

Artículo de Investigación Científica y Tecnológica

Autoeficacia y embarazo adolescente

Self-Efficacy and Adolescent Pregnancy

Autoeficácia e gravidez na adolescência

Karen Tatiana **Santacruz P.**,¹
Myriam Patricia **Pardo T.**²

DOI: <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v16i13.2303>

Recibido: 2018-01-15; aprobado: 2018-03-28

RESUMEN

Introducción: la autoeficacia es una habilidad social que parte de la disposición del individuo para enfrentar las situaciones estresantes del medio en el que se desenvuelve; se plantea como una herramienta que es necesario fortalecer en los programas de salud sexual y reproductiva para prevenir embarazos no planeados en la adolescencia. **Objetivo:** determinar la diferencia en la autoeficacia entre adolescentes gestantes y no gestantes de 15 a 19 años, a partir de la escala de autoeficacia general. **Metodología:** investigación cuantitativa comparativa de corte transversal, con una muestra de 60 adolescentes gestantes y 60 no gestantes, habitantes de una localidad del sur de Bogotá, Colombia. El análisis de datos se realizó con pruebas estadísticas no paramétricas. **Resultados:** se encontró que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la autoeficacia entre los grupos comparados y no se encontró relación entre la autoeficacia y el antecedente de haber sido hija de una madre adolescente. Sin embargo, las adolescentes gestantes presentaron en mayor porcentaje el antecedente de haber sido hijas de madres

Citación del artículo en línea

Vancouver: Santacruz KT, Pardo MP. Autoeficacia y embarazo adolescente. Rev. Colomb. Enferm. [Internet]. 2018 [consultado día mes año];16. Disponible en: <http://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/> o <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v16i13.2303>

APA: Santacruz, K. T. y Pardo, M. P. (2018). Autoeficacia y embarazo adolescente. *Revista Colombiana de Enfermería*, 16, 43-51. Recuperado de: <http://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/> o <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v16i13.2303>

1. Enfermera, magíster en Enfermería con Énfasis en el Cuidado de la Salud Materno-Perinatal. Profesora instructora, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: karen.santacruz@javeriana.edu.co katasantacruz@gmail.com
2. Enfermera, especialista en Enfermería Materno-Perinatal, doctora en Ciencias de la Salud. Profesora asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: mppardot@unal.edu.co

adolescentes. **Conclusiones:** la investigación no mostró diferencia en la autoeficacia entre los dos grupos comparados, lo cual se relaciona con las características sociales y económicas similares de la población participante. **Recomendaciones:** investigar la relación del embarazo no planeado en la adolescencia con la autoeficacia y otras habilidades sociales, como la autoestima, en poblaciones con características socioeconómicas diferentes.

Palabras clave: autoeficacia; adolescente; adolescencia; embarazo en adolescencia; salud sexual y reproductiva.

ABSTRACT

Introduction: Self-efficacy is a social skill that starts from the personal disposition to face the stressful situations of the environment in which the individual develops. It is considered a tool to be strengthened in sexual and reproductive health programs for the planned prevention of pregnancy in adolescence. **Objective:** To determine the difference in self-efficacy between pregnant and non-pregnant adolescents ages 15 to 19 using the scale of general self-efficacy. **Methodology:** A cross-sectional quantitative research was performed, in 60 pregnant adolescents and 60 non-pregnant adolescents, all residents of the south side of Bogotá, Colombia. The data analysis was performed with nonparametric statistical tests. **Results:** There was no significant statistical difference in the self-efficacy between the groups and the antecedent of having been the daughter of a teenage mother. However, the pregnant adolescents presented a higher percentage of having been daughters of adolescent mothers. **Conclusions:** The research showed no difference in self-efficacy between the two groups; this is related to the similar social and economic characteristics of the participating population. **Recommendations:** Investigate the relationship of unplanned pregnancy in adolescence with self-efficacy and other social skills such as self-esteem in populations with different socioeconomic characteristics.

Key words: self efficacy; adolescent; adolescence; adolescent pregnancy; sexual and reproductive health.

RESUMO

Introdução: a autoeficácia é uma habilidade social que parte da vontade pessoal de enfrentar situações estressantes do meio em que se vive e, portanto, surge como uma ferramenta para fortalecer os programas de saúde sexual e reprodutiva para a prevenção da gravidez não planejada na adolescência. **Objetivo:** determinar a diferença na eficácia entre adolescentes grávidas e não grávidas com idades entre 15 a 19 anos usando como base a escala geral de autoeficácia. **Metodologia:** um estudo transversal quantitativo comparativo com uma amostra de 60 adolescentes grávidas e 60 adolescentes não grávidas, habitantes de uma cidade no sul de Bogotá, na Colômbia. A análise de dados foi realizada com testes estatísticos não paramétricos. **Resultados:** descobriu-se que não há diferença estatisticamente significativa na autoeficácia entre os dois grupos em comparação e entre a autoeficácia e ter como antecedente mãe que engravidou na adolescência. Porém, as adolescentes gestantes com mães adolescentes como antecedente apresentaram maior porcentagem. **Conclusões:** o estudo não apresentou diferença na autoeficácia entre os dois grupos comparados, adolescentes grávidas e adolescentes não grávidas, isso pode estar relacionado às características sociais e econômicas da população participante, portanto, podemos dizer que a autoeficácia nesta pesquisa não está relacionada com a decisão de gravidez na adolescência. **Recomendações:** investigar a relação de gravidez não planejada na adolescência com autoeficácia e outras habilidades sociais, como a autoestima em populações com diferentes características socioeconômicas.

Palavras-chave: autoeficácia; adolescente; adolescência; gravidez na adolescência; saúde sexual e reprodutiva.

INTRODUCCIÓN

En Colombia, el porcentaje de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años ha presentado un aumento, como lo demuestra el haber pasado del 12,8 % en 1990 al 17,4 % en 2015 (1). En Bogotá, los porcentajes de embarazo y maternidad adolescente se incrementaron del 16,7 % al 22,6 % entre 2000 y 2005 y llegaron al 12,95 % en 2015 (1).

La Encuesta Distrital de Demografía y Salud (EDDS) (2), realizada en 2011, mostró que el 12,1 % de las adolescentes bogotanas ya son madres y el 15,3 % alguna vez estuvieron embarazadas. Se observan diferencias importantes entre las localidades de la ciudad: por ejemplo, Ciudad Bolívar y San Cristóbal

sobrepasan el 20 %, en tanto que Barrios Unidos, Engativá y Antonio Nariño llegan al 4 %. Estas diferencias se asocian a los determinantes sociales en salud (3), como educación y condiciones de vida y trabajo, que se reflejan en el índice de riqueza. Así se menciona en el informe de la EDDS, en el cual se evidencia que, a menor edad, mayor nivel de educación y mayor índice de riqueza, el porcentaje de embarazo adolescente no planeado es menor (2).

El Distrito ha generado diversas estrategias para impactar de forma positiva el fenómeno de embarazo no planeado en la adolescencia: dentro de estas se encuentran los programas Salud al Colegio, Salud a su Casa, Salud a su Hogar y Territorios Saludables, los subsidios de educación condicionados a la asistencia, los programas de nutrición y diversas campañas de planificación familiar (4). De igual forma, la Nación ha generado otras estrategias encaminadas a acercar los servicios de salud a este grupo poblacional, como la Cátedra de Educación Sexual en los colegios (5-6), o el modelo de Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes (7). Aun así, las cifras de embarazo adolescente no planeado son elevadas y continúan generando preocupación en todos los sectores de Bogotá y del país por la repercusión de este fenómeno de salud pública en la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

Para generar cambios en la conducta sexual de las y los adolescentes, es necesario que los programas de educación en salud sexual y reproductiva estén dirigidos a la promoción de habilidades sociales y conocimientos que permitan hacer frente a las demandas situacionales que afrontan cotidianamente (8-12). Al respecto, la Organización Mundial de la Salud afirma que las “habilidades para la vida” (sociales) constituyen uno de los factores centrales en la promoción de salud y prevención de la enfermedad, porque incluyen la capacidad asertiva de toma de decisiones informadas y el uso de una comunicación clara y abierta (8). Es necesario fortalecer las habilidades sociales en los programas encaminados a mejorar la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y explorar la autoeficacia, una de estas habilidades, para la prevención de embarazo no planeado en esta población. Esta se basa en la convicción para actuar al

mediar entre el conocimiento y la acción; en este caso, que las y los adolescentes tomen decisiones informadas y así, promover una sexualidad sana y segura (8, 11).

La autoeficacia se fundamenta en la teoría cognitiva social de Albert Bandura, en la cual se establece que esta habilidad determina el logro de los objetivos que los individuos se proponen. Para ello se requiere una capacidad de resistencia ante el fracaso y la regulación de diferentes estados emocionales, así como de las reacciones como ansiedad, estrés o depresión ante las diversas circunstancias que afrontan en el transcurso de la vida (13).

La teórica Nola Pender, citada por Marriner y Raile (14), establece la *autoeficacia percibida* dentro de los conceptos principales de su modelo de promoción de la salud, y la define como el “juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud”. Esto es fundamental porque al contar con una autoeficacia adecuada se perciben menores barreras para desarrollar una conducta que promueva la salud del individuo (14), específicamente para esta investigación, la salud sexual y reproductiva en las y los adolescentes.

En el estudio denominado “Internal poverty and teen pregnancy” (15), se investigó la relación de la gestación adolescente con la pobreza interna, definida como autoeficacia y proyección educativa y profesional deficientes, en estudiantes de octavo grado. Los resultados evidenciaron que la pobreza interna es mayor en las mujeres que se embarazaron durante la adolescencia en comparación con sus pares que no lo hicieron. Además, se concluyó que una autoeficacia baja puede relacionarse con personas que tienden a ser depresivas y ansiosas, reportar una baja autoestima y tener una actitud pesimista frente a alcanzar logros y metas (16), en contraste con quienes tienen una autoeficacia mayor, que permite fijarse metas más altas, tareas más complejas con mayor nivel de persistencia y esfuerzo, y que se recuperan más rápidamente manteniendo el compromiso con los objetivos propuestos, lo que puede conducir a proyectos de vida estructurados y alcanzables (16).

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada en 2015 (1) relaciona el embarazo adolescente no planeado con aspectos multifactoriales de carácter social y político, como bajo nivel socioeconómico y educativo, insatisfactorio apoyo familiar y deficiente proyecto de vida; además, menciona factores como la asimetría de edad de la adolescente con su pareja y la supervisión parental. Todos ellos se presentan en mayor número en países en vía de desarrollo debido a las condiciones de inequidad. Por consiguiente, es necesario que las y los adolescentes cuenten con herramientas que les permitan sobreponerse a las condiciones difíciles del medio para cumplir objetivos propuestos.

Para medir la autoeficacia se cuenta con la escala de autoeficacia general, diseñada y validada por Ralf Schwarzer y colegas en 1996 (16). Este instrumento está disponible en diferentes idiomas y su confiabilidad está dada por un alfa 0,75 y 0,90, que indica su fiabilidad en la medición del constructo teórico en español; estos aspectos han permitido que este instrumento sea utilizado en varios proyectos de investigación (17-18).

La autoeficacia como habilidad social muestra la creencia del individuo en su capacidad de controlar las exigencias situacionales difíciles adoptando medidas de adaptación. En el caso de la causalidad multifactorial del embarazo no planeado en la adolescencia, es necesario que las y los adolescentes adquieran la capacidad de hacer frente a las diversas demandas de su entorno que generan presión en la toma de decisiones relacionadas con la sexualidad, como el inicio de la vida sexual y el uso o no de los anticonceptivos (19).

Estudiar la autoeficacia en un grupo de adolescentes gestantes y no gestantes es una herramienta para el diagnóstico de las habilidades sociales en las y los adolescentes bogotanos y puede evidenciar que es necesario incluir, fortalecer y educar en habilidades sociales en los programas de educación en salud sexual y reproductiva en este grupo (20). Por lo anterior, se planteó como objetivo del estudio determinar la diferencia en la autoeficacia entre adolescentes gestantes y no gestantes de 15 a 19 años a partir de la escala de autoeficacia general.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se desarrolló un estudio cuantitativo descriptivo comparativo de corte transversal (21-22).

Instrumentos

Se aplicaron dos instrumentos: uno fue la escala de autoeficacia general (16), la cual tiene un alfa de 0,75 a 0,90; consta de 10 preguntas con respuesta en escala tipo Likert con las siguientes opciones: Incorrecto (1 punto); Apenas cierto (2 puntos); Más bien cierto (3 puntos); y Cierto (4 puntos). La puntuación mínima es de 10 y la máxima de 40; no cuenta con categorías que definan nivel alto, medio o bajo; simplemente se establece que cuanto mayor sea el puntaje, mayor es el nivel de autoeficacia percibida (16). El segundo instrumento fue el cuestionario sociodemográfico diseñado por las investigadoras, en el cual se indagaron aspectos relacionados con el estrato socioeconómico, la composición familiar, la ocupación de los padres y la escolaridad alcanzada, además del antecedente de ser hija de madre adolescente. Estas preguntas se incluyeron para determinar si la autoeficacia se relaciona con estos factores que, según la literatura sobre el tema, se vinculan con la gestación no planeada en la adolescencia.

Población y muestra

La población estuvo conformada por mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años de una localidad del sur de Bogotá (Colombia), estudiantes de una institución educativa pública y asistentes a una institución pública prestadora de servicios de salud. Para determinar el tamaño de la muestra de cada grupo, se usó 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 homocedasticidad y la restricción de tamaño balanceado de las muestras (23). La probabilidad se calculó a partir de un error tipo I (alfa) y de uno tipo II (beta), cada uno con un valor de 0,05; de esta forma se obtuvo una muestra mínima de 16 adolescentes participantes (véase Tabla 1). Se logró llevar a cabo el estudio con

60 adolescentes gestantes que asistían a los cursos de maternidad de una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel del sur de Bogotá

y 60 adolescentes no gestantes escolarizadas en un colegio público ubicado en la misma zona, para un total de 120 participantes.

S _p		4,834161525							
Alfa	n	Beta							
		0,01	0,02	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08
	0,01	17	17	17	17	17	17	17	16
	0,02	16	16	16	16	16	16	16	16
	0,03	16	16	16	16	16	16	16	16
	0,04	16	16	16	16	16	16	16	16
	0,05	16	16	16	16	16	16	16	16
	0,06	16	16	16	16	15	15	15	15
	0,07	16	15	15	15	15	15	15	15
	0,08	15	15	15	15	15	15	15	15

Tabla 1. Determinación de la muestra (24)

Se llevó a cabo una prueba de normalidad, mediante la cual se comprobó que la muestra se tomó de una población con una probabilidad de distribución normal (véase Figura 1).

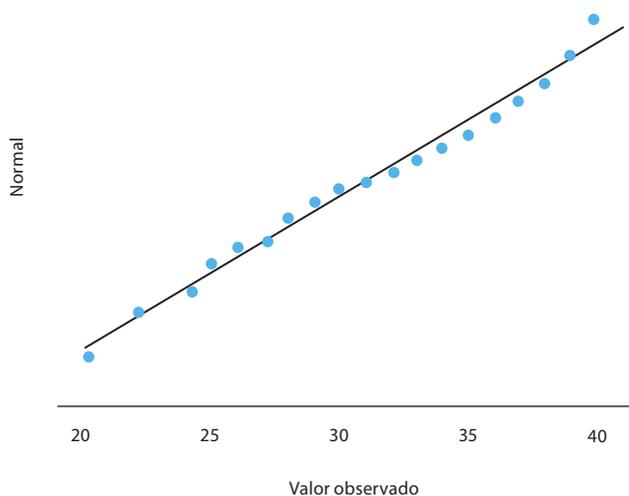


Figura 1. Prueba de normalidad a base de datos

Procedimiento

Los instrumentos fueron autodiligenciados por las participantes, previa explicación del objetivo de la investigación y firma del consentimiento informado.

Ética

Se contó con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y de las instituciones en las que se aplicaron los instrumentos. Se contemplaron los principios de veracidad, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía; además, se tuvo en cuenta la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para realizar investigación en salud (25). Durante el estudio se estimaron los riesgos psicológicos de las adolescentes participantes, por lo cual se contó con el apoyo de profesionales en salud mental de las instituciones en cuestión, para prestar una atención integral en caso de que se presentaran confrontaciones personales en el momento de responder los instrumentos.

RESULTADOS

Caracterización de la muestra

El estudio fue realizado durante el segundo semestre de 2013. Se evidenció que, de las 60 adolescentes gestantes que participaron, el 15 % tenía 15 años; el 12 %, 16 años; el 18 % tenía 17 años; el 33 % contaba con 18, y el 22 % tenía 19 años. El

porcentaje de distribución de las 60 adolescentes no gestantes fue del 75 % con 15 años, el 20 % con 16; y el 5 % con 17; en este grupo no participaron adolescentes entre los 18 y 19 años porque en la institución educativa no se encontraron mujeres escolarizadas de estas edades.

Respecto al estrato socioeconómico, se encontró que al estrato 1 pertenecía el 22 % de las adolescentes gestantes, en contraste con el 3 % de las no gestantes; al 2, pertenecía el 77 % de las adolescentes gestantes frente al 93 % de las no gestantes. Con relación a la distribución por aseguramiento en salud, los resultados evidenciaron que el 73 % de las adolescentes gestantes pertenecían al régimen subsidiado, frente al 18 % de las no gestantes; en cuanto al régimen contributivo, se encontró que 7 % de las adolescentes gestantes pertenecen a este, en contraste con el 72 % de sus pares no gestantes. Por último, el 15 % de las gestantes adolescentes figuraban como vinculadas, debido a que no contaban con capacidad de pago y estaban en espera de ser incluidas en el régimen subsidiado.

Autoeficacia

Se aplicó una prueba T de muestras independientes para comparar la autoeficacia entre los dos grupos. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la autoeficacia entre las adolescentes gestantes y las no gestantes (véase Tabla 2).

Estadísticos de grupo					
	V1	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Total	Grupo de adolescentes gestantes	60	32,00	5,250	0,678
	Grupo de adolescentes no gestantes	60	31,55	4,413	0,570

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

La media de autoeficacia es mayor en las adolescentes gestantes (33 puntos) que en las no gestantes (31 puntos). Se evidenció que en el grupo de gestantes la menor puntuación fue 20, frente a 23 en las adolescentes no gestantes. En los dos grupos se encontró que una joven alcanzó la máxima puntuación con 40 puntos, y que en el grupo de gestantes una participante obtuvo la menor puntuación.

Los resultados permiten observar que 59 % de las madres de las adolescentes gestantes tuvo su primer hijo antes de los 19 años, en contraste con el 32 % en las no gestantes (véase Figura 2).

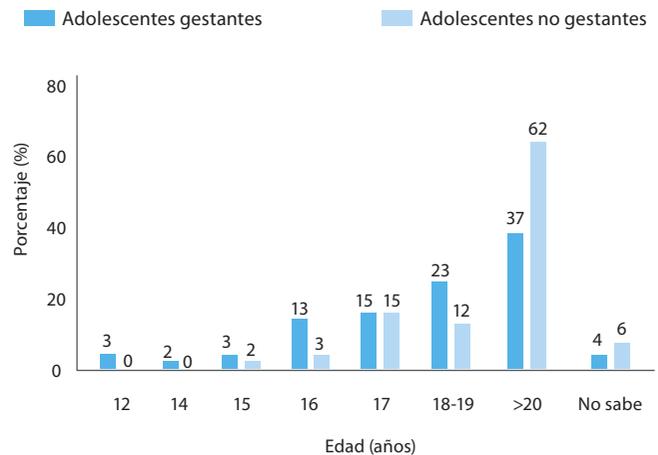


Figura 2. Distribución de las madres de las adolescentes del estudio, según su edad en el momento de quedar en embarazo por primera vez

Dentro de los resultados también se buscó determinar la relación de la autoeficacia con algunas variables que la literatura reporta como causas multifactoriales del embarazo no planeado en la adolescencia. Dentro de estas se encuentra la edad a la que la madre de las participantes se embarazó y la estructura del núcleo familiar. Para la relación entre autoeficacia y edad de la madre de la adolescente en su primera gestación, se llevó a cabo una prueba no paramétrica. Se evidenció que no existen diferencias estadísticamente significativas en la autoeficacia entre el grupo de adolescentes gestantes y sus pares no gestantes (véase Tabla 3).

Autoeficacia y edad de la madre de la adolescente en su primera gestación					
	V1	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Total	1	55	31,45	5,102	0,688
	2	60	32,00	4,650	0,600

Tabla 3. Prueba de análisis de varianza de muestras independientes para autoeficacia en adolescentes gestantes y no gestantes

Respecto a la relación de la autoeficacia con la estructura del núcleo familiar en el grupo de adolescentes gestantes, se evidenció que aquellas

que solo vivían con el padre presentaron la media de autoeficacia más baja. En este grupo se encontró la participante con la puntuación más baja (20 puntos), como se observa en la Figura 3.

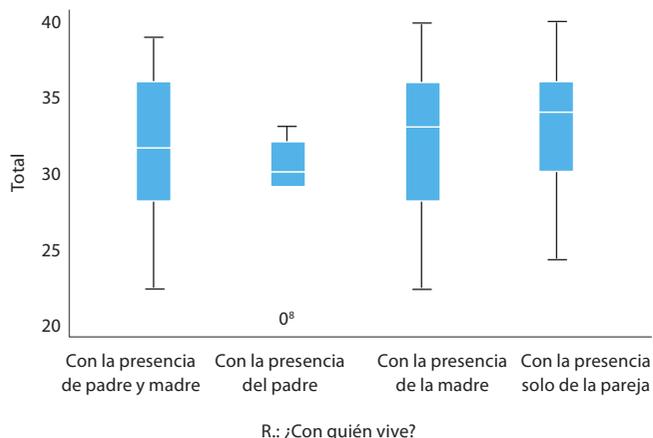


Figura 3. Comparación de autoeficacia y la respuesta a la pregunta ¿Con quién vive? en el grupo de adolescentes gestantes

DISCUSIÓN

La investigación mostró que las adolescentes que participaron en el estudio no presentaron diferencia estadísticamente significativa en su autoeficacia, en contraste con lo encontrado en un estudio de corte longitudinal de pobreza interna (15), en el cual se evidenció que las mujeres que en la primera medición (octavo grado) obtuvieron baja puntuación en su autoeficacia fueron quienes se embarazaron durante la adolescencia. Con relación a la puntuación de la autoeficacia, se determinó una media similar a la encontrada por los autores del instrumento en un estudio realizado con la versión en español en Costa Rica (16), con una población de hombres y mujeres universitarios con edad media de 21 años (sin antecedentes de embarazo durante la adolescencia); estos resultados sugieren que es muy probable que la autoeficacia como habilidad social por sí sola no tenga una relación directa con la presentación del embarazo no planeado en la adolescencia. Se evidencia que la puntuación de autoeficacia fluctuó entre los 27 y 35 puntos, y que solo 3 adolescentes no gestantes y 1 gestante alcanzaron la mayor puntuación (40 puntos). Esto se relaciona con la similitud de las condiciones socioeconómicas de las participantes, debido a que la totalidad de la muestra pertenecía a los estratos socioeconómicos 1 y 2.

En la investigación, el antecedente de las participantes de tener una madre que fue gestante durante su adolescencia mostró una relación con la gestación actual de la adolescente gestante participante en el estudio (60 % frente a 32 % en las no gestantes). Asimismo, se evidenció que el grupo de adolescentes gestantes no tenía capacidad de pago para la prestación de los servicios de salud, ya que en mayor porcentaje pertenecían al régimen subsidiado o eran vinculadas. Finalmente, los niveles de autoeficacia más bajos se encontraron en la adolescente gestante que residía en la vivienda actual solo con el padre. Esto es consistente con lo que menciona la Organización de las Naciones Unidas (26) en su quinto objetivo para reducir el número de embarazos de adolescentes. De acuerdo con este organismo, este proceso se ha estancado y ha dejado más madres jóvenes en situación de riesgo, debido a que determinantes como la pobreza, la descomposición del núcleo familiar y la falta de educación están perpetuando las altas tasas de alumbramientos en esta población.

CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación no mostraron una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación de autoeficacia entre el grupo de adolescentes gestantes y sus pares no gestantes, aspecto que podría explicarse por las características sociales, económicas y culturales comunes de las participantes. Sin embargo, la investigación en esta temática en adolescentes es escasa; este primer paso permite tener una idea general de este fenómeno de embarazo no planeado en la adolescencia, así como de la autoeficacia en Bogotá y de la necesidad de medir otras habilidades sociales en esta población. La causalidad del embarazo no planeado en la adolescencia es multifactorial: 59 % de las adolescentes gestantes participantes en la investigación presentaron el antecedente de haber sido hijas de madres adolescentes y su condición socioeconómica es vulnerable; por esta razón, es fundamental tener en cuenta el fortalecimiento de la autoeficacia y otras habilidades sociales en los programas de educación en salud sexual y reproductiva.

RECOMENDACIONES

Investigar la relación entre embarazo no planeado en adolescentes, autoeficacia y otras habilidades, como autoestima, en población rural, otras localidades de Bogotá y en población masculina, relacionando los resultados con el antecedente de ser hija o hijo de una madre adolescente. Incluir en la formación del pregrado en enfermería herramientas que faciliten las intervenciones en salud sexual y reproductiva con adolescentes, para que estos tomen decisiones informadas y generen conductas que promuevan la salud sexual y reproductiva, y a su vez esto constituya una fuente de investigación que fortalezca el cuerpo de conocimientos de la disciplina.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Profamilia. Resumen ejecutivo. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 [Internet]. 2015 [consultado diciembre de 2016]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>
2. Profamilia. Resumen de prensa, I Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011 [Internet]. 2011 [consultado enero-marzo de 2016]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2015/05/1a%20Encuesta%20distrital%20de%20demografia%20y%20salud.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Informe final de la Comisión OMS sobre determinantes sociales de la salud [Internet]. 2008 [consultado enero de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf
4. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá. Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos. Experiencias de gestión del conocimiento convenio 698 SDS-UNFPA. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá; 2010.
5. Ministerio de Educación Nacional y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía. Módulo 1. La dimensión de la sexualidad en la educación de nuestros niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Colombia Aprende [Internet]. 2007 [consultado diciembre de 2017]. Disponible en: http://www.colombiaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-172204_recurso_1.pdf
6. Ley 115 (8 de febrero de 1994), por la cual se expide la ley general de educación. Diario Oficial N.º 41.214. Título 2. Estructura del Servicio Educativo [Internet]. 1994 [consultado abril de 2017]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_.pdf
7. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 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. 3.a ed. Colombia: Minsalud; 2010.
8. Pérez de la Barrera C, Pick S. Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. Revista Interamericana de Psicología [Internet]. 2006 [consultado febrero de 2016];40(3):333-340 Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/284/28440307.pdf>
9. Johnson RJ, Rew L, Kouzekanani K. Gender differences in victimized homeless adolescents. Adolescence [Internet]. 2006 [consultado diciembre de 2016];41(61):39-53 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16689440>
10. Moreno S, León M, Becerra L. Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a la educación sexual, en adolescentes escolarizados. Espacio Abierto [Internet]. 2006 [consultado febrero de 2017];15(4):787-803. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/122/12215405/>
11. Rew L. Sexual health practices of homeless youth: a model for intervention. Comprehensive Pediatric Nursing [Internet]. 2001 [consultado febrero de 2017];24(1):1-18. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/11483407_Sexual_health_practices_of_homeless_youth_A_model_for_intervention
12. Rew L, Grady M, Whittaker TA, Bowman K. Interaction of duration of homelessness and gender on adolescent sexual health indicators. Journal of Nursing Scholarship [Internet]. 2008 [consultado octubre de 2016];40(2):109-115. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18507564>
13. Bandura A. La teoría cognitiva social: una perspectiva agencial. Revisión Anual de Psicología [Internet]. 2001 [consultado febrero de 2018];1-28. Disponible en: <https://scholar.google.com.co/scholar?q=albert+ban>

- dura+teoria+cognitiva+social&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ved=0ahUKEwiEuaKhxcHZAhXJk1kKHeBaBuoQgQMIJDAA
14. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6.a ed. España: Elsevier, Mosby; 2007.
 15. Young TM, Martin SS, Toung ME, Ting L. Internal poverty and teen pregnancy. *Adolescence* [Internet]. 2001 [consultado junio de 2016];36(142):289-304.
 16. Schwarzer R, Bähler J, Kwiatek P, Schröder K. 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* [Internet]. 1996 [consultado enero de 2016];46(1):69-88. Disponible en: http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/schwa_baessler1997.pdf
 17. Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev. Med. Chile* [Internet]. 2010 [consultado enero de 2016];138(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500004
 18. González-Ortega Y. Instrumento Cuidado de comportamiento profesional: validez y confiabilidad. *Aquichan* [Internet]. 2008 [consultado marzo de 2016];8(2):170-182. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/134/>
 19. Thomas CL, Dimitrov DM. Effects of a teen pregnancy prevention program on teens' attitudes toward sexuality: A latent trait modeling approach. *Developmental Psychology* [Internet]. 2007 [consultado noviembre de 2016];43(1):173-185. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17201517>
 20. Hernández LM. Proyecto de extensión "Fomento de la responsabilidad procreativa para adolescentes: hagamos un pacto". Bogotá: Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Acta de Facultad 13; 2004.
 21. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6.a ed. México McGraw Hill-Interamericana; 2000.
 22. Burns N, Grove S. Investigación en enfermería. 3.a ed. España: Elsevier; 2004.
 23. Desu M, Raghavarao D. Sample size methodology. Estados Unidos de América: Academic Press; 1990.
 24. Mayorga JH. Determinación de muestra. Asesor estadístico. Bogotá: Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia; 2013.
 25. Ministerio de Salud, República de Colombia. Resolución 8430 (4 de octubre de 1993), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet]. 1993 [consultado marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
 26. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio y más allá de 2015. Objetivo 5: mejorar la salud materna [Internet]. 2012 [consultado noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml>