

**IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN LA TOMA DE
DECISIONES COMO MEDIDA PREVENTIVA DEL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES**

GABRIEL ARTURO GONZALEZ GARCIA

**Proyecto de grado para obtener el título de
Psicólogo**

**Asesora: Dra. MARTHA FERNANDEZ DAZA
Docente Investigador**

**UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SANTA MARTA SEMESTRE II - 2017**

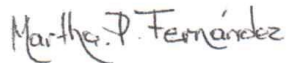
Santa Marta, Diciembre 05 del 2017

Dra.
SILENA ALVAREZ
Coordinadora de Investigación
Facultad de Psicología
Universidad Cooperativa de Colombia
Seccional Santa Marta

Cordial saludo.

El presente trabajo denominado **Identificación de factores de riesgo y protección en la toma de decisiones como medida preventiva del embarazo en adolescentes**, realizado por el estudiante Gabriel Arturo González García , cumple con el mínimo necesario exigido para este tipo de ejercicios académicos y, por lo tanto, se hace merecedor del Aval otorgado por el profesor/asesor para su aceptación en los procesos administrativos de titulación en pregrado de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Santa Marta

Atentamente



Martha Fernández Daza PhD

Docente asesor

Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a cada miembro de mi familia que me apoyó durante el desarrollo de esta investigación, en especial a mi madre, padre, abuelo y abuela quienes con su dedicación y comprensión incondicional permitieron que la conclusión de todo este proceso fuese satisfactoria.

Agradecer a mi asesora Martha Fernández Daza quien gracias a sus conocimientos compartidos y su comprensión a lo largo de este proceso investigativo permitió que se desarrollara de forma adecuada y con resultados positivos.

Tabla de Contenido

Agradecimientos	
Tabla de contenido	
Indice de tablas.....	5
Indice de figuras	6
Resumen	7
Abstract	9
1. Introducción	10
Vacios teóricos.....	15
Aportes	18
2. Marco Teorico.....	20
Modelo ecologico	21
Modelo psicosocial	22
Modelo biopsicosocial.....	22
Adolescencia	23
Toma de decisiones	24
Embarazo Precoz	26
Factores de riesgo	29
Factores de protección	30
2. Objetivos y metodologia	32
Objetivo general y especificos	32
Metodologia	32
Población	34
Muestra.....	35
Instrumento de evaluación	36
Procedimiento	38
Consideraciones Eticas.....	38
Ley 1090.....	38
Uso del consentimiento informado	39

Resguardo de confidencialidad	40
4. Resultados.....	41
5. Discusión.....	46
6. Conclusión	53
Referencias	54

Índice de Tablas

TABLA 1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS INSTITUCIÓN EDUCATIVA 1	41
TABLA 2 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS INSTITUCIÓN EDUCATIVA 2	41

Índice de Figuras

FIGURA 1. RESULTADO ESCALA PROCRASTINACIÓN	42
FIGURA 2. RESULTADO ESCALA HIPERVIGILANCIA	43
FIGURA 3. RESULTADO ESCALA DE TRANSFERENCIA	44
FIGURA 4. RESULTADO ESCALA DE VIGILANCIA	45

Identificación de factores de riesgo y protección en la toma de Decisiones como medida preventiva del embarazo en adolescentes.

Resumen

Introducción: La importancia del estudio de los factores de riesgo y protección relacionados al embarazo adolescente radica en proporcionar la información necesaria para el diseño de estrategias que permitan centrarse en esta problemática mediante programas de acción en los distintos niveles de prevención. **Objetivo y Metodología:** El objetivo de la investigación es identificar los factores de riesgo y protección en la toma de decisiones como medida preventiva del embarazo en adolescentes. Por medio de una metodología de tipo cuantitativa, descriptiva, transeccional, no experimental y transversal. La muestra estuvo conformada por 224 adolescentes de ambos sexos entre los 14 y 18 años de edad, pertenecientes a instituciones educativas en los grados octavo, noveno y décimo de educación básica secundaria de la ciudad de Santa Marta. Para la parte práctica de la presente investigación se hizo uso del Cuestionario de Melbourne (DMQ-II), el cual permite la medición de toma de decisiones, partiendo de cuatro aspectos básicos: vigilancia, hipervigilancia, transferencia y escape o procrastinación. **Resultados:** los resultados muestran para la escala de procrastinación un 57% de los adolescentes por igual o sobre la media, en hipervigilancia un 56% por igual o sobre la media, en transferencia un 49% por igual o sobre la media y en vigilancia un 70% por igual o sobre la media. **Conclusiones:** los hallazgos en las escalas de vigilancia y transferencia pueden considerarse un factor protector como medida preventiva del embarazo en adolescentes, mientras

que las escalas de hipervigilancia y procrastinación se muestran como factores de riesgo dadas las consecuencias que conllevan en el proceso de toma de decisiones.

Palabras Clave: adolescentes; embarazo; toma de decisiones; factores de riesgo y protección.

Identification of risk and protective factors in the decision-taking as a preventive measure of pregnancy in teenagers.

Abstract

Introduction: The value of studying the risk and protective factors related to teen pregnancy is to provide the information for the design of strategies that allow focusing on this problem through action programs at different levels of prevention. **Objectives and methodology:** identify the risk and protective factors in the decision-taking as a preventive measure of teen pregnancy. The methodology used in this study is quantitative, descriptive, transectional, non-experimental and transversal. The sample was composed with 224 teenagers of both sexes, between 14 and 18 years old belonging to educational institutions in Santa Marta, Colombia, who currently do the eighth, ninth and tenth grades of the highschool. The instrument used in this investigation was the Melbourne Questionnaire (DMQ-II) which allows the measurement of decision-taking, based on four basic aspects: vigilance, hypervigilance, buck-passing, and procrastination. **Results:** the results show for the procrastination scale 57% of adolescents are equally or above the average, in hypervigilance 56% are equally or above the average, in buck-passing 49% are equally or above the average and in surveillance 70% are equally or above average. **Conclusions:** finding as results in the vigilance and buck-passing scale as a protective factor in the preventive measure on teen pregnancy, the hypervigilance, and procrastination scales were found as a risk factor because of the consequences involved in the decision-taking process.

Keywords: teenagers; pregnancy; decision-taking; risk and protective factors.

1. Introducción

Actualmente, el embarazo adolescente es visto internacionalmente como un problema biopsicosocial y como un fenómeno sociocultural que perjudica a muchas adolescentes cada año alrededor del mundo, esto trae consigo consecuencias negativas en distintos aspectos políticos, psicológicos, legales, económicos, educativos, sociales, entre otros. Dichas consecuencias están relacionadas con la percepción de inmadurez que se tiene de los adolescentes, dificultando el presente y futuro de la gestante, de su hijo, sus familiares y la sociedad que le rodea. Estos hechos hacen necesaria la intervención por parte de instituciones que por medio de distintos saberes y disciplinas logren implementar estrategias necesarias que ayuden a confrontar la problemática.

La UNICEF (2011) y la Organización Mundial de la Salud, OMS (2012), afirman que alrededor de 16 millones de mujeres adolescentes en el mundo, entre los 15 y 19 años de edad y 2 millones menores de 15 años, conciben cada año. Además, indican que más del 95% de ellas son de países subdesarrollados, con un nivel educativo pobre y habitantes de zonas rurales o de alto riesgo. También encuentran que en países con un alto índice de pobreza económica, uno de cada tres adolescentes ha sido gestante y que además el embarazo y/o parto son la principal causa de muerte en esta población. Las instituciones describen que esta situación va en aumento, presentándose cada vez en adolescentes más jóvenes.

La UNICEF (2011) y la Organización Mundial de la Salud, OMS (2012) encuentran también que cada año alrededor de tres millones de adolescentes cuyas edades oscilan entre los 15 y 19 años se someten a abortos con métodos y procedimientos poco ortodoxos como una forma de suprimir el embarazo, lo cual aumenta la tasa de muerte perinatal y pone en riesgo de muerte a las gestantes. Además, se ha afirmado que en relación a los hijos, se observa que los nacidos de

madres adolescentes son más propensos a nacer de forma prematura y a presentar un bajo peso al nacer. Estos recién nacidos muestran un 50% más de probabilidad de morir que los niños nacidos de mujeres entre los 20 y 29 años de edad (OMS, 2012).

Situaciones como las anteriores también se llegan a presentar en países de Latinoamérica y el Caribe, donde entre el 15% y 25% de los nacidos con vida son de madres menores de 20 años de edad; de estos, un 75% presentan un riesgo de nacer prematuramente. Se afirma además un incremento del 20% de la tasa de fecundidad de los embarazos de adolescentes en países de Sur América. Donde, Colombia presenta una de las mayores tasas de embarazo adolescente de América Latina, estando solo por debajo de Venezuela. Situación que le ha costado al sistema de salud colombiano un aproximado de 1.3 billones de pesos cada año (Ministerio de Protección Social, 2012).

Dado el aumento de embarazos de madres adolescentes en Colombia, el Gobierno Nacional aprobó un documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social llamado CONPES, que definió una estrategia para reducir los embarazos no deseados de las menores de edad. Además, pretende invertir los recursos aprobados hasta el año 2015 en la disminución de la tasa de embarazos adolescentes, al menos un 15% cada año, como lo sugiere la Organización de las Naciones Unidas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Con relación a estas medidas, se desarrolló un Protocolo de Atención de la Embarazada Menor de 15 Años, el cual comenzó a implementarse desde el año 2013 en Colombia. Teniendo como objetivo ofrecer mejores herramientas al personal de salud, que junto a un fortalecimiento de la estrategia de Servicios de Salud Amigables, busca ayudar a disminuir los riesgos biopsicosociales relacionados al embarazo adolescente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

A pesar de las cifras elevadas, la Quinta Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS del 2010, la cual fue realizada por Profamilia, con 51.447 familias de toda Colombia, nos muestra que el porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad que están o estuvieron embarazadas, bajó del 20.5% en el 2005 al 19.5% en el 2010. Este decrecimiento se vio relacionado con el aumento de la cobertura de la salud, el incremento del uso de anticonceptivos y/o preservativos, y de la educación sexual impartida en el 88% de la población en dicho año (Profamilia, 2010; Peniche, et al, 2013).

Sin embargo, se muestra que tal disminución no deja de ser una cifra preocupante y que las medidas tomadas hasta ahora no han sido suficientemente adecuadas para prevenir la presencia del embarazo adolescente, puesto que en Colombia 1 de cada 5 mujeres entre los 15 y 19 años de edad están o han estado gestantes. El 64% de estos embarazos son no deseados y se reporta que en el país nacen alrededor de 7.000 niños de mujeres menores a los 14 años de edad y los responsables de un 22% de estos embarazos son familiares de la gestante (Ministerio de Protección Social, 2012).

En la encuesta realizada por Profamilia en el 2010, el departamento del Magdalena junto con la Guajira y el Cesar; registró una tasa del 24% de adolescentes que ya habían estado embarazadas. Mientras que el registro del Dane en los últimos 5 meses del 2013, habían sido registrados 2.075 niños nacidos de madres menores de edad entre los 15 y 19 años.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2010) mostró un incremento del 20.2% en los casos de embarazos de menores en la región Caribe desde el 2010 a la fecha, lo que pone en alerta a las autoridades presionándoles para tomar medidas al respecto. Se registraron 8.683 nacimientos durante los primeros 5 meses del año por parte de madres entre 15 y 19 años de edad en los departamentos de Bolívar, Atlántico, Guajira y Magdalena. Evidenciando un aumento del

19% al 20.2%, convirtiendo el embarazo adolescente en un patrón cultural de estas regiones. Las cifras de embarazo a temprana edad más altas se presentan en Bolívar Sur-Sucre-Córdoba (6%) las más bajas se encuentran en San Andrés y Providencia (1.2 %), en Medellín (2.2 %), y en Huila, Magdalena y Boyacá (2 %). En Caldas y Nariño aumentan las proporciones de adolescentes embarazadas. (Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010).

Las estadísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane) de 2011 muestran que 66% de los embarazos de madres menores de edad no son planeados, esto quiere decir que si una adolescente tuvo su primogénito a los 15 años, tiene un 86% de probabilidad de tener tres hijos más a los 20 años.

Sobre otro particular relacionado con el tema a tratar en el presente trabajo de grado, la toma de decisiones, ésta un proceso de gran relevancia en la vida cotidiana del ser humano, quienes tienen dificultades para desarrollar esta habilidad adecuadamente llegan a presentar problemas de tipo financieros, familiares, sociales, entre otros. De esta forma, la capacidad que posee el hombre para tomar decisiones correctas, mientras considera las consecuencias que estas pueden traer, hace que se convierta en una de las funciones humanas más elevadas (Naqvi, Shiv y Bechara, 2006).

Para las adolescentes estar embarazadas conlleva a experimentar emociones y sentimientos fuertes que se llegan a expresar desde temores paralizantes como diversas formas de negación, a alegrías puras, aunque muchos de estos sentimientos son indeterminados, por estos tienden a la búsqueda de un marco afectivo de respuesta que les brinde apoyo en la toma de decisiones. El hombre tomando el papel de co-responsable del embarazo apoya en el proceso de la toma de conciencia de la situación, ligado a las expectativas afectivas que la adolescente desarrolla sobre la relación que sostenían (Federación de Planificación Familiar Estatal, 2012).

La motivación hacia el sexo es un proceso complejo, dado que se presentan diferencias significantes por parte de ambos géneros en este sentido, los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual muestran que dos de las razones que manifiestan hombres y mujeres sobre por qué mantienen relaciones sexuales son distintas. Las jóvenes de 16 a 24 años consideraban, “amar y ser amada” y “la necesidad de unirse y conectar con otra persona” como razones principales para tener relaciones sexuales, por otro lado, para los hombres prevalece “el deseo sexual”, seguido por las mismas dos razones de las mujeres (Encuesta Nacional de Salud Sexual, 2010).

La decepción de los padres es un hecho que genera una gran carga sobre las adolescentes. Se muestra que de las adolescentes que tenían una percepción de su contexto personal poco satisfactorio y que además no tenían una proyecciones personales definidas, presentaban un deseo ambiguo de maternidad en su presente, además, no les era relevante el quedar embarazadas o no consideraban inadecuado ese momento para ser madre, a pesar de que esto no coincidiera en su totalidad con su ideal de momento para la maternidad. De hecho, algunas jóvenes expresaron que ser madres en ese instante les podría dar un significado y proyecto a sus vidas. (Federación de Planificación Familiar Estatal, 2012).

En la adolescencia, generalmente, el embarazo no es resultado del proceso de toma de decisiones llevado a cabo por los dos miembros de una pareja, sino que se da por la no utilización o el inadecuado uso de métodos anticonceptivos. Esto tampoco se da por un fortuito encuentro no previsto por las chicas, sino que se da en el ámbito de una relación de noviazgo socialmente conocida. No es posible afirmar que la falta de información sobre los métodos anticonceptivos entre los adolescentes, es cierto que existe variedad de razones que ayudan a explicar el mal uso de los métodos anticonceptivos. Actualmente, dicha población mantienen una

temprana vida sexual activa y acelerada, pero dentro de un modelo de relación afectiva y monógama (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010).

La conducta reproductiva de las adolescentes es un tema de suma importancia y relevancia en esta sociedad, no solo por los embarazos no deseados y abortos, sino además por las consecuencias que representa para la sociedad nivel económico y de salud. Los embarazos de adolescentes son parte de una característica cultural de ciertas regiones y grupos sociales, sin embargo, en las ciudades estos son no deseados, por parte de parejas que aún no han establecido una vida en común, generando así el problema social de “madre soltera”. La mayoría de dichos embarazos llegan a terminar en abortos realizados en inadecuadas condiciones, poniendo en peligro de muerte a la gestante. (ENDS 2010).

Vacíos teóricos

El presente trabajo se ve justificado porque el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública que emerge en toda la sociedad, hoy en día es uno de los hechos que más preocupa a la comunidad, visto como un problema debido a la falta de información sobre los métodos anticonceptivos y al ímpetu de la misma edad, pero esto no es suficiente para explicar por qué las adolescentes quedan embarazadas (OMS, 2011).

La adolescente toma conciencia de su presencia en el mundo que le rodea, compuesto por diversos factores como: ser mujer, vivir en determinado estrato social, situación económica, creencias religiosas o étnicas, nivel educativo, necesidad de laborar, acceso a servicios de salud, y otros factores determinantes en el contexto social, familiar y cultural que hacen hincapié en la incidencia de embarazos adolescentes teniendo presente que las consideraciones anteriormente mencionadas son abordadas en diversos estudios realizados por la UNICEF (2011), y el Ministerio de Salud y Protección Social (2012) sobre la vida adolescente y con énfasis en el

embarazo de las menores. No obstante se presentan dos visiones, una que pretende demostrar esto y otra que pretende ilustrar como esta problemática se ha convertido en un asunto no solo de carácter personal, sino también familiar y social, que afecta a las adolescentes (UNICEF (2011); Ministerio de Salud y Protección Social, (2012).

Por otro lado, el embarazo arremete en la vida de las adolescentes en situaciones en que su desarrollo físico y mental no está preparado para esta responsabilidad, muchas veces se da en circunstancias adversas como problemas familiares, nutricionales, enfermedades y en contextos poco receptivos y protectores que faciliten el proceso (Organización Panamericana de la Salud 2010).

De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2013), la maternidad en la niñez se genera por las características individuales, el entorno familiar, escolar, comunitario y nacional, y se asocia con variables como el matrimonio infantil, la desigualdad de género, los obstáculos en la garantía de los derechos humanos, la pobreza, la violencia y abuso sexual, las políticas nacionales que restringen el acceso a anticonceptivos, la educación sexual adecuada respecto a la edad y la falta de acceso a educación y servicios de salud reproductiva.

Actualmente investigaciones neurocientíficas también han aportados datos que apoyan estas conclusiones facilitando pruebas directas sobre la separación de los sistemas cognitivos y emocionales. Estudios realizados por Peper, Koolschijn y Crone (2013) encontraron un volumen menor de la corteza orbito frontal (COF) en los hombres adolescentes, lo cual está directamente relacionado con una toma de decisiones más arriesgada; por otro lado, en las adolescentes esta estructura es un poco mayor, llegando a la conclusión de que este menor tamaño de la COF potencia la asociación entre los niveles de testosterona y los comportamientos imprudentes. Por otro lado, Peters y col. (2014) comprobaron que los circuitos frontoparietales presentan una

activación superior luego de que los adolescentes enfrentaran las consecuencias negativas de sus decisiones, comparado a la exposición a las consecuencias positivas, un aspecto que disminuye a medida que aumenta la edad (Peper, Koolschijn y Crone, 2013.)

De este modo, el embarazo a temprana edad está relacionado con los diversos factores mencionados, es por ello que es importante su estudio que además, requiere la implementación de acciones multidimensionales dirigidas a la prevención y atención de estos casos, cubriendo los niveles personales (individuales e intrapersonales), interpersonales (familiares, comunidad, pares) y contextuales (nacional, económico y social) para de esta forma dar resultados positivos en la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Dulanto (2000), resalta la importancia de entender el desarrollo corriente del adolescente, ya que este orienta su coyuntura social específica; además, es fundamental para la tarea preventiva la cual promueve una salud sexual responsable y en la prevención de embarazos precoces. Desde un punto de vista sexual, la adolescencia representa un rito de preparación y concibe la transformación del sexo en amor sexual por medio de la sexualidad. La maduración psicosexual y afectiva permite un desarrollo de la conducta sexual, la cual se presenta en cualquier momento durante la adolescencia y en ocasiones durante el desarrollo de la pubertad.

Igualmente, éste estudio se justifica porque la adolescencia es una etapa donde se evidencia en gran medida la toma de decisiones, incluido el momento de la iniciación sexual, en el que se ven involucrados además la autoestima y la comunicación; siendo por lo general más tardía en las mujeres que en los hombres.

Es por eso que se plantea la necesidad de examinar los procesos de toma de decisiones de las adolescentes del programa de protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar acerca de establecer relaciones románticas, tener relaciones sexuales, usar métodos de planificación

familiar, unirse o casarse, embarazarse, entre otras. Además de establecer los estilos de toma de decisiones de las parejas de las adolescentes.

La importancia de la presente propuesta radica en poder brindar un soporte objetivo y estructurado a las madres adolescentes del programa de protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, quienes dadas sus condiciones reúnen ciertas características particulares de la adolescencia, como problemas de autoestima, directamente relacionados con su crecimiento físico asociado a la pérdida del cuerpo de la infancia, ya que normalmente resultan ser embarazos no deseados, relacionados de forma directa con la toma de decisiones.

De la misma forma, pretende brindar una herramienta de trabajo debidamente fundamentada y eficaz para el desarrollo de mi experiencia profesional como psicólogo porque estará aplicado en el contexto real de la situación de las adolescentes del programa del Instituto Colombiano de Bienestar.

Aportes que realizará el proyecto

El embarazo adolescente es un problema que genera una variedad de trastornos psicológicos como: ansiedad, baja autoestima, frustración, culpabilidad por fallarle a los padres, temor, angustia, sensación de estancamiento, conflictos en el núcleo familiar, además del común abandono del padre del primogénito, sumados también los cambios psicosociales por los que pasan los adolescentes relacionados a la sexualidad, ligados a las enseñanzas y vivencias adquiridas por sus familias, pares, y de la sociedad; sin embargo, es importante tener en cuenta que el ser humano no está obligado a ejercer un rol el cual no va ligado a su naturaleza ya que este es libre de construir libremente su proyecto de vida, pero la verdad es que las decisiones que cada adolescente realice relacionadas a su sexualidad y las consecuencias que de estas resulten, no están determinadas por las características de su individualidad; cuando se toman decisiones

juegan diversos factores, la mayoría de estos sociales, que permiten optar por una u otra conducta generando un resultado (favorable o no); ejemplos de estos son el nivel de escolaridad, trabajo, situación económica de los padres, la zona de residencia (urbana o rural), el sexo, acceso a salud, oportunidades o dificultades encontradas en el medio, entre otros.

Es por esto que el proyecto pretende realizar un aporte psicosocial a estas madres adolescentes del programa de protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para la toma de decisiones que sean positiva y su conducta no afecte sus vidas y la de las personas que las rodean.

2. Marco teórico

Para el abordaje de una problemática tan compleja como lo es la maternidad en adolescentes, es necesario brindar una perspectiva holística que haga posible una mejor comprensión de los muchos factores y aspectos que intervienen en este hecho como objeto de investigación.

Es preciso entender en primera instancia, que la adolescencia se constituye como una de las etapas cruciales para el desarrollo físico e integral de los individuos, siendo una etapa de crecimiento y desarrollo caracterizada por la adquisición de nuevas funciones en las esferas biológica, psicológica y social (Blázquez, 2012) y que se presentan de manera progresiva, siendo en primer lugar el desarrollo físico y en especial la capacidad reproductiva, uno de los primeros cambios presentados, y que suponen las bases de libertad y toma de decisiones que, cuando se encuentran permeadas por asincronías o irregularidades en las esferas psicológicas y sociales, se incrementan las posibilidades de una joven de quedar embarazada (Ramírez, 2011), aun cuando no ha superado los procesos necesarios que hacen parte de la culminación de su etapa adolescente y le dan paso a la etapa adulta.

Estos procesos mencionados, hacen parte a su vez de las distintas dimensiones de la vida humana, trascendiendo más allá de los aspectos físicos e incluyendo además los ciclos de desarrollo psicológico, psicosocial, ambiental, educativo, religioso, político y económicos que esbozan las condiciones que caracterizan a la problemática adolescente.

Por lo tanto, a partir de distintas teorías explicadas a continuación, se hará hincapié en los distintos campos de desarrollo que comprenden la problemática de las madres adolescentes y que se exponen de manera generalizada.

Modelo ecológico

El modelo ecológico describe al ser humano como un proceso en el que se muestran cambios constantes y estables a través del tiempo, que generan un impacto en cómo cada persona percibe el medio en el que esta se desenvuelve, su relación con este y consigo misma. Cada persona interviene y modifica el medio de forma activa, haciendo que este proceso de autodesarrollo sea dinámico (Pinzón y Muñeton, 2012).

El modelo ecológico se compone de tres diferentes niveles, determinantes del medio ambiente en el individuo. En el primero de estos se encuentran los determinantes del individuo, como su sexo, la edad, entre otros; En el segundo nivel se encuentran los determinantes del microsistema, los cuales son, la familia, amigos, el colegio, la iglesia, además surgen los determinantes del ecosistema compuestos por los lineamientos de educación, medios de comunicación, servicios legales y de bienestar social; por último, en el tercer nivel se encuentran los del macrosistema donde se encuentra por ejemplo las ideologías inculcadas por la cultura, el sistema económico y las condiciones sociales (Flórez, Vargas, 2010).

Se resalta la importancia del modelo ecológico para esta propuesta ya que este ayuda a comprender que el ambiente natural es la más importante fuente de influencia en la conducta del ser humano (Valencia y García, 2015). De acuerdo con Bronfenbrenner (1979), el proceso de desarrollo porque pasa un adolescente se ve determinado por las fortalezas y debilidades con las que cuenta cada uno, además de los contextos en los que estos se desenvuelven. Gracias a este modelo es posible la realización de un análisis individual, el cual permita comprender las características evidenciadas en los contextos de vida de los adolescentes, como son la familia y la sociedad en la que interactúan. Además, posibilita la organización de las diferentes explicaciones de los subsistemas encontrados en un amplio y compuesto sistema social, en el que se ven

integrados factores o niveles determinantes del adolescente, como la familia, pares y la cultura. Conforme a las características que componen el presente modelo, cada nivel interviene de forma distinta, representando un valor diferente de acuerdo a la situación vivenciada por cada adolescente. Gracias a este modelo se logra evidenciar la necesidad de comprender y analizar las interacciones de los tres niveles determinantes, con esto, se concibe al embarazo adolescente como *“el resultado de la interacción compleja de múltiples factores en distintos niveles de influencia”* (Flórez y Vargas, 2010).

Modelo Psicosocial

El modelo psicosocial se caracteriza por comprender dos elementos fundamentales. El aspecto psicológico y el aspecto social que se presenta a la persona en determinada situación. Se le adjudica cierta relevancia al diagnóstico-evaluación dirigido a los inconvenientes y recursos, lo positivo y lo negativo de la persona y de la situación.

La teoría psicoanalítica es una de las teorías que fundamenta el modelo psicosocial, comprendiendo desde el análisis y la comprensión de la situación hasta la intervención y el tratamiento.

Para la teoría psicosocial, Erik Erikson se enfoca en las implicaciones del ego en el desarrollo del ser humano, el ser humano solo se logra comprender en el contexto social al cual pertenece cada uno, además, realza la relación entre el ego y las fuerzas sociales que representan algún tipo de influencia en las personas en determinadas situaciones presentadas a lo largo de su vida. (Arredondo, 2010).

Modelo Biopsicosocial

Este modelo considera que el desarrollo y el comportamiento humano se presentan simultáneamente en diversos niveles. El ser humano atraviesa un proceso de maduración física y

biológica, además del desarrollo del cerebro y del sistema nervioso, este proceso sigue en la adolescencia. Procesos de pensamiento como la solución de problemas, la toma de decisiones, la capacidad lingüística y la orientación viso-espacial también siguen su desarrollo en la adolescencia. A medida que evolucionan dichos procesos se ven influenciados por el contexto social que envuelve al adolescente, así como los roles socialmente dichos que este representa en este contexto (Alonso, 2005).

Desde el desarrollo psicosocial, la adolescencia se muestra como un proceso complejo, por el cual el sujeto pasa del estado de niñez al de juventud, lo que supone una confrontación de diversas situaciones estresantes de carácter biológico, psicológico y social, generando elementos que suponen un riesgo, como la baja autoestima, la disminución del rendimiento escolar y la probabilidad de que se presenten comportamientos que pongan en riesgo su salud integral, entre estos se encuentra la deserción escolar, los embarazos no planificados, abortos, violencia, adicciones, etc (Alonso, 2005).

Adolescencia

Cuando se refiere al término adolescencia, Dávila (2004) menciona que en dicha etapa cuando comienzan a desarrollarse cambios a nivel físico, esto es conocido como pubertad. En las mujeres este desarrollo comienza cuando están entre los 10 y 12 años de edad aproximadamente, mientras que en hombres, estos cambios se muestran alrededor de los 13 años de edad. Según Dávila (2004) la pubertad es un estado de despertar sexual sumado a un cambio de intereses, actitudes y emociones.

Durante el desarrollo de estas etapas y comenzando por la preadolescencia, se presenta un incremento de la energía libidinal enfocada en el aspecto sexual, donde prácticamente cualquier estímulo llega a dar origen a pensamientos, fantasías y actividades sexuales, llegando a ocasionar

problemas en los y las adolescentes dado que estos aspectos son fuertemente censurados por la sociedad. Es normal que los adolescentes sientan la necesidad de descargar esta energía, pero no siempre lo hacen de la forma más efectiva, por lo que se observan adolescentes que presentan frecuentemente fuertes dolores de cabeza, problemas digestivos, tartamudeos, hiperactividad, entre otros (Dávila, 2004).

La percepción de sentido de vida que pueden llegar a tener las adolescentes embarazadas llega a estar relacionado con la toma de decisiones respecto a su vida y la vida del bebe que esperan. Frankl (1997) muestra que el descubrimiento del sentido de vida está dirigido a cada persona individualmente, es decir, está encaminado hacia los valores que cada sujeto debe desarrollar en la unicidad de su existencia y destino.

Gracias a esto se puede decir que cada adolescente necesita encontrar su sentido de vida relacionándolo con valores que aporten a la construcción de este y a alcanzar sus metas. Contar con un sentido de vida permite a los adolescentes reflexionar y analizar su existencia; el rol del facilitador estará dirigido al apoyo y orientación, no resolver esta cuestión, puesto que es de carácter único y personal. Cada individuo es quien debe hacer esa búsqueda (IMSS, 2000).

Toma de decisiones

Cuando se refiere a la responsabilidad y a la toma de decisiones, estos se estructuran basándose en el pensamiento filosófico de Jean Paul Sartre (1994), quien define al ser humano como “el único que no solo es tal como él se concibe así mismo, sino como él se quiere y como se concibe después de la existencia”, en otras palabras, el ser humano no es más que lo que el mismo se hace.

Cada individuo tiene el derecho a tomar sus propias decisiones, al momento de tomarlas se pueden considerar lo que otros han dicho o hecho, pero cada uno debe realizar una búsqueda de

información de diversas fuentes, como libros o personas ejemplares y/o confiables, y de esta forma tomar su propia decisión. Sin embargo, muchas veces resulta más fácil decir o hacer lo que otros ya ha hecho anteriormente, después de todo lo que se hace es responsabilidad de cada individuo, no esperar que los demás tomen las decisiones.

Existen otros factores relacionados con la toma de decisiones como la información adecuada que reciben y las presiones sociales; en esta etapa de la adolescencia, el ser humano es fácilmente influenciado por las opiniones y valores de quienes le rodean, ocasionando que en situaciones específicas de crisis se tomen decisiones impulsivas Dulanto (2000).

Los adolescentes frecuentemente toman decisiones impulsivas carentes de razón o por lo contrario responden a una buena razón, algunas de estas decisiones pueden ser calcificadas dentro de los siguientes patrones:

- a) Yo quiero escapar: El adolescente escoge alternativas para escapar de algo indeseable. Por ejemplo, una chicha que se niega a ir a la fiesta por temor de que nadie la invite a bailar.
- b) Yo no entiendo esto: Se toma la decisión de posponerlo. Por ejemplo, una chica que no entiende como cumplir con los requerimientos de la graduación hasta el último semestre del año escolar.
- c) Esto no tiene importancia: El adolescente pretende que en ciertas oportunidades no es necesario tomar una decisión. Por ejemplo, un joven que se rehúsa a estudiar para el examen final aunque este tenga gran importancia.
- d) Yo lo deseo: El adolescente toma una alternativa que puede llegar a conducir al resultado que este desea pero sin considerar los posibles riesgos. Por ejemplo, el adolescente que desea tener relaciones sexuales pero no tiene en cuenta las consecuencias.

Toda decisión, incluyendo no tomar ninguna, trae consigo una consecuencia. Las decisiones más adecuadas son normalmente las que se hacen de acuerdo con los valores y la manera en que se piensa, siendo el resultado de un proceso consciente y racional de toma de decisiones, analizando las distintas opiniones de solución.

El tomar una decisión se convierte en un proceso complejo el cual puede abordarse de forma accesible cuando se simplifica en aspectos sencillos de analizar. Los pasos del modelo racional de toma de decisión son los siguientes:

- Obtener información
- Predicción del éxito
- Enumerar las posibles ventajas y desventajas
- Realizar una evaluación de la decisión

Los adolescentes requieren ser preparados para evaluar los posibles logros que consiguen de una buena decisión, además de comprender que analizar racionalmente permite conseguir resultados satisfactorios. De la misma forma, los adolescentes deben considerar las consecuencias de las decisiones tomadas, ya sean inmediatas, a largo plazo y las emocionales, especialmente si estas decisiones están en conflicto con los valores propios. No tomar decisiones correctas relacionadas a la sexualidad es una de las razones que generan arrepentimiento por haber tenido relaciones sexuales, por el no uso de anticonceptivos, quedar en estado de embarazo o hacer que alguien más tome la responsabilidad de un embarazo (Dulanto, 2000).

Embarazo precoz

El embarazo en las adolescentes es esta gestación que se da durante los primeros años de edad ginecológica y/o cuando la jóvenes sostienen cierta dependencia social y económica de la familia parental (Dulanto, 2000).

El embarazo de la adolescente es una crisis la cual se sobrepone a la crisis de la adolescencia, presentando características distintas dependiendo de la etapa de desarrollo en que el embarazo se presente.

El adelanto de la menarquia es un factor biológico que va ligado a actitudes y comportamientos hacia el sexo opuesto, que generalmente llevan a un ejercicio temprano de la sexualidad. Los factores psicosociales van acompañados a la modernización y la influencia en los roles individuales y familiares contribuyen de igual medida al presentarse ciertas contradicciones, por una parte las características biológicas posibilitan una reproducción más temprana, por otra, la sociedad retrasa la edad en que se considera al adulto con derechos y deberes (Dulanto, 2000).

Programa de protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) es la entidad estatal que se encarga de brindar protección integral a la primera infancia, la niñez, la adolescencia y las familias en Colombia, enfocándose principalmente en brindar atención a aquellos en condiciones de amenaza, inobservancia o vulneración de sus derechos (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2013) basándose principalmente en la legislación internacional, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos del Niño de 1990, además de la Constitución Colombiana en donde se consignan apartados, como la Ley 1098 de Infancia y Adolescencia en donde se detallan los lineamientos, competencias, acciones y recursos que debe proveer el Estado a través de sus instituciones para asegurar la protección integral y el respeto de los derechos fundamentales de los niños y adolescentes en el país (ICBF, 2009) condensando así la necesidad que se provean servicios especializados que tengan en cuenta las condiciones de vulnerabilidad de esta población, como por ejemplo su derecho a

acceder a los servicios de salud, requerimiento del que se exige estricto cumplimiento en las situaciones específicas de niñas y adolescentes embarazadas, para los que además se solicita que reciban indicaciones claras sobre el subsidio alimentario al que tienen derecho por sus condiciones de mujeres gestantes y lactantes.

En los programas de protección a las madres adolescentes del ICBF, se contemplan una cantidad de estatutos que estipulan los patrones de acción para atender, proteger y asegurar el bienestar de las jóvenes gestantes, en donde se destaca el establecimiento de espacios de privacidad y confidencialidad que respeten su integridad, así como el acompañamiento médico, familiar y psicológico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) cuyos diagnósticos y observaciones se precisan que sean registradas en su historia clínica para garantizar el acceso médico en el futuro.

Cabe destacar que además de las estipulaciones de atención y protección a las madres adolescentes, desde el Bienestar Familiar se refuerza la importancia de desarrollar acciones encaminadas a la prevención, a través de distintos mecanismos de divulgación pública-social en donde se exponen las motivaciones necesarias para incentivar a las niñas y jóvenes a posponer su ciclo de iniciación sexual y reproductiva hasta cuando cuenten con madurez y los recursos suficientes no sólo para asegurar su bien sino también el de su descendencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Además del componente de atención en salud, la Institución debe propender porque se activen las rutas de intervención de otros sectores involucrados como el de la justicia, que debe asegurar la protección y la restauración de los derechos de las víctimas, que se presuponen las menores, que por lo menos en los casos de menores de 14 años indican en su gran mayoría historiales de

abusos y todo tipo de maltratos tanto en su esfera social como familiar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

“Si el caso lo recibe el sector justicia (Fiscalía, Policía Nacional, Comisarías de Familia) debe activar inmediatamente al sector salud, preferiblemente a un servicio de urgencias hospitalarias, puesto que cualquier caso de abuso sexual es una urgencia médica y la víctima tiene derecho a intervención para el restablecimiento de derechos” (Congreso de Colombia, 2005) igualmente, cuando se trata de una mayor de 14 años, el sector justicia provee una ruta de protección que debe estar encaminada con un defensor de familia de esa misma institución, que es quien finalmente da inicio al restablecimiento de derechos y la adopción de las medidas de protección integral para las niñas y adolescentes.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo se presentan por medio de ciertas características o circunstancias que se dan a demostrar en una persona o grupo de individuos, con la posibilidad de estar expuesto a desarrollar o padecer un problema delicado. Sus características están relacionadas con un tipo de perjuicio a la salud y que se asocia con individuos, la familia que lo rodea, las comunidades y el ambiente en general (Echemendía, 2011).

Los factores también se pueden dar debido a un proceso que se esté realizando debido a un problema de salud-enfermedad, que esto puede causar dificultades debido a esto, el procedimiento que se esté llevando a cabo afecte y que pueden producirse entre unos y otro síntoma que puedan empeorar la situación del individuo (Echemendía, 2011).

Feinholz y Ávila igualan el factor de riesgo al grupo de riesgo y lo definen como: "el atributo de un grupo que presenta mayor incidencia de una determinada patología en comparación con

otros grupos poblacionales, definidos por la ausencia o baja aparición de tal característica". (Echemendía, 2011).

La psicología también como parte de las ciencias sociales, ha aportado al estudio de los factores de riesgo, llevado a cabo la investigación de los comportamientos y estilos de vida no saludables como factores que colocan a los individuos en situaciones de riesgo. De esta manera saber cuáles son estos problemas que se presentan y así poder prevenirlos (Echemendía, 2011).

Factores de protección

Los factores protectores son particularidades o elementos que se presentan en el entorno, capas de disminuir los efectos negativos que se le causan al individuo que los síntomas como el estrés o las enfermedades pueden darse por la salud y el bienestar de todos. Donas Burak (2001) plantea que existen dos tipos de factores protectores:

1. De amplio espectro: Indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos; y factores protectores específicos a ciertas conductas de riesgo. Dentro de los factores nombra la familia contenedora, con buena comunicación interpersonal, alta autoestima, proyecto de vida, permanecer en el sistema educativo formal y un nivel superior de resiliencia (Páramo, 2011).
2. Factores protectores específicos: “El uso de cinturón de seguridad (que reduce o evita accidentes automovilísticos); no tener relaciones sexuales, o tenerlas con uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, ETS, Sida); y no fumar (reduce o evita el cáncer de pulmón y enfisema)” (Páramo, 2011).

Donas Burak (2001) considera que el abordaje preventivo debe hacerse desde el marco de acciones que cumplan con ciertos requisitos fundamentales:

- El objetivo debe ser el desarrollo humano en los adolescentes
- Las acciones deben ser intersectoriales
- La salud debe ser vista desde el concepto de la integralidad
- La atención debe ser multidisciplinaria
- Debe existir un amplio ámbito para la participación social y en salud.

3. Objetivos y Metodología

Objetivo General

Describir los factores de riesgo y protección en la Toma de Decisiones como medida preventiva del embarazo en adolescentes.

Objetivo específico

- Identificar los factores de riesgo en la toma de decisiones de las adolescentes que conforman el estudio.
- Detallar los factores de protección en la toma de decisiones de las adolescentes de la muestra.

Metodología

La metodología es una de las piedras angulares al momento de hacer cualquier tipo de investigación ya que por medio de esta se define la hoja de ruta a seguir en el proceso investigativo, la manera en la que se abordará el problema, las técnicas de análisis y recolección de datos así como las variables a tener en cuenta (Gómez, 2012).

En este sentido, en los propósitos u objetivos que se plantean en las investigaciones se hace especial énfasis en determinar de manera detallada el estudio de variables específicas o la relación de estas en un momento dado, por lo que diversos teóricos plantean el tipo de investigación transeccional o transversal como el diseño apropiado para llevar a cabo la investigación (Gómez, 2012).

La metodología empleada en este trabajo es cuantitativa, de tipo descriptiva, transeccional no experimental. En primer lugar, por metodología cuantitativa se afirma que es el proceso por el que se realiza la recolección y el análisis de datos sobre las respectivas variables del estudio, a la

vez que se estudian sus propiedades y fenómenos cuantitativos, por medio de métodos como el análisis descriptivo, exploratorio, inferencial univariado y multivariado, modelización y contrastación (Herrera, 2008).

Por descriptiva se entiende toda metodología o diseño por el cual se describe de manera sistemática las características de una población, hecho o área de interés (Hernández & Fernández, 2006), además, es aquella en la que los investigadores realizan labores de recolección de información sobre la base de una hipótesis o teorías, la sistematizan, resaltan aquellas variables más relevantes sobre las que realizan análisis minuciosos y finalmente extraen generalizaciones significativas que aportan a la construcción de conocimiento y bases teóricas del trabajo de investigación (Ávila, 2013).

Ahora bien, cuando se habla de metodología transeccional no experimental se habla de un tipo de diseño metodológico en el cual el proceso de recolección y obtención de datos e información se realiza en un tiempo único y específico, siendo su propósito principal el de describir variables y analizar su incidencia en un momento dado (Escamilla, 2012).

En otras palabras, los datos y variables que surgen en el proceso de recolección de información no serán analizados de una manera genérica, sino que por medio de este diseño metodológico se le apuesta al análisis de las mismas en un período o momento determinado, para así concluir el desarrollo de dichas variables en los factores adversos y condiciones del momento especificado (Escamilla, 2012).

Es por esto, que en definitiva en este tipo de metodología el objetivo consiste en “llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, procesos y personas” (Tamayo, 2002).

Población

En la metodología de investigación además de plantearse los procesos y unidades de análisis que se tendrán en cuenta para el desarrollo del trabajo investigativo, también es importante la determinación de una población y muestra que indicará en pocas palabras a quiénes se va a estudiar y en qué cantidad (Hernández, 2011).

Cuando se habla de población, sin embargo, es importante esclarecer que no siempre se hace referencia a personas, sino que también puede tratarse de fenómenos u objetos específicos de estudio de acuerdo a la línea por la que se direcciona la investigación (Hernández, 2011).

De igual forma se refiere entonces, al conjunto de individuos, objetos o medidas que poseen algunas características comunes observables en un momento determinado lo que señala la importancia que la población que se tome para realizar la investigación tenga cierto tipo de homogeneidad que permita unificar el número de variables a investigar (Hernández, 2011).

En este sentido, diversos autores señalan que además de homogeneidad, para el análisis de la población es necesario también tener en cuenta variables como el tiempo, es decir el momento histórico en el que se encuentra el conjunto de individuos o especificar en el caso que se investigará un hecho o fenómeno que ya haya transcurrido y que igualmente haya afectado a dicha población; el espacio que es donde se ubica la población de interés y finalmente la cantidad de la población puesto que esta “determina o afecta el tamaño de la muestra que se vaya a seleccionar” (Suárez, 2011).

En la presente investigación la población está conformada por adolescentes bachilleres de dos instituciones educativas de la ciudad de Santa Marta.

Muestra

Finalmente la muestra se trata de una selección más detallada o más pequeña, que se utiliza como elemento representativo del grupo poblacional y en el que se aplicarán las metodologías de investigación y análisis determinadas en el proceso investigativo (Angelo, 2006).

En pocas palabras cuando se refieren a la muestra, se trata de las unidades que se toman a partir de la población para simplificar los procesos de recolección y análisis de datos e información en la investigación y que engloban igualmente las condiciones de homogeneidad.

La muestra es la parte de una población en la que se realizará una investigación. Se llevan a cabo procedimientos que permiten estipular la cantidad de esos componentes de la muestra, como cálculos y lógicas los cuales se hacen con el paso de la averiguación. La muestra es una parte característica de la población (López, 2011).

La cantidad dependerá de cómo será la población con la que se realizara la investigación, por ejemplo un colegio, una comunidad, profesores, doctores, de esta manera si son 50 o 100 o más de 1000 personas que la investigación necesita evaluar o realizarse un análisis cuantitativo (Martínez-Salgado, 2011).

Esta la muestra probabilística, esta consiste en un subgrupo de poblaciones donde todos los elementos de esta tienen la misma posibilidad de ser elegidos. Los tipos de la muestra probabilística son: muestreo aleatorio simple, que nos dice que otorga la misma probabilidad de ser elegidos a todos los elementos de la población; esta el muestreo sistemático, esta escoge un individuo al azar, y a partir del realiza intervalos constantes se empieza a elegir los demás hasta que se complete la muestra (Martínez-Salgado, 2011).

La muestra del presente estudio estuvo conformada por 224 adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años quienes actualmente cursan los grados octavo,

noveno y décimo de educación básica secundaria, pertenecientes a instituciones educativas de la ciudad de Santa Marta, Colombia.

Instrumento de evaluación

Cuestionario de Flinders y Melbourne

El cuestionario de Flinders, o Flinders questionnaire, es un modelo presentado por el profesor León Mann en el año de 1997, por medio del cual se buscó proponer un instrumento que sirviera para la medición y validación de respuestas resultados de interrogantes en donde los encuestados pudieran presentar un conflicto en las opciones para responder.

Cabe destacar que este cuestionario se basó en el modelo de conflicto de decisión propuesto por León Mann e Irving Janis (McHill, 2012) por medio del cual se planteó la problemática de los obstáculos existentes para la validación psicométrica de los resultados, la elección de interrogantes que tuvieran en cuenta los patrones de decisión y en definitiva los estilos de afrontamiento del conflicto.

Este cuestionario plantea una escala que posibilita la medición de estilos de tomas de decisiones, partiendo de cuatro factores básicos: vigilancia, hipervigilancia, transferencia y escape o procrastinación (Murillo, 2011).

Para la estructuración del cuestionario, los interrogantes se plantean en estilos de ítems que tienen una escala de medición de entre 1 y 5 puntos, que posteriormente son interpretadas por medio de un análisis factorial.

Por otra parte, el Decision Making Questionnaire de Melbourne o mejor conocido como Cuestionario de Melbourne surge como una manera por medio de la cuál plantear una escala de medición a partir de los datos suministrados en los marcos de investigación planteados por Leon Mann.

En este modelo de cuestionario se buscó reducir el número de ítems que componen el instrumento de medición, partiendo de dos modelos base: el primer modelo expone dos elementos que teniendo en cuenta el conflicto de decisiones, apuntan a la vigilancia y los patrones de afrontamiento del conflicto como un primer factor.

En segunda instancia la hipervigilancia como segundo factor y los patrones de evitación defensiva a los conflictos, aplazamiento y racionalización como un tercer factor (César & Luna, 2014).

Asimismo el último modelo comprende la agrupación de los ítems de encuesta, disminuyendo la escala de valores hasta cuatro. Para este propósito eliminaron del cuestionario de Flinders aquellos ítems cuya correlación cuadrática múltiple era significativamente menor que 0,25. Y en segundo lugar, se eliminó también el ítem del factor de evitación defensiva, ya que no pertenecía a la escala de hipervigilancia cargada con los otros elementos de evitación (Herrero, 2010).

El Cuestionario de Melbourne está compuesto por 22 ítems los cuales se relacionan con las actitudes o conductas que puede tomar una persona al momento de tomar una decisión. Los sujetos encuestados deben asignar determinado valor para cada reactivo, siendo 0 “No es cierto en mi caso”, 1 “Es cierto algunas veces” y 2 “Es cierto en mi caso”. Para obtener los resultados es necesario realizar la suma de los valores asignados en cada escala (Luna & Lacca 2014).

Los índices de confiabilidad alfa de Cronbach proporcionados por Mann y colaboradores (1998) fueron de .80, .74, .87 y .81 para cada escala, vigilancia, hipervigilancia, transferencia y escape o procrastinación, respectivamente (Luna & Lacca, 2014).

El cuestionario de Melbourne fue traducido y validado al español por medio de un análisis factorial confirmatorio realizado con una muestra de 609 estudiantes universitarios españoles (Alzate, 2004; Laca, 2005). Los índices de confiabilidad alfa proporcionados para esta

traducción fueron de .65, .62, .78 y .71 para vigilancia (ítem 2, 4, 6, 8, 12 y 16), hipervigilancia (ítem 1, 13, 15, 20 y 22), transferencia (ítem 5, 7, 10, 18 y 21) y escape o procrastinación (ítem 3, 9, 11, 14, 17 y 19) (Luna & Lacca 2014).

Procedimiento

Primera Fase

- Diagnóstico del estudio.
- Visita a las poblaciones.
- Socialización en el centro zonal norte dirigido a las madres adolescentes del programa de protección del ICBF.
- Contacto con el facilitador del instrumento
- Aplicación del instrumento.
- Análisis de resultados.

Consideraciones Éticas

En la presente investigación se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas mencionadas a continuación:

La Ley 1090 Código Ontológico

La Ley 1090 es creada por el Colegio Colombiano de Psicólogos, con el fin de que el profesional lleve a cabo sus derechos y deberes, esta les ofrece pautas y acciones en las diferentes áreas de la psicología. Además, se establecen una serie de normas que se deben llevar a cabo en su profesión para que así, no se presenten ningún tipo de inconvenientes o problemas con las personas asociadas al psicólogo y que a su vez en las actividades que realicen (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009).

Se plantean una serie de principios fundamentales que se debe tener en cuenta por quien ejerce la profesión como psicólogo. De esta manera el psicólogo debe saber cuáles son sus responsabilidades en lo que está llevando a cabo, sus competencias, sus estándares morales y legales, sus anuncios públicos, bienestar de las personas, confidencialidad entre otros (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009).

El psicólogo debe ser consciente de estas normas que son realizadas por el Colegio Colombiano para que así pueda haber un orden, respeto y moralidad ante lo que se esté haciendo en las evaluaciones que se le realice a las personas, las técnicas, las terapias y la confidencialidad; es importante ya se está resguardando la información de una persona (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009).

Uso del Consentimiento informado

El consentimiento informado es el acto por el que la persona está confirmando que accede de forma voluntaria hacia los procedimientos que se realizarán más adelante. De esta manera la persona acepta que se desarrollaran procedimientos con ella como: “medidas preventivas, tratamientos, rehabilitación o de participación en una investigación” (Rodríguez, 2012).

La información que se está suministrando en el consentimiento informado con la persona debe ser objetiva, para que así no se encuentre ningún inconveniente más adelante, que sean claras las pautas que se estén dando en el momento, y que esté de acuerdo la persona con la que se realizará el procedimiento (Rodríguez, 2012).

“Según la teoría del consentimiento informado solo los pacientes competentes tienen el derecho ético y legal de aceptar o rechazar un procedimiento propuesto o sea de otorgar o no el consentimiento” (Ministerio de la Protección Social, 2009).

Resguardo de la confidencialidad

En la Ley 1090 del Colegio Colombiano para Psicólogos en el artículo 2 del punto 5 menciona que los psicólogos tienen como obligación el resguardar la información de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos (Ministerio de la Protección Social, 2006). Se revelará la información a terceros solo si es dado el consentimiento de la persona o de su representante legal, en excepciones, momentos particulares en los que no se realice, llevaría a un evidente daño a la persona o terceros. Los psicólogos tienen la obligación de dar a conocer la información a los usuarios sobre las limitaciones legales de la confidencialidad (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Si el psicólogo llegara a divulgar la información del paciente, este puede ser demandado por la misma persona, lo eso causaría problemas legales, éticos y morales para el profesional, por tal razón, la información relacionada a los usuarios no se debe divulgar sin autorización bajo ningún motivo (Ministerio de la Protección Social, 2006).

4. Resultados

La muestra del presente estudio estuvo conformada por 124 adolescentes de la Institución Educativa Distrital Nicolás Buenaventura de la sede III del barrio Bastidas en Santa Marta, Colombia, entre los que se encuentran 46 hombres y 78 mujeres con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años quienes actualmente cursan los grados noveno y décimo de educación básica secundaria. Y 100 adolescentes entre los que se encuentran 39 hombres y 61 mujeres con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años quienes actualmente cursan los grados octavo, noveno y décimo de educación básica secundaria pertenecientes a la Institución Educativa Distrital de Bonda en Santa Marta, Colombia.

	Sexo	Edades	Grado 9°	Grado 10°
Masculino	46	14-18	23	23
Femenino	78	14-18	51	27

Tabla 1. Variables sociodemográficas Institución Educativa 1

	Sexo	Edades	Grado 8°	Grado 9°
Masculino	39	14-18	21	15
Femenino	61	14-18	38	26

Tabla 2. Variables sociodemográficas Institución Educativa 2

A continuación se presentaran los resultados obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Melbourne (DMQ-II) relacionados con las escalas que componen el instrumento sobre toma de decisiones.



Figura 1. Resultados Escala Procrastinación

González, G. (2017).

Según el análisis estadístico de los resultados obtenidos se encuentra en la escala de Procrastinación un 43% por debajo de la media, mientras que un 57% mayor e igual a la media (Figura 1). Los sujetos igual o encima a la media muestran una posición pesimista al momento del conflicto en la toma de decisiones, presentan una respuesta de escape ante este proceso llegando a posponerlo o aplazarlo para evitar tomar una decisión.

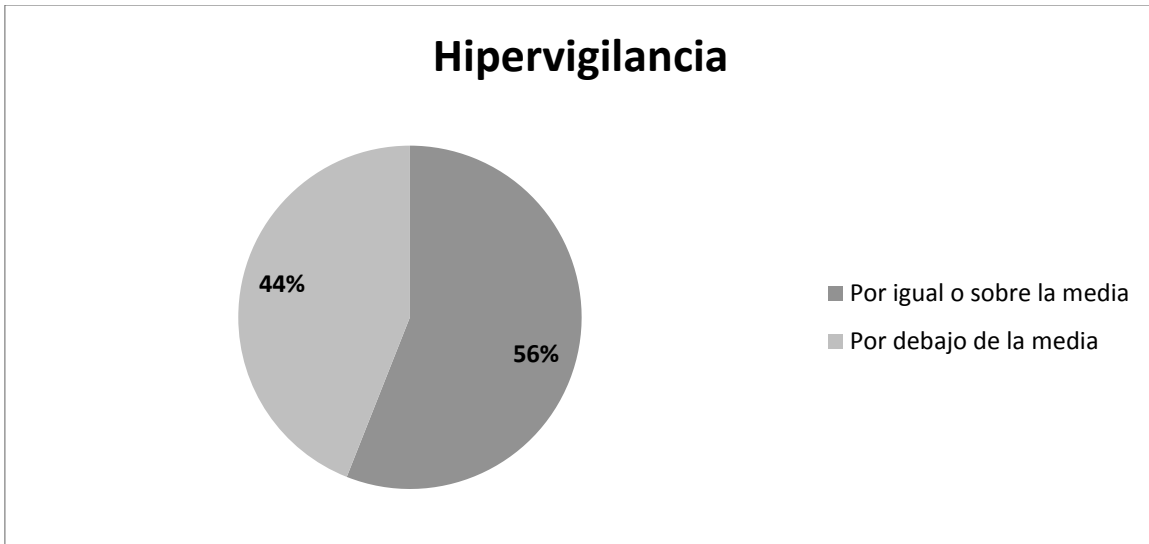


Figura 2. Resultado Escala Hipervigilancia

González, G. (2017).

En la figura 2 se aprecia que la escala de Hipervigilancia muestra un 44% por debajo de la media, mientras que un 56% por igual o encima de esta. Los sujetos que se encuentran por igual o encima de la media toman una posición de poder encontrar la solución a determinada situación, pero se ven incapaces de resolverlo en determinado tiempo o les es insuficiente, lo que puede llevar a los sujetos a entrar en un estado de pánico en la búsqueda frenética de la información requerida para la resolución del conflicto, realizando búsquedas de forma desordenada e irrelevante dado el alto nivel de estrés que se puede llegar a presentar.

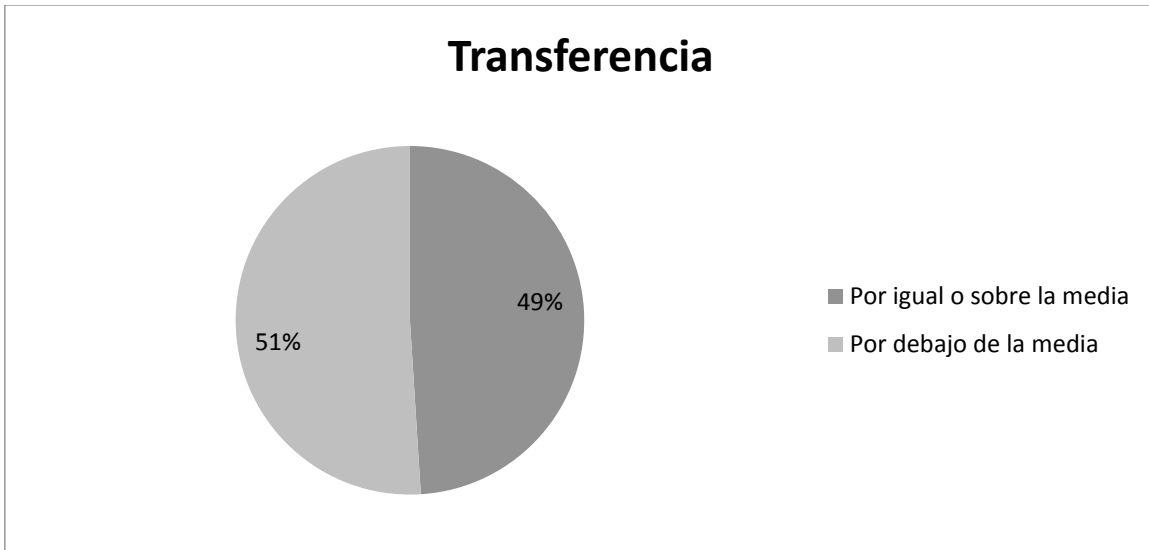


Figura 3. Resultado Escala de Transferencia

González, G. (2017).

En la escala de Transferencia (Figura 3) se encuentra un 51% por debajo de la media y un 49% igual o por encima de la media. En esta escala, los sujetos por igual o encima de la media presentan conductas de evitación ante determinadas situaciones en las que se requiere un proceso de toma de decisión, los sujetos optan por una actitud negativa a la hora de encontrar una solución e intentando escapar de esta, es decir, evitan tomar una decisión, por lo que tratan de transferirla o inician un proceso de racionalización para encontrar una alternativa más accesible.

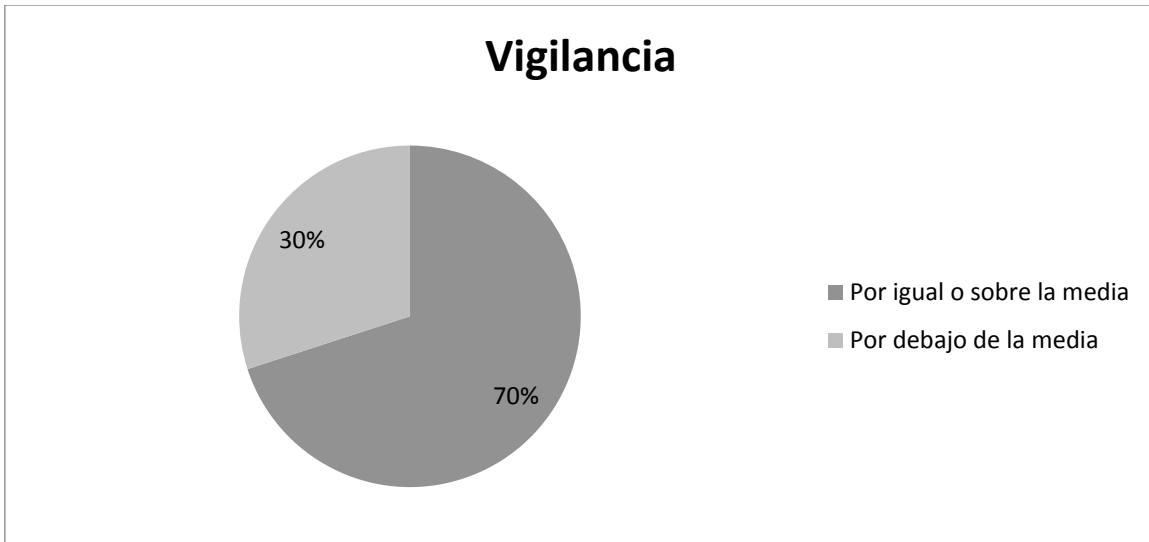


Figura 4. Resultado Escala de Vigilancia

González, G. (2017).

Para la escala de Vigilancia se encuentra un 30% por debajo de la media mientras que un 70% se encuentra igual o encima de la media (Figura 4). Indicando que los sujetos por encima de la media cuentan con una percepción positiva y la planeación del tiempo requerido a la hora de buscar la solución a determinada situación, además de enfocarse en la búsqueda sistemática de información relevante y su evaluación para así facilitar el proceso de la toma de decisión.

5. Discusión

Desde que las personas están pequeñas y su proceso de racionalización se empieza a desarrollar es cuando son capaces de empezar a tomar decisiones, el simple acto de la elección de un chupo o tetero siendo un bebé; de un juguete en la niñez; la forma de vestir siendo adolescente; la carrera a estudiar en la juventud; el campo laboral al ser adulto y el cómo pasar los días en la vejez, dan un pequeño ejemplo de cómo la toma de decisiones (TD) acompañan al ser humano a lo largo de su vida. Como se mencionó anteriormente a lo largo del presente estudio, la TD es un proceso complejo, que se da de forma distinta en cada individuo y su relación con el medio en el que se desenvuelve. Además, ayuda al ser humano a encontrar la solución o respuesta más adecuada ante determinadas situaciones, realizando procesos de evaluación para exponer las ventajas y desventajas de la opción que se pretende elegir, por esto, los estudios relacionados con la toma de decisiones se hacen sumamente importantes, puesto que ayudan a establecer los patrones que se evidencian en los sujetos a la hora de realizar la este proceso y la influencia de factores externos en dicho proceso.

El objetivo del presente estudio fue identificar los factores de riesgo y protección en la toma de decisiones como medida preventiva del embarazo en adolescentes. en la toma de decisiones como medida preventiva del embarazo en adolescentes, con una muestra conformada por 224 adolescentes bachilleres de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, los resultados obtenidos sugieren la presencia de ciertos patrones de comportamiento y cómo estos influyen a la hora de tomar decisiones.

En el presente estudio estuvo en la subescala Procrastinación el 57% de la muestra. La escala de procrastinación da evidencia de que los sujetos con puntuaciones por igual o encima a la media muestran una posición pesimista al momento del conflicto en la toma de decisiones, presentan una respuesta de escape ante este proceso llegando a posponerlo o aplazarlo para evitar tomar una decisión. En línea con Torres (2016) donde los resultados relacionados con la procrastinación académica refieren que el 43% de su muestra no logran establecer objetivos y el 26% muestran conductas de aplazamiento a la hora de tomar decisiones, posiblemente generándoles cargas de estrés.

En la escala de transferencia, se encontró que casi la mitad de la muestra de adolescentes (49%) puntúa igual o por encima de la media. Los sujetos con puntuaciones iguales o por encima de la media presentan conductas de evitación ante determinadas situaciones en las que se requiere un proceso de toma de decisión, los sujetos optan por una actitud negativa a la hora de encontrar una solución e intentando escapar de esta, es decir, evitan tomar una decisión, por lo que tratan de transferirla o inician un proceso de racionalización para encontrar una alternativa más accesible.

La procrastinación y transferencia dan evidencia de que en los adolescentes que conforman la muestra de estudio es común que se presenten estas conductas de evitación o de aplazamiento, acompañadas del negativismo a la hora de tomar decisiones.

Por otro lado, en el presente estudio más de la mitad de la muestra (56%) de adolescentes se encuentra igual o por encima de la media en Hipervigilancia. Los sujetos que se encuentran por igual o encima de la media en la escala de hipervigilancia toman una posición de poder encontrar la solución a determinada situación, pero se ven incapaces de resolverlo en determinado tiempo o les es insuficiente, lo que puede llevar a los sujetos a entrar en un estado de pánico en la

búsqueda frenética de la información requerida para la resolución del conflicto, realizando búsquedas de forma desordenada e irrelevante dado el alto nivel de estrés que se puede llegar a presentar. Ante esta perspectiva, el investigador Páez afirma que para entender el proceso de toma de decisiones de las adolescentes a lo largo de este proceso, la educación tiene un papel fundamental, argumentando que “cualquier programa educativo que tuviera como objetivo la formación en la tarea decisoria y axiológica debería incidir en la habilidad para valorar la importancia de las situaciones de toma de decisión” (Páez, 2015) lo que determinaría a la formación educativa e integral no sólo como un factor de prevención y protección, sino también como una herramienta invaluable en la escala de hipervigilancia para el manejo socioemocional de las decisiones a tomar.

Otro aspecto a agregar en este sentido es que la proporción tanto en los patrones de procrastinación como en hipervigilancia es similar (57% y 56%, respectivamente), lo que sugiere que los adolescentes de la muestra que tienen estilos de toma de decisiones ante situaciones de estrés, conflicto o dilemas, pudieran reaccionar inicialmente, posponiendo o evitando la toma de decisión (Procrastinación), hasta que llegado el momento en que el tiempo del que disponen no es suficiente y no tienen otra alternativa más que decidir, ante esto su nivel de estrés se incrementa y por consiguiente asumen más bien una posición de alerta y susceptibilidad (Hipervigilancia), optando por tomar una decisión de forma impulsiva y apresurada, producto del estrés generado. La anterior interpretación es congruente con la literatura existente (Luna & Laca, 2014).

En este estudio casi la tercera parte de los adolescentes (70%) obtiene puntuaciones que se encuentran igual o encima de la media en la escala de Vigilancia. La escala de vigilancia indica que los sujetos por encima de la media cuentan con una percepción positiva y la planeación del

tiempo requerido a la hora de buscar la solución a determinada situación, además de enfocarse en la búsqueda sistemática de información relevante y su evaluación para así facilitar el proceso de la toma de decisión. La vigilancia en los adolescentes se muestra como un proceso adecuado para la toma de decisiones dado que los sujetos optan por una actitud positiva, considerando las variables presentadas en la toma de decisión.

Estos resultados van acordes a los planteamientos de Luna & Lacca (2014) en su estudio sobre “Patrones de toma de decisiones y autoconfianza en adolescentes bachilleres” realizado con 992 estudiantes bachilleres con edades entre 15 y 19 años en el que se encontró que la autoconfianza influye positivamente en la escala de vigilancia, además en los resultados de esta escala arrojaron puntajes más altos los estudiantes con mayor edad, dejando en evidencia que el proceso de toma de decisiones se desarrolla con la edad, gracias al desarrollo cognitivo y social que influyen en este proceso (Luna & Lacca, 2014).

Por otro lado, considerando los estilos de toma de decisiones reflejados en los hallazgos del presente estudio se puede decir que la Vigilancia puede considerarse un factor protector como medida preventiva ante una situación de embarazo en los adolescentes porque su toma de decisión está caracterizada por un análisis razonado, en el tiempo preciso y de manera propositiva y optimista, además tratando de evaluar las alternativas posibles. Mientras que la hipervigilancia, transferencia y procrastinación se muestran como factores de riesgo dadas las consecuencias a que conllevan al momento de tomar decisiones.

En este sentido, diversos autores como Andrade, Da Silva y Ulloa mencionan que hay otros factores de riesgo que agudizan el desarrollo de las conductas mencionadas, explicando aspectos específicos como modelos parentales inadecuados, disfunción familiar, polaridad en los límites establecidos por los padres y negligencia paterna cuyas relaciones “podrían afectar como un

factor de riesgo ante el aborto provocado, por el temor de la adolescente a enfrentar a sus padres” (Andrade, DaSilva, & Ulloa, 2009) situación que ejemplifica de gran manera la negación que se genera en las jóvenes y adolescentes ante la perspectiva de asumir su maternidad y las responsabilidades psicosociales que ello implica. No obstante, es importante mencionar que en esta escala el bajo nivel de escolaridad es también considerado como uno de los factores de riesgo más determinantes, puesto que tal como lo menciona la académica Herrera Santi en su texto “Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente” el nivel escolar, cultural y económico “son elementos considerados como protectores del desarrollo y la salud, y el hecho de presentar un déficit en ellos le impide al adolescente un enfrentamiento adecuado a las situaciones de conflicto” (Herrera, 2000).

Igualmente, el estudio “Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región” por parte de los investigadores chilenos Muñoz, Vásquez y Vallejos se destaca el concepto de “amor romántico” entendido como un elemento determinante para el inicio de la actividad sexual asociada al no uso de anticoncepción “dado que en ese contexto la introducción de los métodos anticonceptivos se interpreta por las adolescentes como falta de confianza en la pareja” (Muñoz, Vásquez, & Vallejos, 2007) exponiéndose como un factor que interviene en el proceso de toma de decisiones de las adolescentes frente a su actividad sexual y reproductiva, acompañado igualmente de percepciones de invulnerabilidad y egocentrismo. No obstante, en dicho estudio se señala como los factores de protección y prevención, la capacidad reflexiva y la construcción de un proyecto de vida genera conductas “resilientes” frente a contextos adversos.

También se ha dicho que, las actitudes propositivas ante la toma de decisiones una vez se asume el embarazo, fue objeto de investigación por parte de investigadores de la Fundación

Universitaria Juan N Corpas en Bogotá, Colombia, que a través de su proyecto investigativo “Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana” evaluaron 7048 jóvenes entre los 11 y 20 años, encontrando que el 37% de las adolescentes “presentan una favorable aceptación a su condición de maternidad, sustentada ya sea por la inmadurez propia de su edad o por el menor desarrollo de situaciones de conflicto en su medio” (González, Salamanca, & Hernández, 2012).

A lo largo del desarrollo de proyecto se presentaron ciertas limitaciones. La poca información sobre la línea de toma de decisiones en artículos en español y la falta de actualización de estudios. Además, se desconocen instrumentos sobre toma de decisión validados en población colombiana.

El tiempo se encontró como otra de las limitaciones dadas ciertas circunstancias que ocasionaron un retraso en el desarrollo de la investigación y en el proceso de aplicación del instrumento con la población proyectada. Otra limitación es el carácter transversal del estudio.

Una de las fortalezas que surgieron de la realización del presente estudio es brindar una herramienta de investigación debidamente fundamentada y expuesta sobre la toma de decisiones como medida preventiva del embarazo adolescente con el fin de contribuir al afrontamiento de esta problemática social.

De igual forma se pretende generar una información reciente, acorde y pertinente relacionada con la realidad que impacta al mundo respecto a la problemática del embarazo adolescente.

Se destaca también la apertura y disposición por parte de la población objeto de estudio al momento de la aplicación de los instrumentos utilizados.

Se recomienda continuar realizando procesos investigativos relacionados con la toma de decisiones en adolescentes dada la importancia de este proceso en su desarrollo personal, generando resultados positivos en su calidad de vida, planificación familiar y en su desarrollo integral. Además, se sugiere la planeación de programas que permitan desarrollar el proceso de toma de decisiones de los adolescentes obteniendo mejores resultados gracias al desarrollo adecuado de esta capacidad.

6. Conclusión

Los resultados obtenidos del presente estudio sugieren la presencia de ciertos patrones de comportamiento y como estos influyen a la hora de tomar decisiones, identificándolos como factores de riesgo o protección, respectivamente.

La Procrastinación se muestra como un factor de riesgo, puesto que poco más de la mitad de los adolescentes pueden presentar conductas de evitación y negativismo a la hora de tomar decisiones y aplazándolas.

La Hipervigilancia se observó como un factor de riesgo en los adolescentes de la muestra dado que a pesar de que la actitud que muestran es de poder tomar la decisión, llegan a presentar estados de pánico o euforia dada la búsqueda exhaustiva de información irrelevante que realizan de forma desordenada.

En la Transferencia hay un porcentaje poco representativo, sin embargo, se considera como factor de protección puesto que son pocos la cantidad de adolescentes que presentan esta conducta de evitación y actitud negativa ante el proceso de toma de decisión y no buscan transferir y escapar ante la situación.

Por último, sobre la vigilancia se muestra como un factor protector entre los adolescentes, puesto que la mayoría optan por una actitud positiva y consideran las variables que se presentan en el proceso de toma de decisiones, realizando búsquedas de información relevante y su análisis.

Referencias

- Alonso, M. (2005). *Relaciones Familiares y Ajuste en la Adolescencia* (Tesis Doctoral).
Universidad de Valladolid, España.
- Alvarado, L (2005). *Diseño, aplicación y evaluación de un programa educativo dirigido a los adolescentes sobre factores protectores del embarazo precoz* (Tesis de posgrado).
Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Venezuela.
- Álvarez, C., Pastor, G., Linares, M., Serrano, J., y Rodríguez, L. (2012). *Motivaciones para el embarazo adolescente*. *Gaceta Sanitaria*, 26(6), 487-503.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.013>
- Alzate, R., Valencia, J y Laca, F. (2004). Patrones de decisión, estilos de afrontamiento del conflicto y autoestima. *Psicothema*, 16(1), 110-116.
- Andrade, A., DaSilva, P., y Ulloa, A. (2009). Revisión teórica de factores de riesgo, protección y prevención en el embarazo de adolescentes. *Intellectum Unisabana*, 18-30.
- Angelo, S. (2006). *Población y Unidad Elemental*. Ciudad de México: Mc Graw Hill.
- Arredondo, A. (2010). Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socio-económico. *Salud mental*, 33(5), 397-408.
- Ávila, B. (2013). *Introducción a la metodología de la investigación*. Edición electrónica. Ciudad de México: Sugar Sync www.eumed.net/libros/2006c/203/.
- Blázquez, M. (2012). Embarazo adolescente. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 3, 15-18.
- Broche, Y., y Cruz, D. (2014). Toma de decisiones en la adolescencia: Entre la razón y la emoción. *Ciencia Cognitiva*, 8(3), 70-72.

- Cervantes, J ., y Ramírez, J. (2005). *Ley de protección de la madre adolescente por medio de la cual se adoptan como política de Estado los programas del ICBF relacionados con la protección de niñas y adolescentes embarazadas y madres*. Congreso de Colombia. Bogotá: República de Colombia.
- Colombia, R. d. (2009). Código de la Infancia y la Adolescencia. En R. d. Público, *Constitución Política de Colombia* (págs. 1-118). Bogotá: El Abedul.
- Colprensa. (11 de Noviembre de 2015). En Colombia cada día nacen 408 niños de padres con edades entre los 10 y 19 años. *El país*. Recuperado de <http://www.elpais.com.co>
- Colprensa (16 de Noviembre de 2015). Continúan esfuerzos por reducir cifras de embarazo en adolescentes en Colombia. *El Universal*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.co/>
- Dávila, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última década*, 12(21), 83-104. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362004000200004>
- D'Angelo, S. (2006). Población y Unidad Elemental. Ciudad de México: Mc Graw Hill. Recuperado de [https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/POBLACI%C3%93N%20Y%20MUESTRA%20\(Lic%20D'Angelo\).pdf](https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/POBLACI%C3%93N%20Y%20MUESTRA%20(Lic%20D'Angelo).pdf)
- Echemendía, B. (2011). Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(3), 470-481.
- Escamilla, M. (2012). *Aplicación básica de los métodos científicos. Diseño no- experimental*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.
- Escudero, D., Hincapié, N. (2010). *Factores personales, familiares y sociales que inciden en los embarazos de adolescentes que acuden a la secretaria de salud del municipio de bello*

- durante el segundo semestre de 2009.* (Tesis de pregrado). Corporación Universitaria Minuto de Dios, Bello.
- Federación de Planificación Familiar Estatal. (2012). Informe “Los factores que influyen en el embarazo de jóvenes y adolescentes”. *Humania*.
- González, J., Salamanca, J., & Hernández, Á. (2012). Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. *Revista de salud pública. Fundación Universitaria Juan N Corpas*. 14 (3), 404-416.
- Hernández, R., & Fernández, C. (2006). *Metodología de la Investigación. IV Edición*. Ciudad de México: Mc Graw Hill.
- Hernández, S. (2011). *Marco Metodológico. Población y muestra*. Pachuca de Soto: Universidad Autónoma del Estado Hidalgo.
- Herrera, P. (2000). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana de Ciencias Sociales*. 71(99), 39-42.
- Herrero, J. (2010). El análisis factorial confirmatorio en el estudio de la estructura y estabilidad de los instrumentos de evaluación: Un ejemplo en el cuestionario de autoestima. *Psychosocial Intervention*. (19), No 3, 32-59.
- Hoy Diario Magdalena (28 de Septiembre del 2014). El Magdalena, quinto departamento con más embarazos adolescentes. *Santamartaviva*. Recuperado de <http://santamartaviva.com/>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2013). *En el ICBF, trabajamos por el derecho de crecer con bienestar en Colombia*. Bogotá: Departamento para la Prosperidad Social. República de Colombia.

- Jordán, B. (2013) *Representaciones sociales del embarazo en adolescentes embarazadas y no embarazadas procedentes de la sub-región sur del valle del cauca* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Linares, C. (2013). *Repercusiones del embarazo no planificado en adolescentes*. (Proyecto de investigación). Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- López, P. (2011). Poblacion Muestra y Muestreo. *Punto Cero*, 69-74.
- Luna, A. & Laca, F. (2014). Patrones de toma de decisiones y autoconfianza en adolescentes bachilleres. *Revista de Psicología (PUCP)*. 32, (I), 25-47.
- Mann, L., Burnett, P. Radford, M. and Ford, S (1997). The Melbourne Decision Making Questionnaire: An Instrument for Measuring Patternsfor Coping with Decisional Conflict. *Journal of Behavioral DecisionMaking*. 10, 1-19
- Martínez, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619
<https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- McHill, E. (2012). *Modelos Cuantitativos. Decisiones bajo conflicto*. Barcelona: Scribd.
- Ministerio de salud y protección (2010). Encuesta Nacional de Demografía y salud. Recuperado de
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENDS%202010%20informe.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; Fondo de Población de las Naciones Unidas.

- Muñoz, S., Vásquez, O., & Vallejos, C. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 2(72), 76-81.
- Murillo, J. (2011). *Cuestionarios y escalas de actitudes*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Nacional, R. D. (2006). Ley número 1090 de 2006. Ministerio de la protección social, 1-16.
- Naqvi, N., Shiv, B., Bechara, A. (2006). The role of emotion in decision making: a cognitive neuroscience perspectiva. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 260-264.
- Ortega M. (2011) Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género. Investigación: Identificar factores de protección y/o resiliencia del embarazo adolescente en mujeres de un contexto marginal urbano del municipio de La Paz. Baja California Sur.
- Páez, J. (2015). *Estilo de toma de decisiones y axiomas que estructuran el sistema de valores de los adolescentes*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia Ediciones.
- Palacio Diego, R. C. (2009). Garantizar la Funcionalidad de los Procedimientos de consentimiento informado. *Ministerio de la Protección Social*, 1-42.
- Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29 (1), 85-95.
- Peper, J. S., Koolschijn, P. y Crone, E. A. (2013) Development of risk taking: Contributions from adolescent testosterone and the orbito-frontal cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 25, 2141–2150.
- Ramírez, J. (2011). *Contextos y lógicas de la sexualidad y el embarazo en adolescentes bogotanos. Elementos para comprender la sexualidad "irresponsable"* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

- Rodríguez, A. (27 de febrero del 2012). El uso del consentimiento informado por parte de los profesionales de salud en la atención clínico asistencial. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (22). Recuperado de <http://www.redalyc.org/>
- Santoro P., Concha G., & Conde F. (2011). Presentación de resultados, Sondeo de opinión INJUVE: Jóvenes y diversidad sexual. Recuperado de http://www.injuve.es/sites/default/files/Sondeo2010diversidadsexual_resultados.pdf
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk taking. *Developmental Review*, 28, 78-106.
- Steven, R. (2015). *Análisis sociológico de la maternidad en jóvenes entre los 15 y 18 años de edad, habitante del barrio Siloe de la ciudad de Cali, 2015*. (Tesis de pregrado). Universidad del Valle, Colombia.
- Suárez, P. (2011). *Metodología de la investigación Unidad Docente*. Asturias: Fresneda.
- Tamayo, M. (2002). *Serie Aprender a Investigar*. Bogotá: Icfes.
- UNICEF. (2011). Estado mundial de la infancia. Recuperado de https://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf
- Torres A. (2016). *Relación entre habilidades sociales y procrastinación en adolescentes escolares* (Tesis de maestría). Universidad Cooperativa de Colombia, Santa Marta.
- Valencia, A., García, R. (2015). El embarazo adolescente desde una visión psicológica. *AZ*. Recuperado de <http://www.educacionyculturaaz.com/>
- Vianchá, M., Bahamón, M., Tobos, A., Alarcón, L. y Uribe, J. (2012). *Sexualidad en jóvenes: Un análisis desde el modelo ecológico* (Tesis Psicológica). Fundación Universitaria Los Libertadores, Bogotá, Colombia.

Williamson, N. (2013). UNFPA. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. *Maternidad en la niñez*. 1-132.