

AUTOESTIMA Y EMBARAZO ADOLESCENTE EN UN GRUPO DE ESTUDIANTES DE BACHILLERATO EN EL MUNICIPIO DE SOACHA (COLOMBIA)

Luisa Alejandra Aguilar Bernal¹, Diana Camila Campo Londoño², Angie Karina León Gómez³, Ilba Dorlani Ardila Roa⁴, Luis Antonio Daza Castillo⁵

Resumen:

El objetivo de la presente investigación es identificar el nivel de autoestima como factor predisponente al embarazo adolescente en un grupo de estudiantes en el municipio de Soacha (Colombia), durante el periodo 2018-II. Se realizó por medio de un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, en el que se utilizó como instrumento de recolección de datos la “Escala de autoestima de Rosenberg” (versión castellana de diez ítems), cuyos resultados fueron contrastados teóricamente con las condiciones socioeconómicas de vida reportadas en el Análisis Situacional de Salud de 2015. Con los resultados obtenidos, se concluye que el 54% de la muestra tiene algún grado de variación en su percepción de autoestima; así mismo, que las condiciones materiales de vida en el municipio de residencia de las participantes evidencian estresores sociales y medioambientales por cuenta de la migración no controlada, alta densidad en el uso del suelo, déficit habitacional, limitación en la oferta escolar y una heterogeneidad sociocultural en la población local.

Palabras clave: embarazo en adolescencia, adolescente, salud familiar, sociedad.

Historial del artículo:

Fecha de recibido: 04-01-2020 – Fecha de aceptado: 10-05-2021

© 2021 Fundación Universitaria Juan N. Corpas (FUJNC).

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

DOI: 10.26752/revistaparadigmash.v3i1.524

¹Enfermera de la Escuela de Enfermería de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Bogotá (Colombia).

Correo electrónico: luisa.aguilar@juanncorpas.edu.co

²Enfermera de la Escuela de Enfermería de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Bogotá (Colombia).

Correo electrónico: diana-campo@juanncorpas.edu.co

³Enfermera de la Escuela de Enfermería de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Bogotá (Colombia).

Correo electrónico: angiek-leon@juanncorpas.edu.co

⁴Enfermera, docente e investigadora de la Escuela de Enfermería de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

Correo electrónico: Ilba.ardila@juanncorpas.edu.co

Enfermero del Hospital Universitario San Ignacio. Autor de correspondencia.

Correo electrónico: ladazac@gmail.com

SELF-ESTEEM AND ADOLESCENT PREGNANCY IN A GROUP OF HIGH SCHOOL STUDENTS IN THE MUNICIPALITY OF SOACHA (COLOMBIA)

Abstract:

Objectives: Identify the level of self-esteem as a predisposing factor to adolescent pregnancy in a group of adolescents enrolled in the municipality of Soacha (Colombia) during the period 2018-II. **Materials and methods:** Observational - descriptive, cross-sectional study in which the “Rosenberg Self-Esteem Scale” was used as a data collection instrument - Spanish version of 10 items, the results of which were theoretically contrasted with the reported socioeconomic living conditions. in the 2015 Health Situation Analysis. **Results and Conclusions:** 54% of the sample has some degree of compromise in their perception of self-esteem; the material living conditions in the municipality of residence of the participants show social and environmental stressors due to uncontrolled migration, high density in land use, housing deficit, limitation in school supply, and sociocultural heterogeneity in the local population.

Keywords: pregnancy in adolescence, adolescent, family health, society.

Introducción

El embarazo adolescente (EA) es considerado como un asunto de salud pública, cuya problemática puede abordarse desde tres grandes dimensiones: en primer lugar, una dimensión biológica, en tanto que es un factor de riesgo para el bienestar del binomio madre-hijo; segundo, una dimensión económica, al tener en cuenta que es un factor ralentizador de la movilidad social y perpetuador de los ciclos de pobreza en las clases sociales media-baja y baja, y, por último, es un problema social y cultural, pues implica determinantes sociales proximales e intermedios (como la educación y el nivel socioeconómico) que conllevan con el tiempo a altas tasas de fecundidad adolescente (Bonell, 2004).

El EA se entiende como el suceso por el cual una mujer, durante sus años de adolescencia (de los trece a los diecinueve años), experimenta el estado de gestación, ya sea por su propia voluntad, por accidente o como consecuencia de un acceso coital violento o forzado (Anón, s. f.). Entre los factores determinantes de esta problemática descritos en la evidencia, se destacan: el inicio temprano de la vida sexual (coital), una pobre educación y adherencia en el uso de métodos modernos de anticoncepción, condiciones sociales y económicas que permiten la ocurrencia de sexo coital forzado a menores, y deficiencias en la implementación de servicios de salud enfocados en derechos sexuales y reproductivos en jóvenes (Blum y United Nations Population Fund [Unfpa], 2015).

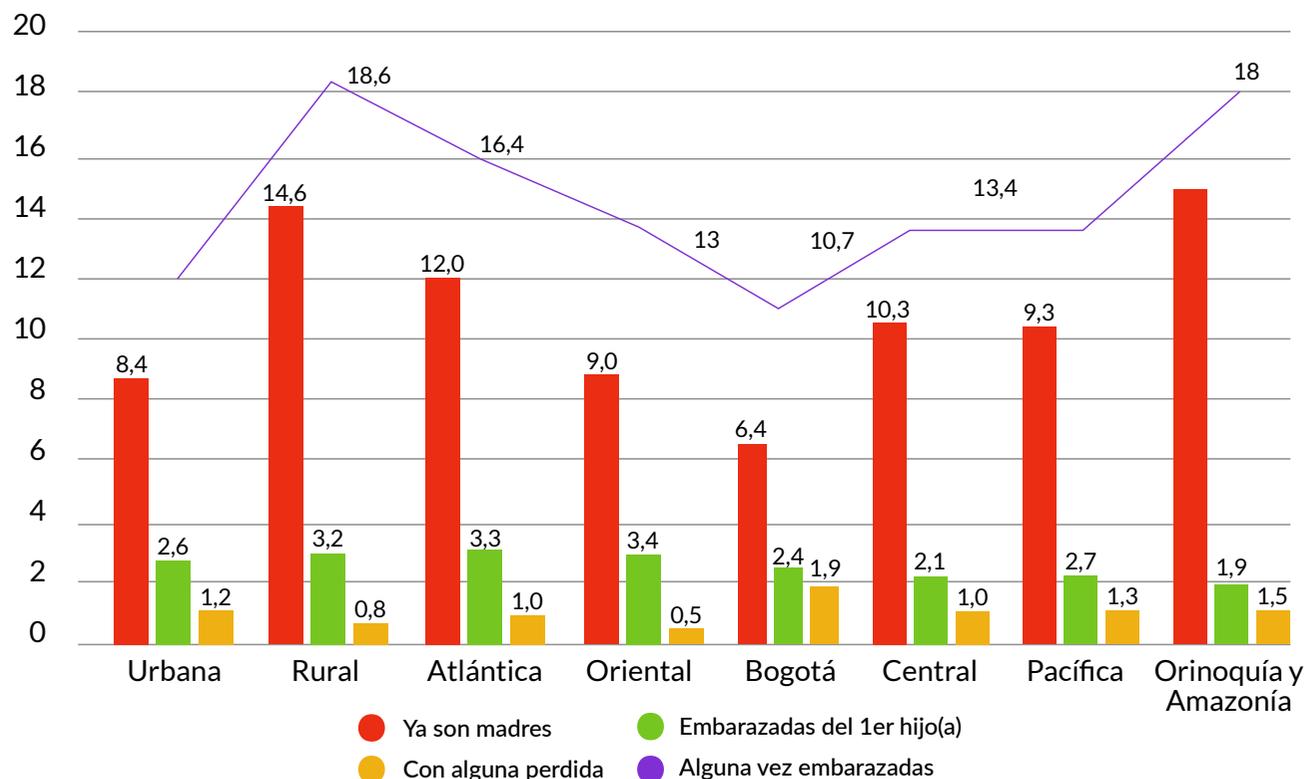
Técnicamente, el EA se mide a través de la estimación y comparación anual de las tasas de fertilidad de mujeres en edad adolescente (entre los quince y diecinueve años, según recomendación del Unfpa), desde la perspectiva territorial y por estrato socioeconómico. En Colombia, la principal fuente de estimación y seguimiento de la fecundidad adolescente es la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, desarrollada en conjunto por el Departamento Administrati-

vo Nacional de Estadística (DANE) y la organización no gubernamental Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana (Profamilia). Estas acciones de monitoreo de la fecundidad orientan la toma de decisiones en materia de políticas públicas, en pro de la reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos. Además, estos responden a mandatos constitucionales que apuntan al logro de los objetivos 3 y 5 del desarrollo sostenible que buscan la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres en torno a sus derechos sexuales y reproductivos (DSR), especialmente en lo relacionado a métodos modernos de anticoncepción y al acceso necesario a la información y la educación (República de Colombia et al., 2016).

Según informes del Unfpa, en América Latina se evidencia la tasa más alta de fecundidad en mujeres adolescentes (57.7 embarazos aproximadamente por cada 1000 adolescentes en el quinquenio 2010-2015), en comparación con la media mundial. Si bien hay un declive en esta cifra para el periodo de tiempo 1980-2015 de más de 20 puntos, este ha sido lento y no demuestra mayores diferencias estadísticas entre las subregiones de Centroamérica, la región insular del Caribe y Suramérica. Estos datos también demuestran que el EA ocurre con mayor frecuencia en mujeres indígenas que en otras pertenecientes a grupos étnicos diferentes. Así, las mayores tasas de fecundidad adolescente en América Latina para el periodo 2010-2015 se concentran en República Dominicana (100.6), Nicaragua (92.8), Guyana (90.1), Venezuela (80.9), Panamá (78.5), Ecuador (77.3), Bolivia (72.6) y Belice (69.7) (Anón, s. f.).

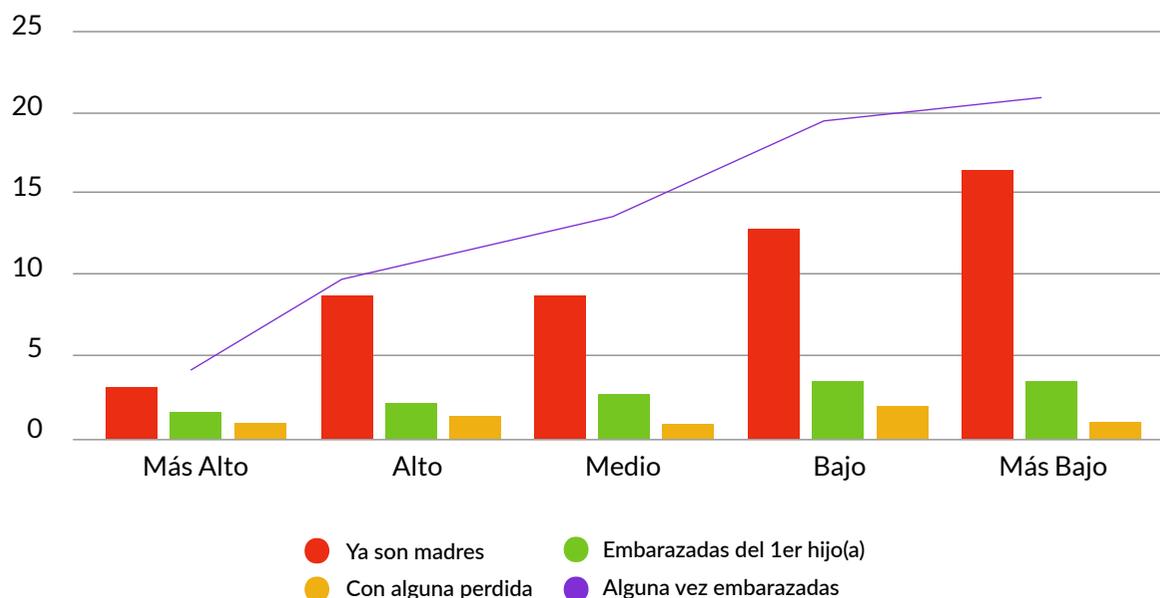
En Colombia, los mayores porcentajes de mujeres adolescentes que ya son madres, que están embarazadas de su primer hijo(a) o que han tenido alguna pérdida corresponden a las zonas urbanas, mayormente concentradas en las regiones del Atlántico, la Orinoquía y la Amazonía, distribuidos con una parcial uniformidad

Figura 1. Porcentaje de mujeres de trece a diecinueve años que son madres, están embarazadas de su primer hijo(a) o han tenido alguna pérdida, por ubicación geográfica (Colombia, 2015)



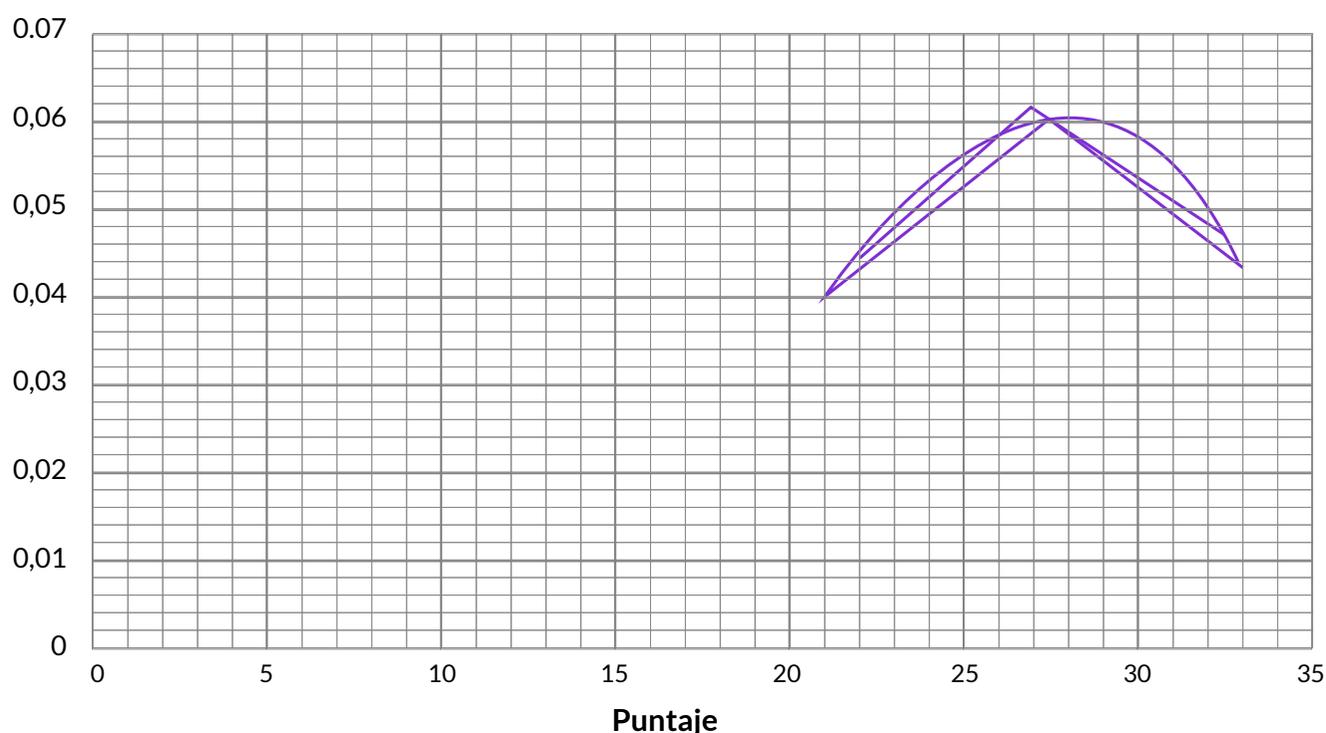
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. (2015).

Figura 2. Porcentaje de mujeres de trece a diecinueve años que son madres, están embarazadas de su primer hijo(a) o han tenido alguna pérdida por quintil de riqueza (Colombia, 2015)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. (2015).

Figura 3. Distribución de los puntajes asociados a los grados de autoestima en la muestra seleccionada (n=24)



Fuente: elaboración propia.

entre los tres quintiles de riqueza más bajos, como se expresa en las figuras 1, 2 y 3 (República de Colombia et al., 2016).

En la actualidad, se han identificado en la literatura cuatro grandes grupos de determinantes del EA: I) de tipo individual, como la pubertad precoz, falta de conocimientos en salud sexual reproductiva (SSR), inicio temprano de las relaciones coitales, falta de uso de anticonceptivos modernos, débil elaboración o prospección del proyecto de vida; II) determinantes relacionales, como imaginarios particulares o expectativas sobre la familia, presión externa para iniciar la vida sexual, pobre vinculación psicoafectiva con los pares, padres y/o docentes, pobre red de soporte social y normalización o aceptación de prácticas de violencia sexual); III) determinantes comunitarios, en los que se encuentran las brechas de acceso a servicios de salud orientados a la SSR, falta de acceso a métodos modernos de anticoncepción, déficit de capital social comunitario, débiles normas y valores

culturales en torno a la sexualidad y la reproducción, y IV) determinantes sociales, tales como el desconocimiento de las normas, leyes y derechos de la SSR, ausencia de oportunidades educativas y ocupacionales para las mujeres adolescentes, normas y valores que propician modos de inequidad de género y aceptación de la violencia sexual y de género (Anón s. f.).

Un estudio sobre el soporte social y el grado de autoestima de madres adolescentes residentes en República Dominicana (que contrastaba dicha situación con sus connacionales migrantes en los Estados Unidos) reveló que estos son determinantes en la calidad del papel materno, así como en el grado de compromiso de la adolescente con la gestación. Los resultados de este estudio muestran que, sin importar el suceso de la migración, el EA incide directamente en un pobre desarrollo de la autoestima y del soporte social, lo que confirma la hipótesis que

indica que el nivel de autoestima actúa como predictor psicosocial del EA (Babington et al., 2015).

Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue identificar el nivel de autoestima de un grupo de adolescentes estudiantes de bachillerato, en una institución educativa del municipio de Soacha (Colombia), como posible predictor del EA.

Materiales y métodos

El presente estudio fue de tipo observacional descriptivo, de corte transversal. Para la recolección de los datos se utilizó la “Escala de autoestima de Rosenberg”, con previa autorización del autor y en su versión en idioma castellano, que consta de diez ítems (Salaberria y Echeburúa, 1995). Para el análisis de los datos, se realizó una triangulación teórica que contrastó los hallazgos de este estudio con lo reportado en el Análisis Situacional de Salud (ASIS) de 2018 en el municipio, en la dimensión de la SSR.

Población y muestra

La población participante de este estudio estaba integrado por veinticuatro mujeres adolescentes escolarizadas en la educación media vocacional, en un colegio del municipio de Soacha, Cundinamarca (Colombia). Fueron seleccionadas a partir de un muestreo intencional de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión:

- Tener entre trece y diecinueve años.
- Estar matriculada en la institución educativa (para el periodo 2018-II).
- Vivir en el municipio de Soacha.
- Firmar el consentimiento informado y contar con el asentimiento por parte de los padres en caso de ser menores de edad.

Características del instrumento

La encuesta de Rosenberg es una herramienta psicométrica unidimensional desarrollada en 1965 y traducida al castellano en 1995. Esta consta de diez ítems que valoran sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo(a) (auto-percibidos), que se evalúan mediante una es-

cala tipo Likert de cuatro puntos: (4) muy de acuerdo hasta (1) totalmente en desacuerdo. Los ítems 6, 7, 8, 9, 10 implican expresiones negativas, por lo cual deben valorarse con el Likert invertido. Este instrumento está diseñado para ser autodilucidado, en un tiempo no mayor a treinta minutos. En cuanto a sus propiedades, algunos estudios señalaron que la versión en castellano mostró validez y confiabilidad, expresadas en una consistencia interna alta (alfa de Cronbach de 0.87), y una validez de constructo total de $r=-0.61$ (alta fuerza de relación entre sus conceptos) (Vázquez Morejón et al., 2004).

Para contrastar los resultados de la aplicación del instrumento, se utilizaron las características sociales, económicas, culturales y demográficas (tasa de fecundidad) del Análisis Situacional de Salud (ASIS) del municipio para el año 2015, lo que permitió enmarcar los hallazgos de este estudio en las condiciones materiales en que vivían las jóvenes participantes.

Análisis de los datos

Los datos recogidos mediante la encuesta fueron transcritos y sistematizados en una matriz construida en el programa Excel de Windows 10©, para describir el comportamiento de las respuestas en las jóvenes, respecto a su percepción de la autoestima (porcentaje de respuesta para cada grado de autoestima, distribución de la variable continua “grados de autoestima” y promedios de respuesta por ítem).

Consideraciones éticas

De acuerdo con lo establecido por la resolución 8430 de 1993, la presente investigación se clasificó como de riesgo mínimo, ya que, aunque no se realizó una intervención directa, se recogieron datos a partir de una prueba psicométrica (Ministerio de Salud, 1993). La participación en la investigación fue de carácter voluntario y se realizó la firma del consentimiento informado y de asentimientos informados por parte de los padres de familia, cuando las participantes fueron menores de edad. A su vez, se dio cum-

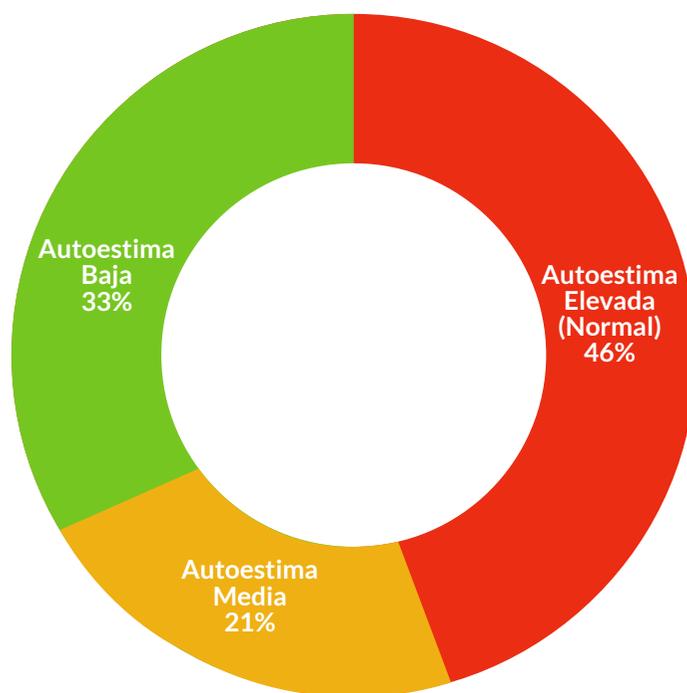
plimiento a los principios bioéticos de la investigación: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

Resultados

El análisis de los datos mostró un comportamiento gaussiano, lo que significa que la mayoría de las respuestas reflejan una tendencia hacia la normalidad. Llama la atención que, a pesar de que un 46 % de la población participante de

mostró una percepción elevada de autoestima, el 33 % y el 21 % de las participantes obtuvieron puntuaciones de percepción de autoestima baja y media respectivamente (Figura 4).

Figura 4 Grados de autoestima reportados por la muestra seleccionada (n=24)



Fuente: elaboración propia.

Al explorar el comportamiento de las respuestas dadas por el grupo a cada uno de los ítems del Instrumento de Rosenberg, se evidencia que para los ítems 1 a 5 (considerados como percepciones positivas de la autoestima), el 81 % de la muestra manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con las afirmaciones planteadas en cada ítem. Esto permite identifi-

car que cerca de la mitad de las jóvenes experimenta condiciones personales y externas que podrían estar incidiendo en su autoconcepto, especialmente en el planteamiento que relaciona la capacidad para autoidentificarse como alguien que hace bien las cosas o que es competente para las demandas del medio en correspondencia con la edad y el contexto (Tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje de respuestas para cada ítem del Instrumento de Autoestima de Rosenberg (2=24)

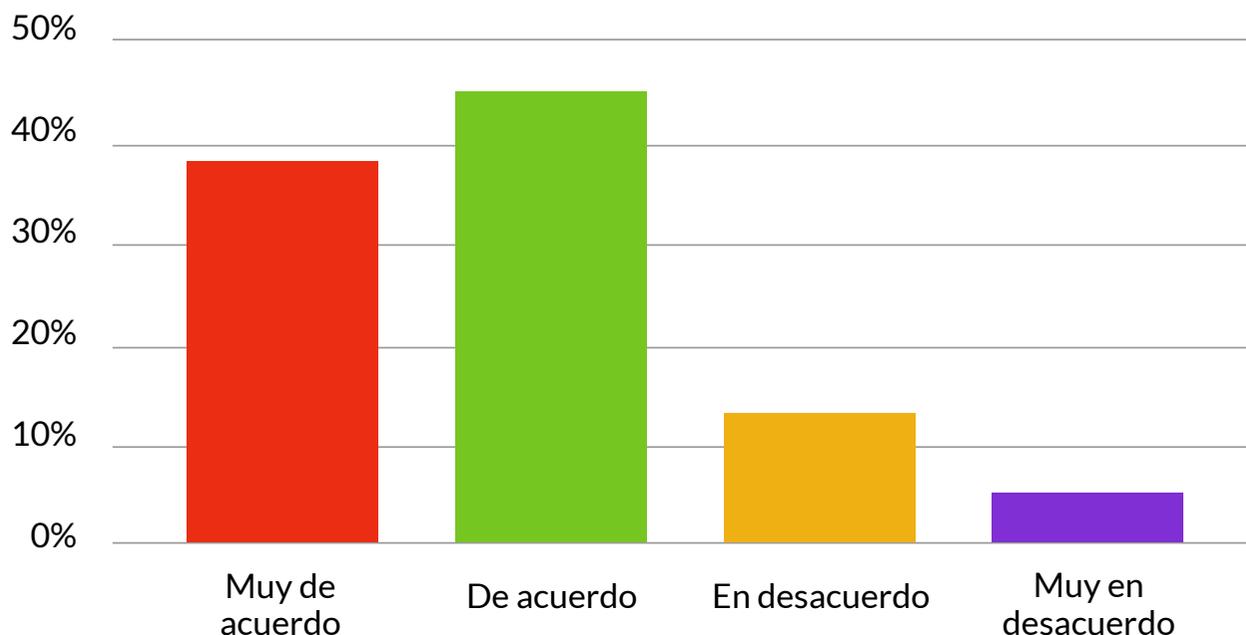
| ITEM | A - Muy de acuerdo | B - De desacuerdo | C - En desacuerdo | D - Muy en desacuerdo |
|---|--------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| Item 1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. | 41% | 50% | 8% | 0% |
| Item 2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas. | 38% | 50% | 8% | 0% |
| Item 3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. | 38% | 33% | 29% | 0% |
| Item 4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a. | 33% | 60% | 13% | 4% |
| Item 5. En general estoy satisfecho de mi mismo/a. | 26% | 38% | 38% | 0% |
| Item 6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso. | 17% | 25% | 58% | 0% |
| Item 7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a. | 8% | 21% | 38% | 33% |
| Item 8. Me gustaría sentir más respeto por mi mismo. | 29% | 50% | 13% | 8% |

Fuente: elaboración propia.

Respecto a los ítems 6 a 10 (considerados como percepciones negativas de la autoestima), un 42% de las respuestas mostraron estar en desacuerdo o muy en desacuerdo, cifra que deja el

mayor porcentaje a la aceptación de los ítems que destacan una mala autoestima. Se destaca el comportamiento evidenciado para el ítem 10 (Figura 5).

Figura 5. Distribución de las respuestas para el ítem 10: "a veces creo que no soy buena persona"



Fuente: elaboración propia.

Al examinar las estadísticas sobre la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes (quince a diecinueve años) en el municipio de Soacha, se evidencia una disminución entre 2016 y 2017 (36.1), aproximadamente 29.3 puntos por debajo del promedio nacional (65,4) (Banco Mundial et al., s.f.; Periodismo Público, 2018).

La revisión de los datos provistos muestra una disminución tanto en la tasa nacional como en la de Soacha. Sin embargo, la baja autoestima evidenciada anteriormente, sumada a otros

factores demográficos determinantes de la fecundidad adolescente (como son los flujos migratorios, la sobre concentración del espacio urbano, el déficit de vivienda —unidades habitacionales—, las limitaciones en la oferta de cupos escolares, la heterogeneidad sociocultural de sus habitantes, entre otras), podrían generar una mayor probabilidad de que se presente un embarazo adolescente. Por esta razón, se requiere estudiar con mayor profundidad esta relación y los elementos que concurren en el fenómeno.

Discusión

Por un lado, el estudio correlacional “Autoeficacia y embarazo adolescente” desarrollado en el sur de Bogotá, identificó que, aunque no hay una diferencia en la autoeficacia (confianza en la propia capacidad para lograr los resultados pretendidos) estadísticamente importante entre adolescentes embarazadas y no embarazadas, se hace necesario plantear más estudios que puedan relacionar los EA no planeados con variables como autoeficacia y autoestima, pues no hay claridad en la relación de estos aspectos psicosociales con el EA. Sin embargo, se identificó un porcentaje significativo en las adolescentes gestantes de tener un antecedente de ser hijas de una madre adolescente (Santacruz P. & Pardo T., 2018).

Por otro lado, un estudio de revisión de la literatura realizado en México expone cómo las adolescentes que tienen escasa autoestima tienden a iniciar prematuramente su vida sexual, utilizar en menor medida los métodos anticonceptivos y posteriormente a embarazarse. En este sentido, se hace necesario desarrollar estrategias que mejoren la autoestima y confianza de las jóvenes en sí mismas como posible estrategia de prevención del EA; a su vez, se requiere indagar sobre las características de la familia de las adolescentes para detectar posibles factores de riesgo provenientes de este núcleo cercano (Cancino & Valencia, 2015).

En un estudio descriptivo que tuvo lugar en Santa Marta (Colombia), se utilizó la misma escala (Rosenberg) para medir el nivel de autoestima en adolescentes embarazadas y se encontró que una tercera parte de la muestra presenta una baja autoestima, el 100% de la muestra tiene un bajo nivel socioeconómico y el mayor grado de educación es la secundaria. Se concluye que los embarazos adolescentes en esta población generan una baja estima de sí, lo que desarrolla un estado mental poco saludable en el binomio madre-hijo, genera bajos

niveles educativos y perpetúa la pobreza en poblaciones vulnerables (Ceballos Ospino et al., 2011).

Respecto a la cultura, se hizo relevante que en mujeres indígenas que han vivido la experiencia del EA existen vulnerabilidades a la salud mental que, aunque podrían ser condicionantes, no expresan un grado de asociación directa con la experiencia del EA. Por lo contrario, dicho suceso está condicionado por factores diversos socioeconómicos como lo son la seguridad alimentaria, tener comorbilidades preexistentes y presentar limitaciones cognitivas para el aprendizaje (Xavier et al., 2018).

El estudio cuantitativo “Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá” (Gómez-Sotelo et al., 2012) concluye que el embarazo adolescente no se presenta por ignorancia o desinformación, lo cual deja abierta la posibilidad de encontrar otros factores de riesgo. Es resaltable la importancia de prevenir este fenómeno complejo, que deja a su paso representaciones sociales desfavorables para el desarrollo social de la adolescente, no solamente con estrategias educativas, sino con la intervención de determinantes estructurales que afectan la calidad de vida de la adolescente y su familia, lo que aumenta su vulnerabilidad al embarazo no planeado o deseado.

En contraposición, un estudio observacional realizado en Boyacá expone que, a través de un instrumento desarrollado para la investigación, se encontró un gran desconocimiento sobre métodos anticonceptivos en esta población. Riaño et al. (2014) recomienda el diseño de estrategias de intervención que se puedan aplicar de manera viable en las instituciones educativas del lugar de estudio, lo que aportaría a la prevención del embarazo adolescente.

Finalmente, un estudio transversal desarrollado en 2014 estableció con hallazgos concluyentes que existen rasgos de la personalidad

que son protectores ante el riesgo de EA (tales como la amabilidad, el intelecto y la imaginación), así como existen otros que propician o predicen la ocurrencia de dicho desenlace (como son la irritabilidad, neuroticismo y la extraversion) (Harville et al., 2015).

Con base en la anterior evidencia, la autoestima como factor asociado o determinante del embarazo adolescente no se encuentra suficientemente soportado en la literatura, más bien, se encuentra asociado a otros factores psicosociales como la autoeficacia y el autoconcepto e incluso algunos rasgos de la personalidad de la adolescente. Sería importante en futuras investigaciones asociar todas estas variables a la condición socioeconómica de las gestantes adolescentes y las oportunidades académicas y laborales, que incluso pueden representar condiciones de mayor impacto para las cifras que reflejan esta problemática. Se debe resaltar la importancia de cada de las anteriores variables para el diseño e implementación de estrategias que busquen la mitigación de este fenómeno de forma tangible y realista.

Conclusiones y recomendaciones

El 54% de las adolescentes participantes en el estudio obtuvieron puntuaciones que indican autoestima baja (33%) y media-baja (21%), de las cuales un 56% de las respuestas se concentran en el reconocimiento de sentimientos de minusvalía o de pobre autorreconocimiento personal.

El municipio habitado por las adolescentes participantes se caracteriza por contar con dificultades demográficas, sociales y culturales derivadas de flujos migratorios no controlados, una alta densidad humana sobre el territorio, déficit de vivienda, limitaciones de cobertura escolar y diversidades raciales y culturales que pueden incidir sobre la tasa de fecundidad en las jóve-

nes. Sin embargo, no hay estudios concluyentes en Colombia sobre el grado de correlación entre dichas variables.

Al tener en cuenta que el embarazo adolescente es una problemática compleja en la que convergen múltiples variables, la investigación de este fenómeno debe también contemplar el uso de métodos cualitativos que aporten una visión más integral de este y que permitan explorar las percepciones, experiencias y actitudes de las adolescentes que transitan por esta vivencia.

En cuanto al uso de los métodos cuantitativos, se requiere la realización de estudios con muestreos aleatorizados y de mayor tamaño, que garanticen mayor replicabilidad de los datos. A su vez, una recomendación para investigaciones futuras sería aplicar estudios correlacionales que permitan determinar con mayor precisión la capacidad predictiva de la variable de la autoestima con relación al embarazo adolescente.

Limitaciones del estudio

Por condiciones externas al equipo investigador, no fue posible caracterizar las variables sociodemográficas de las adolescentes participantes (edades, estrato socioeconómico, años acumulados de educación, tipología familiar), lo que restringe las posibilidades de análisis deseables para el propósito del estudio.

Agradecimientos

Los autores agradecen a las directivas de la Escuela de Enfermería de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, especialmente a su coordinadora de investigación, la doctora Ana Cecilia Becerra Pabón. Igualmente, a la docente asesora Ilba Dorlani Ardila Roa, quien aportó con su saber temático al desarrollo de este producto de investigación.

Referencias Bibliográficas

1. Anón. (Sin fecha). Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in LAC.
2. Ariza Riaño, N. E., Valderrama Sanabria, M. L. & Ospina Díaz, J. M (2014). Caracterización del embarazo adolescente en dos ciudades de Boyacá, Colombia. 11.
3. Babington, L. M., Malone, L. y Kelley, B. R. (2015). Perceived Social Support, Self Esteem, and Pregnancy Status among Dominican Adolescents. *Applied Nursing Research*, 28(2),121-26. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.08.001>
4. Banco Mundial, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), Asociación Internacional de Fomento (AIF). (Sin fecha). Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad) - Colombia | Data. Banco Mundial Datos. Recuperado el 14 de enero de 2021, de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT?locations=CO>
5. Blum, R. W. y United Nations Population Fund. (2015). *Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy*. Unfpa.
6. Bonell, C. (2004). Why is teenage pregnancy conceptualized as a social problem? A review of quantitative research from the USA and UK. *Culture, Health & Sexuality*, 6(3), 255-72. <https://doi.org/10.1080/13691050310001643025>.
7. Cancino, A. M. & Valencia, M. (2015). Embarazo en la adolescencia: Cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29, 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2015.05.004>
8. Ceballos Ospino, G. A., Camargo Goenaga, K., Jiménez Sánchez, I. & Requena Mendoza, K. (2011). Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta (Colombia). *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(1), 29-38. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000100003
9. Gómez-Sotelo, Á., Gutiérrez-Malaver, M. E., Izzedin-Bouquet, R., Sánchez-Martínez, L. M., Herrera-Medina, N. E. & Ballesteros-Cabrera, M. (2012). Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 14(2), 189-199. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/20863/36325>
10. Harville, E. W., Spriggs Madkour, A. y Xie, Y. (2015). Personality and Adolescent Pregnancy Outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1),148-59. <https://doi.org/10.1111/jan.12481>.
11. Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 de 1993-Colombia. SAS, Redjurista. Recuperado el 14 de enero de 2021, de https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_8430_de_1993.aspxMinisterio de Salud y Protección Social y Profamilia. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Gobierno de Colombia, Profamilia. <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>

- 12.** Periodismo Público. (2018, noviembre 29). En Soacha se reduce la tasa de embarazos en adolescentes. Periodismo Público.
<https://periodismopublico.com/en-soacha-se-reduce-la-tasa-de-embarazos-en-adolescentes>
- 13.** República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social & Profamilia. (2016). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Tomo 1. Profamilia.
- 14.** Salaberria, K. y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-79. https://www.researchgate.net/publication/286783356_Tratamiento_psicologico_de_la_fobia_social_Un_estudio_experimental
- 15.** Santacruz P., K. T. & Pardo T., M. P. (2018). Autoeficacia y embarazo adolescente. *Revista Colombiana de Enfermería*, 16, 43-51. <https://doi.org/10.18270/rce.v16i13.2303>
- 16.** Vázquez Morejón, A. J., Jiménez García-Bóveda, R. y Vázquez-Morejón Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2). <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53>
- 17.** Xavier, C. G., Brown, H. K. y Benoit, A. C. (2018). Teenage Pregnancy and Long-Term Mental Health Outcomes among Indigenous Women in Canada. *Archives of Women's Mental Health*, 21(3), 333-40. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0799-5>.