

Relación entre Dimensiones del Desarrollo Positivo hacia la Adulthood y el Embarazo Adolescente.

Relationship between Dimensions of Positive Development towards Adulthood and Teen Pregnancy.

DOI: <https://doi.org/10.26852/28059107.564>

María Esperanza Durán Flórez¹, Ernesto Martín Padilla²

Resumen

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

Palabras Clave: Desarrollo Positivo, Adolescente Embarazada, Adultez

Abstract

The objective of the present study was to establish the relationship between the dimensions of positive development towards adulthood and adolescent pregnancy. A comparative descriptive study was carried out between two groups, pregnant adolescents (N = 49) and non-pregnant adolescents (N = 51), in IV level clinic in Bogotá. The evaluation instruments were the semi-structured interview established by the institution and the internal consistency of a scale was obtained to evaluate 5 dimensions of positive development towards adulthood; They are Life satisfaction (0.57), Frustration Tolerance (0.75), Planning and decision making (0.83), self-esteem and generalized self-efficacy (0.78). In the comparisons between groups, differences were found in generalized self-efficacy, the other scales in the two groups presented similar scores. It is concluded that the personal aspects evaluated do not show significant changes when pregnant, finding that there are high levels of positive development in both groups, which implies that there are protective factors in both the pregnant and non-pregnant groups.

Key Words: Positive Development, Pregnant Teen, Adulthood

¹Psicóloga. Departamento de Salud Mental, Clínica Universitaria Colombia.

²facultad de Psicología, Universidad de la Sabana.

María Esperanza Durán Flórez meduran@colsanitas.com Teléfono (601) 5948660 Ext. 5715559

Citar como: Durán, M.E. y Martín, E. (2022). Relación entre Dimensiones del Desarrollo Positivo hacia la Adulthood y el Embarazo Adolescente. Meridiano. Revista Colombiana de Salud Mental, 1(1), 34-44.

Introducción

Las organizaciones Save the Children y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2009) estiman que cada año nacen 13 millones de niños producto de embarazos en mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo; de este total más del 90% (11,7 millones) corresponden a los países subdesarrollados, teniendo en cuenta que además estos embarazos se presentan mayoritariamente en mujeres jóvenes de nivel socioeconómico más bajo y el 10% restante (1,3 millones) a países desarrollados; la mayor parte de ellos embarazos no planeados.

Por otro lado, la principal causa de mortalidad en mujeres de países subdesarrollados se da por este grupo poblacional de gestantes que desarrollan complicaciones relacionadas con partos pretérmino, bajo peso al nacer, abortos e incluso muerte materna entre otras (Mayor, 2009). Por tanto, se considera que las gestantes adolescentes se pueden convertir en un problema de salud pública que debe ser abordado, no solo en Colombia, sino en el mundo.

Los modelos tradicionales de familia; nucleares y unificados compuestos por padre, madre e hijos se modifica ante un embarazo en la adolescencia, es probable que el padre no asuma su paternidad, y la adolescente continúe con su bebé en su núcleo primario, también puede ocurrir que el adolescente se una con su bebé al padre y conformen un nuevo núcleo con apoyo de la familia extensa. Estos modelos familiares en niveles socioeconómicos bajos se centran en familias monoparentales, con madres cabeza de familia (Glick, Berman, Clarkin & Rait, 2003). Por esto, el alto índice de embarazos en adolescentes genera cambios en la estructura familiar, social y en la conformación de futuras familias. Carvajal y Caro (2009) consideran que en el embarazo en la adolescencia se deja de lado el proyecto de vida, se produce deserción escolar, aumento de trabajo informal y por ende mantener bajos niveles socioeconómicos y disminución de posibilidades de progreso para la madre y el niño.

El embarazo en adolescentes produce cambios

en el proyecto de vida, teniendo en cuenta que es una etapa de alta vulnerabilidad y más aún asociado a situaciones como la dificultad en los vínculos familiares y sociales. (Soto, Contreras & Becerra 2011). Del mismo modo está el problema social y el momento evolutivo en el cual se está fortaleciendo la estructura psíquica, haciendo que el proyecto de vida esté altamente influenciado por las percepciones del adolescente de satisfacción con su vida y la forma como se plantea sus metas. Es importante subrayar que el proyecto de vida es una construcción dinámica que se nutre de aspectos como la toma de decisiones, la solución de problemas, que permiten establecer el camino para llegar a una meta (Salvatierra, Aracena, Ramírez, Reyes, Yovane, Orozco, Lesmes & Krause, 2009).

Garces, Santana y Feliciano (2020) estudiaron el proyecto de vida en adolescentes y concluyeron que algunos no tienen claridad porque no es fácil para ellos estructurar lo que realmente desean, sus proyectos son confusos y por ende problemático planificar el futuro. Otros adolescentes tienen claridad en el proyecto, pero no en los medios para alcanzar o materializarlo, además, indicaron que en la construcción del proyecto de vida en jóvenes se involucran factores sociales, familias y educativos (agentes externos) y factores personales. Las adolescentes embarazadas para elaborar su proyecto de vida tienen en cuenta los factores de riesgo y protección presentes en su realidad de vida.

Desarrollo positivo de la adolescencia

El desarrollo positivo de la adolescencia tiene dos modelos conceptuales: la psicología positiva de Martin Seligman y el desarrollo positivo adolescente propuesto por Richard Lerner y sus investigadores, Garassini (2020) indica que la psicología positiva desde el bienestar propone cinco elementos y un eje transversal que le permiten al individuo relacionarse con otros teniendo en cuenta la potencialidad personal del sujeto y que marcan su desarrollo. En cuanto al desarrollo positivo adolescente, considera que las

interacciones de los adolescentes deben incluir el desarrollo de sus potencialidades para transmitir la importancia de las capacidades y no solo de las carencias y vulnerabilidades en las cuales puedan estar inmersos las jóvenes, incluido el embarazo (Garassini, 2020).

Dado lo anterior Oliva, Antolin, Pertegal, Rios y Parra (2011) proponen un modelo de desarrollo positivo, que plantea una evaluación de aspectos que pueden ayudar al adolescente para el afrontamiento de situaciones difíciles; el modelo busca incluir las habilidades, conductas y competencias necesarias para hacer el tránsito a la vida adulta y tener éxito en la vida social, académica y profesional, como lo sostiene Oliva, et al (2011). Este modelo incluye competencias personales, tales como el desarrollo de la autoestima que, según Cataño, Restrepo, Portilla, y Ramírez (2008) puede definirse como un sentimiento de aceptación y aprecio por sí mismo, todo ello asociado a la competencia y valor personal. Se ha encontrado que tener alta autoestima, unido a un adecuado soporte social, es un factor mediador para prevenir conductas de riesgo en adolescentes (Savy & Tagay, 2017) Otra competencia personal de desarrollo positivo es la autoeficacia, que según Maddux (2005) consiste en que las personas participen de manera activa en la consecución de los logros, mediante la auto reflexión, el análisis, el aprendizaje de experiencias anteriores y el planteamiento de objetivos.

El modelo también plantea competencias cognitivas tales como la planeación y toma de decisiones. Para esto es necesario dar respuesta a un problema con por lo menos dos posibilidades debido a que se deben tener en cuenta las preferencias, las consecuencias producidas de la toma de decisiones y la incertidumbre de lo que ocurrirá por la elección tomada (Gambara & González, 2004).

También el modelo considera competencias emocionales como la tolerancia a la frustración, que es la capacidad para enfrentarse y manejar las situaciones adversas sin sentirse derrotado (Oliva, et al. 2011).

Finalmente, la satisfacción vital, Moyano y Ramos (2007) ven este componente como esencial

para lograr el bienestar subjetivo. De esta forma Oliva, et al. (2011) consideran importante tener en cuenta estas dimensiones personales del desarrollo positivo como un aporte a programas de educación en adolescentes. Paz, et al, (2016) además indican que hay una necesidad de identificar herramientas para afrontar a las incertidumbres, ansiedades y temores que normalmente experimentan las mujeres durante y después del embarazo pero que, en el caso de las adolescentes pueden acrecentarse por la situación social y familiar. Dado lo anterior, el objetivo de este trabajo es establecer la relación entre las dimensiones del desarrollo positivo hacia la adultez: Satisfacción vital, tolerancia a la frustración, planificación y toma de decisiones, autoestima y autoeficacia generalizada y el embarazo en adolescentes en un grupo de adolescentes gestantes versus adolescentes no gestantes en una clínica de IV nivel de complejidad de la ciudad de Bogotá,

Método

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo de comparación entre grupos. Este tipo de estudio recolecta los datos en un tiempo único; además describe las variables y analiza la interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Participantes

La muestra del presente trabajo fue de 100 adolescentes 49 embarazadas y 51 no embarazadas; se eligieron las 49 adolescentes embarazadas de la base de datos del programa adolescente gestante de la Clínica Universitaria Colombia que consultaron de enero a noviembre de 2013 con edades entre los 13 y 18 años, de nivel socio económico medio bajo, con nivel educativo de primaria a secundaria completa. Para las adolescentes del grupo control (no embarazadas) se hizo la selección de adolescentes con características psicosociales similares a las de las gestantes adolescentes: lugar de residencia, colegios similares, estrato

socioeconómico, núcleos familiares similares. Todas las participantes firmaron el consentimiento informado para este estudio, según protocolo del programa adolescente gestante el cual incluye firma del padre o acudiente.

Los estadísticos descriptivos fueron: muestra total de 100 mujeres entre los 13 y 18 años, divididas en dos grupos: 49 adolescentes embarazadas y 51 adolescentes no embarazadas. El 89% de ellas tenían bachillerato incompleto y el 11% ya son bachilleres.

En lo relacionado con la convivencia; el 53% vivían en familia nuclear, 7% con mamá y 22% hermanos, el 4% con la pareja, 11% con los abuelos, el 9% con la mamá y el padrastro, el 3% con papá y madrastra y un 13% que viven con otros, entre ellos tíos, primos, etc.

El promedio de edad fue 15,73 años, la Desviación Típica de 0,973, la varianza 0,947 y la asimetría de -0.955. En cuanto a si recibieron o no educación sexual: el grupo de adolescentes embarazadas contestó Si el 91,8% y No el 8,2% y en el grupo de comparación contestaron Si 92,2% y No 7,8%, no se observaron diferencias significativas en la educación sexual entre los dos grupos, para este trabajo no se revisó ni lo temas ni la calidad de la educación sexual, solamente si recibieron o no.

Criterios de Exclusión: No se incluyeron Adolescentes con óbito fetal, mortinato, aborto diagnosticados por falta de fetocardia y por certificado de defunción, diagnosticadas con enfermedad mental y/o retardo mental, revisión realizada por Historia Clínica, embarazos producto de relación sexual no consentida. Las adolescentes embarazadas menores de 15 años se reportaron al Instituto de Bienestar Familiar por protocolo según Ministerio de Salud y Ley 1098 (Ley de Infancia y Adolescencia). Para el grupo de comparación se excluyeron adolescentes que hayan estado embarazadas previamente, pacientes con retardo mental y/o enfermedad mental, detectadas en entrevista y por reporte del colegio.

Instrumentos

Se utilizaron entrevistas semi estructuradas establecidas por la Institución y las escalas de cada uno de los factores establecidos: Satisfacción vital, Tolerancia a la Frustración, Planificación y Toma de decisiones, Autoestima y Autoeficacia Generalizada, para medir las correlaciones entre las escalas de Desarrollo positivo hacia la adultez y adolescentes embarazadas y no embarazadas se utilizó paquete estadístico SPSS 20 para analizar resultados. La aplicación del instrumento con las escalas se realizó después de la entrevista semi estructurada. El formato de entrevista semi estructurada incluía información demográfica como: edad, grado académico, género, convivencia (con quién vive si el estudiante y si ha recibido orientación sexual).

Inicialmente se realizó un estudio piloto para validar las 5 escalas escogidas de Desarrollo Positivo de la adolescencia hacia la adultez en la ciudad de Bogotá (Tabla 1), escalas que las miden y se encuentran baremadas en centiles según edad y sexo para población española, de aplicación colectiva para adolescentes desde los 12 años, de tipo unidimensional, con opciones de respuesta tipo Likert, son:

Escala de Autoestima: compuesta por 10 ítems (por ejemplo: En general estoy satisfecho conmigo mismo/a, a veces pienso que no sirvo absolutamente para nada), unidimensional, Oliva y col (2011) la tradujeron y validaron de la escala de Rosenberg, 1965. Mide autoestima global, es la opinión que se tiene de sí mismo influenciada por las experiencias y pensamientos, especialmente en período de formación en la infancia y adolescencia. Las opciones de respuesta en esta escala van de 1. Totalmente en desacuerdo, 2. En Desacuerdo, 3. De Acuerdo, 4. Totalmente De Acuerdo. Alfa de Cronbach Confiabilidad de 0.82.

Escala de Auto eficacia Generalizada: Tiene 10 ítems (ejemplo: Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas, tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados). La

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

Escala de Evaluación de Tolerancia a la Frustración:

Es una adaptación española de la subescala Stress Management del Emotional Quotient Inventory (EQ-i, YV) de Bar-On y Parker (2000) (Tomado de Oliva y col, 2011). Tiene 8 ítems (por ejemplo: Algunas cosas me enfadan mucho, me peleo con gente). Las posibilidades de respuesta van de 1. Nunca a 5. Siempre. El modelo de Bar-On (2006) plantea desde la inteligencia emocional y social, la forma como el sujeto tiene elementos de afrontamiento de estrés, habilidades sociales que lo hacen efectivo, controla impulsos y en general es capaz de ser empático y asertivo. Alfa de Cronbach Confiabilidad de 0.77.

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

Escala de Satisfacción vital: de la escala original de Huebner, E.S. (1991) (en Oliva y col. 2011), consta de 7 ítems (por ejemplo: Mi vida va bien, Mi vida no es demasiado buena) Con posibilidades de respuesta que van desde 1. Totalmente en desacuerdo. En la primera fase de este estudio se validaron las escalas con población bogotana, los resultados fueron: Satisfacción vital (0.57), Tolerancia a la Frustración (0.75), Planificación y toma de decisiones (0.83),

autoestima y autoeficacia generalizada (0.78).

Procedimiento

Se hizo la aplicación de los instrumentos a los dos grupos de adolescentes embarazadas y no embarazadas, las adolescentes fueron captadas del programa Adolescente Gestante de la clínica, ellas fueron Interconsultantes durante el período de enero a noviembre de 2013 durante el control prenatal y el parto. Para las adolescentes no embarazadas se eligieron niñas en las mismas edades, el mismo nivel socio cultural y nivel educativo de dos colegios de Bogotá y la aplicación de los mismos instrumentos los realizó la misma psicóloga, los datos de los dos grupos fueron incluidos en una base de datos. Finalmente se realizó la correlación entre los grupos en las 5 escalas del Desarrollo Positivo de la adolescencia: Satisfacción vital, Tolerancia a la Frustración, Planificación y Toma de decisiones, Autoestima y Autoeficacia Generalizada.

Resultados

El promedio de edad fue 15,73 años, la Desviación Típica de 0,973, la varianza 0,947 y la asimetría de -0.955. En cuanto a si recibieron o no educación sexual: el grupo de adolescentes embarazadas en un 91,8% y el grupo control en un 92,2% la han recibido lo que indica que la mayoría de las encuestadas cuentan con un sistema familiar de apoyo, estudios secundarios, y han tenido acceso a la educación sexual, como se muestra en la tabla 2. Las dos muestras son similares en las variables evaluadas.

La Tabla 3 muestra los resultados de los estadísticos descriptivos en cada una de las escalas para los dos grupos, la prueba Chi cuadrado fue de 0.003. El promedio estadístico en las 5 escalas estuvo entre 26,52 (Tolerancia a la Frustración) y 41,90 (Planeación y toma de decisiones), la menor desviación típica (DT) 4,522 fue la de la escala Autoestima y la que muestra una mayor desviación

típica 7,291 la presentó la escala de Planeación y toma de decisiones; en lo relacionado con la varianza la menor estuvo en autoestima (4,522) y la de mayor varianza Planeación y toma de decisiones (53,162), todas las escalas presentaron asimetría negativa, las cuales oscilaron entre 0,001 para autoeficacia generalizada y -0,348 en Tolerancia a la frustración. Se vio como los puntajes obtenidos por la muestra total en las cinco escalas fueron superiores a la media, lo que indica un alto nivel de desarrollo positivo.

Para las cinco escalas se utilizó la prueba T para muestras independientes, para comparar los grupos de embarazadas y no embarazadas teniendo en cuenta que son poblaciones similares, con un nivel de significación de 0,05, las escalas de Satisfacción con la vida ($p= 0,058$), Tolerancia a la frustración ($p= 0,518$), Planeación y toma de decisiones ($p= 0,269$) y Autoestima ($p= 0,683$) no mostraron diferencias significativas entre los dos grupos. Sin embargo, la escala Autoeficacia

Discusión

El objetivo general de este trabajo fue establecer la relación entre las cinco dimensiones del Desarrollo Positivo en la adolescencia: Autoestima, Autoeficacia generalizada, Planeación y Toma de decisiones, Satisfacción con la Vida y Tolerancia a la Frustración y el embarazo en adolescentes, adicionalmente se determinó el nivel de cada una de las dimensiones. Como resultado global se puede decir que no hubo diferencias entre las adolescentes con embarazo y las no embarazadas en su desarrollo positivo, ya que los resultados mostraron una alta puntuación en las escalas.

Estos resultados se plantean a la luz de una muestra homogénea, adolescentes embarazadas y no embarazadas (N 100), con factores protectores como: escolarización, haber recibido educación sexual, red de apoyo suficiente, si se tiene en cuenta que un alto porcentaje convive en núcleo familiar unificado o por lo menos con la mamá, como lo proponen Vargas (2009), Hernández et al. (2006) y Penagos & cols. (2006); se confirma que la familia es un factor protector y núcleo central

para los procesos de desarrollo; específicamente en la adolescencia la familia se convierte en el eje principal para el desarrollo futuro de las relaciones afectivas en todos los seres humanos. Por lo tanto, es probable que las adolescentes del estudio, al contar con soporte familiar, no solo económico, sino afectivo y emocional, puedan manejar mejor las amenazas y vulnerabilidades que se plantean al enfrentar un embarazo precoz.

Igualmente, la educación sexual puede ser un factor protector tanto para la prevención del embarazo, como para el afrontamiento del mismo, como se vio en estudios previos (Gomez & Durán, 2017; (Vaillant, Dandicourt, & Mackensie, 2012).

Una dimensión que mostró diferencias a favor de las adolescentes con embarazo fue la autoeficacia generalizada. Esto puede indicar que el afrontar esta situación aumenta la confianza en las capacidades de estas jóvenes. Carvajal, Burrell, Duggan y Barnet (2012) en su estudio encuentran que una percepción alta de autoeficacia es un factor protector para prevenir un embarazo, lo que confirmaría la importancia de un trabajo de los profesionales de la salud o los educadores en promover en las adolescentes aspectos relacionados con su autoeficacia, tales como la auto reflexión, análisis, el aprendizaje de experiencias anteriores y el planteamiento de objetivos, como un factor protector para embarazos precoces (Maddux, 2005) (Vargas, Gambará & Botella, 2006).

La tolerancia a la frustración, la autoestima, la satisfacción con la vida y la planificación y toma de decisiones fueron escalas que no evidenciaron un cambio frente a la experiencia de ser madres adolescentes para esta muestra. Así mismo, estas dimensiones obtuvieron puntuaciones positivas en ambos grupos. Es probable según estos resultados que los aspectos relacionados con el desarrollo positivo sean elementos protectores que se entrecrucen y se fortalezcan mutuamente, lo cual parece corroborarse en la correlación positiva entre estas escalas y en los resultados, donde los promedios fueron superiores a la media en ambos grupos.

La autoestima, la satisfacción con la vida y la planificación y toma de decisiones fueron escalas

que para esta muestra, se ubicaron dentro del promedio, con una leve tendencia a ser las de mayor puntuación, Vargas, Gambará y Botella (2006) consideran que los adolescentes prueban su autoestima frente a sus pares, a sus maestros y a sus padres, generalmente, la sensación de competencia y valía se establece con las conductas riesgosas que se realicen, sin embargo uno de los estudios que presentan se refiere a la relación entre autoestima e inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia y la conclusión de los autores, es que por lo menos para los estudiantes adolescentes del sistema educativo de Bogotá, la autoestima no se constituye en una variable relevante en los programas de prevención en inicio precoz de actividad sexual de esta franja etaria. La autoestima se entrecruza con todos los demás aspectos planteados en el desarrollo positivo hacia la adultez, es probable que la toma de decisiones, la tolerancia a la frustración y la planificación al momento de hacer elecciones de vida sean elementos protectores y que fortalezcan la autoestima.

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

Limitaciones del estudio

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

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

Referencias

- Cataño toro, David, Restrepo, Samuel Alberto, Portilla, Nicolás David, & Ramírez, Héctor David. (2008). AUTOESTIMA Y SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES: VALIDACIÓN DE UNA ESCALA. *Investigaciones Andina*, 10(16), 57-66. Recuperado en 18 de octubre de 2021, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462008000100005&lng=es&tlng=es.
- Carvajal G, Caro C. (2009) Soledad en la Adolescencia: Análisis del Concepto. (*Aquichan*; 9: 281-296. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n3/v9n3a08.pdf>
- Carvajal D, Burrell L, Duggan A, Barnet B. (2012). Repeat Pregnancy Prevention Selfefficacy in Adolescents: Associations with Provider Communication, Provider Type, and Depression. *South Med J*; 105 (11); 591-597.
- Gambara H, González E. (2004). Qué y cómo Deciden los Adolescentes. *Tarbiya*; 34: 5-12. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=930226>
- Garcés-Delgado, M., Santana-Vega, L. E. y Feliciano-García, L. (2020). Proyectos de vida en adolescentes en riesgo de exclusión social. *Revista de Investigación Educativa*, 38(1), 149-165. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.332231>
- Glick I, Berman E, Clarkin J, Rait D. (2003). *Terapia Conyugal y Familiar*. (4a. Ed.) Aula Médica.
- Gómez S, Durán L. (2017). Acciones Educativas Dirigidas a Mejorar la Percepción de Riesgo del Embarazo en Adolescentes. *Rev Cubana Salud Pública*. 43, 2. <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/759/862>
- Garassini M. E. *Desarrollo Positivo Adolescente*. (2020). Editorial Manual Moderno. Bogotá-Colombia
- Hernández R, Fernández C, Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. MacGraw-Hill Interamericana.
- Maddux JE. Self-efficacy. In Snyder CR, Lopez SJ (eds.). (2005) *Handbook of Positive Psychology*, Oxford: University Press. 277-287.
- Mayor S. (2009). Pregnancy and Childbirth are Leading Causes of Death in Teenage Girls in Developing Countries. *BMJ*; 328: 1152- XX. doi:10.1136/bmj.328.7449.1152-a.
- Moyano E, Ramos N.(2007). Bienestar Subjetivo: Midiendo Satisfacción Vital, Felicidad y Salud en Población Chilena de la Región del Maule. *Universum*. 2: 184-200. <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-23762007000200012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-2376. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762007000200012>.
- Oliva A, Antolín L, Pertegal M, Rios M, Parra A. (2011). Instrumentos para la Evaluación de la Salud Mental y el Desarrollo Positivo Adolescente y los Activos que lo Promueven. *Consejería de Salud, Junta de Andalucía*.
- Paz C, Artieta I, Grandes G, Espinosa M, Gaminde I, Payo J. (2016). Necesidades Percibidas por las Mujeres Respecto a su Maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. *Aten Primaria*; 48: 657-664. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671630066X>
- Salvatierra L, Aracena M, Ramírez P, Reyes L, Yovane C, Orozco A, Lesmes C, Krause M. (2009). Auto Concepto y Proyecto de vida: Percepciones de Adolescentes Embarazadas de un Sector Periférico de Santiago, Participantes de un Programa de Educación para la Salud. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*. XIV: 141-152.
- Save The Children, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2009) *Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios*. www.unfpa.org.
- Savi F, Tagay, Ö.(2017). The Mediating Role of Self-Esteem: The Effects of Social Support and Subjective Well-Being on Adolescents.
- Risky Behaviors. *Educational Sciences: Theory & Practice*. 17(3): 859-876. *Academic Search Premier*.
- Soto M, Contreras M, Becerra R. (2011). Los Cambios en el Proyecto de Vida de las Adolescentes Embarazadas. Investigación realizada en la Escuela Preparatoria No. 7 de la Universidad de Guadalajara. http://eacademic.sems.udg.mx/formacion_docente_e_investigacion/investigacion/coloq_uios/docpn712.pdf
- Vaillant M, Dandicourt C, Mackensie Y. (2012). Prevención del Embarazo en Adolescentes. *Rev Cubana Enfermer* . 28(2): 125-135.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192012000200008&lng=es.

Vargas E. (2009). Sexualidad-Mucho más que Sexo. Ediciones Uniandes.

Vargas E, Gambara H, Botella J. (2006). Autoestima e Inicio de Actividad Sexual en la Adolescencia: un Estudio Meta-analítico. Int J Clin Health Psychol. 665-695. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760310>

Tablas

Tabla 1

Estadísticos de Fiabilidad de las 5 Dimensiones del Desarrollo Positivo en Adolescencia

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

Tabla 2

Resultados de variables demográficas de la muestra total

VARIABLES	Muestra Total (N 100)
Bachillerato completo	11%
Bachillerato incompleto	89%
Vive con Familia Nuclear	53%
Vive con Pareja	11%
Promedio de edad	15.7 años
Educación sexual	92%

Tabla 3

Estadísticos descriptivos de las Escalas

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

Tabla 4
Puntuaciones en cada Escala por Grupos

Tabla 5
Puntuaciones en cada escala por grupo

Escala	Mínimo-Máximo	Grupo Embarazadas	Grupo no embarazadas	p
Autoestima	10-40	32,16	31,94	0,683
Autoeficacia Generalizada	10-40	31,42	29,41	0,038
Satisfacción con la Vida	7-49	32,85	35,31	0,058
Tolerancia a la Frustración	8-40	25,95	27,05	0,518
Planificación y Toma de decisiones	8-56	41,16	42,60	0,269
Escala	Mínimo-Máximo	Grupo Embarazadas	Grupo no embarazadas	
Autoestima	10-40	32,16	31,94	
Autoeficacia Generalizada	10-40	31,42	29,41	
Satisfacción con la Vida	7-49	32,85	35,31	
Tolerancia a la Frustración	8-40	25,95	27,05	
Planificación y Toma de decisiones	8-56	41,16	42,60	