

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

**CURSO DE PROFUNDIZACIÓN EN FUNDAMENTOS
DE SALUD PÚBLICA**

**CAROLINA BRAVO MORENO
HERNANDO MEJÍA MONTOYA
JHULEIMAN MOLINA PATIÑO
JOSÉ JORGE GÓMEZ OSPINA
JULIA MORENO RESTREPO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD.
FACULTAD DE CIENCIA BÁSICAS E INGENIERÍA.
DICIEMBRE
2009**

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

**CURSO DE PROFUNDIZACIÓN EN FUNDAMENTOS
DE SALUD PÚBLICA**

**CAROLINA BRAVO MORENO
HERNANDO MEJÍA MONTOYA
JHULEIMAN MOLINA PATIÑO
JOSÉ JORGE GÓMEZ OSPINA
JULIA MORENO RESTREPO**

**Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de Técnico
En Regencia De Farmacia**

TUTOR: DIEGO PINEDA ÁLVAREZ

GRUPO: 252828_1

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD.
FACULTAD DE CIENCIA BÁSICAS E INGENIERÍA.
DICIEMBRE
2009**

CONTENIDO

	Pág.
<i>INTRODUCCIÓN</i>	5
<i>1. OBJETIVOS</i>	6
<i>1.1 OBJETIVO GENERAL</i>	6
<i>1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	6
<i>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	7
<i>3. JUSTIFICACIÓN</i>	8
<i>4. MARCO TEÓRICO</i>	10
<i>5. MARCO METODOLÓGICO</i>	12
<i>6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</i>	13
<i>7. HISTORIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES</i>	14
<i>8. ESCENARIO SOCIOCULTURAL DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES EN SAN ANTONIO DE PRADO.</i>	19
<i>9. EL ESCENARIO AMBIENTAL DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES EN SAN ANTONIO DE PRADO.</i>	20
<i>10. LO CONCEPTUAL DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES</i>	24

<i>11. SOLUCIONES ALCANZADAS EN EL ENTE TERRITORIAL O POR EL ESTADO.</i>	<i>26</i>
<i>12. INFORMACIÓN ADICIONAL</i>	<i>30</i>
<i>13. ENCUESTA</i>	<i>33</i>
<i>CONCLUSIONES</i>	<i>48</i>
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	<i>50</i>

INTRODUCCIÓN

Es necesario prestar una atención especial que se concentre en la prevención del embarazo en la adolescencia, sus consecuencias en el proyecto de vida de la madre adolescente y todas las situaciones posibles que de este hecho se puedan derivar, es por eso que con este trabajo se tiene el propósito de orientar las acciones que se desarrollan a la hora de abordar este tema, con un enfoque preventivo, antes que correctivo, que de un direccionamiento educativo a la población susceptible de poder ser afectada por este suceso, que en este caso son los adolescentes, de manera pues, a modo de síntesis, se espera un mayor grado de concientización en los jóvenes a la hora de asumir una vida sexual responsable, tomando todas las herramientas de planificación de modo que se instruya de una manera pertinente a los adolescentes.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

- *Implementar una estrategia educativa para elevar el nivel de conocimiento en las adolescentes que aún no están embarazadas sobre los riesgos y complicaciones que trae consigo el embarazo a esta edad.*

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- *Realizar un diagnóstico integral de la situación de la población objeto de estudio referente a: edad en la que tuvo su primera relación sexual, ha tenido abortos, planifica, con qué métodos planifica, tiene pareja estable, cuantas parejas sexuales ha tenido, edad que estas jóvenes creen adecuada para tener un hijo, cuántos años tenía cuando tuvo su primer hijo.*
- *Contribuir a la prevención del embarazo no deseado a través de educación para la salud dirigida a la mujer (adolescente) y a la comunidad.*

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela, la comunidad, educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual que incluyen: embarazo, infecciones de transmisión sexual y efectos psicosociales. Por lo tanto mantienen relaciones sexuales sin las medidas necesarias de contracepción o se limitan con frecuencia en sus opciones anticonceptivas a la información obtenida por compañeros de grupo, es por ende la gran importancia de desarrollar estrategias en el sector salud en lo que se refiere a planificación familiar y enfocados a dar acceso más fácil a la información y servicios contraceptivos.

3. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el embarazo en los adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable durante largo tiempo, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más reducidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema en salud pública. Según estadísticas mundiales, en la actualidad la población adolescente representa el 20% de la población mundial, de cuyo total cerca del 85% vive en países en vías de desarrollo.

Como se mencionaba anteriormente el embarazo en adolescentes está implicado cada día más como causa de consulta de los centros hospitalarios. En este caso se hablara de la unidad intermedia de San Antonio de Prado; donde crece hasta en un 66% de adolescentes no casadas que tienen experiencias sexuales antes de los 19 años. El porcentaje de nacimientos en adolescentes de bajos recursos ha aumentado en un 74,4% entre 1995 y 2008. En 1995 hubo 201 nacimientos vivos de madres adolescentes, en San Antonio de Prado, De estas madres adolescentes, el 19.4% tuvo un niño una vez y el 4,0% había dado a luz dos veces. Se estima que, a la edad de 20 años, el 40% de estas mujeres habrá experimentado por lo menos 1 embarazo. El riesgo potencial para las niñas adolescentes de llegar a quedar embarazadas incluyen: - Los tempranos contactos sexuales (la edad 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años, y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia).

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y el estrato socioeconómico en países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es mayor.

La última estadística presentada por la secretaria de Salud informa que durante el año 2002 hubo un total de 250.674 partos, de los cuales 40.439 fueron en pacientes menores de 20 años, lo que corresponde a un 16,1% del total. Es interesante destacar que la prevalencia varía incluso entre los diferentes servicios de salud de nuestro país.

4. MARCO TEÓRICO

Adolescencia: *La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros." (Escobar & Muñoz, 1995, p. 7).*

Sexualidad en la adolescencia: *La sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: genital o biológica, que expresa en los aspectos fisiológicos; área erótica, relacionada con la búsqueda de placer; y la moral expresada en la estructura social fijados en los valores o normas aceptados (Molina, Luengo & Toledo, 1994).*

Embarazo Adolescente: *El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. González señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo (en Molina et al., 1991, p.29).*

Una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación de la voluntad, además de la erotización ambiental y la seudovaloración de la sexualidad sin compromiso podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el riesgo de un embarazo inesperado. "Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. El ser requeridas sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado." (Molina et al., 1994, p.92).

"La situación de embarazo ocurre en un contexto afectivo en un período denominado como "pololeo" y que culmina con relaciones sexuales de poca ocurrencia. En la fase culminante, y una vez conocida la notificación de embarazo, se desencadena una conflictiva psicosocial grave, con consecuencias personales en la propia adolescente y socio-familiares a nivel de la familia de origen y entorno inmediato." (Peña, Quiroz, Muñoz, Molina, Guerrero & Masardo, 1991, p. 25).

Embarazo en la Adolescente: *El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud de primer orden en la actualidad. Reeder (1998), afirma que: cada año se embarazan en Estados Unidos 1.2 millones de adolescentes, lo que representa el 20% de nacimientos. Un 25% de estas niñas embarazadas tienen apenas 14 años de edad, y una de cada siete están decididas a abortar. Cabe señalar que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen entre 13 y 15 años de edad, encontrándose en la clasificación de adolescentes jones o precoces y de 15 y 20 como adolescentes maduras (p. 20-23).*

5. MARCO METODOLÓGICO

Se realizó un pequeño estudio en el hospital de San Antonio de Prado, como un referente al presente trabajo, a este estudio ingresaron todas las pacientes con 20 y menos años de edad, partiendo de 1990 hasta el pasado año. Para dicho trabajo se diseñó una encuesta la cual será llenada por 20 jovencitas del corregimiento San Antonio de Prado.

Se definió como embarazo en la adolescencia la gestación en una mujer con 20 y menos años de edad. Para la encuesta la edad materna se dividió en menores de 15 años (adolescentes jóvenes o precoces) y de 15 a 20 años (adolescentes maduras o tardías).

Entre las variables más importantes a estudiar tenemos: edad en la que tuvo su primera relación sexual, ha tenido abortos, planifica, con qué métodos planifica, tiene pareja estable, cuantas parejas sexuales ha tenido, edad que estas jóvenes creen adecuada para tener un hijo, cuántos años tenía cuando tuvo su primer hijo.

Hermana con embarazo en adolescencia se refiere a la presencia de una o más hermana que tuvo un embarazo antes de los 20 años de edad. Como a muchas de estas variables no se tenía el acceso, en la pequeña investigación que se hizo en el hospital de San Antonio de Prado, para el presente trabajo, se hizo necesario el interrogatorio a las 20 jóvenes de la pequeña muestra.

6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO
1. - ASESORÍA METODOLÓGICA	Dr. Diego Pineda
2. – PROPUESTA	Grupo Colaborativo UNAD seminario Salud Publica
3. – OBSERVACIONES	Se Aplicara este proyecto algunos adolescentes, de situación económica muy baja
4. - DISEÑO DEL PROYECTO	Estará a Cargo del Grupo colaborativo del Dr. Diego
6. – PROYECTO	Embarazo en Adolescentes
8. – ENCUESTA	A Cargo de los integrantes del Grupo
9. - CLASIFICACIÓN DE MATERIAL	Encuestas, Tabulaciones y entrevistas con algunas personas encargadas del tema
10. - TRATAMIENTO INFORMACIÓN	Seleccionada
11. - ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	A Cargo de los integrantes del Grupo
12. – REDACCIÓN	A Cargo de los integrantes del Grupo
SEMANAS	1 2 3 4

7. HISTORIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Según Profamilia (1991), la fecundidad adolescente en Colombia presentó una disminución importante en la década de los ochenta. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 1990, indica que durante el quinquenio 1985-1990 el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que ya son madres pasó de 14% a 10% (Profamilia, 1991). Sin embargo, esta tendencia no se mantuvo en la siguiente década, y entre 1990 y 2000, la tasa de fecundidad adolescente aumentó del 10% al 15%.

Así mismo, la ENDS de 2005, indica que, en ese año, el 16% de las adolescentes en Colombia ya eran madres y de éstas, el 25% eran pobres (Profamilia, 2005). En cuanto al tamaño del hogar, un estudio de Núñez et al. (2005) señala que en el año 2004, el tamaño promedio de los hogares más pobres era de 5.6 personas en las zonas urbanas, y de 5.9 personas en las zonas rurales. En el mismo año, este indicador, entre los hogares más ricos era de 2.2 personas en las zonas urbanas y de 1.5 personas en las zonas rurales.

Respecto a la composición por edades simples, se observa que en los últimos 15 años el porcentaje de mujeres de 15 años que ya son madres no presenta grandes fluctuaciones. De una tasa de incidencia de 2.2% en 1990 se pasa a una de 2.7% en 2005 (Profamilia, 1991, 2005). No obstante, se destaca una caída sin precedentes durante el periodo 1995-2000, donde el porcentaje de madres adolescentes de 15 años pasa de 3.1% a 1.4%, lo cual indica que esta tasa se multiplicó por 2.2 en este periodo. Por otra parte, se observa un mayor porcentaje de madres adolescentes entre las jóvenes de 16 años con respecto a las de 15 años. A lo largo del periodo 1990-2005 la tasa de fecundidad adolescente de este grupo etareo oscila entre el 6% y 7%. Las adolescentes de 17, 18 y 19 años presentan la mayor incidencia de

maternidad juvenil. Este hecho es particularmente alarmante en el periodo 1990-1995, donde el porcentaje de madres adolescentes de 18 y 19 años pasa de 12.5% a 20.5% y de 21.2% a 32.2%, respectivamente. Así mismo, en el año 2005, el 34.4% de las adolescentes de 19 años ya eran madres y el 39.1% había estado alguna vez embarazada.

En cuanto al lugar de residencia, en todo el período 1990-2005 se observa un mayor porcentaje de madres adolescentes en las zonas rurales respecto a las zonas urbanas. Sin embargo, la brecha urbano-rural se intensifica entre 1990 y 1995. Mientras en 1990 las tasas de incidencia eran de 8.8% en las zonas urbanas y 12.3% en las zonas rurales, en 1995 llegan a ser de 11.5% y 19.3%, respectivamente (Profamilia, 1991, 1995). Esta tendencia se mantiene entre 1995 y 2000, y en el año 2005 se presenta una leve disminución de los diferenciales, aunque persisten altas tasas de fecundidad adolescente en ambas zonas: 14.5% en las ciudades y 21.6% en el campo. Entre regiones, las estadísticas de Profamilia indican un mayor porcentaje de madres adolescentes en la región Atlántica a lo largo de todo el periodo 1990-2005, con tendencia al aumento en los años 2000 y 2005. Entre 1990 y 1995 se presenta un alarmante crecimiento de la fecundidad adolescente en la zona oriental. Mientras en 1990 solo el 4.1% de las adolescentes eran madres, en 1995 el 14.6% de las jóvenes residentes en esta zona del país ya tenían su primer hijo (Profamilia, 1991, 1995). Este aumento indica que esta tasa se multiplicó por 3.5 durante el periodo 1990-1995. Entre el periodo 1990-2005, también se observa un crecimiento importante de la maternidad juvenil en Bogotá: el porcentaje de madres adolescentes pasó de 7.9% en 1990 a 17.1% en el año 2005 (Profamilia, 1991, 2005).

Las estadísticas de Profamilia sobre las características educativas indican que el porcentaje de jóvenes sin educación que ya son madres se redujo en el periodo 1990-2005, pero sigue siendo mayor que el observado entre las

adolescentes con educación. En 1990, el 62.4% de las jóvenes de 15 a 19 años no educadas ya eran madres, y pese a que en 2005 este indicador había caído al 36.6%, los avances serían de mayor magnitud si entre 1995 y 2005, el porcentaje de madres adolescentes sin educación no se hubiese incrementado de 25.4% a 36.6% (Profamilia, 1991, 1995, 2005). Así mismo, en los resultados de la ENDS el período 1990-2005 se observa que, a medida que aumenta el nivel educativo de las jóvenes, se presentan menores tasas de fecundidad adolescente. No obstante, entre el 2000 y el 2005 el porcentaje de jóvenes con educación superior que ya son madres pasó de 2.3% a 7.4%, hecho que indica que esta tasa se multiplicó por 3.2 durante este periodo. Entre las mujeres de 15 a 19 años con educación primaria, esta tasa pasó de 15.6% en 1990 a 35.8% en 2005, estando muy cerca de la proporción observada entre las jóvenes sin educación en este último año. Así mismo, el porcentaje de jóvenes con educación secundaria con fecundidad adolescente se incrementó durante el periodo 1990-2005: de 5.1% en 1990 paso a 8.8% en 1995, y llegó a ser de 13.2% en 2005 (Profamilia, 1991, 1995, 2005). En cuanto a las razones de inasistencia a un establecimiento educativo, un estudio a profundidad de la ENDS de autoría de Ordóñez (2000), indica que el 8.4% de las adolescentes que no asistían a la escuela en el año 2000, lo habían hecho porque quedaron en embarazadas. Entre las adolescentes clasificadas como pobres por el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el 11% no asistía a la escuela por haber quedado en embarazo, al igual que el 8.2% de las adolescentes clasificadas en situación de miseria (Ordóñez, 2000).

En cuanto a las características laborales de las madres adolescentes, el citado estudio de Ordóñez (2000) indica que hay una baja participación laboral de las jóvenes entre 15 y 19 años que ya son madres de 1 o 2 hijos, y una alta participación de las que tienen 3 o 4 hijos. Así mismo, aquellas que no tienen hijos tienen mayor participación en ocupaciones que demandan

trabajo calificado (profesionales, técnicos o administrativos). De las adolescentes con 1 o 2 hijos, el 62.5% no había trabajado en los últimos 12 meses, el 17% había trabajado en los últimos 12 meses y el 20.5% participaba actualmente en el mercado laboral (Ordóñez, 2000). Entre las jóvenes de 15 a 19 años con 3 o 4 hijos, el 77% había trabajado en los últimos 12 meses y el 23% trabajaba al momento de la encuesta (Ordóñez, 2000). Entre las jóvenes sin hijos, se observa una mayor inactividad laboral, aunque las diferencias son apenas de 1.9 puntos porcentuales entre estas y las madres adolescentes: de las jóvenes de 15 a 19 años sin hijos, el 64% no había trabajado en los últimos 12 meses (Ordóñez, 2000). Una explicación de este resultado es que la mayoría de las adolescentes sin hijos permanecen en la escuela. Por otra parte, de las adolescentes con 1 o 2 hijos, el 19.4% se dedicaba a la agricultura, el 5.5% era profesional, técnica o administrativa, el 60% trabajaba en ventas, el 7.6% desempeñaba labores manuales calificadas y el 7.3% labores manuales no calificadas (Ordóñez, 2000). Por último, el porcentaje de adolescentes sin hijos cuya ocupación era profesional, técnica o administrativa era tan solo del 8% (Ordóñez, 2000).

Respecto al tamaño y tipo de estructura familiar que conforman las madres adolescentes, Ordóñez (2000) indica que el porcentaje de adolescentes con dos hijos nacidos vivos se incrementó de 1.7% en 1986 a 2.2% en el año 2000 y, en el mismo período, el porcentaje de adolescentes sin hijos nacidos vivos pasó de 89.5% a 84.9%. En el año 2000, el 90% de las jóvenes de 15 a 17 años que ya son madres tenía 1 hijo nacido vivo, el 9.2% tenía 2 hijos nacidos vivos y el 1.1% tenía hasta 3 hijos nacidos vivos (Ordóñez, 2000). Por otra parte, en el año 2000, el 12.3% de las adolescentes estaban solteras al nacimiento del primer hijo, y el 88% estaban en unión (Ordóñez, 2000). Entre aquellas que estaban solteras y fueron clasificadas por el indicador NBI, el 10.8% eran pobres y el 7.7% estaban en miseria (Ordóñez, 2000). En efecto, los resultados de la ENDS de los años 2000 y 2005

sugieren que las condiciones económicas de las madres adolescentes son más críticas que las de las jóvenes que no han estado embarazadas. En 2000, el 44% de las mujeres que habían estado embarazadas entre los 15 y los 19 años estaba en la miseria; y, en 2005, el 31.5% de las adolescentes más pobres había estado embarazada (Profamilia, 2000, 2005).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas, el embarazo en menores de 19 años representa el 15% del total de embarazos. Las adolescentes deben enfrentar la responsabilidad de llevar un hogar improvisado, muchas veces sin la compañía de sus parejas.

La encuesta CASEN muestra que el embarazo adolescente tiende a concentrarse en los estratos sociales más bajos, señalando que el 74 % de estos están a los 2 quintiles de menores ingresos, por lo tanto mientras en los estratos altos uno de cada 30 adolescentes es madre, en los sectores de escasos recursos esta relación desciende a uno de cada cinco.

8. ESCENARIO SOCIOCULTURAL DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES EN SAN ANTONIO DE PRADO.

El escenario sociocultural en que se desenvuelven las adolescentes en el corregimiento de San Antonio de Prado es un lugar donde las personas son muy unidas, son personas en su mayoría de estrato dos y tres.

En este corregimiento empezamos a ver las niñas en embarazo aproximadamente a los 14 años, esto es debido a la libertad que sus padres manejan con ellas, ya que es muy dado que las niñas tengan novios a temprana edad y sin una buena orientación y vigilancia por parte de estos, las niñas de este lugar tienen una adolescencia temprana, ya que la mayoría de ellas se empiezan a desarrollar a los 13 años promedio, puesto se tiene la tendencia a creer que ya son mujeres y que pueden ejercer roles que quizás su cuerpo aun no está preparado para tener.

Los padres también influyen mucho en esto ya que ellos no ejercen un control sobre sus hijas. (Teniendo en cuenta que en todos los casos no es igual).

El escenario sociocultural del Corregimiento de San Antonio de Prado, un escenario bien visto para los padres, con respecto al desarrollo de sus hijos; ya que es un lugar tranquilo y de estrato promedio.

Aquí las adolescentes no se ven mucho en las calles, pero sus padres en las horas que laboran no tienen un control adecuado de sus hijas, ya que las dejan sin supervisión de un adulto en sus casas. Y las adolescentes aprovechan la ausencia de sus padres para verse con su novio.

9. EL ESCENARIO AMBIENTAL DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES EN SAN ANTONIO DE PRADO.

Lugar en que ocurre o se desarrolla un suceso.

La actual problemática ambiental y las perspectivas de un desarrollo sustentable implican el reconocimiento de las complejas interrelaciones entre el sistema socioeconómico y los sistemas naturales.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

A. – FACTORES PREDISPONENTES

1. – Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

2. – Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

3. – Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

4. – *Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente Y / O Sola.*

5. – *Bajo Nivel Educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.*

6. – *Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.*

7. – *Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.*

8. – *Fantasías De Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.*

9. – *Falta O Distorsión De La Información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.*

10. – *Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.*

11. - *Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.*

12. - *Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.*

13. – *Menor temor a enfermedades venéreas.*

B. – FACTORES DETERMINANTES

1. – *Relaciones Sin Anticoncepción*

2. – *Abuso Sexual*

3. – *Violación*

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

a. – *Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.*

b. – *Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.*

c. – *Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales*

entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

d. – Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

1. Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.

2. Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

10. LO CONCEPTUAL DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

Sexualidad en la adolescencia La sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: genital o biológica, que expresa en los aspectos fisiológicos; área erótica, relacionada con la búsqueda de placer; y la moral expresada en la estructura social fijados en los valores o normas aceptados

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo, se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo. Una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación de la voluntad, además de la erotización ambiental y la pseudovaloración de la sexualidad sin compromiso podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el riesgo de un embarazo inesperado. Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. La ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado. La situación de embarazo ocurre en un contexto afectivo en un período denominado como pololeo y que culmina con relaciones sexuales de poca ocurrencia. En la fase culminante, y una vez conocida la notificación de embarazo, se desencadena una conflictiva psicosocial grave, con consecuencias personales en la propia adolescente y socio-familiares al nivel de la familia de origen y entorno inmediato.

Como factor de índole biológico se puede señalar que actualmente la pubertad se produce a edades más tempranas. Científicamente se ha comprobado que hay un adelanto de casi un año en la menarquía (primera

menstruación), ésta se sitúa como promedio a los 12 años. Esta parcial madurez fisiológica trae como consecuencia la emergencia de relaciones sexuales más tempranas (que se calcula en un adelanto de tres años con respecto a las generaciones anteriores. Los jóvenes desconocen, por lo tanto, riesgos médicos de un embarazo a tan temprana edad, implicancias de la menarquía, como también el conocimiento de métodos anticonceptivos con sus ventajas y desventajas. En relación con los factores de riesgo de carácter sociocultural, es importante señalar la influencia que tienen los medios de comunicación de masas sobre la población adolescente. Éstos ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una seudovaloración de éste como placer, es decir, sin compromiso afectivo.

11. SOLUCIONES ALCANZADAS EN EL ENTE TERRITORIAL O POR EL ESTADO.

La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico, y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud". Y el parágrafo1 define como salud integral, "la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la conservación o la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes".

Miguel Uprimny de Asocajas, aseveró: "Autoridades locales incumplen Código de infancia y adolescencia en materia de salud. Los entes territoriales tienen deficiencias en la focalización de recursos para información y educación, se siguen vulnerando los derechos en salud de niños y adolescentes, los desplazados sufren más la vulneración de sus derechos, 22 entes territoriales auditados no tienen planes de salud para atender a niños y adolescentes, no hay estadísticas de aseguramiento de esta población, no está claro el perfil epidemiológico global ni el de la población infantil. De los 9.5 millones de menores de 12 años, hay 5.2 millones afiliados (91% carnetizados) y 1.5 millones sin afiliado, y cuestionó: ¿cuándo se logrará la cobertura universal?".

Las consecuencias de un embarazo temprano son muy costosas para las familias, para la sociedad y para el desarrollo nacional: propicia el aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil, aumenta los costos para el sistema de salud y seguridad social, reduce las posibilidades de erradicar la pobreza, disminuye el capital humano calificado y limita las oportunidades de desarrollo personal de las madres y de los hijos, entre muchas otras.

Es esperanzador que los medios de comunicación colombianos aborden el tema del embarazo adolescente llevando el debate a las primeras páginas de los principales diarios del país. El Ministro de la Protección Social presentó la campaña para aumentar la conciencia nacional frente a las diferentes dimensiones del problema, resaltando la estrategia nacional para reducir el embarazo adolescente, que servirá además para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, y para reducir la mortalidad materna. La estrategia nacional presentada a los medios tiene un foco central: ¿Cómo trabajar con los jóvenes, hombres y mujeres, para ayudarlos a tomar decisiones saludables y responsables? ¿Cómo promover sus derechos, especialmente la igualdad de género, el derecho a la educación, el derecho a la salud, y el acceso a la información sobre salud y servicios sexuales y reproductivos? Ésta es una responsabilidad que debe ser compartida por la sociedad en su conjunto.

Afortunadamente sabemos bastante sobre cómo hacer que los programas para adolescentes funcionen. Existen ejemplos de programas exitosos en el mundo entero. En E.U. por ejemplo, la tasa de embarazo adolescente se redujo en un 28%: de alrededor de 120 embarazos por cada 1000 adolescentes en 1991, se pasó a aproximadamente 80 por cada 1000 en el año 2000. Las investigaciones demuestran que los cambios en los comportamientos de riesgo de la población adolescente que propician el aumento tanto de la abstinencia como del uso de anticonceptivos, han contribuido a la reducción de la tasa, y que tres cuartos de esta reducción se deben al uso de anticonceptivos altamente efectivos.

Los programas que buscan reducir el número de embarazos no planeados y las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH, deben apuntar a retrasar la edad de inicio de la vida sexual, a reducir la frecuencia de las

relaciones sexuales, a aumentar el uso correcto y consistente de anticonceptivos y del condón, y a reducir el número de parejas sexuales.

¿Cuáles son las características de estos programas exitosos? Según lo que demuestran las investigaciones, los programas exitosos combinan los siguientes elementos: enfatizan la reducción de los comportamientos sexuales de riesgo con base en teorías psicosociales aplicadas a la identificación de los factores de riesgo y de protección; envían un mensaje claro sobre los riesgos de las relaciones sexuales no protegidas, sobre los métodos para evitarlas y sobre el uso de anticonceptivos y del condón; tienen en cuenta las presiones sociales sobre el comportamiento sexual; proporcionan modelos y prácticas de habilidades de comunicación que permitan negociar o rechazar la relación sexual; utilizan métodos y materiales de enseñanza que involucran la participación activa de los adolescentes hombres y mujeres, apropiados a la edad, la experiencia sexual y la cultura de los estudiantes.

La campaña nacional busca abrir el camino a la inversión en programas de salud reproductiva accesibles a los jóvenes, iniciando un diálogo positivo entre adolescentes, maestros, padres, madres, proveedores de servicios, encargados de las políticas y miembros de la comunidad en todo el país. Es el primer paso en la dirección correcta; el segundo es garantizar los recursos necesarios para implementar estos programas.

Colombia tiene buenas posibilidades de alcanzar resultados positivos en la reducción del embarazo adolescente, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el sida y la reducción de la mortalidad materna. Existe una política y la voluntad de desarrollarla. Ahora es necesario llevarla hasta los niveles regionales y locales que trabajan en salud, educación, y otros sectores, con organizaciones comunitarias y grupos de jóvenes dentro y fuera de la escuela.

Finalmente, no nos equivoquemos: la permanencia de las adolescentes en la escuela es la solución a largo plazo para garantizarles un mejor futuro. El 58% de las mujeres latinoamericanas jóvenes que no tienen educación, son madres a los 20 años, frente al 53% de las que tienen educación primaria y el 23% de las que tienen educación secundaria. Las mujeres con educación secundaria o superior tienen, en promedio, tres hijos menos que las que no tienen educación. El nivel educativo de la madre es el factor clave para romper el círculo intergeneracional de transmisión de pobreza.

12. INFORMACIÓN ADICIONAL

MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

No todos los métodos se acomodan a las condiciones y necesidades de cada organismo, no es solo una opción, es un derecho. “La planificación familiar es el derecho de las personas a decidir libremente cuándo y cuántos hijos tener”.

Es necesario asesorarse y que sean los expertos los que ayuden a cada persona a escoger el que más convenga. Existen de varios tipos, según las condiciones de salud de los dos y el tiempo que la pareja desea posponer la fecundación:

MÉTODOS HORMONALES

Contienen hormonas que impiden la ovulación y alteran el moco del cuello uterino para que no pasen espermatozoides.

- *Implantes subdérmicos:*

Como su nombre lo indica, es un implante de 4,3 centímetros que se inserta en la cara interna del brazo. Tiene una duración de 5 años, pero se pueden retirar si la mujer desea embarazarse. Su eficacia es del 98 por ciento.

- *Píldoras anticonceptivas:*

Son pastillas que se deben tomar diariamente, pero las pacientes deben solicitar una explicación de su uso. Vienen en presentación de 21 ó 28

píldoras. En ocasiones pueden tener efectos secundarios como aumento de peso o dolor de cabeza. Tienen una efectividad del 98 por ciento.

- *Inyección:*

Las hormonas que contienen estas inyecciones inhiben la ovulación. Se aplican intramuscularmente y se requiere una dosis cada mes o cada 3 meses. Tienen una efectividad del 98 por ciento.

MÉTODOS DE BARRERA

- *Espermicidas:*

Pueden ser tabletas u óvulos vaginales cuyas sustancias químicas destruyen los espermatozoides. La mujer debe colocarse una en la vagina, 10 minutos antes de la relación sexual. Tienen una efectividad el 85 por ciento.

- *Condón:*

Su función es recoger el semen y evitar que los espermatozoides penetren en el útero de la mujer. Si se usa de manera correcta protege de embarazos no deseados en un 85 por ciento y, además, previene el contagio de enfermedades de transmisión sexual y del sida.

- *Diafragma:*

Es un capuchón que se debía utilizar con jalea o crema espermicida. La mujer lo insertaba en su vagina sobre el cuello uterino, antes de una relación sexual. La idea era que bloqueara la entrada del esperma. El espermicida proporcionaría protección adicional. Ya no se utiliza.

- *Dispositivo:*

Es un pequeño elemento plástico con revestimiento de cobre en forma de T que se coloca dentro de la matriz. Se puede usar durante 10 años y tiene una efectividad del 98 por ciento.

MÉTODOS DEFINITIVOS:

- *Ligadura de Trompas:*

Es una operación en la que se cortan las trompas de Falopio para impedir la fecundación de manera permanente. No requiere de hospitalización y ofrece un 99,8 por ciento de efectividad.

- *Vasectomía:*

Es una operación que consiste en obstruir los conductos deferentes por donde pasan los espermatozoides para salir al exterior, no requiere de hospitalización y tiene un 99,8 por ciento de efectividad.

MÉTODOS NATURALES:

Los métodos naturales de planificación familiar ayudan a la pareja a determinar en qué momento el acto sexual puede resultar en un embarazo. Durante cada ciclo menstrual uno de los ovarios de la mujer libera un óvulo, este se mueve hacia el útero a través de las trompas de Falopio donde la fertilización tiene lugar. Un óvulo no fertilizado puede vivir durante 12 a 24 horas y será eliminado en el ciclo menstrual.

13. ENCUESTA

Encuesta para la recolección de datos acerca del embarazo en las adolescentes, en el Corregimiento de San Antonio de Prado.

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
MEDELLIN
REGENCIA DE FARMACIA**

EDAD _____

CUESTIONARIO:

Instructivo: Marque con una "x" la respuesta que considere correcta.

1. ¿A qué edad fue su primera relación sexual?

13 a 15 _____ 16 a 20 _____

2. ¿Ha tenido abortos?

SI _____ NO _____

3. ¿Utiliza métodos de planificación?

SI _____ NO _____

4. ¿Con que método?

Pastillas _____ Condón _____ Inyección _____ Otro _____

5. ¿Tiene pareja estable?

SI _____ NO _____

6. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

0 a 5 _____ 6 a 10 _____ Mas _____

7. ¿Cuál cree usted que es la edad adecuada para tener un hijo?

15 a 19 _____ 20 a 29 _____ 30 en adelante _____

8. Cuantos hijos tiene

1 a 3 _____ 4 a 5 _____

9. Qué edad tenía cuando tuvo su primer hijo?

13 a 15 años _____ 16 a 20 años _____

10. Alguna de sus hermanas quedó embarazada en la adolescencia

SI _____ NO _____

ANÁLISIS DE LAS VARIABLES

“EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES”

Población: Mujeres del corregimiento de San Antonio de Prado

Muestra: 20 personas.

- o Edades de las mujeres encuestadas

13-13-15-15-15-16-16-17-17-17-18-18-18-18-19-19-20-20-20-20

1. ¿A qué edad fue su primera relación sexual?

13 a 15 = x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x= 13

16 a 20= x-x-x-x-x-x-x= 7

2. ¿Ha tenido abortos?

SI= x-x-x-x= 4

NO=x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x= 16

3. ¿Utiliza métodos de planificación?

SI= x-x-x-x-x-x-x-x= 8

NO=-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x= 12

4. ¿Con que método?

Pastillas= x= 1

Condón= x= 1

Inyección= x-x-x-x= 4

Otro= x-x= 2

5. ¿Tiene pareja estable?

SI= x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x= 13

NO= x-x-x-x-x-x-x= 7

6. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

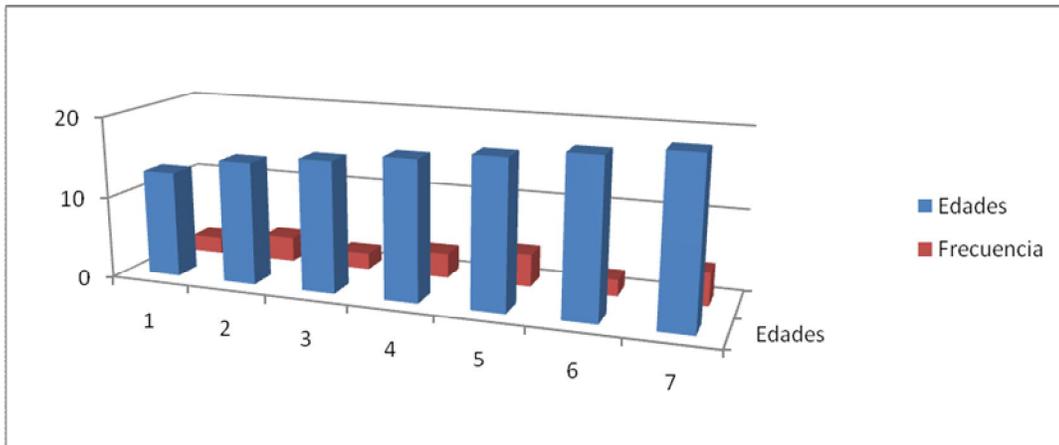
0 a 5= x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x= 14

6 a 10= x-x-x-x-x-x= 6

Mas=

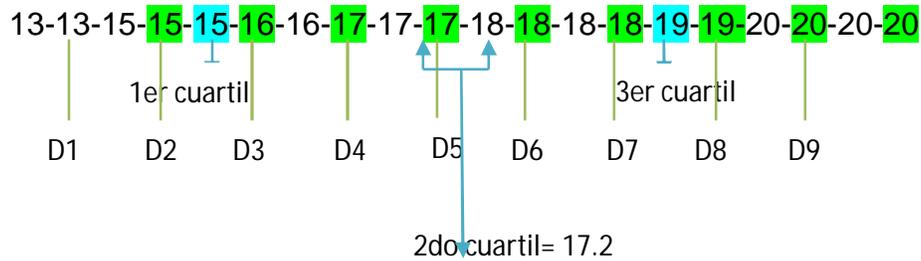
7. ¿Cuál cree usted que es la edad adecuada para tener un hijo?

15 a 19= x-x-x= 3



La edad menor es de 13 años.
 La edad mayor es de 20 años.
 La media o promedio es 17.2
 La mediana es 17.5
 La moda es multimodal (18 y 20)

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL



CUARTILES

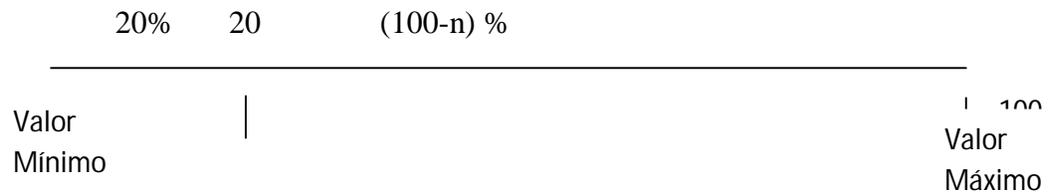
1er cuartil= 15
 2do cuartil= 17.2
 3er cuartil= 19

DECILES

D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9
13	15	16	17	17	18	18	19	20

MEDIDAS DE POSICIÓN

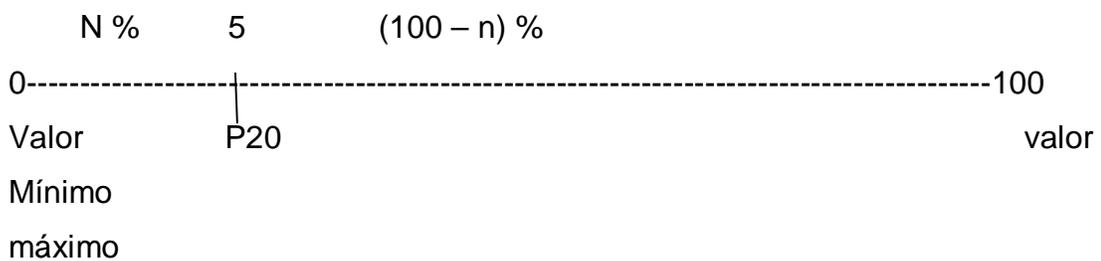
PERCENTIL



Por debajo del percentil 20 queda el 20 % de los casos y por encima el 80 % (100 - 20).

$$Pos_x = x.n/100 + 0,5$$

$$Pos_x = 20.20/100 + 0,5 = 4.5 \text{ que se aproxima a } 5$$



Aquí se encuentran el 5 % de los casos y de ahí en adelante el 95 % de los casos.

MEDIDAS DE DISPERSIÓN

Datos ordenados:

13-13-15- 15- 15- 16- 16- 17- 17- 17- 18- 18- 18- 18- 19- 19 -20 -20- 20- 20

Estadísticos:

Número de datos = 20

Mediana = 17.5

Media = 17.2

Varianza = 4.905263157894727

Desviación Típica = 2.214782869243558

1. ¿A qué edad fue su primera relación sexual?

13 a 15 = x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x= 13

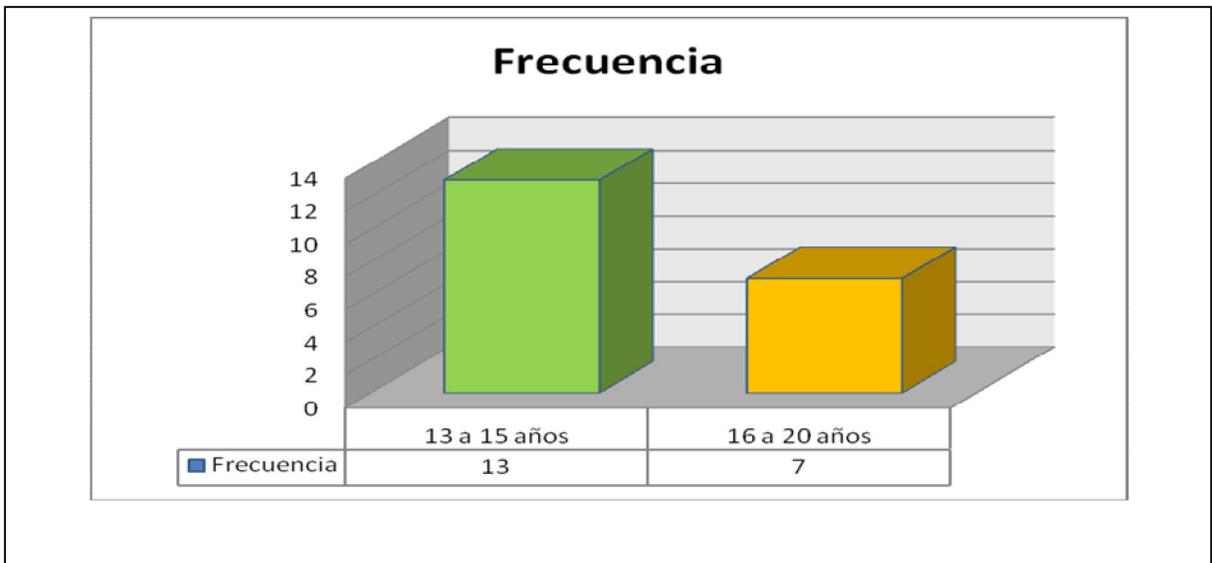
16 a 20= x-x-x-x-x-x= 7

EDAD DE SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

Clase	Frecuencia
13 a 15 años	13
16 a 20 años	7
TOTAL	20

El 65% de las mujeres encuestadas tuvieron su primera relaciones sexual entre los 13 y 15 años

Mientras que el 35% restante entre 16 y 20 años.



El 80% de las mujeres encuestadas dijeron no haber tenido nunca un aborto.
Mientras que el 20% restante sostuvieron haber tenido un aborto.

3. ¿Utiliza métodos de planificación?

SI= x-x-x-x-x-x-x-x= 8

NO=-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x= 12

CLASE	FRECUENCIA
SI	8
NO	12
Total	20

UTILIZA MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN

El 40% de las mujeres encuestadas si planifican.
Mientras que el 60% de las restantes no lo hacen.

4. ¿Con que método?

Pastillas= x= 1

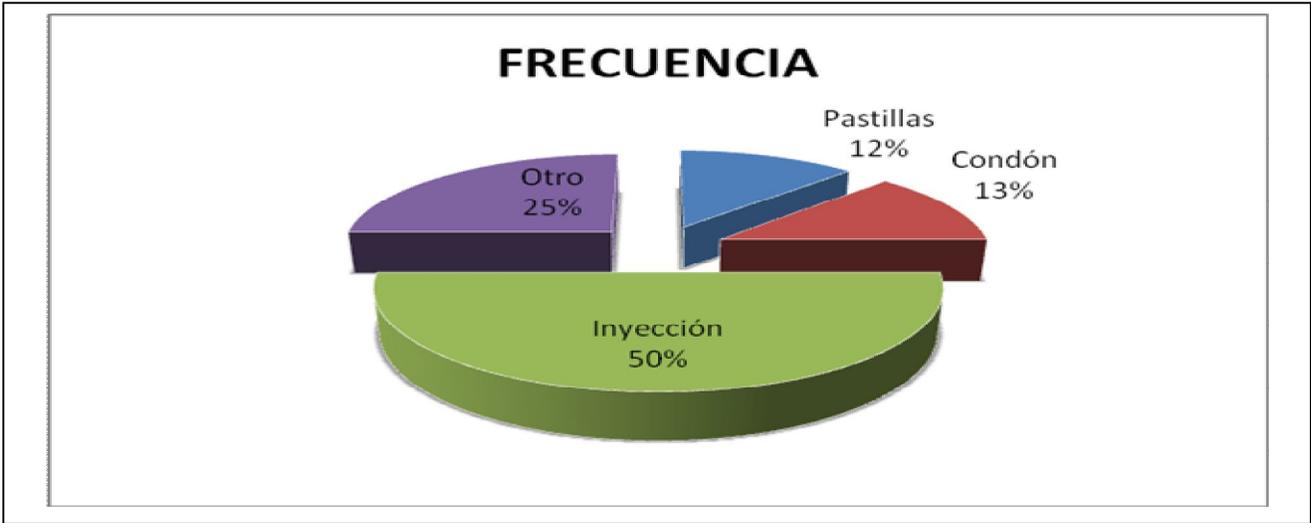
Condón= x= 1

Inyección= x-x-x-x= 4

Otro= x-x= 2

MÉTODO CON EL QUE PLANIFICAN

CLASE	FRECUENCIA
Pastillas	1
Condón	1
Inyección	4
Otro	2
Total	8



NO= x-x-x-x-x-x-x= 7

TIENE PAREJA ESTABLE

CLASE	FRECUENCIA
SI	13
NO	7
Total	20

El 65% de las mujeres encuestadas dijeron tener pareja estable.
Mientras que el 35% dijo no tener pareja estable.

6. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

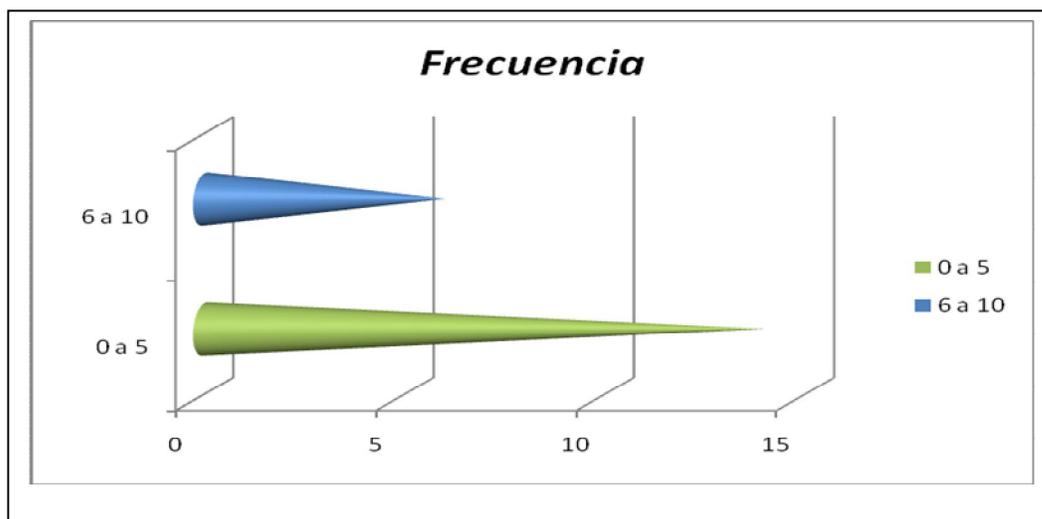
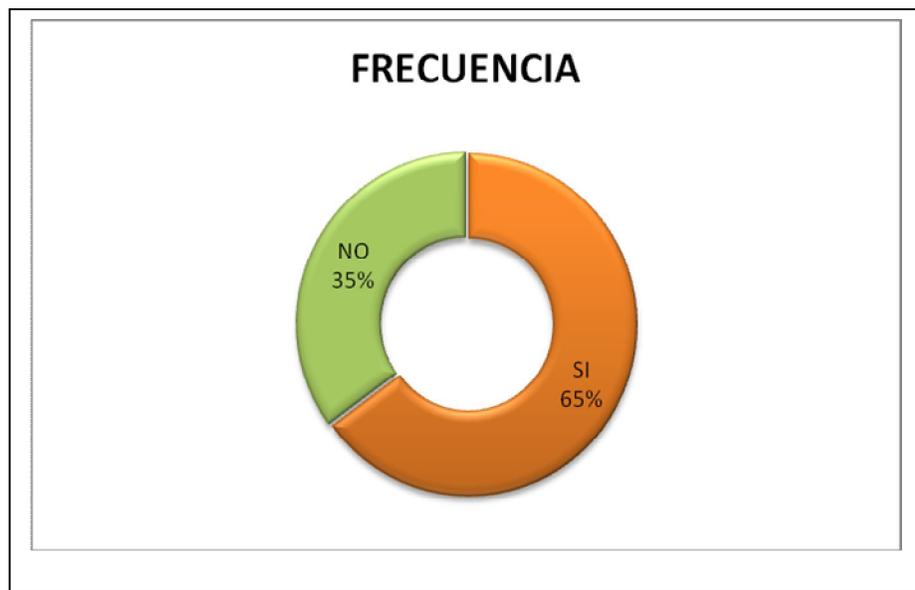
0 a 5= x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x= 14

6 a 10= x-x-x-x-x-x= 6

Mas=

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES QUE HA TENIDO.

Clase	Frecuencia
0 a 5	14
6 a 10	6
TOTAL	20



14 de las mujeres encuestadas dijeron haber tenido de 0 a 5 parejas sexuales.

Las 6 restantes de 6 a 10 parejas sexuales.

7. ¿Cuál cree usted que es la edad adecuada para tener un hijo?

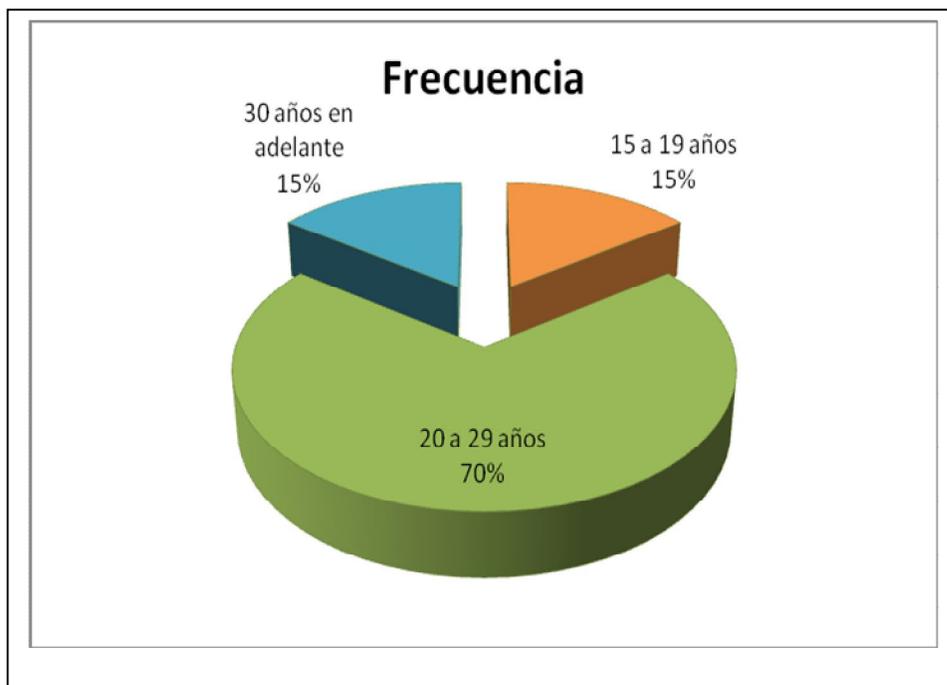
15 a 19= x-x-x= 3

20 a 29= x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x-x= 14

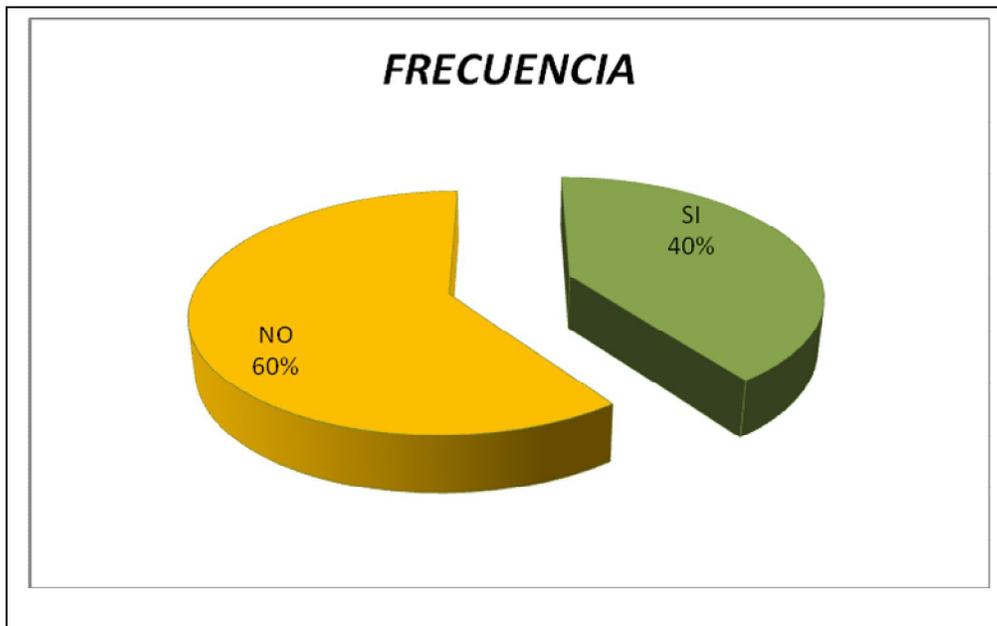
30 en adelante= x-x-x= 3

EDAD ADECUADA PARA TENER HIJOS

Clase	Frecuencia
15 a 19 años	3
20 a 29 años	14
30 años en adelante	3
TOTAL	20



CLASE	FRECUENCIA
SI	8
NO	12
Total	20



El 40% de las mujeres encuestadas manifestaron haber tenido alguna de sus hermanas embarazadas en la adolescencia.

Mientras que el 60% dijo no.

CONCLUSIONES

- Sobre la investigación que realizamos sobre las jóvenes adolescentes en embarazadas en San Antonio de Prado pudimos determinar que la mayoría de ellas no planeaban embarazarse, pero en su mayoría estas quedan en este estado accidentalmente.
- En relación al estrato social de esta población pudimos detectar que estas jovencitas provienen de la población vulnerable perteneciente a los estratos 1 y 2, donde algunas por no saber manejar su instancia no escatiman la consecuencia que podría suceder de llevar una vida sexual activa sin ningún tipo de protección.
- La estructura familiar es un factor determinante en el comportamiento de estas jóvenes; pudimos hallar en ellas, que su entorno familiar no es el mejor ya que sus padres no están al cuidado de ellas pues se la pasan trabajando y las descuidan por completo.
- La mayoría de las jóvenes entrevistadas, tenían antecedentes de embarazo a cortas edades. El ejemplo más cercano son sus hermanas.
- El asunto con las madres solteras es preocupante ya que en muchos de estos hogares por la falta de interés de estas progenitoras el cuidado de sus hijas es nulo, en otros casos porque estas deben ocupar la mayor parte de su tiempo trabajando dejando a estas por necesidad al cuidado de personas que no les interesa sobre las actividades que éstas hacen durante el tiempo que están a cargo de ellas.

- Esta problemática de salud pública es un tema de nunca acabar por la complejidad del comportamiento de esta población; pero es tarea nuestra de los regentes en farmacia ser el punto de partida para gestionar proyectos de apoyo, que desde los servicios de salud, se fortalezca el área de investigación, tanto en hospitales como en los otros niveles de atención, con el fin de almacenar la mayor información, experiencias y conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia para de forma inmediata dar respuesta a las diferentes situaciones que se presentan en esta problemática de salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

1. Curso de Profundización en Fundamentos de Salud Pública, Henry Bolaños Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, 2008.
2. <http://www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes/embarazo-en-adolescentes.shtml>
3. <http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/profundidad/efectos/cap%E Dtulo%20II.pdf>
4. <http://www.conocimientosweb.net/portal/article1768.html>
5. <http://mamasantesdetiempo.loquegustes.com/pages/view/embarazoadolescente-entrelamature/>
6. <http://www.scribd.com/doc/3283173/etica-en-anticonceptivos>
7. http://www.encolombia.com/derecho/Codigo_Infancia_y_Adolescencia/LIBROI_TITULOI_CAP2.htm
8. <http://www.ninosdepapel.org/espanol/article.php?sid=132>
9. <http://www.abcdelbebe.com/node/153682>