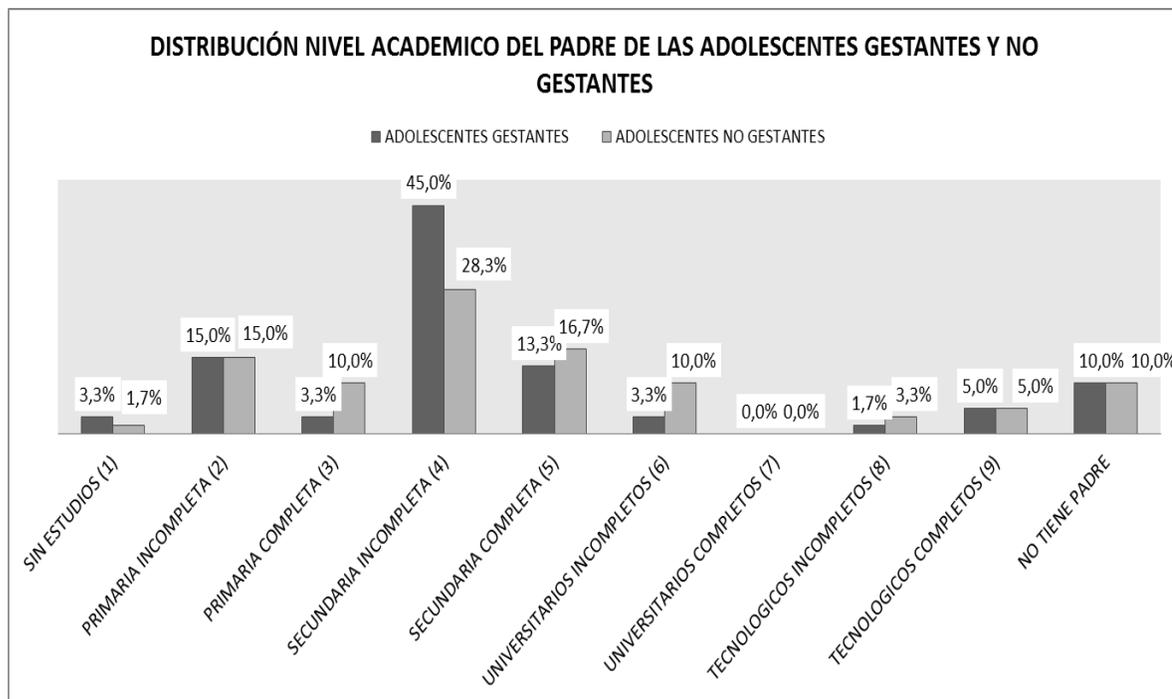
Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

Estos resultados se relacionan con las evidencias de la literatura, debido a que el nivel educativo de la madre puede estar asociado con el nivel educativo de la adolescente, aspecto que puede ser dado por la motivación de la madre a la adolescente, las expectativas familiares y los patrones culturales.

También es válido mencionar que el no contar con una figura materna puede relacionarse con la presentación de gestaciones en la adolescencia.

Respecto al nivel educativo del padre, se evidencia que el porcentaje más significativo se encuentra en la categoría de secundaria incompleta 45% (n=27) para las adolescentes gestantes y 28,3% (n=17) para las adolescentes no gestantes.

Figura 17: Porcentaje distribución nivel académico del padre de las adolescentes gestantes y no gestantes



Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

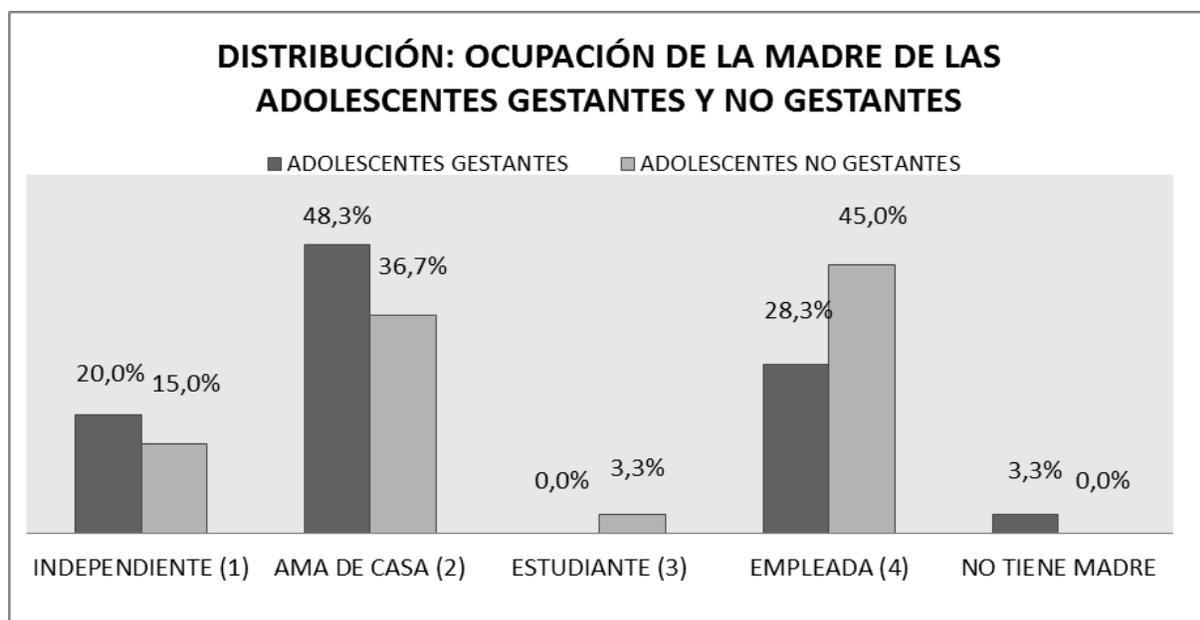
Es importante mencionar que seis de las adolescentes gestantes refirieron no tener la información por no tener padre. Aspecto que también es relevante, debido a que la ausencia de padre o madre se relaciona con el fenómeno de gestación en la adolescencia.

### 5.1.13. Porcentaje distribución: ocupación de los padres de las adolescentes gestantes y no gestantes

Los resultados permiten evidenciar que el mayor porcentaje de ocupación de las madres de las adolescentes gestantes se encontraba en la opción de ama de casa 48,3% (n=29),

frente a 36,7% (n=22) de las madres de las adolescentes no gestantes. De igual manera se observa que el mayor porcentaje de ocupación en las madres de las adolescentes no gestantes se encontraba en la opción de empleadas con 45% (n=27), llama la atención que en la categoría de independiente se encontraba que el mayor porcentaje es de las madres de las adolescentes gestantes con 20% (n=12) frente a las adolescentes no gestantes con 15% (n=9).

Figura 18: Porcentaje distribución: ocupación de la madre de las adolescentes gestantes y no gestantes



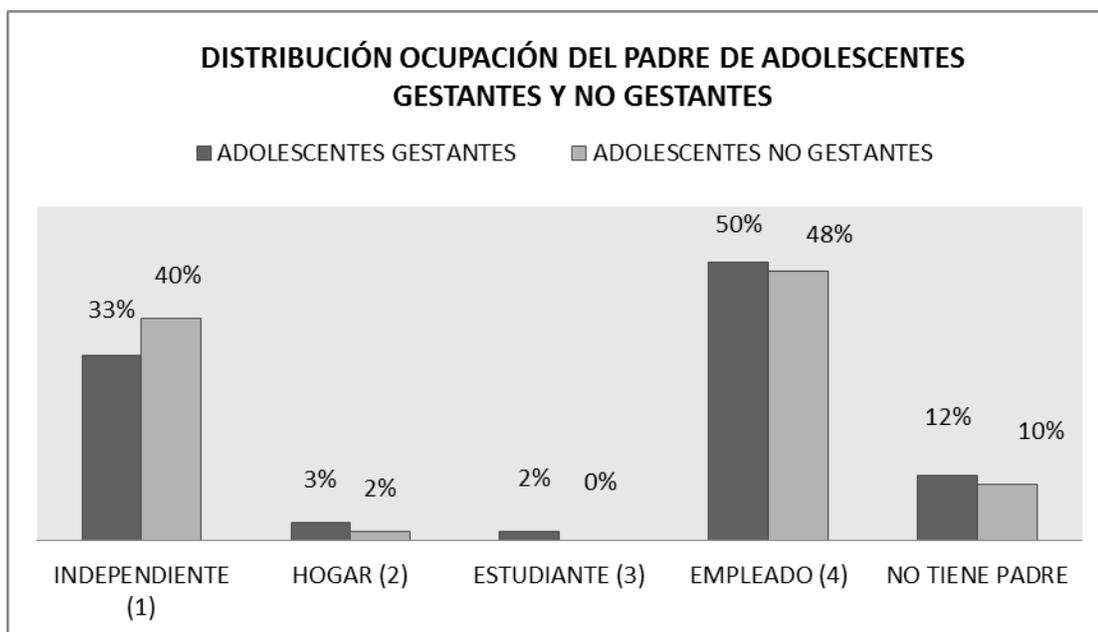
Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

De esta manera los resultados permiten concluir que las madres de las adolescentes gestantes eran en mayor proporción amas de casa y tenían trabajos informales, aspecto que puede estar relacionado con el nivel educativo de la madre de las adolescentes, es así como a menor nivel académico menores posibilidades de ocupaciones laborales estables.

Respecto a la ocupación del padre de las adolescentes, se encontró que en las gestantes y en las no gestantes el mayor porcentaje estaba en la categoría de empleado con 50% (n=30) en las gestantes y 48% (n=29) en las no gestantes. Seguido de este porcentaje se

encuentra la categoría independiente con 33% (n=20) y 40% (n=24) en las adolescentes gestantes y no gestantes respectivamente.

Figura 19: Porcentaje distribución ocupación del padre de adolescentes gestantes y no gestantes



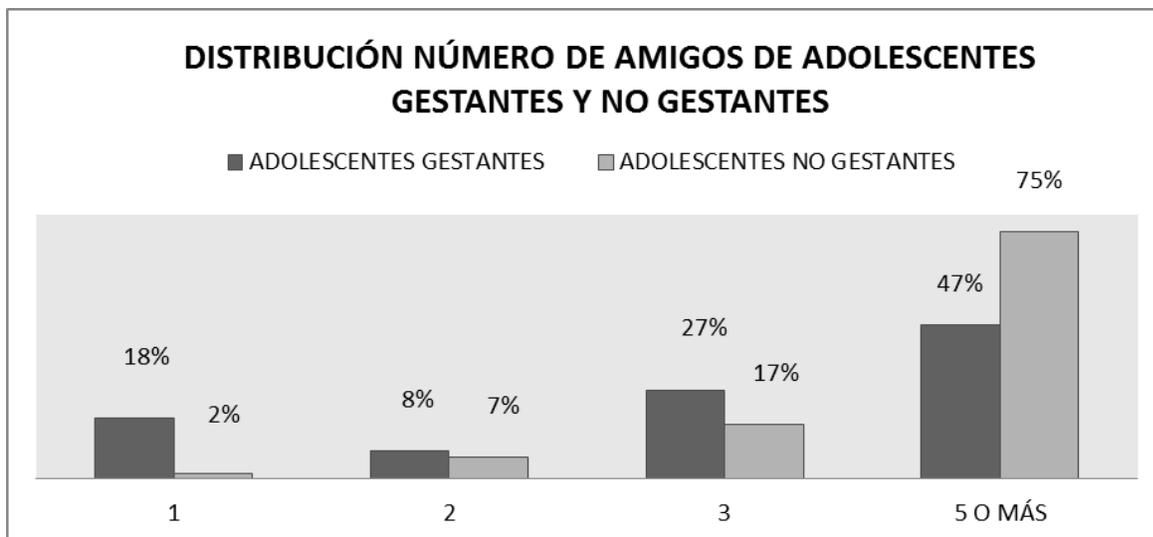
Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

Los resultados difieren de la ocupación de las madres en el hogar, aspecto que muestra las concepciones culturales de la limitación de las mujeres en algunos casos de quedarse en casa y no salir a laborar por atender el hogar y sus obligaciones.

#### 5.1.14. Porcentaje de distribución número de amigos de adolescentes gestantes y no gestantes

La categoría de número de amigos con mayor porcentaje es la 5 amigos o más con 47% (n=28) para las adolescentes gestantes y 75% (n=45) para las adolescentes no gestantes, de igual manera la gráfica permite evidenciar que las adolescentes gestantes tenían un número más reducido de amigos debido a que 26% (n=16) refiere tener entre 1 y 2 amigos.

Figura 20: Porcentaje de distribución número de amigos de adolescentes gestantes y no gestantes



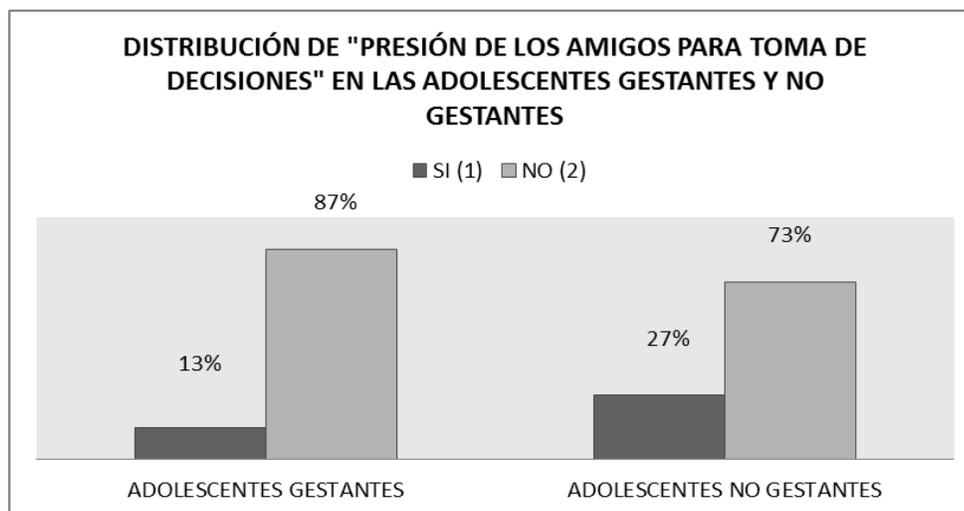
Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

Estos resultados se relacionan con el cambio del componente social de las adolescentes gestantes quienes desertan de sus instituciones educativas o se convierten en amas de casa, sin interactuar con personas de su misma edad, por el nuevo rol que ejercen.

### 5.1.15. Porcentaje Distribución de componente de presión de grupo:

Los resultados muestran que la presión de los amigos para tomar decisiones era mayor en las adolescentes gestantes respecto a las no gestantes, debido a que los porcentajes obtenidos son 87% (n=52) y 73% (n=44) respectivamente para la opción NO.

Figura 21: Porcentaje distribución de "presión de los amigos para toma de decisiones" en las adolescentes gestantes y no gestantes

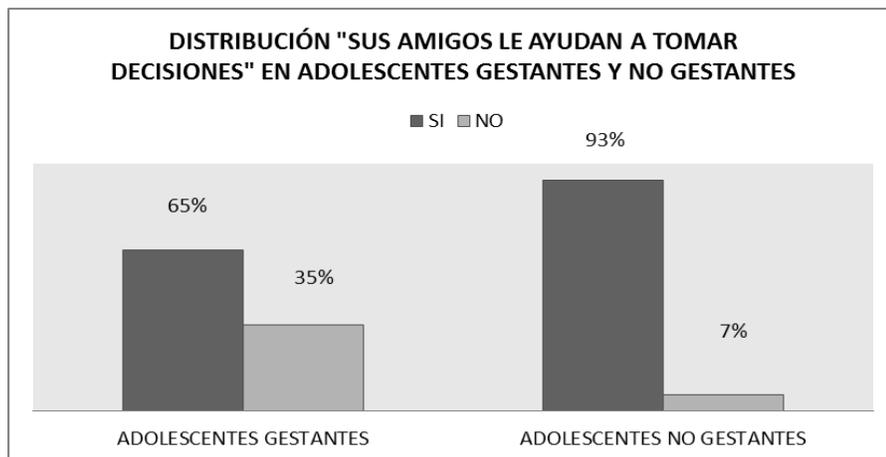


Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

Este resultado no se relaciona con lo evidenciado en la literatura, con esta pregunta se pretendía examinar la idea de que la gestación adolescente se relaciona con la presión de grupo, pero los resultados no lo confirman, esto puede deberse a que las adolescentes gestantes reportan para su condición actual tener menor número de amigos y por ende interacción de grupo.

De igual manera, se exploró si consideraban las adolescentes que sus amigos les ayudaban en la toma de decisiones encontrando que la respuesta SI tuvo el mayor porcentaje con 65% (n=39) en las adolescentes gestantes y 93% (n=56) en las adolescentes no gestantes.

Figura 22: Porcentaje distribución "sus amigos le ayudan a tomar decisiones" en adolescentes gestantes y no gestantes

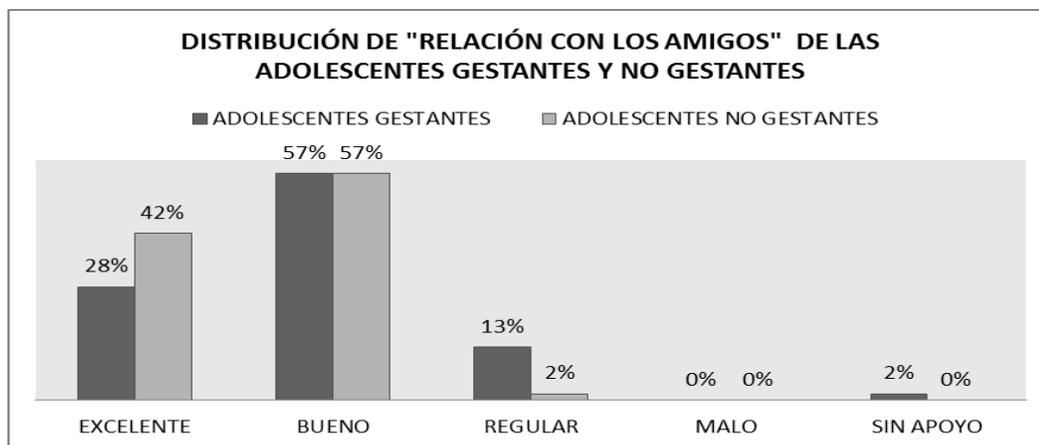


Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

Estos resultados se pueden relacionar, con que la adolescente gestante ante su nuevo rol y estado tiene menor ritmo en sus actividades sociales que le permiten interactuar con sus amigos, además la gestación en ocasiones distancia, cambia el rol y hace que la toma de decisiones se realice con la pareja.

Respecto a la relación con los amigos se encontró que 57% (n=34) de las adolescentes gestantes y no gestantes refirieron tener un buen apoyo, y 28% (n=17) de las gestantes adolescentes manifestó un apoyo excelente en contraste de 42% (n=25) de las adolescentes no gestantes.

Figura 23: Porcentaje distribución de "relación con los amigos" de las adolescentes gestantes y no gestantes



Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

Estos resultados muestran que la relación con los amigos no tiene variaciones importantes en los dos grupos.

### 5.1.16. Porcentaje distribución edad (años) en que la madre de la adolescente tuvo su primera gestación

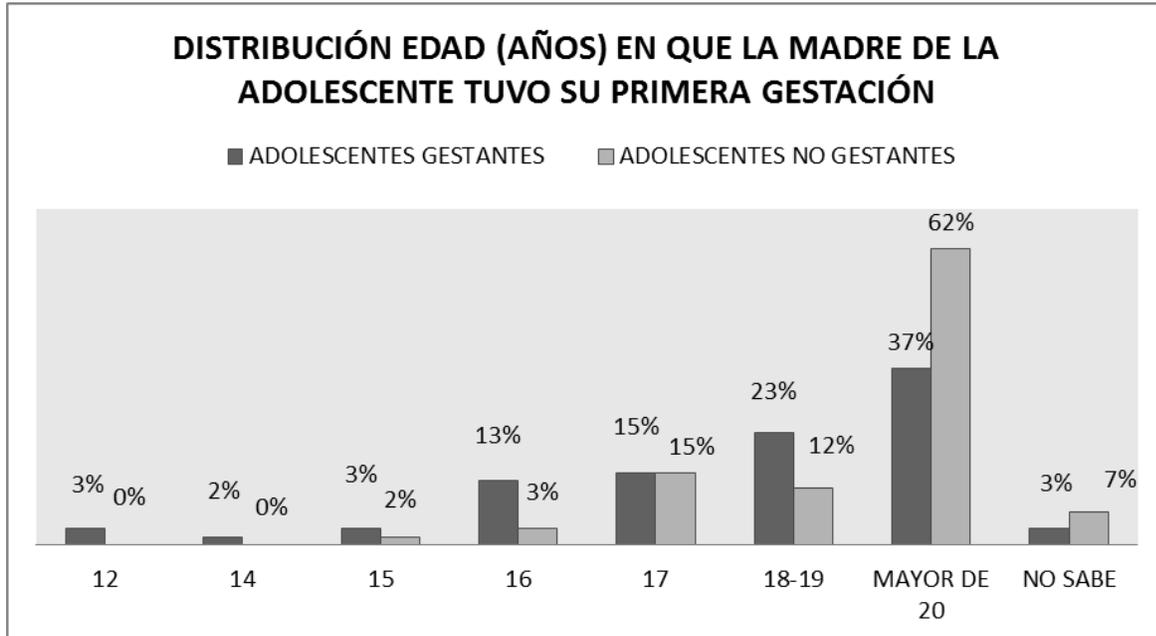
Los resultados permiten observar que 5% de las madres de las adolescentes gestantes tuvo su primer hijo a los 14 años o antes, en contraste con 0% en las adolescentes no gestantes. Para el rango de 15 a 16 años se encuentra que 16% de las madres de las adolescentes gestantes tuvo su primera gestación en este rango de edad, en contraste d 5% en las adolescentes no gestantes.

Llama la atención que 15% de las madres de las adolescentes gestantes y no gestantes refieren que su madre tuvo su primera gestación a los 17 años.

De igual manera se evidencia que el número de madres que presentaron su primera gestación entre los 18 a 19 años es más numeroso en las adolescentes gestantes con 27% respecto a 12% de las adolescentes no gestantes.

En el rango de mayor de 20 años, se evidencia que las adolescentes no gestantes tienen mayor proporción con 62% en contraste de 37% de las adolescentes gestantes.

Figura 24: Porcentaje distribución edad (años) en que la madre de la adolescente tuvo su primera gestación



Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013.

Estos resultados, evidencian lo encontrado en la literatura que la hija de una madre adolescente es muy probable que sea madre adolescente, este círculo vicioso es el que se pretende abordar con el fortalecimiento de las habilidades sociales en los programas de educación en salud sexual y reproductiva, sin olvidar que el fenómeno de embarazo en adolescentes es multicausal.

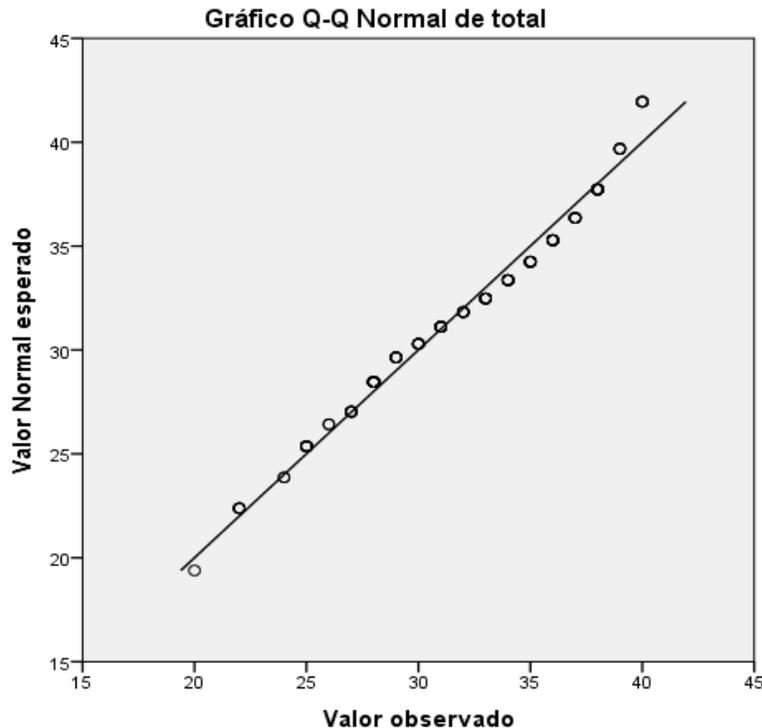
## 5.2. Resultados de autoeficacia

### 5.2.1. Resultados autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes

Se llevó a cabo una prueba de normalidad a la base de datos al total de la escala de autoeficacia, con el fin de verificar esta característica, encontrándose que se cumple con

este aspecto, como se evidencia a continuación porque el patrón de distribución de puntos es proximal a la línea longitudinal.

Figura 25: Prueba de normalidad a base de datos.



Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

Se tomaron dos grupos categorizados en la misma base de datos como gestantes (1) y no gestantes (2). Se realizaron pruebas de varianza, se cumplió con el criterio de homoscedasticidad de varianzas, por lo cual se aplicó una prueba T de muestras independientes, con el fin de llevar a cabo la comparación de la autoeficacia en los dos grupos; la cual muestra como resultado que no existe diferencia en la autoeficacia entre las adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. Como se evidencia a continuación:

Tabla 1: Prueba T de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes.

Estadísticos de grupo					
V1		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Total	1	60	32	5,25	0,678
	2	60	31,55	4,413	0,57

Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

Se evidencia que en la casilla V1, están las categorías para las adolescentes (1) gestantes y (2) no gestantes, el número de N es la muestra, y es la misma (60) en cada grupo, la desviación típica es 5,250 para las gestantes y 4,413 para las no gestantes, la media de puntuación de autoeficacia según la escala es 32 para las gestantes y 31,55 para las no gestantes, aspecto que muestra que no hay diferencia entre los dos grupos.

Para comprobar los resultados, se llevó a cabo una prueba de Levene de igualdad de varianzas, que muestra que SI se asumieron varianzas iguales.

Tabla 2: Prueba Levene y T de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes.

Prueba de muestras independientes					
Prueba de muestras independientes		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias	
		F	Sig.	t	gl
TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	3,814	0,053	0,508	118
	No se han asumido varianzas iguales			0,508	114,611

Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

En la prueba T de igual manera se evidenció que las medias son iguales (0,45) evidenciándose que no hay diferencia en la autoeficacia al comparar el total de los dos grupos.

Tabla 3: Prueba T de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes.

Prueba T para la igualdad de medias					
		Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95%Intervalo de confianza para la diferencia Inferior
TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	0,612	0,45	0,885	-1,303
	No se han asumido varianzas iguales	0,612	0,45	0,885	-1,304

Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

Tabla 4: Prueba T de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes

Prueba de muestras independientes		
Prueba T para la igualdad de medias 95%Intervalo de confianza para la diferencia superior		
TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	2,203
	No se han asumido varianzas iguales	2,204

Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

Para tener otro punto de vista, se utiliza la prueba no paramétrica de prueba U de Mann-Whitney (que permite el análisis de dos muestras independientes) la cual mostró el mismo análisis de la prueba T, no existe diferencia en la autoeficacia entre las adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes.

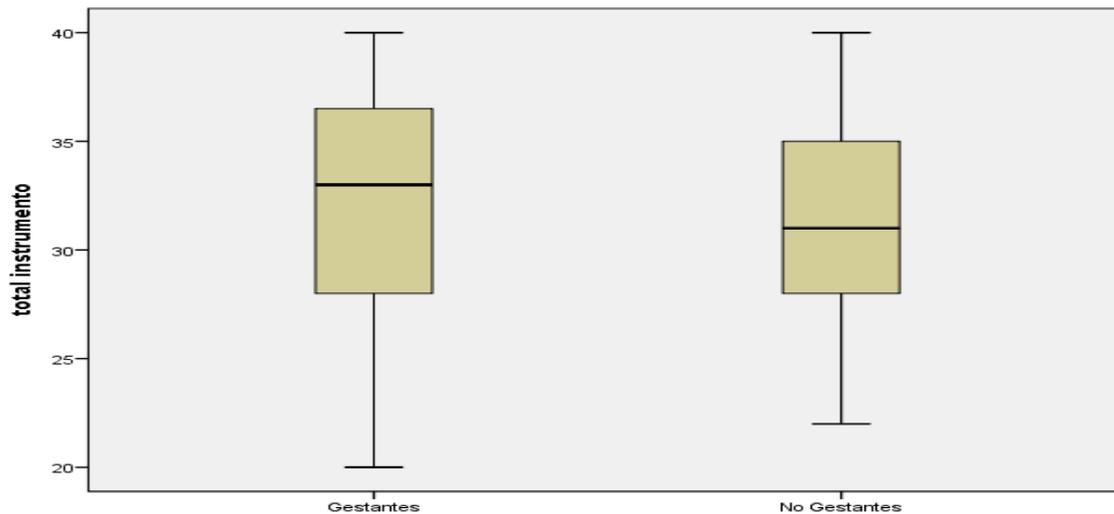
Tabla 5: Prueba no paramétrica de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes

RESUMEN PRUEBA DE HIPÓTESIS			
HIPÓTESIS NULA	TEST	SIG.	DECISIÓN
La distribución de total es la misma entre las categorías V1.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	0,0595	Retener hipótesis nula
Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05			

Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

La gráfica de Prueba no paramétrica de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes; permite evidenciar que no hay diferencia en el nivel total de autoeficacia, observando, que en el grupo de las adolescentes gestantes la menor puntuación fue 20, frente a 23 en las adolescentes no gestantes. Así, se puede observar que la menor puntuación de la investigación se encuentra en el grupo de adolescentes gestantes. En los dos grupos se encontró que una adolescente alcanzó la máxima puntuación con 40 puntos.

Figura 26: Prueba no paramétrica de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes



Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

---

La gráfica también permite visualizar que la media de autoeficacia es mayor en las adolescentes gestantes con (33) que en las no gestantes con (31). Ahora se evidencia en el grupo de las gestantes la mayor proporción esta entre la puntuación de la escala de los valores de 27 y 37, en contraste al grupo de adolescentes no gestantes en las cuales la mayor proporción esta entre la puntuación de la escala de los valores de 27 y 35 puntos, así al totalizar no se evidencia diferencias en la autoeficacia entre los dos grupos.

Estos resultados son consistentes con el estudio de Schwarzer y Cols., donde en Costa Rica durante el estudio de validez de la escala de autoeficacia general se evidenció una media de 33 en el grupo de mujeres participantes. Encontrando así, que es posible que el factor cultural tenga influencia y que la escala necesite asociarse a instrumentos que miden proyecto de vida o expectativas del futuro y su relación con la gestación adolescente.

Por otro lado, el número de las gestantes debajo del cuartil inferior se encuentra la mayor proporción de gestantes a diferencia del grupo de adolescentes no gestantes en el cual en el cuartil inferior se encuentra menor proporción de adolescentes.

### **5.2.2. Autoeficacia y edad de la madre de la adolescente en su primera gestación.**

Se lleva a cabo una prueba no paramétrica para determinar la relación de la autoeficacia con la edad en que la madre de la adolescente tuvo su primera gestación. Los resultados evidencian que no hay diferencias en la autoeficacia, como lo muestran las tablas a continuación:

Tabla 6: Prueba de análisis de varianza de muestras independientes para autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes

Estadísticos de grupo					
EDAD EN QUE LA MADRE DE LA ADOLESCENTE TUVO SU PRIMER HIJO DE	V1	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TOTAL	1	55	31,45	5,102	0,688
	2	60	32	4,65	0,6

Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

La tabla muestra que la media de autoeficacia no varía en los dos grupos, donde (1) son gestantes y (2) son no gestantes.

Para comprobar los resultados, se hace una prueba de Levene, la cual muestra que no existe diferencia en la autoeficacia relacionada con la edad en que la madre de la adolescente tuvo su primer hijo, como se muestra a continuación:

Tabla 7: Prueba de Levene de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes frente a edad en que la madre de la adolescente tuvo su primer hijo.

Prueba de muestras independientes					
EDAD EN QUE LA MADRE DE LA ADOLESCENTE TUVO SU PRIMER HIJO DE		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias	
		F	Sig.	t	gl
TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	0,853	0,358	-0,6	113
	No se han asumido varianzas iguales			-0,597	109,463

Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

Los resultados de la prueba T no muestran diferencias en la autoeficacia entre los dos grupos y el criterio relacionado de la edad en que la madre de la adolescente tuvo su primer hijo.

Tabla 8: Prueba T de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes relacionada con la edad en que la madre de la adolescente tuvo su primer hijo

<b>Prueba de muestras independientes</b>		
EDAD EN QUE LA MADRE DE LA ADOLESCENTE TUVO SU PRIMER HIJO DE		Prueba T para la igualdad de medias 95% Intervalo de confianza para la diferencia Superior
TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	1,256
	No se han asumido varianzas iguales	1,264

Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

Finalmente, se lleva a cabo una prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes relacionada con la edad en que la madre de la adolescente tuvo su primer hijo, la cual muestra que no hay diferencia.

Tabla 9: Prueba no paramétrica de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes relacionada con la edad en que la madre de la adolescente tuvo su primer hijo.

<b>RESUMEN PRUEBA DE HIPÓTESIS</b>			
<b>HIPÓTESIS NULA</b>	<b>TEST</b>	<b>SIG.</b>	<b>DECISIÓN</b>
EDAD EN QUE LA MADRE DE LA ADOLESCENTE TUVO SU PRIMER HIJO DE	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	0,588	Retener hipótesis nula
Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05			

Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

La tabla evidencia que la distribución es igual en los dos grupos.

### 5.2.3. Autoeficacia y apoyo familiar.

Se lleva a cabo una Prueba Jonckheere - Terpstra de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes relacionándola con el apoyo familiar, esta prueba evidencia que no se presentan diferencias en la autoeficacia relacionada con el apoyo familiar, para el análisis del dato se unió en una categoría las opciones de Regular, Malo y Sin apoyo, permaneciendo solo tres categorías Excelente, Bueno y la nueva categoría. Los resultados evidencian que no hay diferencias en la autoeficacia entre los dos grupos relacionadas con el apoyo familiar.

Tabla 10: Prueba Jonckheere-Terpstra de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes relacionado con el apoyo familiar.

APOYO FAMILIAR					
Autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes relacionado con el apoyo familiar		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	69	57,5	57,5	57,5
	2	41	34,2	34,2	91,7
	3	9	7,5	7,5	99,2
	5	1	0,8	0,8	100
	Total	120	100	100	348,4

Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

Tabla 11: Prueba Jonckheere-Terpstra de muestras independientes para comparar autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes relacionado con el apoyo familiar.

Prueba de Jonckheere-Terpstra <sup>a</sup>	
Autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes relacionado con el apoyo familiar	TOTAL
Número de niveles en APOYO FAMILIAR	3
N	120
Estadístico de J-T observado	1819
Media del estadístico J-T	1964,5
Desviación típica del estadístico de J-T	192,509
Estadístico de J-T tipificado	-0,756
Sig. asintót. (bilateral)	0,45
a. Variable de agrupación: APOYO FAMILIAR	

Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

Se lleva a cabo una tabla de contingencia para conocer la distribución de la categoría “con quien vive” la adolescente gestante y no gestante. Se evidencia que son varias las formas en que se constituyen las familias de las adolescentes participantes en la investigación, siendo los grupos más numerosos las categorías de padre, madre y hermanos, seguida de madre y hermanos y posteriormente de pareja, como se muestra a continuación:

Tabla 12: Tabla de contingencias para la categoría “con quien vive” en adolescentes gestantes y no gestantes.

CON QUIEN VIVE					
Categoría “con quien vive” en adolescentes gestantes y no gestantes.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Otra persona	1	0,8	0,8	0,8
	Pareja	14	11,7	11,7	12,5
	Pareja y con otra persona	1	0,8	0,8	13,3
	Pareja, Tios y Primos	1	0,8	0,8	14,2
	Madre	4	3,3	3,3	17,5
	Pareja y Madre	2	1,7	1,7	19,2
	Abuelos, tios y madre	1	0,8	0,8	20
	Madre y Hermanos	24	20	20	40
	Madre, Hermanos y Otros	3	2,5	2,5	42,5
	Pareja, Hermanos y Madre	2	1,7	1,7	44,2
	Primos, Hermanos, Madre y Otros	1	0,8	0,8	45
	Abuelos, Hermanos y Madre	2	1,7	1,7	46,7
	Abuelos, Tios, Hermanos y Madre	2	1,7	1,7	48,3
	Otros, Primos, Abuelos, Tios, Hermanos y Madre	1	0,8	0,8	49,2
	Padre	2	1,7	1,7	50,8
	Pareja y Madre	1	0,8	0,8	51,7
	Primos, Abuelos, Tios y Padre	1	0,8	0,8	52,5
	Hermanos y Padre	3	2,5	2,5	55
	Padre y Madre	4	3,3	3,3	58,3
	Padre, Madre y Hermanos	35	29,2	29,2	87,5
Padre, Madre, Hermanos y Otros	1	0,8	0,8	88,3	
Pareja, Hermanos, Padre y Madre	4	3,3	3,3	91,7	
Padre, Madre, Hermanos, Pareja y Otros	1	0,8	0,8	92,5	
Abuelos, Hermanos, Madre y Padre	4	3,3	3,3	95,8	

Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

Para el análisis del dato se realiza división en 3 categorías; teniendo en cuenta la presencia de padre y madre como base principal, y adicional a este núcleo otros familiares. La categoría primera tiene que ver con las adolescentes que tienen la presencia de padre y madre en el hogar (incluye otros familiares), la segunda quienes cuentan solo con la presencia del padre (incluye otros familiares), la tercera la presencia solo de la madre (incluye otros familiares) y con la presencia solo de la pareja (no incluye otros familiares).

Tabla 13: Distribución de contingencias de la variable con quien vive la adolescente gestante y no gestante

Tabla de contingencia Con Quien Vive * V1				
Recuento				
Categoría "con quien vive" en adolescentes gestantes y no gestantes		V1		Total
		1	2	
RConQuienVive	Con la presencia de Padre y Madre	21	33	54
	Con la presencia del Padre	3	3	6
	Con la presencia de la Madre	19	24	43
	Con la presencia solo de la Pareja	17	0	17
Total		60	60	120

Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

Se puede observar en la tabla, que el grupo 1 que corresponde a las adolescentes gestantes vive con la presencia del padre y la madre (n=21) es el más numeroso, seguido del que solo vive con la madre (n=19) y por ultimo solo vive con la pareja (n=17). Resultados que se asemejan a las adolescentes no gestantes, donde se encuentra que el mayor número vive con padre y madre (n=33), siendo más numeroso para este grupo que para las gestantes, seguido también por el grupo de quienes solo viven con la madre (n=24), y en el grupo de vive solo con la pareja, los resultados corresponden a cero. Se observa de esta manera obviamente que la adolescente gestante deja su hogar para formar en algunos una nueva familia con su pareja, pero llama la atención también que las adolescentes a pesar de su gestación y nueva etapa de vida aún viven con sus padres o con su madre, aspecto que deja ver que la gestación en la adolescencia también se relaciona con composición de hogares inestables, para niños y niñas productos de estas gestaciones sin la presencia del padre en el hogar. De igual manera en los resultados se evidenció que en todos los casos en que la

adolescente vive con su pareja y otros familiares, que todos viven en la casa de la adolescente gestante y no del nuevo padre adolescente; resultado que llama la atención y puede llevar a concluir que es la familia de la adolescente la que proporciona mayor apoyo en esta etapa de los adolescentes.

A partir de estos resultados se pretende determinar si el “con quien vive” se relaciona con la autoeficacia, para esto se lleva a cabo el análisis con una Prueba no Paramétrica de Kruskal-Wallis de muestras independientes, se compara el total de las adolescentes gestantes y el total de puntuación de autoeficacia, se evidencia que no existe una diferencia significativa en la autoeficacia. A continuación se presenta el resultado:

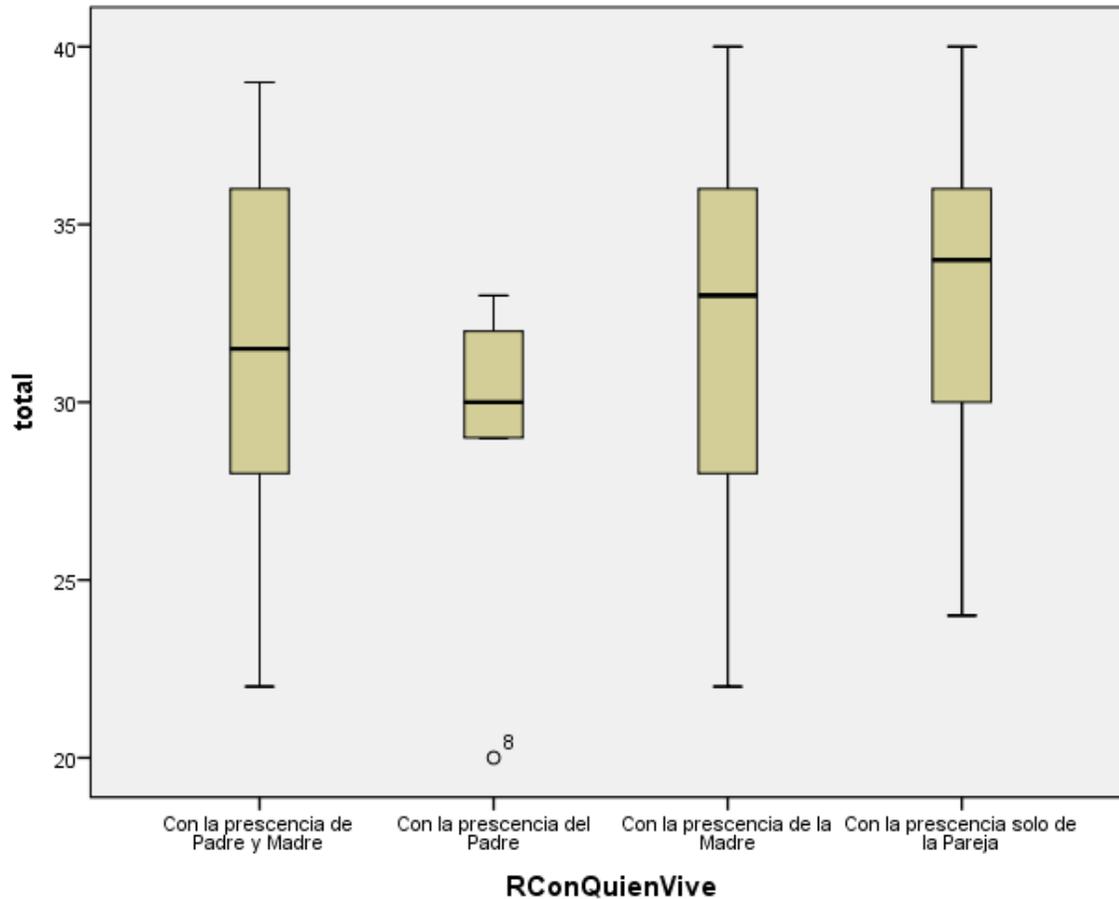
Tabla 14: Prueba no Paramétrica de Kruskal-Wallis de muestras independientes para relacionar la autoeficacia con la categoría “con quien vive”

<b>RESUMEN PRUEBA DE HIPÓTESIS</b>			
<b>HIPÓTESIS NULA</b>	<b>TEST</b>	<b>SIG.</b>	<b>DECISIÓN</b>
Categoría “con quien vive” en adolescentes gestantes y no gestantes	Prueba Krukal-Wallis de muestras independientes	0,419	Retener hipótesis nula
Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05			

Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

Para este mismo análisis se lleva a cabo una gráfica de cajas que permite evidenciar que existe un grupo pequeño, que es el de las adolescentes que viven solo con el padre que en los dos grupos se comportó igual en número ( $n=3$ ); en el cual la autoeficacia tiende a ser menor, encontrándose que el mayor puntaje de autoeficacia es de 33 (se debe tener en cuenta que el número no es significativo). También se evidencia que la autoeficacia tiene mayores valores en el grupo de las adolescentes que viven solo con la presencia de la madre (incluye otros familiares) y las que viven solo con la pareja, en los dos grupos se encontró adolescentes con el mayor puntaje de la escala de autoeficacia general (40 puntos).

Figura 27: Comparación de autoeficacia y la categoría con quien vive en adolescentes gestantes.



Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

#### 5.2.4. Autoeficacia y creencias religiosas.

Se lleva a cabo el análisis de si la autoeficacia tiene alguna relación con la autoeficacia entre los grupos de adolescentes gestantes y no gestantes, debido a que se creía que la autoeficacia podía ser mayor en las adolescentes en quienes el componente religioso es importante. Se lleva a cabo el análisis por medio de la prueba no Paramétrica de Kruskal-Wallis de muestras independientes para relacionar la autoeficacia con la categoría “creencias religiosas” encontrándose que no existe diferencia en la autoeficacia en los grupos, la autoeficacia se comporta igual; como se muestra a continuación:

Tabla 15: Prueba no Paramétrica de Kruskal-Wallis de muestras independientes para relacionar la autoeficacia con la categoría “creencias religiosas”

RESUMEN PRUEBA DE HIPÓTESIS			
HIPÓTESIS NULA	TEST	SIG.	DECISIÓN
La autoeficacia y la categoría “creencias religiosas”	Prueba Krukal-Wallis de muestras independientes	0,44	Retener hipótesis nula
Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05			

Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

Ahora, si bien, no se encontró diferencia en la autoeficacia, en los resultados iniciales de las creencias religiosas y la práctica religiosa con la gestación adolescente, si se evidencio que las adolescentes gestantes tenían prácticas religiosas menos frecuentes que las adolescentes no gestantes.

### 5.2.5. Autoeficacia y práctica algún deporte.

Se analiza la relación de la autoeficacia con la categoría “practica algún deporte”, debido a que se cree que las adolescentes que tienen estas prácticas pueden tener mayor autoeficacia, se encuentra por medio de la Prueba no Paramétrica de U de Mann-Whitney de muestras independientes para relacionar la autoeficacia con la categoría “creencias religiosas”, que no existe una diferencia en la autoeficacia y esta categoría.

Tabla 16: Prueba no Paramétrica de U de Mann-Whitney de muestras independientes para relacionar la autoeficacia con la categoría “práctica algún deporte”

RESUMEN PRUEBA DE HIPÓTESIS			
HIPÓTESIS NULA	TEST	SIG.	DECISIÓN
La autoeficacia y la categoría “práctica algún deporte”	Prueba Krukal-Wallis de muestras independientes	0,69	Retener hipótesis nula
Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05			

Fuente: Base de datos de investigación Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes I semestre 2013, en programa SPSS.

Llama la atención, que en análisis inicial de las preguntas sociodemográficas se encontró que la población analizada en los dos grupos gestantes y no gestantes en la categoría si tiene algún pasatiempo, 50% o más refirió que no, en la categoría si practica algún

deporte 72% de las no gestantes refirió que no y 92% de las gestantes refirió que no, esto llama la atención porque deja ver el sedentarismo de este grupo poblacional y la falta de oportunidades para ocupar su tiempo en artes o actividades intelectuales puede llevar a que las expectativas del futuro y por ende del proyecto de vida se afecten negativamente.

## 6. Discusión

Se evidenció a través de la investigación que las adolescentes gestantes y no gestantes participantes del estudio no presentaron diferencia en su autoeficacia, a diferencia de lo encontrado por Young y Cols. (2001), en el que se encontró que la autoeficacia es pobre en las mujeres que quedaron en gestación durante la adolescencia, es importante anotar que el estudio mencionado se realizó con dos mediciones en dos momentos diferentes, esto es posible que se deba a que a diferencia con este estudio, en el cual se comparó la autoeficacia de la misma adolescente y del grupo en general en dos tiempos diferentes. Ahora, con respecto a la relación del embarazo con la autoeficacia, Young y Cols. (2001) mencionan que la investigación en esta temática en adolescentes es escasa, este primer paso permite dilucidar una idea general de este fenómeno de embarazo adolescente y la autoeficacia.

Se encontró que la autoeficacia tuvo la puntuación media similar a la encontrada en el estudio elaborado por Schwarzer (1997) en Costa Rica, con una población de hombres y mujeres universitarios de edades con una media de 21 años, es así que puede que la gestación adolescente no se relacione directamente con la autoeficacia.

Si bien, la investigación no mostró diferencias significativas en la autoeficacia entre los grupos de adolescentes gestantes y no gestantes, se evidenció en el análisis de las categorías sociodemográficas estudiadas que el fenómeno de embarazo durante la adolescencia se relaciona de manera directa con las condiciones económicas precarias, el nivel académico bajo, la práctica religiosa esporádica, el apoyo familiar deficiente, la falta de ocupación del tiempo libre, antecedentes de una primera gestación temprana en las madres de las adolescentes embarazadas, resultados consistentes con la evidencia reportada por Rew (2000), y la encuesta Distrital de demografía y salud (2011).

---

Rew manifiesta que el menor nivel educativo y/o económico y menor apoyo social se relaciona con bajos niveles de habilidades sociales, una de ellas la autoeficacia, lo cual es consistente con los resultados de la presente investigación, donde se evidencia que la puntuación de autoeficacia fluctuó entre los 27 y 35 puntos, solo 3 adolescentes no gestantes y 1 una adolescente gestante alcanzaron la mayor puntuación (40 puntos). Así, se muestra la similitud de las condiciones de la población estudiada perteneciente a estratos socioeconómicos 1 y 2, que se puede relacionar con el resultado del estudio de no haber diferencia en la autoeficacia en los dos grupos comparados.

Se evidenció que la gestación adolescente, en este caso no se relaciona con la autoeficacia, pero se confirmó que es un fenómeno multi-causal que como lo menciona Rew (2000) y con lo que estamos totalmente de acuerdo; debe ser abordado desde varios sectores como los mismos adolescentes, padres, docentes, y miembros de la comunidad de salud, del gobierno y no solo limitarse a dar información sino a lograr que esa información se convierta en acción, como lo propone la autoeficacia.

Ahora bien la baja autoeficacia se relaciona con conductas de riesgo a nivel de la salud, porque como lo presenta Nola Pender en su modelo de promoción de la salud, la autoeficacia es “el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud”<sup>117</sup>, de esta manera, es necesario que esta habilidad social se incentive en los y las adolescentes durante la participación de los mismos en programas educativos de salud sexual y reproductiva y en los servicios amigables para fomentar las conductas promotoras de salud, al respecto Jemmott, y Fong, 1992 en Rew (2001) mencionan que en un grupo de adolescentes afroamericanos que recibió educación y formación la autoeficacia tuvo menor intención de participar en conductas de riesgo y con lo mencionado por Moreno, León y Becerra (2006), en que los mismos adolescentes reconocen falta de información y necesidad de formación en habilidades sociales. Esto es consistente con lo reportado por el programa nacional de salud mexicano (2001), en el que a partir de programas de educación en salud sexual y reproductiva que se basaron en habilidades sociales se logró la reducción de la mitad de los embarazos entre adolescentes, el incremento del uso del condón en más de la mitad de los jóvenes del

---

<sup>117</sup> MARRINER TOMMEY, Ann y RAILE, Martha. Modelos y teorías en enfermería. Op. Cit. Capítulo 21 p. 456.

---

país y se amortiguo la epidemia del VIH/SIDA. En Colombia, estamos avanzando con la inclusión de cátedras de educación sexual en colegios, la política nacional de salud sexual y reproductiva, pero se requiere continuar aunando esfuerzos.

De igual manera, el antecedente de las participantes de tener una madre que fue gestante durante la adolescencia, mostró una relación con la gestación actual de la adolescente gestante participante en el estudio con porcentaje de 60% frente a 32% en las adolescentes no gestantes, consistente esto con lo mencionado por la Organización panamericana de la Salud, que menciona en su quinto objetivo que el progreso para reducir la cantidad de embarazos de adolescentes se ha estancado, lo cual deja a más madres jóvenes en situación de riesgo, la pobreza y la falta de educación perpetúan las altas tasas de alumbramientos entre adolescentes, manteniéndose en un círculo vicioso de madres que son adolescentes y que tienen hijas que son madres adolescentes, así que el fortalecimiento de habilidades sociales como la autoeficacia puede impactar positivamente esta problemática.

Se evidenció que la gestación adolescente afecta el círculo familiar, las expectativas del futuro, porque los resultados mostraron que la adolescente no completo sus estudios, cambio la constitución de la familia, aspecto consistente con lo reportado por Roosa, Fitzgerald y Carlson, 1982; en Young TM, et al. 2001, que afirman que la maternidad adolescente tiene efectos negativos en la pareja adolescente, la sociedad y la descendencia.

El Modelo de promoción de la salud (MPS) desarrolla el concepto de “autoeficacia percibida” que define como “el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud”<sup>118</sup>, así los programas de salud sexual y reproductiva al enfocarse en las habilidades sociales no solo fomentan la prevención de la gestación adolescente sino la salud sexual y reproductiva, porque como lo reportan Thomas Dimitrov (2000), las cifras de gestación en adolescentes disminuyen pero se reportan conductas sexuales de riesgo como practicas orales y anales sin protección con el preservativo.

---

<sup>118</sup> MARRINER TOMMEY, Ann y RAILE, Martha. Modelos y teorías en enfermería Op. Cit. Capítulo 21 p. 456.

---

De esta manera, así no se demuestre diferencia en la autoeficacia en la presente investigación en los dos grupos comparados la evidencia de la literatura indica que la educación para programas de salud sexual y reproductiva, incluido el proyecto de extensión de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia Fomento de Responsabilidad procreativa para adolescentes Hagamos un pacto; deben tener como pilar la formación de habilidades sociales como la autoeficacia, vista como ese puente entre el conocimiento y la acción, y que como lo mencionan Pérez y Pick (2005) será útil para reducir las conductas sexuales proporcionando información clara y objetiva acerca de la sexualidad, con el fin de lograr cambios en la conducta de los adolescentes en los programas de educación en salud sexual y reproductiva estos se deben direccionar a formar habilidades sociales y proporcionar conocimientos para para afrontar las demandas del medio, es así como es concebida la autoeficacia por parte de los autores de la escala de autoeficacia general.

## **7. Conclusiones y recomendaciones**

### **7.1. Conclusiones**

La investigación no mostró diferencia en la autoeficacia en los dos grupos comparados, adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes, esto puede relacionar con las características sociales, económicas y culturales similares de la población participante, por tanto, se puede afirmar que la autoeficacia en esta investigación no tiene que ver con la decisión de embarazo en la adolescencia.

La autoeficacia no es el único factor que puede relacionarse con la gestación adolescente, es necesario correlacionarlo con proyectos de vida estructurados, y la intención de uso de métodos de planificación familiar, esto podría relacionarse con el inicio de vida más tardío, expectativas de vida mayores y gestaciones planeadas.

El cuestionario sociodemográfico mostró que las gestantes adolescentes tenían menor nivel socioeconómico que las adolescentes no gestantes, lo cual también se reflejó en el aseguramiento, que mostró que las adolescentes gestantes en mayor proporción

pertenece al régimen subsidiado, sin capacidad de pago, que las adolescentes no gestantes, que tiene mayor proporción en el régimen contributivo. Esta conclusión concuerda con los resultados de la encuesta distrital de demografía y salud, 2011, en la que se encuentra que la gestación en la adolescencia se relaciona inversamente con el nivel socioeconómico.

Las adolescentes gestantes reportaron ocupaciones inestables como ser amas de casa o buscar alternativas económicas en empleos inestables, sin enfoque en el proyecto de vida.

La gestación en la adolescencia se relaciona con relaciones afectivas inestables, uniones que fracasan y mayor número de parejas sexuales secundarias mayor número de uniones afectivas, por tal razón el estado civil de las gestantes adolescentes es inestable.

Las gestantes adolescentes que manifestaron proceder del área rural fueron más representativas que las gestantes no adolescentes de la misma procedencia, lo cual muestra mayor número de gestaciones adolescentes por acceso limitado a educación, servicios de salud y oportunidades sociales, además de las concepciones culturales.

Los resultados muestran que la práctica cristiana puede ser un factor, podría decirse protector, debido a que las adolescentes no gestantes cristianas presentaron menos gestaciones que las adolescentes gestantes católicas; de igual manera se encontró que una práctica religiosa frecuente puede relacionarse con el posponer la gestación en la adolescencia pero surge la inquietud y como recomendación la posibilidad de comparar la autoeficacia en adolescentes cristianas y no cristianas y su relación con la gestación en la adolescencia.

No se encontró diferencia en el apoyo familiar en los dos grupos comparados frente a la autoeficacia.

El nivel educativo de la madre se puede relacionar con el nivel educativo de la adolescente, aspecto que puede ser dado por la motivación de la madre a la adolescente hacía la construcción de un proyecto de vida, las expectativas familiares y los patrones

---

culturales. También es válido mencionar que el no contar con una figura materna puede relacionarse con la presentación de gestaciones en la adolescencia.

Las madres de las adolescentes gestantes son en mayor proporción amas de casa y tienen trabajos informales, es así que a menor nivel académico menores posibilidades de ocupaciones laborales estables para las madres adolescentes y por ende para la adolescente que crece en ese entorno social, además con el cambio del componente social de las adolescentes gestantes quienes desertan de sus instituciones educativas o se convierten en amas de casa, sin interactuar con personas de su misma edad, por el nuevo rol que ejercen.

No se encontró relación de la gestación con la presión de grupo para toma de decisiones, debido a que el comportamiento fue similar en los dos grupos, de igual manera la relación con los amigos y el pensar que los amigos ayudan a tomar decisiones.

La hija de una madre adolescente es muy probable que sea madre adolescente, este círculo vicioso es el que se pretende abordar con el fortalecimiento de las habilidades sociales en los programas de educación en salud sexual y reproductiva, sin olvidar que el fenómeno de embarazo en adolescentes es multi-causal.

Se puede de esta manera concluir, que la autoeficacia puede no relacionarse con factores externos los analizados de apoyo familiar, creencias religiosas, y demás. Sino que depende de aspectos de consistencia interna de las personas.

El sedentarismo y la falta de oportunidades para ocupar tiempo en artes o actividades intelectuales y/o deportivas en el grupo poblacional de adolescentes gestantes y no gestantes que participo en la investigación, muestra que las expectativas del futuro y por ende del proyecto de vida se pueden afectar negativamente.

Se evidencia una media (entre 30 y 33 puntos) similar en la puntuación de autoeficacia en los dos grupos de la presente investigación y en el grupo que participo en Costa Rica para validar la escala, es así que es posible que le factor cultural tenga influencia y que la escala necesite asociarse a instrumentos que miden proyecto de vida o expectativas del futuro y su relación con la gestación adolescente.

---

## 7.2. Recomendaciones

Indagar en el cuestionario sociodemográfico una pregunta que permita explorar si la gestación en la adolescencia causó la deserción de los estudios desarrollados en ese lapso de tiempo.

Para la docencia: Dar a conocer la investigación y sus resultados a las docentes de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con el fin de incentivar intervenciones basadas en habilidades sociales con adolescentes.

Para la investigación: Se recomienda llevar a cabo la investigación en poblaciones de diferentes estratos socioeconómicos o culturales con el fin de determinar diferencias en la autoeficacia, debido a que es posible que en el presente estudio no se evidenciaran diferencias por las similitudes de la población. De igual manera se recomienda desarrollar investigaciones cualitativas que permitan conocer la relación de la cultura y la autoeficacia; y ahondar la medición de niveles de habilidades sociales como asertividad, resiliencia, entre otros.

Comparar la autoeficacia en adolescentes cristianas y no cristianas y su relación con la gestación en la adolescencia.

Para la disciplina: Fortalecimiento de proyectos sociales de extensión para fortalecer la salud sexual y reproductiva de adolescentes a través de generar acciones de habilidades sociales con gestantes adolescentes para evitar segunda gestación, por parte de los profesionales de enfermería.

Continuar fortaleciendo el cuerpo de conocimientos y las intervenciones en enfermería frente a habilidades sociales, incluida la autoeficacia para fortalecer las intervenciones en educación a nivel de salud sexual y reproductiva.

Para el área de desempeño asistencial, comunitario e institucional de los profesionales de enfermería, fortalecer el cuidado brindado y percibido a los adolescentes por medio de modelos distritales como servicios amigables o las actividades desarrollados con este grupo poblacional, con el fin de generar conductas promotoras de salud en general y a

nivel sexual y reproductivo a través de la formación y fortalecimiento en habilidades sociales como la autoeficacia.

Promover la investigación enfocada en fenómenos sociales de interés en salud pública.

Para la construcción de políticas: Fortalecimiento modelos internacionales como servicios amigables, en los cuales se desarrollen acciones que den información para la acción y la ejecución de estrategias que fortalezcan la generación de conductas promotoras de salud.

Los resultados de la investigación, que coinciden con otros estudios, en la multicausalidad de la gestación en la adolescencia, permite la reformulación de políticas, y planes de beneficios para adolescentes.

## 8. Limitaciones

Llevar a cabo un estudio de corte transversal por lo flotante de esta población.

Limitación en el número de gestantes entre 15 y 19 años que participen en el estudio.

## 9. Estrategias de socialización de la investigación

La primera socialización se hará con el grupo materno perinatal con el fin de fortalecer el proyecto Fomento de responsabilidad procreativa: Hagamos un Pacto, con estos aportes se realizará posteriormente la socialización en comité de ética de la ESE de la localidad de Bosa en la que se llevó a cabo con autorización la recolección de la muestra, con su aval se solicitará espacio local en el Centro operativo Local de Bosa con las adolescentes gestantes, con el fin de que al conocer los resultados se medie acción. De igual manera se socializará con los colaboradores que trabajan con las gestantes con el fin de enfocar sus acciones según los resultados.

Posterior al aval del comité de ética, se socializará en el la unidad de análisis temático de enfermería y en la Alcaldía local, conforme a la disponibilidad de esta entidad.

Socialización con orientadores de centro educativo distrital de la localidad.

Presentación en el Seminario internacional de Cuidado de la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Socialización vía electrónica al Doctor Ralf Schwarzer.

## Anexos

### Anexo A: Cronograma

2011					
ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Revisión de literatura, sistematización de esta.	Análisis y sistematización de los datos. Revisión de literatura.	Análisis y sistematización de los datos. Revisión de literatura.	Análisis y sistematización de los datos. Revisión de literatura.	Análisis y sistematización de los datos. Revisión de literatura.	Análisis y sistematización de los datos. Revisión de literatura.
JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Redacción del informe. Revisión de literatura, Corrección del informe. Revisión de literatura	Redacción del informe. Revisión de literatura, Corrección del informe. Revisión de literatura	Redacción del informe. Revisión de literatura, Corrección del informe. Revisión de literatura	Redacción del informe. Revisión de literatura, Corrección del informe. Revisión de literatura	Redacción del informe. Revisión de literatura, Corrección del informe. Revisión de literatura	Redacción del informe. Revisión de literatura, Corrección del informe. Revisión de literatura

2012					
ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Aval a comité ética de la facultad.	Aval a comité ética de la facultad.	Corrección del informe. Revisión de literatura	Corrección del informe. Revisión de literatura	Corrección del informe. Revisión de literatura	Corrección del informe. Revisión de literatura
JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Nueva revisión de literatura, reformulación proyecto, Solicitud de permisos de autores	Nueva revisión de literatura, reformulación proyecto, Solicitud de permisos de autores.  Comité ética facultad.	Nueva revisión de literatura, reformulación proyecto, Solicitud de permisos de autores  Comité ética Institución de salud.	Nueva revisión de literatura, reformulación proyecto, Solicitud de permisos de autores.  Comité ética Institución de salud.	Nueva revisión de literatura, reformulación proyecto, Solicitud de permisos de autores.  Comité ética Institución de salud.	Nueva revisión de literatura, reformulación proyecto, Solicitud de permisos de autores.  Comité ética Institución de salud.

2013					
ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Aval a comité ética de la Institución.	Aplicación de instrumento a adolescentes no gestantes	Aplicación de instrumento a adolescentes no gestantes.	Aplicación de instrumento a adolescentes no gestantes	Aplicación de instrumento a adolescentes gestantes	Aplicación de instrumento a adolescentes gestantes.  Análisis y resultados.
JULIO- DICIEMBRE					
Análisis y resultados. Presentación informe. Sustentación pública de tesis.					

## Anexo B: Presupuesto

TIPO DE RUBRO	VALOR UNITARIO	NUMERO	VALOR TOTAL
Contratación de personal de apoyo para aplicación de instrumentos y digitación de información	10000	120	1.200.000
Revisión de estilo.	-	600000	600.000
Inscripción en evento	-	500000	500.000
Gastos Internet y telefonía para consultas	20000	24	480.000
Gastos para transporte en el área urbana de Bogotá	1750	200	350.000
Compra de materiales de oficina y papelería necesaria para el desarrollo del proyecto de investigación (Fotocopias Instrumento, y formato sociodemografico)	50	1000	50.000
Esferos	500	400	200.000
Refrigerio de participantes fase II	1500	120	180.000
Gastos paso de proyecto a comité asesor y ética	100	200	20.000
Empastes	-	40000	20.000
Para presentación de resultados	200	200	40.000
Gastos para la publicación del artículo de investigación	-	500.000	500.000
Trabajo Investigador	120000	960	115.200.000
Honorarios Asesor	120000	120	14.400.000
<b>Total</b>	<b>279100</b>	<b>1643274</b>	<b>133.290.000</b>

## Anexo C: Permisos de los autores

Enviado Friday, Agosto 26, 2011 4:25 pm

A [ellerew@mail.utexas.edu](mailto:ellerew@mail.utexas.edu)

Asunto Validation of Assertive Communication Scale (ACS) to spanish, Bogota, Colombia

Bogotá, August 26 2011

Doctor  
Lynn Rew

Respected Dr. Rew:

My name is Karen Santacruz and I am developing my master's degree in nursing at the National University of Colombia. During my studies I found your article "SEXUAL HEALTH PRACTICES OF HOMELESS YOUTH: A Model for Intervention," which mentioned Assertive Communication Scale (ACS). This instrument would be very valuable for the nursing faculty in the maternal-prenatal area if we could adapt it in Spanish within a research project that seeks the procreative responsibility in adolescents.

For this reason, I request your permission to determine the validity and reliability of this scale in Spanish, and also your cooperation to obtain the correct instrument, since I have not got it completely, to develop this important project. I appreciate your attention and cooperation.

Sincerely,

KarenSantacruz  
Nurse  
Universidad Nacional de Colombia

La Doctora Rew informa que su estudio los basó en la escala desarrollada por la Doctora Kathleen Hanna, por lo que se solicita su autorización.

---

De	<a href="mailto:pmorokoff@mail.uri.edu">Patricia Morokoff &lt;pmorokoff@mail.uri.edu&gt;</a>	
Enviado	Miércoles, Septiembre 28, 2011 4:57 pm	
A	<a href="mailto:ktsantacruz@unal.edu.co">'Karen Tatiana Santacruz Pardo' &lt;ktsantacruz@unal.edu.co&gt;</a>	
Asunto	RE: Validation Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women: Development and Validation to spanish Bogota, Colombia	
Datos adjuntos	<a href="#">SA scales.doc</a>	27K

---

Hi Ms. Santacruz,

Thanks very much for getting in touch about this. I know there have been groups working on a Spanish translation, but I do not have the product of this work, so if you do create a Spanish language version I am hoping that you will send it to me and be willing to share it with others, of course with attribution to you.

I am attaching the version of items that I have used most recently as we have revised it over the years. There is no overall score to this scale because the subscales are not highly correlated. To calculate a score for each subscale you need to reverse score relevant items and then sum the total of the responses within the subscale. Please let me know if I can be of help.

I would also like you to know that one of my graduate students (now graduated and working in Miami) was from Columbia and developed a culturally tailored version of the sexual assertiveness scale. I would be happy to contact her about your work if you would like.

Sincerely,

Patricia J. Morokoff, Ph.D.  
Professor and Chair  
Department of Psychology  
University of Rhode Island  
10 Chafee Rd., Kingston, RI 02881

[morokoff@uri.edu](mailto:morokoff@uri.edu)

Tel: (401)874-4342

Fax: (401) 874-2157

**From:** Karen Tatiana Santacruz Pardo [mailto:ktsantacruz@unal.edu.co]

**Sent:** Tuesday, September 27, 2011 8:42 PM

**To:** morokoff@uri.edu

**Subject:** Validation Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women: Development and Validation to spanish Bogota, Colombia

Bogotá, september 27 2011

Doctor

Patricia J. Morokoff

Respected Dr. Morokoff:

My name is Karen Santacruz and I am developing my master's degree in nursing at the National University of Colombia. During my studies I found your article "Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women: Development and Validation. This instrument would be very valuable for the nursing faculty in the maternal-prenatal area if we could adapt it in Spanish within a research project that seeks the procreative responsibility in adolescents.

For this reason, I request your permission to determine the validity and reliability of this scale in Spanish, and also your cooperation to obtain the correct instrument, since I have not got it completely, to develop this important project. I appreciate your attention and cooperation.

Sincerely,

Karen Santacruz

Nurse

Universidad Nacional de Colombia

self-efficacy scale - ktsantacruz@unal.edu.co - Correo de Universidad Nacional de Colombia - Windows Internet Explorer

https://mail.google.com/mail/u/1/?ui=2&ik=837da1b0cc&view=cv&fs=1&tf=1&ver=vExeC7ZW9hV.es.8&am=IzCmtd8L9-f7Bx1zErLxYVWZph6nHW42dDy\_tqhk8w\_7vJouC76W3MqoW0JMC\_C1h08hQ&search=inbox&th=138335fec4bd344c&cvid=1

self-efficacy scale Recibidos x

Traducir conversación Reenviar todo Ocultar todos Imprimir todo

28 jun

Karen Tatiana Santacruz Pardo  
para health

Respected Dr. Schwarzer :

My name is Karen Santacruz and I am developing my master's degree in nursing at the National University of Colombia. During my studies I found your article "The assessment of optimistic self-beliefs: comparison of the german, spanish, and chinese versions of the general self-efficacy scale. This instrument would be very valuable for the nursing faculty in the maternal-prenatal area if we could to use it in Spanish within a research project that seeks the proactive responsibility in adolescents.

For this reason, I request your permission to use scale in Spanish, to develop this important project.

I appreciate your attention and cooperation.

Sincerely,

Karen Santacruz  
Nurse  
Universidad Nacional de Colombia

...

Ralf Schwarzer health@zedat.fu-berlin.de  
para mí

28 jun

inglés > español Traducir mensaje Desactivar para: inglés x

You are welcome to do so, see attachment

Prof. Dr. Ralf Schwarzer, Freie Universität Berlin, Psychology  
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Germany  
Email: ralf.schwarzer@fu-berlin.de  
Web: <http://www.RalfSchwarzer.de/>

ES 08:47 a.m. 22/07/2012



Freie Universität Berlin, Gesundheitspsychologie (PF 10),  
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Germany

Fachbereich Erziehungs-  
wissenschaft und Psychologie  
- Gesundheitspsychologie -

Professor Dr. Ralf Schwarzer  
Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin, Germany

Fax +49 30 838 55634  
health@zedat.fu-berlin.de  
www.fu-berlin.de/gesund

### Permission granted

to use the General Self-Efficacy Scale for non-commercial research and development purposes. The scale may be shortened and/or modified to meet the particular requirements of the research context.

<http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm>

You may print an unlimited number of copies on paper for distribution to research participants. Or the scale may be used in online survey research if the user group is limited to certified users who enter the website with a password.

There is no permission to publish the scale in the Internet, or to print it in publications (except 1 sample item).

The source needs to be cited, the URL mentioned above as well as the book publication:

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp.35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Professor Dr. Ralf Schwarzer  
[www.ralfschwarzer.de](http://www.ralfschwarzer.de)

## Anexo D: Escala

### APPENDIX B (SPANISH) Autoeficacia Generalizada

	incorrecto	apenas cierto	más bien cierto	cierto
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

El autor proporciona el siguiente documento respecto al uso de la escala de autoeficacia general:

Everything you wanted to know about the  
**General Self-Efficacy Scale**  
 but were afraid to ask

by Ralf Schwarzer, May 30, 2011

The purpose of this FAQ is to assist the users of the scales published at the author's web page  
<http://www.ralfschwarzer.de/>

DOWNLOAD of PDFs: [http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/selfeff\\_public.htm](http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/selfeff_public.htm)

Before attending to the questions below you might want to study our web pages. You might not have any questions after reading the web pages.

 **Do I need permission to use the general perceived self-efficacy (GSE) scale?**

You do not need our explicit permission to utilize the scale in your research studies. We hereby grant you permission to use and reproduce the General Self-Efficacy Scale for your study, given that appropriate recognition of the source of the scale is made in the write-up of your study.

The main source is:

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, England: NFER-NELSON.

An additional source for the German version is:

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (Eds.). (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.

 **I am not sure whether I want to measure general perceived self-efficacy (GSE) or specific health-related self-efficacy.**

You have to decide which one fits your research question. If you intend to predict a particular behavior you are better off with a specific scale. You might be best off by designing your own items, tailored to your study, such as:

"I am certain that I can do ...xy..., even if ...zz ..." ( 1 2 3 4 ).

Health-specific self-efficacy scales can be found at:

<http://userpage.fu-berlin.de/~health/healsself.pdf>

For the English version of the teacher self-efficacy scale, see Schwarzer & Hallum (2008).

If you are interested in other health behavior constructs, consult the NCI Health Behavior Constructs Website:

<http://cancercontrol.cancer.gov/constructs>

### **What is the scoring procedure for the GSE?**

Add up all responses to a sum score. The range is from 10 to 40 points. Or use a mean score, such as:

COMPUTE SEFF = Mean (SE1, SE2, SE3, SE4, SE5, SE6, SE7, SE8, SE9, SE10).

In many samples the mean had been around 2.9

### **Occasionally, someone will not respond to some of the items. What do you recommend to do with missing data?**

Our rule of thumb is to calculate a score as long as no more than three items on the ten-item scale are missing.

In SPSS, this is done by :

COMPUTE SEFF = Mean.7 (SE1, SE2, SE3, SE4, SE5, SE6, SE7, SE8, SE9, SE10).

However, there are also other methods such as regression, hot deck, or multiple imputations techniques (ask your advisor).

### **How can I categorize persons as being high or low self-efficacious?**

We do not endorse the view that people should be categorized this way. There is no cut-off score. One could, however, establish groups on the basis of the empirical distributions of a particular reference population. One could do a median split, which is to dichotomize the sample, for example, at the cut-off point of 30 (if this is near the median in your sample).

### **Can I use some original data to compare with my own data?**

Yes, there is an international data set as an SPSS SAV file that includes about 18,000 respondents. Available for free download at:

[http://www.fu-berlin.de/gesund/gesu\\_engl/world\\_zip.htm](http://www.fu-berlin.de/gesund/gesu_engl/world_zip.htm)

### **What are the psychometric characteristics of the GSE?**

It depends on the sample and the study context. There are more than 1,000 studies that have used the scales in many countries and languages

There are currently scale versions adapted to 30 languages. See:

<http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm>

Updated psychometric findings have been published recently, for example, in:

Scholz, U., Gutiérrez-Doña, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment, 18*(3), 242-251.

Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., & Schwarzer, R. (2004). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*.

 **Can you tell me more about the validity of the GSE?**

<b>Concurrent and Prognostic Validity of General Perceived Self-Efficacy</b>				
	<b>1989</b>		<b>1991</b>	
	<i>Men</i>	<i>Women</i>	<i>Men</i>	<i>Women</i>
Depression	-.31	-.44	-.27	-.32
Loneliness	-.39	-.39	-.27	-.24
Anxiety	-.41	-.45	-.31	-.32
Shyness	-.47	-.47	-.33	-.29
Self-Esteem	.51	.59	.34	.40
Optimism	.48	.51	.20	.56
Pessimism	-.27	-.30	-.20	-.19

**Note.** The correlations were derived from a sample of East German migrants in 1989 and 1991.

n = 528 men and n = 380 women took part in the first wave of data collection, n = 122 men and n = 102 women participated also at the second point in time.

<b>Correlations between Self-Efficacy and Other Personality Traits</b>	
Extraversion (FPI)	.49
Neuroticism	-.42
Extraversion (PDE)	.64
Failure or action orientation	.43
Decision or action orientation	.49
Action centering	.15
Hope for success	.46
Fear of failure	-.45

**Note.** The correlations were derived from a sample of N = 180 university students. All correlations are highly significant.

 **What are the norms of the GSE?**

<b>T-Norms of the General Perceived Self-Efficacy Scale</b>				
Heterogenous Adult Population		High School Students		US-American Adult Population

<b>x</b>	<b>T</b>	<b>x</b>	<b>T</b>	<b>x</b>	<b>T</b>
<b>10</b>	12	<b>10</b>	1		
<b>11</b>	14	<b>11</b>	3	<b>11</b>	14
<b>12</b>	16	<b>12</b>	6	<b>12</b>	16
<b>13</b>	18	<b>13</b>	8	<b>13</b>	18
<b>14</b>	20	<b>14</b>	11	<b>14</b>	20
<b>15</b>	22	<b>15</b>	13	<b>15</b>	22
<b>16</b>	24	<b>16</b>	16	<b>16</b>	24
<b>17</b>	26	<b>17</b>	19	<b>17</b>	26
<b>18</b>	28	<b>18</b>	21	<b>18</b>	28
<b>19</b>	30	<b>19</b>	24	<b>19</b>	30
<b>20</b>	32	<b>20</b>	26	<b>20</b>	32
<b>21</b>	34	<b>21</b>	29	<b>21</b>	33
<b>22</b>	36	<b>22</b>	31	<b>22</b>	35
<b>23</b>	38	<b>23</b>	34	<b>23</b>	37
<b>24</b>	40	<b>24</b>	36	<b>24</b>	39
<b>25</b>	42	<b>25</b>	39	<b>25</b>	41
<b>26</b>	44	<b>26</b>	41	<b>26</b>	43
<b>27</b>	46	<b>27</b>	44	<b>27</b>	45
<b>28</b>	48	<b>28</b>	46	<b>28</b>	47
<b>29</b>	49	<b>29</b>	49	<b>29</b>	49
<b>30</b>	51	<b>30</b>	51	<b>30</b>	51
<b>31</b>	53	<b>31</b>	54	<b>31</b>	53
<b>32</b>	55	<b>32</b>	56	<b>32</b>	55
<b>33</b>	57	<b>33</b>	59	<b>33</b>	57
<b>34</b>	59	<b>34</b>	61	<b>34</b>	59
<b>35</b>	61	<b>35</b>	64	<b>35</b>	61
<b>36</b>	63	<b>36</b>	66	<b>36</b>	63
<b>37</b>	65	<b>37</b>	69	<b>37</b>	65
<b>38</b>	67	<b>38</b>	71	<b>38</b>	67
<b>39</b>	69	<b>39</b>	74	<b>39</b>	69
<b>40</b>	71	<b>40</b>	76	<b>40</b>	70

**Note.. Heterogenous Adult Population:** The T-norms for the German version of this scale are based on a sample of N = 1,660 persons. The weighted mean was found to be 29.28, the weighted variance equalled 25.91.

**High School Students:** These T-norms were derived from a sample of N = 3,494 German high school students (12 to 17 years old). In this sample the mean was found to be 29.60, standard deviation equalled 4.0.

**US-American Adult Population:** These T-norms were derived from a sample of N = 1,594 US-American adults. In this sample the mean was found to be 29.48, standard deviation equalled 5.13. Gender was equally distributed, male 50.9%, female 49.1%.

### Where can I read more about the scale and the research that has been conducted with it?

- Hinz A, Schumacher J, Albani C, Schmid G, & Brähler E (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica*, 52(1), 26-32.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195-213). Washington, DC Hemisphere.
- Mittag, W., & Schwarzer, R. (1993). Interaction of employment status and self-efficacy on alcohol consumption: A two-wave study on stressful life transitions. *Psychology & Health*, 8, 77-87.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin, Germany: Freie Universität Berlin (*no longer available*)
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychology & Health*, 9, 161-180.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (p. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Zhang, J. X., & Schwarzer, R. (1995). Measuring optimistic self-beliefs: A Chinese adaptation of the General Self-Efficacy Scale. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 38 (3), 174-181.
- Bäßler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general [Measuring generalized self-beliefs: A Spanish adaptation of the General Self-Efficacy scale]. *Ansiedad y Estrés*, 2 (1), 1-8.
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviors. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models*. (pp. 163-196) Buckingham, UK: Open University Press.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M., & Romek, V. (1996). Russian version of the General Self-Efficacy Scale. *Foreign Psychology (Moscow)*, 7, 71-77 [in Russian].
- Schwarzer, R., Bäßler, J., Kwiatek, P., Schröder, K., & Zhang, J. X. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy Scale. *Applied Psychology: An International Review*, 46 (1), 69-88.
- Schwarzer, R., & Born, A. (1997). Optimistic self-beliefs: Assessment of general perceived self-efficacy in thirteen cultures. *World Psychology*, 3(1-2), 177-190.
- Schwarzer, R., Born, A., Iwawaki, S., Lee, Y.-M., Saito, E., & Yue, X. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the Chinese, Indonesian, Japanese and Korean versions of the General Self-Efficacy Scale. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 40 (1), 1-13.
- Schwarzer, R., Mueller, J., & Greenglass, E. (1999). Assessment of perceived general self-efficacy on the Internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress, and Coping*, 12, 145-161.
- Rimm, H., & Jerusalem, M. (1999). Adaptation and validation of an Estonian version of the General Self-Efficacy Scale (ESES). *Anxiety, Stress, and Coping*, 12, 329-345.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (Eds.). (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.

- 
- Scholz, U., Gutiérrez-Doña, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment, 18*(3), 242-251.
- Schwarzer, R. (2003). Selbstwirksamkeitserwartung – ein psychologisches Konstrukt für die pädagogische Praxis [Self-efficacy–A psychological construct for pedagogical practice]. In J. Koblitz & N. Posse (Hg.), *Weiterbildung und Beratung – Zum Dialog von Theorie und Praxis. Festschrift für Christine Schwarzer* (S. 125-152). Berlin: Logos Verlag.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2004). General self-efficacy scale. In S. Salek (Ed.), *Compendium of quality of life instruments* (Vol. 6, Section 2A:1) [CD-ROM]. Cardiff, Wales: Centre for Socioeconomic Research, Cardiff University. Haslemere, England: Euromed Communications [CD-ROM publication, without page numbers].
- Schwarzer, R., & Schmitz, G. S. (2004). Perceived self-efficacy and teacher burnout: A longitudinal study in ten schools. In Marsh, H. W., Baumert, J., Richards, G. E., & Trautwein, U. (Eds.), *Proceedings - Self-concept, motivation and identity: Where to from here?* University of Western Sydney, Australia: SELF Research Centre. Retrieved December 17, 2004, from [http://self.uws.edu.au/Conferences/2004\\_Schwarzer\\_Schmitz.pdf](http://self.uws.edu.au/Conferences/2004_Schwarzer_Schmitz.pdf)
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology, 40*(2), 80-89.
- Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2005). Multidimensional health locus of control: Comments on the construct and its measurement. *Journal of Health Psychology, 10*(5), 633-642.
- Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2005). Social cognitive theory. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (2nd ed. rev., pp. 127-169). Buckingham, England: Open University Press.
- Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2005). The role of self-efficacy in health self-regulation. In W. Greve, K. Rothermund, & D. Wentura (Eds.), *The adaptive self: Personal continuity and intentional self-development* (pp. 137-152). Göttingen, Germany: Hogrefe/Huber.
- Schwarzer, R., Boehmer, S., Luszczynska, A., Mohamed, N. E., & Knoll, N. (2005). Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Personality and Individual Differences, 39*, 807-818.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2005). Self-efficacy, adolescents' risk-taking behaviors, and health. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents. Adolescence and education* (Vol. V; pp. 139-159). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Luszczynska, A., Mohamed, N. E., & Schwarzer, R. (2005). Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. *Psychology, Health & Medicine, 10*, 365-375.
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology, 139*(5), 439-457.
- Boehmer, S., Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2007). Coping and quality of life after tumor surgery: Personal and social resources promote different domains of quality of life. *Anxiety, Stress, and Coping, 20*, 61-75.

- Boehmer, S., Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2007). Coping and quality of life after tumor surgery: Personal and social resources promote different domains of quality of life. *Anxiety, Stress, and Coping, 20*, 61-75.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2007). Self-efficacy. In M. Gerrard & K. D. McCaul (Eds.), *Health behavior constructs: Theory, measurement, and research*. National Cancer Institute Website. Retrieved June 11, 2008 from <http://dcccps.cancer.gov/brp/constructs/self-efficacy/index.html>
- Schwarzer, R., & Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: Mediation analyses. *Applied Psychology: An International Review. Special Issue: Health and Well-Being, 57*, 152-171.
- Satow, L., Lippke, S., & Schwarzer, R. (2009). Planung und Selbstwirksamkeit von Teilnehmern an einer Online-Intervention für entwöhnungsmotivierte Raucher [Planning and self-efficacy of participants in an online intervention for cessation-motivated smokers]. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 17*, 114-120. doi: 10.1926/0943-8149.17.3.114
- Luszczynska, A., Cao, D. S., Mallach, N., Pietron, K., Mazurkiewicz, M., & Schwarzer, R. (2010). Intentions, planning, and self-efficacy predict physical activity in Chinese and Polish adolescents: Two moderated mediation analyses. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*(2), 265-278.
- Schwarzer, R., & Warner, L. M. (2010). Selbstwirksamkeit bei Lehrern [Teacher self-efficacy]. In E. Terhart, H. Bennewitz, & M. Rothland (Eds.), *Handbuch der Forschung zum Lehrerberuf*. Münster, Germany: Waxmann-Verlag.
- Schwarzer, R., Richert, J., Kreausokon, P., Remme, L., Wiedemann, A. U., & Reuter, T. (2010). Translating intentions into nutrition behaviors via planning requires self-efficacy: Evidence from Thailand and Germany. *International Journal of Psychology, 54*, 260-268.
- Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., Schütz, B., Wurm, S., Tesch-Römer, C., & Schwarzer, R. (2011). Maintaining autonomy despite multimorbidity: Self-efficacy and the two faces of social support. *European Journal of Ageing, 8*, 3-12. doi: 10.1007/s10433-011-0176-6

 **We wish you much success with your research.**

**If you still have questions, you may send an e-mail to Ralf Schwarzer at [health@zedat.fu-berlin.de](mailto:health@zedat.fu-berlin.de)**

DOWNLOAD of PDFs: [http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/selfeff\\_public.htm](http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/selfeff_public.htm)

For those who need a formal permission letter on stationary, we have added the following page. No individual letters will be provided due to university resource limitations. →

## SA scales

Think about a person YOU USUALLY HAVE SEX WITH or SOMEONE YOU USED TO HAVE SEX WITH REGULARLY. Answer the next questions with that person in mind. Think about what you *would* do even if you have not done some of these things. Fill in your best answers.

Never  
Sometimes  
About half the time  
Usually  
Always

Initiation Subscale

1. I begin sex with my partner if I want to.
2. I let my partner know if I want my partner to touch my genitals.
3.  I wait for my partner to touch my genitals instead of letting my partner know that's what I want.
4.  I wait for my partner to touch me sexually instead of letting my partner know that's what I want.
5. I let my partner know if I want to have my genitals kissed.
6.  Women should wait for men to start things like breast touching.

Refusal Subscale

1.  I put my mouth on my partner's genitals if my partner wants me to, even if I don't want to.
2.  I give in and kiss if my partner pressures me, even if I already said no.
3. I refuse to let my partner touch me sexually if I don't want that, even if my partner insists.
4.  I have sex if my partner wants me to, even if I don't want to.
5. If I said no, I won't let my partner touch my genitals even if my partner pressures me.
6. I refuse to have sex if I don't want to, even if my partner insists.

Information Communication Subscale

1. I would ask if I want to know if my partner ever had an HIV test.
2. I would ask my partner about the AIDS risk of his or her past partners, if I want to know.
3. I would ask if I want to know if my partner ever had a sexually transmitted disease (STD).
4. If I want to know, I would ask my partner if my partner ever had sex with someone of the same sex.
5. I would ask if I want to know if my partner ever had sex with someone who shoots drugs with a needle.
6. I would ask if I want to know if my partner ever used needles to take drugs.

Contraception/STD Prevention Subscale

1.   Ⓜ I have sex without a condom or latex barrier if my partner doesn't like them, even if I want to use one.
2.   Ⓜ I have sex without using a condom or latex barrier if my partner insists, even if I don't want to.
3.   I make sure my partner and I use a condom or latex barrier when we have sex.
4.   Ⓜ I have sex without using a condom or latex barrier if my partner wants.
5.   I insist on using a condom or latex barrier if I want to, even if my partner doesn't like them.
6.   I refuse to have sex if my partner refuses to use a condom or latex barrier.

Se establece contacto con Pablo Vallejo Medina por emdio del correo electronic proporcionado en el estudio:  
Propiedades psicométricas de la versión española de la *Sexual Assertiveness Scale* (SAS)

## Anexo E: Consentimiento Informado



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### AUTOEFICACIA GENERAL EN ADOLESCENTES GESTANTES Y NO GESTANTES

Se invita a participar en el proyecto que tiene como objetivo “Determinar la diferencia de autoeficacia entre adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes de 15 a 19 años”, el cual se lleva a cabo mediante la respuesta de 10 preguntas que hacen parte de un cuestionario. El tiempo que le tomará responder las preguntas es de máximo 30 minutos, su participación es confidencial, no se presentarán en los resultados su nombre, solo se usarán iniciales y su único fin es investigativo.

Como beneficios de este estudio usted podrá conocer su autoeficacia definida como “juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud”.

No existen riesgos para la salud física, psicológicamente puede que las preguntas conlleven a reflexiones personales que produzcan conflicto personal al participar en este proyecto, contará con el apoyo técnico necesario y se reitera la confidencialidad.

Como este proyecto involucra a mujeres entre los 15 y 19 años, para las participantes menores de 18 años en caso la institución educativa lo solicite se contará con el permiso de padres o tutores.

Por la presente autorizó mi participación y la utilización de los resultados de mi cuestionario por parte de la Enfermera KAREN SANTACRUZ o a quien la reemplace.

Certificó que se me ha explicado la naturaleza y propósitos del proyecto, también me ha informado de las ventajas, molestias y riesgos que pueden producirse. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente.

Certificó y aclaro que me puedo arrepentir de participar en la investigación o retomarla sin que esto me perjudique.

Certificó que he leído y comprendido perfectamente lo anteriormente anotado y que me encuentro en capacidad de expresar con libertad mi decisión de participar.

A todo esto, DOY MI CONSENTIMIENTO, y acepto todo el proceso que será llevado a cabo en esta investigación.

---

**PARTICIPANTE:**

CODIGO: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Número de documento de identidad: \_\_\_\_\_ Expedido en:  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Barrio: \_\_\_\_\_

**TUTOR O ACUDIENTE:**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Número de documento de identidad: \_\_\_\_\_ Expedido en:  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Barrio: \_\_\_\_\_

He explicado correctamente en qué consiste la investigación a la participante y ésta ha aceptado su comprensión y participación en el mismo.

**INVESTIGADORA QUE SOLICITA EL CONSENTIMIENTO:**Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Firma:  
\_\_\_\_\_Número de documento de identidad: \_\_\_\_\_ Expedido en:  
\_\_\_\_\_

---

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Barrio: \_\_\_\_\_

Investigador: Karen Tatiana Santacruz

Directora Profesora Myriam Patricia Pardo Torres

Tel 3162846382

E-.mail: [ktsantacruz@unal.edu.co](mailto:ktsantacruz@unal.edu.co)

E-.mail: [mppardot@unal.edu.co](mailto:mppardot@unal.edu.co)

**Revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional de Colombia. Carrera 30 No.45 - 03, TORRE DE ENFERMERÍA, Edificio 101, piso 8, Oficina 805 Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17020 Fax: 17021 Correo electrónico: [ugi\\_febog@unal.edu.co](mailto:ugi_febog@unal.edu.co)**

## Anexo F: Asentimiento Informado



### **ASENTIMIENTO INFORMADO** **AUTOEFICACIA GENERAL EN ADOLESCENTES GESTANTES Y NO GESTANTES**

Se invita a participar en el proyecto que tiene como objetivo “Determinar la diferencia de autoeficacia entre adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes de 15 a 19 años”, el cual se lleva a cabo mediante la respuesta de una 10 preguntas que hacen parte de un cuestionario, el tiempo que le tomará responder las preguntas es de máximo 30 minutos, su participación es confidencial, no se presentarán en los resultados su nombre, solo se usarán iniciales y su único fin es investigativo.

Como beneficios de este estudio usted podrá conocer el nivel individual de autoeficacia. No existen riesgos para la salud física, psicológicamente puede que las preguntas conlleven a reflexiones personales que produzcan conflicto personal al participar en este proyecto, se reitera la confidencialidad.

Como este proyecto involucra a mujeres entre los 15 y 19 años, para las participantes menores de 18 años en caso la institución educativa lo solicite se contará con el permiso de padres o tutores.

Por la presente autorizó mi participación y la utilización de los resultados de mi cuestionario por parte de la Enfermera KAREN SANTACRUZ o a quien lo reemplace.

Certificó que se me ha explicado la naturaleza y propósitos del proyecto, también me ha informado de las ventajas, molestias y riesgos que pueden producirse. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente.

Certificó que he leído y comprendido perfectamente lo anteriormente anotado y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío.

---

Nombre Participante

---

Nombre y parentesco (Padre o Tutor)

---

Nombre y/o Firma Investigador

---

Fecha y ciudad.

Investigador: Karen Tatiana Santacruz

Directora Profesora Myriam Patricia Pardo Torres

Tel 3162846382

E-.mail: [katasantacruz@gmail.com](mailto:katasantacruz@gmail.com)

E-.mail: [mppardot@unal.edu.co](mailto:mppardot@unal.edu.co)

## Anexo G: Aval Comité de ética, Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia.



1/1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE GESTIÓN E INVESTIGACIÓN

**UGI-247-2012**

Bogotá D.C., 9 de Octubre de 2012

Profesora

**MYRIAM PATRICIA PARDO**

Coordinadora Posgrados de Enfermería

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Respetada Profesora:

De la manera más atenta, me permito informarle que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 8 de Octubre de 2012 Acta No.13, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de Maestría en Enfermería **AUTOEFICACIA EN ADOLESCENTES GESTANTES Y NO GESTANTES A PARTIR DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL MODIFICADA** de la estudiante Karen Tatiana Santacruz, bajo su dirección.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

**(ORIGINAL FIRMADO)**

-----

**YURIAN RUBIANO MESA**

Presidenta Comité de Ética\*

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

\* Delegada por la Decana

Copia:

Karen Tatiana Santacruz – Estudiante Maestría

**145 años**  
Innovando

Carrera 30 No.45 - 03, **TORRE DE ENFERMERÍA**, Edificio 101, piso 8, Oficina 805  
Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17020 Fax: 17021  
Correo electrónico: [ugi\\_febog@unal.edu.co](mailto:ugi_febog@unal.edu.co)  
Bogotá, Colombia, Sur América

---

## **Anexo H: Solicitud de aval institución hospitalaria**

Bogotá; agosto 29 de 2012

Doctora

**GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLON**

Gerente Hospital Pablo VI Bosa ESE

Ciudad

*Asunto: Solicitud de autorización para aplicación de cuestionario con fines investigativos.*

Respetada Doctora, reciba un cordial saludo:

Atentamente yo Karen Tatiana Santacruz Pardo, enfermera de la institución hace 35 meses; me permito comentarle que actualmente estoy cursando la maestría en enfermería con énfasis en cuidado materno perinatal en la Universidad Nacional de Colombia; en la cual llevo a cabo la investigación “autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes a partir de la escala de autoeficacia general modificada”. Por esta razón respetuosamente me permito solicitar su amable colaboración y aprobación para aplicar un cuestionario de autoeficacia compuesto por 10 preguntas a mujeres adolescentes (14 a 19 años) que asisten al curso de maternidad y paternidad responsable, a las consultas de control prenatal en todas las sedes asistenciales y a las adolescentes que pertenecen a los colegios intervenidos a nivel extramural por la institución. El fin es comparar la autoeficacia entre mujeres adolescentes gestantes y no gestantes.

Considero que los resultados serán un gran avance para el desarrollo de actividades educativas para adolescentes y jóvenes de la localidad y del distrito frente a la prevención de embarazos no planeados y el contagio de ITS, situaciones que hoy en día son problemas de salud pública en Bogotá.

A espera de su respuesta y agradeciendo su amable colaboración y valiosa atención.

Cordialmente;

MIRYAM PATRICIA PARDO TORRES

Enfermera PhD. Ciencias de la Salud

Profesor Universidad Nacional de Colombia

E-mail: [mppardot@bt.unal.edu.co](mailto:mppardot@bt.unal.edu.co)

KAREN TATIANA SANTACRUZ

Enfermera Candidata a Magister en

Enfermería Universidad Nacional de Colombia

Referente Programas Hospital Pablo VI Bosa

E-mail: [katasantacruz@gmail.com](mailto:katasantacruz@gmail.com)-  
[ktsantacruz@unal.edu.co](mailto:ktsantacruz@unal.edu.co)

Tel. 3162846382

Anexo:(1) Folios, (1) CD.





UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
SEDE BOGOTÁ

## ANEXO I: SOLICITUD MODIFICACIÓN DEL TITULO DE TESIS DE MAESTRIA DE ENFERMERIA

Bogotá, lunes 17 de junio de 2013

Profesores

### **COMITÉ ETICA**

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Ciudad

**ASUNTO:** SOLICITUD MODIFICACIÓN DEL TITULO DE TESIS DE MAESTRIA DE ENFERMERIA

Respetados Profesores:

De manera atenta me permito solicitar su aval para la modificación del título del Proyecto de Tesis de la estudiante de maestría *KAREN TATIANA SANTACRUZ* CC 52896934 cuyo título aprobado fue: "COMPARACIÓN DE LA AUTOEFICACIA ENTRE MUJERES ADOLESCENTES GESTANTES Y NO GESTANTES A PARTIR DEL INSTRUMENTO ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL MODIFICADA", el nuevo título que se propone es "*AUTOEFICACIA GENERAL EN ADOLESCENTES GESTANTES Y NO GESTANTES*".

Esta solicitud responde a que en un principio se planteó la propuesta de hacer una modificación en la escala likert de la ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL, pero teniendo la oportunidad de conocer más a profundidad el procedimiento psicométrico de la escala y la razón del uso del propuesta de valoración que esta contiene llegamos a la conclusión de que no es pertinente hacer ninguna modificación.

Por lo tanto, esta sería la única modificación en la propuesta avalada por ustedes, porque el diseño seguirá siendo el mismo, un estudio descriptivo comparativo de la autoeficacia general con adolescentes gestantes y no gestantes.

Agradecemos su atención y colaboración.

Cordialmente,

[Original Firmado]

Prof. MIRYAM PATRICIA PARDO TORRES

Directora Tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
SEDE BOGOTÁ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

**UGI-336-2013**

Bogotá D.C., miércoles, 4 diciembre de 2013

Profesora  
**CLARA VIRGINIA CARO CASTILLO**  
Directora  
Posgrados en Enfermería Disciplinares  
Facultad de Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia

**Referencia:** Aprobación cambio de título

Estimada profesora:

Cordialmente me permito informarle que el Consejo de Facultad en sesión del 27 de noviembre de 2013 Acta No. 30, aprobó en cambio de título de la tesis de Maestría en Enfermería "Comparación de la autoeficacia entre mujeres adolescentes gestantes y no gestantes a partir del instrumento escala del autoeficacia general modificada" por "**Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes**" de la estudiante Karen Tatiana Santacruz, directora profesora Myriam Patricia Pardo Torres.

Se anexa comunicación SA-1480-2013.

Atentamente,

**(ORIGINAL FIRMADO POR)**

-----

**YURIAN LIDA RUBIANO MESA**  
Presidenta Comité de Ética\*  
Facultad de Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia  
\* Delegada por la Decana

Copia: Karen Tatiana Santacruz - **Estudiante Maestría**  
Myriam Patricia Pardo Torres - **Directora Tesis**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
SEDE BOGOTÁ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CONSEJO DE FACULTAD

**SA-1480-2013**

Bogotá D.C., Diciembre 2 de 2013

Profesoras  
**LORENA CHAPARRO DÍAZ**  
Directora Centro de Extensión e Investigación  
**YURIAM LIDA RUBIANO MESA**  
Presidenta Comité de Ética  
Facultad de Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia

Referencia: aprobación cambio de título tesis

Apreciadas Profesoras:

El Consejo de Facultad en sesión del 27 de noviembre de 2013 Acta No.30, se permite comunicar que aprobó la siguiente solicitud relacionada con cambio de título, teniendo en cuenta el concepto del Comité de Ética en sesión del 18 de noviembre del 2013, Acta No.19, a fin de realizar los trámites pertinentes desde el Centro de Extensión e Investigación:

<p>Se solicita al Consejo de Facultad el cambio de Título de la tesis Maestría en Enfermería "Comparación de la autoeficacia entre mujeres adolescentes gestantes y no gestantes a partir del instrumento escala del autoeficacia general modificada"</p> <p><b>Por: "Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes".</b> De la estudiante Karen Tatiana Santacruz, directora: Myriam Patricia Pardo Torres.</p>	<p><b>Carta de solicitud de cambio de título</b></p>	<p>El comité de ética en sesión del 18 de noviembre de 2013, Acta No. 19, estudió la solicitud la solicitud y recomendó comunicar al consejo de facultad el cambio de título por: <i>Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes.</i></p> <p><b>RECOMENDACIÓN DE LA DIRECCIÓN UGI:</b> Se recomienda que el Consejo de Facultad apruebe el cambio de título del proyecto.</p>
--	--	---

Cordial Saludo,

(Original Firmado)  
**MAGDA LUCIA FLÓREZ FLÓREZ**  
Secretaria de Facultad

Copia: profesora Renata Virginia González Consuegra – Decana, Profesora Myriam Patricia Pardo Torres y Estudiante Karen Tatiana Santacruz

**145 años**  
Innovando

Carrera 30 N° 45-03, **TORRE DE ENFERMERÍA**, Edificio 101, Piso 10°, Oficina 1002  
Teléfono: (57-1) 316 5173 Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17006 Fax: 17005  
Correo electrónico: secreacad\_febog@unal.edu.co  
Bogotá, Colombia, Sur América

## Bibliografía

1. CEPAL, UNICEF, UNICEF TACRO. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio. Maternidad Adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos. Número 4, enero de 2007. ISSN 1816-7527. En: [http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/1/27871/desafios\\_4\\_esp\\_Final.pdf](http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/1/27871/desafios_4_esp_Final.pdf). 16/06/2012. 11:33 p.m.
2. COLOMBIA. DANE. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020. En: MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Población y principales indicadores demográficos. Disponible: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/Estadsticas/POBLACION%20Y%20PRINCIPALES%20INDICADORES%20DEMOGRAFICOS%20DE%20COLOMBIA.pdf>. 16/06/2012.
3. DISTRITO CAPITAL. Indicadores Trazadores Institucionales 2004-2011. Bogotá, Colombia. 2011.
4. FONDO DE POBLACIONES DE NACIONES UNIDAS (UNFPA) DE COLOMBIA y MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. Educación para la sexualidad. Disponible: <http://www.unfpa.org.co/menuSuplzqui.php?id=9>. 17/02/2012. 3.06 pm
5. HANNA, Kathleen M. An adolescent and young adult condom self-efficacy scale. 1999. Journal of Pediatric Nursing, Vol. 14(1), p. 59–66.
6. HERNANDEZ, Luz Mery. Proyecto de Extensión “Fomento de la Responsabilidad Procreativa para Adolescentes: Hagamos un Pacto”. Aprobado en Acta 13 del 9 de septiembre de 2004. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá.
7. JONES JOHNSON, Regina. REW, Lynn. KOUZEKANANI, Kamiar. [Gender differences in victimized homeless adolescents](#). Adolescence Spring ISSN: 0001-8449.2006; Vol. 41 N°161.
8. LÓPEZ GOMEZ, Alejandra. QUESADA, Solana. G. Unidos Plan CAIF, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Guía metodológica. Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género .p. 118-120. Disponible en: [http://www.gurisesunidos.org.uy/img/guia\\_05\\_web.pdf](http://www.gurisesunidos.org.uy/img/guia_05_web.pdf)
9. MARRINER TOMMEY, Ann y RAILE, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6ta edición. España. Elsevier, Mosby. 2007.

10. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, PROFAMILIA, INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, USAID. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010.
11. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, REPUBLICA DE COLOMBIA. FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS –UNFPA- DE COLOMBIA. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes en Colombia. Tercera edición. 2010
12. FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS. SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos. Experiencias de gestión del conocimiento convenio 698 SDS-UNFPA. 2010. p. 25
13. GONZALEZ ORTEGA, Yariela. Instrumento Cuidado de comportamiento profesional: validez y confiabilidad. En: AQUICHAN - ISSN 1657-5997 2008 - Vol. 8 N° 2 - CHÍA, COLOMBIA .
14. MORENO, María Elisa. DURAN DE VILLALOBOS María Mercedes. Lineamientos básicos para la enseñanza del componente disciplinar de enfermería. Universidad de la Sabana, Universidad Nacional de Colombia, Grupo Modelos y Teorías de Enfermería ACOFAEN.  
<http://www.acofaen.org.co/catalogo/docs/LINEAMIENTOS%20MODELOS%20Y%20TEORIAS.pdf>
15. MORENO, Sonia. LEON, Marú León. BECERRA, Ligia. Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a la educación sexual en adolescentes escolarizados. Espacio Abierto, cuaderno venezolano de Sociología ISSM 1315-0006.. octubre-diciembre. 2006 Vol. 15 N°.4 p. 787 – 803. ISSM 1315-0006
16. MOROKOFF, Patricia. QUINA, Kathryn. HARLOW, Lisa L. WHITMIRE, Laura, GRIMLEY, Diane M. GIBSON, Pamela R. BURKHOLDER, Gary J. Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. Journal of Personality and Social Psychology. 1997. Vol. 73, Issue 4. 0022-3514. Database: PsycARTICLES
17. MURILLO TORRECILLA, Javier. Cuestionarios y escala de aptitudes. Universidad Autonoma de Madrid. Facultad de profesorado y educación. Disponible: : [http://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/Met\\_Inves\\_Avan/Materiales/Apuntes%20Instrumentos.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Materiales/Apuntes%20Instrumentos.pdf). Consultado: 18-07-2012. 5 pm.

18. NUNALLY, Jum. Teoría Psicométrica. Editorial TRILLAS. McGraw-Hill. 1987
19. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Resumen de la situación actual y las tendencias. En: Estadísticas sanitarias mundiales 2010. ISBN: 978 92 4 356 398 5. Citado: [28/11/2010]. Disponible en: [http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf)
20. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. BRYANT, Leo. [Boletín de la Organización Mundial de la Salud . Recopilación de artículos. Volumen 87, junio 2009.](#) Disponible: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>
21. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (MÉXICO), LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA y SERVICIOS DE SALUD DEL ADOLESCENTE Y EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL. “Publicaciones en salud de adolescentes (1993-1998)”. 2002. México. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/especiales/coinversion2007/derechossexyreprod/contexto/contextonacional/investigacionesensaluddeadolescentesII.pdf>. consultado 21-07-2012
22. PARDO TORRES, Myriam Patricia, *et al.* Conceptos claves en un programa educativo. En: av.enferm., 2010 vol. XXVIII número especial 90 años.
23. PÉREZ DE LA BARRERA, Citlalli y PICK, Susan. Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de psicología*. 2006. Vol. 40 N°. 3. Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/284/28440307.pdf>. p.333-340.
24. POLIT, Dennise y HUNGLER B Bernadette. *Investigación Científica en Ciencias de la salud*. Sexta Edición. McGraw Hill. 2000.
25. PROFAMILIA, ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. Resumen de prensa. Primera Encuesta Distrital de Demografía y salud. 2011. Bogotá, D.C. 2011; p. 11. En: <http://www.demografiaysaludbogota.co/admin/acrobat/resumendeprensa.pdf>
26. REW Lynn, GRADY Matthew, WHITTAKER Tiffany, BOWMAN Katherine. Interaction of Duration of Homelessness and Gender on Adolescent Sexual Health Indicators. *Journal of nursing scholarship*, 2008. . SIGMA THETA TAU INTERNATIONAL. Second Quarter. Vol. 40. N°2.
27. PROSALUD. Programa educativo en salud sexual y reproductiva. Disponible: <http://www.prosalud.org.ve/pages/serviceRequest.php>

28. REW Lynn et al. Sexual health practices of homeless youth: a model for intervention. *Comprehensive Pediatric Nursing*, Taylor & Francis. 2001. Vol. 24.
29. REW Lynn, WHITTAKER Tiffany, TAYLOR-SEEHAFER MA, SMITH LR. [Sexual health risks and protective resources in gay, lesbian, bisexual, and heterosexual homeless youth](#). *Journal For Specialists In Pediatric Nursing: JSPN [J Spec Pediatr Nurs* ISSN: 1539-01362005; Jan-Mar. Vol. 10. N°1.
30. RIOS GARCIA, Ana Liliana. Alcance de las políticas públicas en el área de Salud Sexual y Reproductiva, dirigidas a los adolescentes en Colombia. En: *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2008; 24 (2). Citado: [28/11/2010]. Disponible en: [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud\\_uninorte/24-2/16\\_Alcance%20de%20las.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/24-2/16_Alcance%20de%20las.pdf)
31. SCHWARZER, Ralph, et al. The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy Scale. *Applied Psychology: An International Review*, 1996. Vol. 46 N°1. p. 69-88.
32. SECRETARIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL- FUNDACIÓN RESTREPO BARCO. Resultados de encuesta sobre actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes de Bogotá, 2007-2008.
33. SIERRA Juan, VALLEJO Pablo, y SANTOS, Pablo. Propiedades psicométricas de la versión española de la *Sexual Assertiveness Scale* (SAS). *Anales de Psicología*, 2011, vol. 27, N° 1.
34. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Dirección Nacional De Extensión. Presentación de la modalidad extensión solidaria. 2012. Disponible: <http://www.dne.unal.edu.co/es/>. Consultado 18-07-2012. 7pm
35. THOMAS Charles. y DIMITROV Dimiter. Effects of a teen pregnancy prevention program on teens' attitudes toward sexuality: a latent trait modeling approach. *Developmental Psychology*, Jan. Vol. 43, Fascículo. 1.
36. YAGOSESKY Renny. La Comunicación Asertiva. Disponible: <http://www.laexcelencia.com/htm/articulos/comunicacionyrelaciones/comunicasertiva.htm> . Enero 2011.