

Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta (Colombia)¹

Self-esteem in pregnant teenagers in the district
5 of the city of Santa Marta (Colombia)

Guillermo Augusto Ceballos Ospino²
Karelys Camargo Goenaga, Idanis Jiménez Sánchez
y Karen Requena Mendoza³

Resumen

La población y muestra estuvieron constituidas por 22 adolescentes embarazadas de un barrio localizado al noreste de la ciudad de Santa Marta (Colombia). El instrumento utilizado fue la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), que es una medida global del constructo, que se basa en la estructura multifacética del sí mismo. También se tuvo en cuenta los factores sociodemográficos en que viven estas mujeres adolescentes consultadas.

Palabras Clave: Adolescentes, Embarazo, Autoestima, Factores sociodemográficos

Abstract

The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) was applied to a sample of 22 pregnant teenagers from Santa Marta City's northeaster neighborhoods. The scale produces a global measure of "the construct" based on the multivariate structure of the self. This study also takes into account the socio-demographic factors that affect these adolescent women.

Key Words: Self-esteem, Adolescent Pregnancy, Socio-demographic factors

1 Reporte derivado de investigación de trabajo de grado de estudiantes de pregrado, auspiciado por la Universidad del Magdalena.

2 Psicólogo. Con especialización en áreas de Gerencia en Servicios de Salud. E-mail: guillermoceballos@gmail.com

3 Las tres autoras son psicólogas egresadas de la Universidad del Magdalena.

Introducción

El embarazo en la adolescencia es una problemática que actualmente ha dejado de ser un tabú, es decir, algo de lo cual no se habla o debe hablar, y va en aumento cada día, teniendo en cuenta que cada año en América Latina y el Caribe, millones de adolescentes quedan embarazadas. Por lo general estos embarazos no son planificados, y tienen como consecuencia la interrupción de los procesos sociales de las adolescentes y, de forma más dramática, el aumento del riesgo de fallecer por complicaciones del embarazo (Alvarado, 2003).

Los niveles de embarazos no planificados entre las adolescentes varía desde un 23% de todos los nacimientos que ocurren en madres adolescentes en Guatemala, a un 50% en Perú (CDC, 1992). En Colombia las mujeres menores de 20 años vienen aumentando su tasa de fecundidad en los últimos 20 años, en 1990 se estimó alrededor de 70 por mil, mientras en 1995 subió a 89 y en el 2005 se estimó en 90 por mil. Una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada, el 16% ya son madres y 4% está esperando su primer hijo (Ojeda, Ordóñez y Ochoa, 2005); igualmente las Naciones Unidas para Colombia (2010), señala que en el país más del 50% de los hijos que tienen las adolescentes, entre los 15 y 18 años, son no deseados.

En Santa Marta, los estudios informan (Ceballos y Campo, 2005) que el 25% de los adolescentes han tenido relaciones sexuales. Se documentó que haberlas tenido se asociaba con ser varón, tener más años de edad, mayor grado de escolaridad, al igual que fumar e ingerir bebidas alcohólicas, y no había diferencia entre estudiar en colegio público y privado. Sin embargo, uno de estos estudios se hizo con muestras relativa-

“... Una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada, el 16% ya son madres y 4% está esperando su primer hijo...”

mente pequeñas, tomadas por conveniencia. No obstante, estos mismos autores en un estudio más reciente hallaron que sí existe diferencia entre estudiar en colegio público y privado; además, es de suponer que de estas relaciones pueden presentarse embarazos no planeados, lo cual es válido para la población estudiada y no se podría generalizar para todos los adolescentes de la ciudad (Ceballos y Campo, 2007). Estos mismos autores manifestaron el aumento en la frecuencia de embarazos a tan temprana edad, cuando aún no existe la preparación física ni psíquica para afrontar las exigencias de la maternidad, y se da debido a varios factores: maduración sexual más temprana, inicio temprano de los coitos, falta de uso de planificación familiar, desconocimiento de la fisiología sexual, genitalización en la sexualidad y estrato socioeconómico bajo.

Cabe destacar que el embarazo de una adolescente se inserta en un complejo proceso de transformación individual que incluye la elaboración de su identidad: la construcción de las bases para su proyecto de vida, las relaciones con el mundo y, por lo tanto, la redefinición de sus lazos familiares y el reconocimiento de las opciones y restricciones que la sociedad le ofrece. Los riesgos son mayores si la adolescente no recibe apoyo de la pareja y de las familias, incluso cuando la unión forzada detiene la ampliación de sus experiencias sociales y el

desarrollo de destrezas para la autonomía (Meneghello y Martínez, 2000). El embarazo en la Adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los primeros años ginecológicos de la mujer y/o cuando la adolescente (11 y 18 años) mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamado también el Síndrome de Fracaso, o la puerta del ciclo de pobreza (Alvarado, 2003).

Específicamente el interés por la relación de la autoestima con el inicio de la actividad sexual en la adolescencia, se aprecia desde los primeros estudios que se realizaron en la década de los setenta del siglo pasado, la mayoría centrados en el embarazo precoz. No obstante, una revisión de esas investigaciones realizada por Chilman (1980), estableció que pocos fueron los autores que lograron sustentar la relación de la baja autoestima con la participación de las mujeres en las relaciones sexuales fuera del matrimonio.

En un estudio de revisión posterior, Miller y Moore (1990) observaron que la forma en que la autoestima influye sobre el inicio de la actividad sexual, o cómo ésta influye en la autoestima, parece depender básicamente del contexto normativo en el que se encuentran los adolescentes; sin embargo, Cole (1997), encontró que la relación es contraria a la que teóricamente se predice. De acuerdo con los estudios revisados por este autor, a medida que el nivel de autoestima aumenta, la práctica de comportamientos sexuales inseguros disminuye. En relación con esto, los resultados de algunas investigaciones revelan que la asociación de la autoestima con la edad de inicio de actividad sexual es significativa, pero se diferencia por su sexo (Paul, Fitzjhon, Herbison & Dickson, 2000; Spencer, Zimet, Alazma & Orr, 2002; Whitaker, Miller & Clark, 2000).

Desde 1965 Rosenberg había señalado que la valoración de sí mismos en los hombres está centrada en la competencia, mientras en las mujeres está basada en su capacidad para establecer y mantener relaciones con otras personas. Vargas-Trujillo, Gambara y Botella (2006), al hablar de variables moderadoras del efecto de la autoestima sobre la actividad sexual, mencionan que las normas y las expectativas culturales que el adolescente acepte y asuma son determinantes de la valoración que haga de sí mismo.

Por otra parte, se puede decir que el desarrollo psicosocial comprende una de las principales tareas del ser humano, consistente en construir una identidad propia (Reeder, Martín y Koniak, 1995), además de regular internamente la autoestima, la cual se asocia a las necesidades emocionales satisfechas; así, las adolescentes que presentan carencias afectivas intentarían sentirse valoradas a través de la maternidad (Hoffman, Paris y Hall, 1997).

Los resultados de algunas investigaciones, citadas por Gaviria (2000), exponen la existencia de enormes diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos sociales. La incidencia de embarazo juvenil es de 34% en el nivel socioeconómico inferior y de 8% en el superior. Los resultados señalan también que la incidencia de embarazo juvenil es mucho mayor entre las jóvenes que no han completado su educación primaria y entre las jóvenes con padres de menor nivel educativo. Con todo, la incidencia de embarazo no sólo afecta más a los más pobres, sino que también contribuye a perpetuar la pobreza; igualmente estos estudios muestran, que sólo una tercera parte de las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos de nivel socioeconómico

“... la incidencia de embarazo no sólo afecta más a los más pobres, sino que también contribuye a perpetuar la pobreza...”

puede explicarse a partir de diferencias en el porcentaje de jóvenes que mantienen relaciones sexuales. Una fracción aún menor puede explicarse por diferencias en el conocimiento y uso de métodos de control natal. Entonces se puede deducir que las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos sociales, se debe no a los mayores porcentajes de jóvenes de estratos bajo y medio que mantienen relaciones sexuales, sino a la mayor propensión de estas jóvenes a quedar embarazadas. Por supuesto, la anterior descomposición es apenas sugestiva en el sentido de que brinda algunas luces, mas no conclusiones definitivas, sobre cuáles pueden ser los factores que explican las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos sociales (Gaviria, 2000).

Wilson (1996) afirma, por ejemplo, que en comunidades donde los jóvenes tienen pocas razones para creer en un futuro prometedor (incluyendo perspectivas de empleo estable y de uniones afectivas estables), éstos serán mucho más propensos a verse involucrados en conductas que ponen en serio peligro sus posibilidades de movilidad socioeconómica. Aunque las circunstancias colombianas son, sin duda, distintas a las norteamericanas, no parecería descabellado, a la luz de la evidencia presentada, invocar argumentos similares para explicar las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos de nivel socioeconómico.

Sobre el abuso a mujeres en embarazo un meta-análisis de ocho estudios efectuados por Murphy, Schei, Myhr, Mont en el 2001, encontraron prevalencias de abuso durante el embarazo entre 5,6 y 16,6%.

El objetivo de la presente investigación es determinar el nivel de Autoestima y los factores sociodemográficos en adolescentes en estado de embarazo, con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años, pertenecientes a la comuna 5 de la ciudad de Santa Marta.

1. Metodología

Para la presente investigación se utilizó el diseño descriptivo transversal. La población objeto de investigación estuvo constituida por 22 adolescentes embarazadas, entre los 11 y los 18 años, de un barrio localizado al noreste de la ciudad de Santa Marta (Colombia). Por ser tan finita la población no hubo necesidad de muestreo alguno y se trabajó con la totalidad de la población. La población, que por su finitud constituyó la muestra, fue obtenida a través del programa Madres FAMI del ICBF seccional Santa Marta, de una comuna de la ciudad.

Como instrumento se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), (1965), que es una medida global del constructo, que se basa en la estructura multifacética de sí mismo, la cual consta de 10 preguntas que se refieren a “la valoración que el individuo hace y que acostumbra a mantener con respecto a sí mismo, la cual se expresa en una actitud de aprobación o desaprobación” (Rosenberg, 1965, p.5). La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Para la ciudad de Santa Marta se halló, en una prueba piloto, un alpha de Cronbach de 0.78 para esta

prueba. También se utilizó un cuestionario sociodemográfico diseñado por los autores del presente estudio en el cual se solicitan datos como tipo de familia, nivel educativo, estado civil, estrato social, con quién viven, el consumo de sustancias ilegales, violencia intrafamiliar y si han sido objeto de violación en su vida, para el enriquecimiento de la misma.

2. Resultados

Como resultado de la aplicación de la escala de Rosenberg, se observó que el 31,82% presentó autoestima baja, el 59,09% reflejó autoestima normal y el 9,09% mostró autoestima alta (ver anexo 1).

Con referencia a los factores sociodemográficos, en el factor tipo de familia, se evidenció que el 50% de las adolescentes respondió que pertenecía a familia nuclear y el 50% restante corresponde a familia extensa (ver anexo 2). Con relación al grado de educación, el 18,18% se encuentran estudiando o han cursado hasta básica primaria, el 77,27% en básica secundaria y solo el 4,55% respondieron que han cursado estudios de carreras técnicas (ver anexo 3). En cuanto al estado civil de las adolescentes, el 18,18% manifestó ser soltera, el 36,4% respondieron estar casadas, el 27,3% separadas y el 18,18% están en unión libre (ver anexo 4). El porcentaje de las adolescentes casadas y en unión libre se unió, ya que para efectos de la investigación se considera lo mismo, es decir, que conviven. El 100% de la población está enmarcado en estrato socioeconómico 1, el 45% de las adolescentes convive con el cónyuge, el 55% restante convive con el padre (ver anexo 5).

Así mismo, el 90,91% manifestó no consumir sustancias ilegales (ver anexo 6); de igual modo,

se evidenció que el 45,45% de las adolescentes embarazadas han sido maltratadas y el 14% reveló haber sido objeto de violación alguna vez en su vida (ver anexo 7).

3. Discusión

En la presente investigación se encontró que de las adolescentes embarazadas el 32% presenta un nivel de autoestima baja, no hay diferencia entre el tipo de familia (50% es nuclear y el otro tanto extensa), el 77% ha efectuado estudios de secundaria, el 45% se encuentra soltera, el 55% convive con sus padres, el 100% pertenece a estrato socioeconómico bajo, el 9% manifestó haber ingerido sustancias ilegales, el 45% de las adolescentes embarazadas ha sido objeto de maltrato, y el 14% manifestó haber sido objeto de violación sexual en su infancia.

Tras el análisis de las respuesta para cada variable, se evidencia un 32% de autoestima baja en las adolescentes embarazadas encuestadas, resultado que corrobora lo investigado por Cole (1997) y lo hallado por Chilman (1980), quien encontró que pocos autores lograron sustentar el bajo nivel de autoestima con la participación de las mujeres en las relaciones sexuales fuera del matrimonio. No obstante, una tercera parte de la muestra presenta autoestima baja durante el estado de embarazo, esto sustenta la teoría de Rosenberg (1965-1979), y se puede inferir que la actitud de desaprobación se mostró presente en estas jóvenes, es decir, no tienen estima de sí, lo que constituye un gran problema tanto para la adolescente como para el bebé; en primer lugar, porque no se estaría fomentando un ajuste saludable del estado emocional de la adolescente y, en segundo lugar, los riesgos del embarazo se incrementarían, desde el punto de

“Los resultados del presente estudio corroboran lo hallado en otras investigaciones en cuanto a los factores sociodemográficos, que señalan que las adolescentes embarazadas están asociadas a un menor nivel socio-económico, deserción escolar y a una pareja inestable o ausente...”

vista biológico, ocasionando incluso la pérdida del bebé; los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general (Cervantes, 1993).

Los resultados del presente estudio corroboran lo hallado en otras investigaciones en cuanto a los factores sociodemográficos, que señalan que las adolescentes embarazadas están asociadas a un menor nivel socio-económico, deserción escolar y a una pareja inestable o ausente (Burgos y Carreño, 1995). Igualmente, el presente estudio se asemeja en sus resultados a lo estipulado en la literatura internacional sobre el tema, en el sentido que las adolescentes que quedan embarazadas y dan a luz durante su adolescencia tienen una menor probabilidad de completar sus estudios secundarios, de participar en la fuerza de trabajo, de casarse y permanecer casadas (Card & Wise, 1978; Grogger & Korenman, 1993; Hots, McEloy & Sanders, 1999). Afirmando este planteamiento las cifras del presente estudio soportan que el mayor grado de escolaridad que las adolescentes cursan es secundaria, el segundo nivel que mayor incidencia tiene es primaria y, en última instancia, técnico, enmarcado dentro del porcentaje más bajo; a esto se suma que la gran parte de adolescentes tienen

condiciones socioeconómicas bajas, en este sentido el nivel educativo de la adolescente se ve frustrado debido a la variable socioeconómica y al estado de embarazo.

Argumentando nuestro análisis, la literatura anglosajona sobre el tema muestra que muchas adolescentes de escasos recursos, la mayoría educadas en un ambiente de bajas expectativas y derrotismo, ven en el embarazo una alternativa de vida y en los hijos una posibilidad de recibir ayuda pública (Gaviria, 2000). Esto podría estar asociado a las concepciones asistencialistas que poseen en su gran mayoría las poblaciones vulnerables.

Respecto al estado civil, el 45% de adolescentes no tienen una vida de pareja, corroborando lo planteado por Felice, Feinstein, Fisher, Kaplan, Olmedo & Rome (1998), quienes manifiestan que muchos de los embarazos no deseados o no planeados de jóvenes solteras, tienen consecuencias negativas tanto sociales como físicas para madres e hijos, la soltería de estas adolescentes pueden enlazarse al hecho de que sigan viviendo en su núcleo familiar, debido a que no cuentan con el apoyo del padre de su hijo, como se tiene presente en los resultados de nuestra investigación.

De acuerdo con lo anterior, se encontró que en relación con el presente estudio, un 9% de las encuestadas afirmó haber consumido alguna vez sustancias nocivas para la salud, cifra que preocupa, ya que pudo haberse presentado este tipo de comportamiento durante el embarazo, lo cual ocasionaría daños irreversibles para su salud y la de su bebé e indirectamente incidiría en el estado emocional, y este a su vez, en su nivel de autoestima.

Por otra parte, preocupa lo hallado en la investigación en cuanto a la violencia hacia las mujeres

embarazadas, la cual fue del 45% y la violación sexual del 14%, lo cual repercute en los recién nacidos, pues conduce al bajo peso al nacer y afecta adversamente a cualquier niño en la etapa inicial de la vida, y el abuso sexual, el cual consiste en forzar física o psicológicamente a la mujer a la relación sexual o a una conducta sexual de determinado tipo (Bergonzoli y Núñez, 1997).

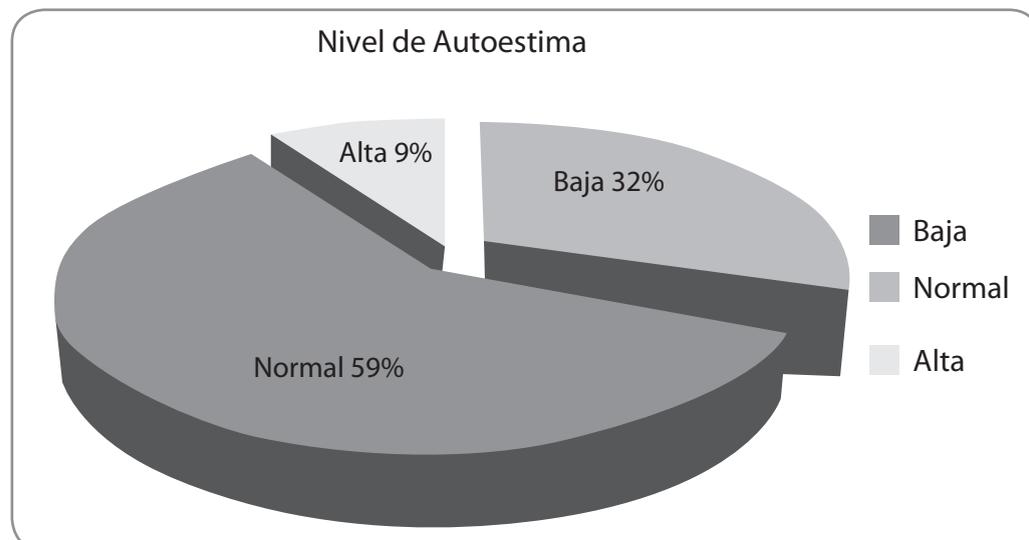
Todos estos factores despliegan sobre la joven sentimientos de frustración, desaprobación, juicios de valor negativos e incompetencia sobre su vida, y son manifestados principalmente en la característica de encontrarse embarazadas, por consiguiente, los patrones sociodemográficos son importantes en el desarrollo o permanencia del bajo nivel de la autoestima, ya que sin duda todos constituyen un simbolismo en la determinación de ésta. Además de regular internamente la autoestima, la cual se asocia a las necesidades emocionales satisfechas, así, las adolescentes que presentan carencias afectivas intentarían sentirse valoradas a través de la maternidad (Hoffman, Paris y Hall, 1997).

Los resultados de la presente investigación deben ser tomados con cautela, debido al tipo de diseño utilizado y por tanto lo hallado sólo debe considerarse inherente a la muestra utilizada.

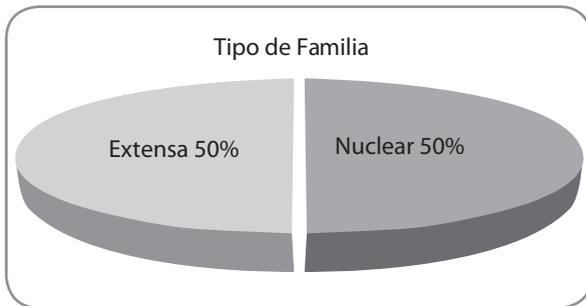
Se recomienda para futuros estudios sobre el tema utilizar otro tipo de diseño, como lo es el longitudinal, ampliar la muestra e incluir varios niveles socioeconómicos.

Anexos

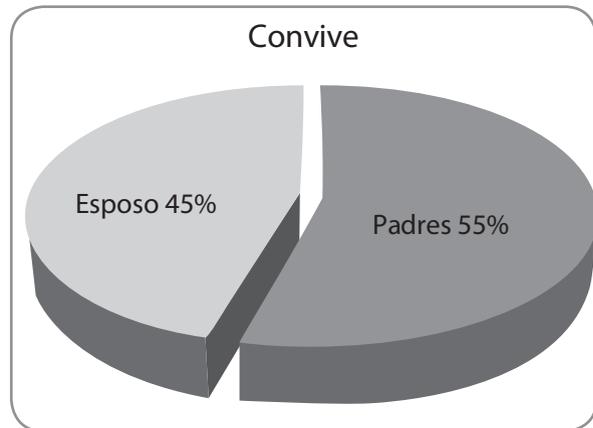
Anexo 1. Nivel de autoestima



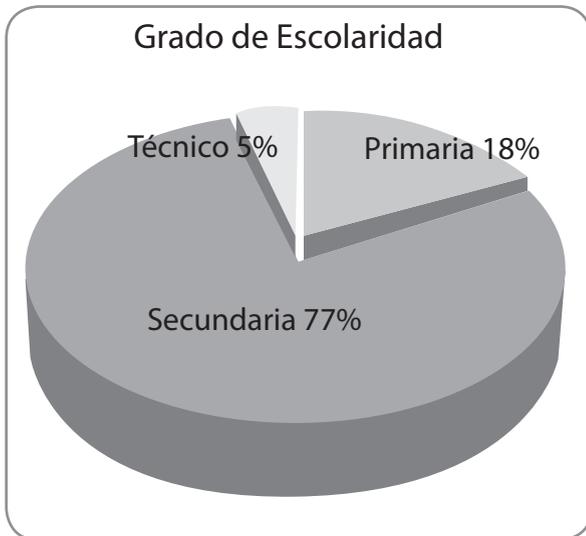
Anexo 2. Tipo de familia



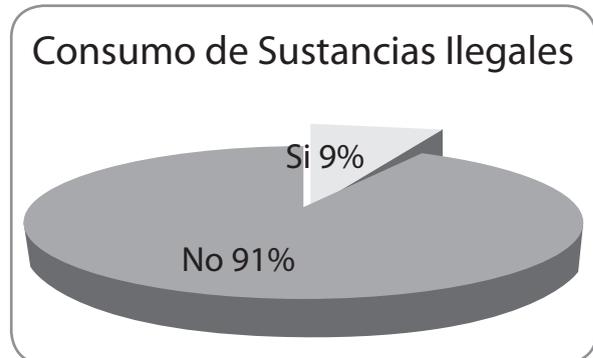
Anexo 5. Tipo de convivencia



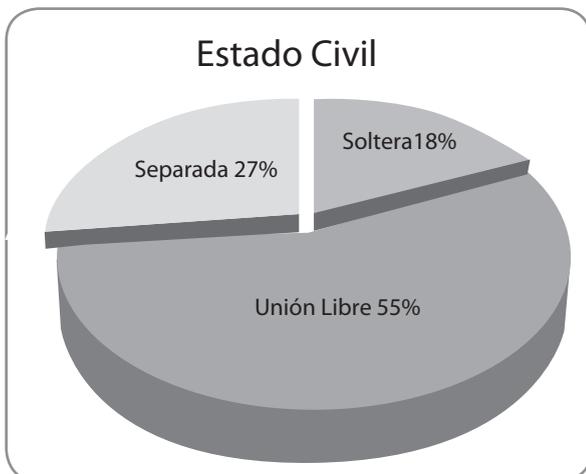
Anexo 3. Grado escolaridad



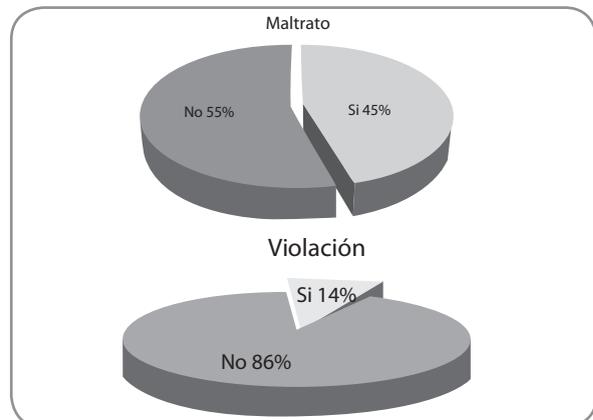
Anexo 6. Consumo de sustancias alguna vez en la vida



Anexo 4. Estado civil



Anexo 7. Maltrato físico y objeto de violación alguna vez en la vida



Referencias

- Alvarado, J. (2003). *Estrategias y lineamientos básicos para la prevención del embarazo en la adolescencia*. República de Nicaragua, Ministerio de Salud. Dirección de primer nivel de atención.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34, 4, 186-195.
- Atgav, S. & Spencer, G. (2002). Health risk behaviors among adolescents attending rural, suburban, and urban schools: a comparative study. *Fam Community Health* 25, 53-64.
- Baeza, B., Poo, A., Vásquez, O., et al. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Rev. chil. obstet. Ginecol*, 72, 2, 76-81.
- Barnet, B., Arroyo, C., Devoe, M. & Duggan, A. (2004). Reduced school dropout rates among adolescent mothers receiving school-based prenatal care. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158, 262-268.
- Bergonzoli, G. y Núñez, H. (1997). Factores de la desnutrición intrauterina en neonatos a término. *Colombia Médica*; 28 (4):167-176.
- Burgos, L., Carreño, R. (1995) *Comparación de Factores de Riesgo en dos poblaciones de Embarazadas Adolescentes Nulíparas*. Depto. Materno-Infanto-Juvenil, Tucumán, SIPROSA, 104.
- Card, J. & Wise, L. (1978). Teenage Mothers and Teenage Fathers: The Impact of Childbearing on the Parents Personal and Professional Lives. *Family Planning Perspectives*, 10, 199-205.
- Cast, A. & Burke, P. (2002). A theory of self-esteem. *Social Forces*, 80, 3, 1041-1068.
- Castillo, M., Meneses, M., Silva, J., Navarrete, P. y Campo, A. (2003). Prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Medunab*, 6, 137-143.
- Castro, R. (1994). Estrategias en Salud Reproductiva del Adolescente en Chile. *Rev Soc Chil Ginecol Infantil Adolesc*, 1(1), 38-45.
- Ceballos, G. y Campo, A. (2007). Sexual intercourse among adolescent students of Santa Marta, Colombia: a cross-sectional survey. *Colombia Médica*, 38, 191-196.
- Ceballos, G. y Campo, A. (2005). Relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de tres colegios privados de Santa Marta, Colombia: factores asociados. *Medunab*, 8, 171-175.
- Ceballos, G. y Campo, A. (2005). Relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de Santa Marta, Colombia: Factores asociados. *Duazary*, 2, 4-10.
- CDC, Division of Reproductive Health (1992). Adolescent Sexual Activity and Childbearing in Latin America and the Caribbean: Risks and Consequences.
- CDC. (1996). Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud de la Familia, Honduras.
- Cervantes R. (1993). *Aspectos biológicos del embarazo precoz*. Lima: UNICEF/Consortio mujer, 191-198.
- Chilman, C. (1980). Social and Psychological research concerning adolescent childbearing: 1970-1980. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 793-805.
- Chirinos, J., Salazar, V. & Brindis, C. (2000). A Profile of sexually active male adolescent high school students in Lima, Peru. *Cad Saude Publica*, 16, 733-46.
- Cole, F. (1997). The role of self-esteem, and perceived social support among pregnant and nonpregnant adolescents, *Western Journal of Nursing Research*, 20, 195-209.
- Corcoran, J. (1999). Ecological factors associated with adolescent pregnancy: a review of the literature. *Adolescente*, 135(34), 603-619.
- Curry M, Harvey S. Stress (1998). Related to domestic violence during pregnancy and infant birth weight. En: *Campbell JC, ed. Empowering survivors of abuse*. Thousand Oaks, California: Sage Publications; pp. 98-108.
- Craig, G. (1997). *Desarrollo Psicológico*. 7ª ed. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Donoso, E., Becker, J. y Villarroel, L. (2003). Natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes de Chile, 1990-1999. *Rev Panam Salud Pública*, 14(1), 3-8.
- Estados Unidos Mexicanos. (2000). *Perfil sociodemográfico. XII Censo General de Población y Vivienda*. México: INEGI.

- Felice, M., Feinstein, R., Fisher, M., Kaplan, D., Olmedo, L., Rome, E., et al. (1998). Adolescent pregnancy current trends and issues. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence, 1998-1999. *Pediatrics*, 103, 516-520.
- Fernández, L., Bustos, L., González, L., Palma, D., Villa-grán, J. y Muñoz, S. (2000). Creencias, actitudes y conocimiento sobre educación sexual. *Rev Med Chile*, 128, 574-583.
- FESAL (1998). Encuesta Nacional de Salud Familiar. República de El Salvador.
- Fingerman, K. (1989). Sex and the working mother: adolescent sexuality. Sex role typing and family background. *Adolescence*, 24, 1-18.
- Fleiz, C., Villatoro, J., Medina, M., Alcántar, E., Navarro, C. y Blanco, J. (1999). Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 22, 14-19.
- Gascón, J., Navarro, B., Gascón, F., Férula, L., Jurado, A. y Montes, G. (2003). Comportamiento sexual de los escolares adolescentes de Córdoba. *Aten Prim*, 32, 355-60.
- Gaviria, A. (2000). Decisión: Sexo y Embarazo entre las jóvenes colombianas. *Rev. Coyuntura Social*, 23, 83-95.
- Gómez, R., Del Romero, J., Castilla, J., Rodríguez, C., García, S., Clavo P, et al. (2001). Categorías de exposición y seroprevalencia del VIH en adolescentes que se realizaron voluntariamente la prueba. Madrid, 1986-2000. *Gac Sanit*, 15, 202-8.
- Grimstad, H., Schei, B., Backe, B. & Jacobsen, G. (1997) Physical abuse and low birthweight: a case-control study. *Br J Obstet Gynaecol*; 104: 1281-1287.
- Grogger, J. & Korenman, S. (1993), "The Socioeconomic Consequences of Child Bearing". Results from a Natural.
- Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1997). *Psicología del Desarrollo Hoy*. Vol 2. 6ª ed. Madrid: Editorial McGraw-Hill.
- Hots, V., McEloy, S. & Sanders, S. (1999), "Teenage Childbearing and its Life Cycle Consequences: Exploiting a Natural Experiment". NBER, WP.
- Meneghello, R. y Martínez, G. (2000). *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Buenos Aires. Médica panamericana S.A.
- Miller, B. & Moore, K. (1990). Adolescent sexual behavior, pregnancy, and parenting: Research through the 1980s, *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1025-1044.
- Murphy, C., Schei, B., Myhr, T. & Mont, J. (2001). *Abuse: a risk factor for low birth weight?* CMAJ; 164(11):1567-1572.
- Naciones Unidas para Colombia. (2010). *Embarazos no deseados en adolescentes*. <http://www.naciones-unidas.org.co/index.shtml?apc=tt--1--&x=58714>
- Ojeda, G., Ordoñez, M. y Ochoa, L. (2005). *Salud sexual y reproductiva en Colombia*. Encuesta Nacional Demográfica en salud. Bogotá. Colombia.
- Paul, Ch., Fitzjohn, J., Herbison, P. & Dickson, N. (2000). The determinants of sexual intercourse before age 16. *Journal of Adolescent Health*, 27, 136-147.
- Reeder, Sh., Martín, L., y Koniak, D. (1995). *Enfermería materno-infantil*. 17ª ed. USA: McGraw-Hill.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. Nueva York: Basic Books.
- Spencer, J., Zimet, G., Alazma, M. & Orr, D. (2002). Self-esteem as Predictor, of Coitus in Early Adolescents, *Pediatrics*, 109, 581-584.
- Stock, J., Bell, M., Boyer, D. & Connel, I. (1997). Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Fam Plan Perspect*, 29,200-3.
- Vargas-Trujillo, E., Gambara, H. & Botella, J. (2006). Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: Un estudio meta-analítico. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 665-695
- Whitaker, D., Miller, K. & Clark, L. (2000). Reconceptualizing Adolescent Sexual Behavior: Beyond did they or didn't they. *Family Planning Perspectives*, 32, 111-124.
- Wilson, W. (1996), *When Work Disappears: the World of the New Urban Poor*. New York, Random House.