



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería “San Vicente de Paul”

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TITULO DE:**

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

“TÍTULO DEL PROYECTO”

**CONOCIMIENTO EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN
USUARIAS ADOLESCENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR.**

NOMBRE:

ROSA YAGUAL HERRERA

DIRECTORA: LCDA. FANNY GAYBOR

Guayaquil, 27 de Junio 2011

DEDICATORIA

Dedico este triunfo de mi vida a Dios padre todopoderoso.

A mi esposo por el amor, la comprensión y la paciencia que me brindó en todo momento.

A mi hijo mi inspiración.

A mis padres, quienes siempre han sido un ejemplo en mi vida, sobre todo mí querida madre quien me ha dado su apoyo incondicional.

A mis hermanos porque de una u otra manera estuvieron apoyándome cuando los necesitaba.

AGRADECIMIENTO

Esta tesis si bien ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación por parte de la autora y su director de tesis, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación citaré y muchas de las cuales han sido un soporte muy fuerte en momentos de angustia y desesperación.

Primero dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres porque gracias a ellos di mis primeros pasos de esfuerzo y lucha incondicional hacia el sendero del bien para hoy lograr una de mis metas; a mis hermanos, porque me brindan y me dan la fortaleza necesaria para seguir adelante.

Mi agradecimiento también es para mi esposo y mi hijo por la paciencia brindada y me han sabido comprender el distanciamiento hacia ellos.

De igual manera mi más sincero agradecimiento a mi Directora de Tesis Lcda. Fanny Gaybor por la paciencia y aporte incondicional con sus sabios conocimientos para realizar mi tesis de grado.

“Gracias a todos de corazón”

ABREVIATURAS

1. **DHEA:** Andrógenos dehidroepiandrosterona
2. **DHEA-S:** Sulfato de dehidroepiandrosterona
3. **LH:** Hormona luteinizante
4. **PH:** Concentración de iones de hidrógeno
5. **GH:** Hormona de crecimiento
6. **RN:** Recién nacido
7. **DIU:** Dispositivo Intrauterino
8. **FSH:** Hormona Foliculoestimulante
9. **PVH:** Papiloma virus humano
10. **ETS:** Enfermedades de Transmisión Sexual

RESUMEN:

El embarazo en adolescentes es un problema que ha afectado nuestro país. Hoy, en día este problema va acrecentando en cantidad de casos y se hace más difícil para las familias involucradas superar principalmente por la pobreza en la que viven.

Los responsables de que este tipo de situaciones se produzcan son los padres de la pareja involucrada, ya que una buena educación sexual en la niñez y primeros años de adolescencia son fundamentales en el desarrollo de cada individuo. Por supuesto esto no quita nada de responsabilidad a la pareja implicada ya que están efectuando relaciones sexuales en forma irresponsable.

Para este trabajo se realizó un estudio analítico y descriptivo en el periodo de Marzo 15 a Mayo 16 del 2011, en el área de Consulta Externa, del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil.

Se tomó una muestra de 151 usuarias adolescentes a las cuales se les realizó una encuesta de opciones múltiples reflejando en los resultados de la encuesta que el 64% de los adolescentes no tienen conocimiento de los métodos anticonceptivos aunque el 36% respondió que si usaban, siendo los más comunes: el condón, las pastillas e inyectables.

Cabe destacar que al finalizar este trabajo la autora brindó una Charla Educativa con el tema de Planificación Familiar – Métodos Anticonceptivos – para disminuir el porcentaje de adolescentes embarazadas.

ABSTRACT:

Adolescent pregnancy is a problem that has affected our country. Today, day, this problem is increasing in many cases and becomes more difficult for the families involved to overcome mainly by the poverty in which they live.

Those responsible that such situations occur are the parents of the couple involved, as a good sex education in childhood and early teenage years are crucial in the development of each individual. Of course this does not mean no liability to the engaged couple as they are being irresponsible sex.

For this work an analytical and descriptive study was conducted in the period from 15 March to 16 May 2011, in the area of external consultation, the Hospital Gineco-Obstétrico Henry C. Sotomayor of the city of Guayaquil.

A sample of 151 adolescent users which conducted a survey of multiple options, reflecting the results of the surveys that 64% of teenagers do not have knowledge of contraceptive methods while 36% responded that if they used, the most common being: condoms, pills and injectables.

It should be noted that at the end of this work the author provided an educational lecture with the theme of family planning – contraceptive methods – to raise awareness in adolescents using these.

PALABRAS CLAVES:

- Métodos Anticonceptivos; Embarazo; Conducta Sexual; Atención de Enfermería.

KEYWORDS:

- Methods contraceptive; Teenage; Pregnancy; Conduct Sexual; Attention of Nursing.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
3. OBJETIVOS:.....	9
3.1. Objetivo General:.....	9
3.2. Objetivos específicos:.....	9
4. MARCO TEÓRICO	10
CAPÍTULO I	10
1.1. FISIOLÓGÍA DE LA ADOLESCENCIA	10
1.2. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	10
1.2.1. Adolescencia temprana (10 a 13 años)	10
1.2.2. Adolescencia media (14 a 16 años).....	10
1.2.3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)	11
1.3. FENÓMENOS PRINCIPALES DE LA PUBERTAD	12
1.4. CAMBIOS FÍSICOS EN LA PUBERTAD	13
1.5. CAMBIOS CORPORALES.....	13
1.5.1. El Ciclo Ovárico y el Menstrual.....	14
1.6. TRASTORNOS MENSTRUALES EN LA ADOLESCENCIA	15
CAPITULO II.....	17
2.1. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	17
2.2. ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL ECUADOR.....	17
2.3. CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES	18
2.3.1. Factores Predisponentes:.....	19
2.3.2. Factores Determinantes	20
2.3.3. CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE	20
2.4. ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.....	21
2.4.1. GRUPO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL.....	22
2.4.2. GRUPO DE MEDIANO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL.....	22
2.5. CONTROL DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE:	22

2.5.1. PRIMER TRIMESTRE:	22
2.5.2. SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE	23
2.6. RECIÉN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE:	25
2.6.1. Peso	25
2.6.2. Internación en Neonatología.....	25
2.6.3. Malformaciones	25
2.6.4. Mortalidad Perinatal.....	26
2.7. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE EL ENFOQUE DE RIESGO.....	26
2.7.1. Factores psicosociales de riesgo en la adolescente embarazada	27
2.7.2. Factores de riesgo biológico en la embarazada adolescente	27
2.7.3. La Consulta con Adolescentes	28
CAPITULO III	31
3.1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	31
3.1.2. DEFINICIÓN.-	31
3.1.3. HISTORIA DE LA ANTICONCEPCIÓN	31
3.2. CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	33
3.2.1. MÉTODOS MECÁNICOS O DE BARRERA	33
3.2.1.1. <i>Preservativo masculino o condón:</i>	33
3.2.1.2. <i>Preservativo femenino:</i>	33
3.2.1.3. <i>Diafragma:</i>	34
3.2.1.4. <i>Dispositivo Intrauterino (d.i.u.):</i>	35
3.2.2. MÉTODOS QUÍMICOS Y HORMONALES.....	36
3.2.2.1. <i>Píldora anticonceptiva:</i>	36
3.2.2.2. <i>Inyección Hormonal:</i>	37
3.2.2.3. <i>Implante hormonal:</i>	39
3.2.2.4. <i>Espermicidas:</i>	39
3.3.3. MÉTODOS QUIRÚRGICOS	40
3.3.3.1. <i>Ligadura de trompas:</i>	40
3.3.3.2. <i>Vasectomía:</i>	40
3.3.4. MÉTODO NATURAL	41

3.3.5. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	42
3.3.5.1. <i>Píldora del día después</i> :.....	42
3.3.6. MÉTODOS GESTAGÉNICOS	43
3.3.7. NUEVAS FÓRMULAS CONTRACEPTIVAS	43
3.3.8. NO SON MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:	45
CAPÍTULO IV.....	46
4.1. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN AL INDIVIDUO	46
4.2.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA	47
5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	48
6. MÉTODO	49
6.1. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO:	49
6.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
6.2.1. Muestra/selección de los participantes.....	49
6.2.2. Técnicas de recogida de datos.....	49
7. PRESENTACION DE DATOS / RESULTADOS	50
8. ANÁLISIS DE LOS DATOS/RESULTADOS	50
9. CONCLUSIONES	72
10. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	73
APARTADOS FINALES.....	74
1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	74
2. INDICES VARIOS	78
3. ANEXOS.....	79

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de muchos cambios: físicos, emocionales y afectivos que repercuten en las interacciones familiares y sociales. Si una adolescente se embaraza, de alguna manera, trunca su normal desarrollo y no logra la madurez suficiente.

Asumir la maternidad, en una edad en la que todavía no se ha alcanzado completamente la propia identidad, hace que la situación se torne sumamente difícil y, excepto algunos casos.

La joven vive un conflicto entre su realización como madre y su necesidad de experimentar lo que viven las jóvenes de su edad. Si la joven cuenta con el apoyo familiar adecuado, puede continuar su crecimiento y cumplir, en medida de sus posibilidades, el rol de madre.

La salud de la madre adolescente afecta a su bebé porque, generalmente, las adolescentes tienen malos hábitos de alimentación o descuidan sus dosis diarias de vitaminas. Algunas fuman, beben alcohol y consumen drogas, lo cual aumenta considerablemente los riesgos de que el neonato tenga problemas de salud.

Las madres adolescentes no reciben atención médica prenatal y corren mayor riesgo de tener complicaciones durante el embarazo, como parto prematuro, anemia e hipertensión, estos problemas se agudizan si la mujer es menor de 15 años.

La mejor forma de prevenir embarazos en las adolescentes es la abstinencia; pero, si un adolescente decide empezar su actividad sexual, debe protegerse... **La elección del método anticonceptivo es una decisión personal en la que deben considerarse diversos factores** (preferencias, historia médica, efectos secundarios); sin embargo, los adolescentes no asumen la responsabilidad de ir al médico por dos razones: vergüenza y falta de dinero¹

Ante esta situación, se puede evidenciar que es escaso el conocimiento en el uso de métodos anticonceptivos en las usuarias adolescentes que acceden a la atención ginecológica en dicho

establecimiento de salud. Por lo que es de gran importancia abordar el tema, impartiendo información adecuada relacionada con la planificación familiar y así disminuir el porcentaje de adolescentes embarazadas.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa de la vida comprendida entre los diez y los diecinueve años, y aconseja que los hijos se tengan entre los veinte y treinta y cinco años. En este intervalo de edad, existe menos riesgo para la salud de la madre y del hijo.

Las adolescentes, en comparación con las adultas, tienen un peso inadecuado antes del embarazo. Y aunque al embarazarse aumentan de peso, este incremento es insuficiente, lo cual aumenta el riesgo de que el bebé tenga bajo peso al nacer (menos de 5,5 libras). Los bebés que nacen así pueden derivar en problemas pulmonares como el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragias cerebrales, pérdida de la vista y problemas intestinales graves.

La falta de información, el desconocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos, la idiosincrasia de los jóvenes, los escasos recursos económicos y la comunicación inadecuada entre padres e hijos contribuyen a iniciar a temprana edad relaciones sexuales, generando aborto, embarazo no deseado, deserción escolar, infecciones de transmisión sexual y complicaciones que se presentan en la adolescente durante su gestación.

En lo que conlleva al año 2010 solamente en la Consulta Externa del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor fueron atendidas un total de 3.431 adolescentes, en el mes de Enero del presente año han sido atendidas 297 y en febrero del mismo se atendieron 282 embarazadas.

El Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor, de la ciudad de Guayaquil, fue fundado en el año 1948, es de tercer nivel de especialidad y ofrece sus servicios al binomio madre e hijo. Se encuentra ubicado en las calles Pedro Pablo Gómez entre Ayacucho y 6 de Marzo, pertenece a

la parroquia Bolívar. Brinda servicios de salud a mujeres embarazadas y en etapa de reproducción.

Adicionalmente, se brindan servicios médicos a través de dos dispensarios ubicados en Bastión Popular y Guasmo Sur. Ambos centros de tratamiento están equipados y mantienen un enlace directo con la Maternidad Sotomayor para el control de las pacientes, a través de sus historias clínicas.

Cuenta con un Área de consulta externa en donde hay 5 consultorios de atención a las pacientes en estado de gravidez, los cuales funcionan dos jornadas, matutino y vespertino. Además de otros consultorios específicos como son: Cardiología, Colposcopia, monitoreo Fetal, Infertilidad, Adolescentes, Ecografía N°1, Ecografía N°2, Odontología y Laboratorio.

Para el efecto en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor viene funcionando un Consultorio destinado exclusivamente para atender a las embarazadas adolescentes, el que está dirigido por la Dra. Mariana Murillo Paredes, quien desarrolla una amplia actividad con las “pequeñas” pacientes organizando charlas sobre el embarazo, alimentación, riesgos, infecciones de transmisión sexual, entre otras.

Este consultorio también atiende los embarazos de alto riesgo que en gran porcentaje se dan en las menores de edad. Las estadísticas que tiene la Maternidad Sotomayor en cuanto a la atención de adolescentes embarazadas van en crecimiento. En el primer semestre del año 2010 comprendido entre los meses de Enero a Junio, fueron atendidos 5.251 partos normales y 7.321 partos por cesárea.

La mayoría de las adolescentes demuestran una actitud poco comunicativa o desconfianza, por lo general son madres de un nivel socio-económico bajo y un nivel de instrucción incompleta, gran parte de ellas no tienen información adecuada de los métodos anticonceptivos, así mismo desconocen el uso de estos. Algunas adolescentes han escuchado hablar o reciben información erradas de sus amigos sobre el uso de los mismos, esto se da porque no existe una cultura sobre salud-educación o

la utilización de anticonceptivos desde el momento en que mantienen relaciones sexuales.

El desconocimiento en las adolescentes es preocupante porque no prevén riesgos tales como: el embarazo no deseado, deserción escolar, abortos, infecciones de transmisión sexual y complicaciones que se presentan en la mujer por la sucesión rápida de gestaciones.

Con estos antecedentes este estudio se propone responder a la siguiente pregunta.

¿En qué medida influye el nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos, en las adolescentes embarazadas que son atendidas en la Consulta Externa del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor?

3. OBJETIVOS:

3.1. Objetivo General:

- Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la forma de uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes antes de embarazarse.

3.2. Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos en las embarazadas.
- Identificar la conducta y responsabilidad frente al uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes.
- Implementar Charlas Educativas sobre “Planificación Familiar” métodos anticonceptivos dirigidos a las usuarias adolescentes.

4. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1.1. FISIOLÓGÍA DE LA ADOLESCENCIA

CONCEPTO.-

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas distintas con características propias en cada una.

1.2. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

1.2.1. Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

1.2.2. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y

asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

1.2.3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; **son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes**".

1.2.4. Conceptos de pubertad femenina:

Entendemos por **pubertad** la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta de madurez sexual en que se realizan los cambios morfológicos y funcionales del organismo que conducen al inicio de la fertilidad. La adquisición de esta capacidad de engendrar se conoce con el nombre de **nubilidad**. Las principales modificaciones, entre los cambios globales corporales que en esta época se registran, se podrían resumir en:

- Reactivación del sistema liberador de gonadotropinas hipofisarias inhibido desde la vida intrauterina.
- Incremento en la velocidad del crecimiento óseo.
- Maduración del aparato genital, y
- Desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

A ellas deben añadirse los relevantes cambios en la esfera psíquica, que se traducen en notables cambios en el comportamiento social. Todo el período en que se realiza el conjunto de cambios morfológicos y psicológicos suele conocerse como **adolescencia**, y dentro de la misma podrían distinguirse tres etapas:

1. **Prepuberal:** en que se inician los cambios en la morfología.
2. **Puberal (o pubertad propiamente dicha):** en que se completa la maduración del aparato genital.
3. **Post puberal:** en que acaba el desarrollo somático y psicosexual.

1.3. FENÓMENOS PRINCIPALES DE LA PUBERTAD

Gonadarquia: Define el inicio del desarrollo funcional de los ovarios. Las gonadotropinas aumentan el tamaño de las gónadas, estimulan los cambios estructurales que determinan la formación de folículos y activan su secreción estrogénica. Ésta a su vez ejerce su capacidad de retroalimentación negativa sobre hipotálamo e hipófisis. En los niños de ambos sexos circulan pequeñas cantidades de estrógenos que se incrementan fuertemente hacia los 10-11 años. En las niñas se acentúa cada vez más el aumento hasta alcanzar el patrón tipo menstrual.

Adrenarquia: La secreción por las suprarrenales de los andrógenos dehidroepiandrosterona (DHEA) y sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S) precede a la pubertad, comenzando a elevarse varios años antes del ascenso de las gonadotropinas, incluso a partir de los 6 años, sin que se conozca a ciencia cierta qué mecanismos lo controlan.

A la adrenarquia se atribuyen ciertos cambios característicos de la pubertad: comienzo del desarrollo del vello pubiano (pubarquia), piel grasa, olor corporal, pelo axilar, acné.

Telarquia o desarrollo mamario: El inicio del crecimiento de la mama es casi siempre el fenómeno clínico que más precozmente se reconoce en la pubertad.

Menarquia o primera regla: En un momento dado los estrógenos

segregados por el ovario serán suficientes para producir una proliferación del endometrio que, por fenómenos esporádicos de depravación hormonal, conducirán a la descamación endometrial con hemorragia menstrual cíclica, más o menos irregular. Sólo cuando el pico de LH sea capaz de producir una ovulación los ciclos comenzarán a ser regulares. En los dos primeros años después de la menarquía los ciclos suelen ser anovuladores en una proporción que oscila, según las estadísticas, entre un 55 y un 90%. Después de 5 años sólo un 20% continúan siendo anovuladores.

1.4. CAMBIOS FÍSICOS EN LA PUBERTAD

Crecimiento:

Se produce en la pubertad un claro aumento de la velocidad de crecimiento. Es el llamado "estirón". En ello intervienen los estrógenos que facilitan la liberación de la hormona de crecimiento (GH) y también el aumento de la concentración plasmática de los factores de crecimiento IGF-1 e IGFBP-3. Con este "estirón" las chicas incrementan su talla unos 25 cm y los chicos unos 28 cm. El inicio del estirón se produce unos dos años más tarde en los varones.

1.5. CAMBIOS CORPORALES

Genitales externos

En directa relación con los cambios de todo el aparato genital, son visibles los experimentados por los genitales externos. Se caracterizan sobre todo por el aumento de los labios menores y el engrosamiento de los labios mayores, con un cambio general de orientación de la vulva.

Caracteres sexuales secundarios

Los principales caracteres secundarios cuya aparición caracteriza la pubertad femenina son el crecimiento de la mama y la aparición del vello pubiano. El desarrollo de la mama es habitualmente el primer signo femenino del despertar de la pubertad. Sólo en un 15% de los casos suele estar precedido por la iniciación de aparición del vello pubiano.

Dos años después del comienzo del desarrollo de éste suele comenzar el del vello axilar. Tanto el desarrollo mamario como el del pelo pubiano suelen durar entre 1,5 y 6 años, con una media de 4,2. Ambos fenómenos se producen de forma más o menos paralela.

Secuencia del desarrollo puberal

El llamado brote mamario, como respuesta a la acción de los estrógenos en aumento, es el primer fenómeno reconocible. Se va produciendo un crecimiento del útero, más del cuerpo que del cuello, simultáneamente hay desarrollo de los tejidos hormonodependientes (endometrio, endocérvix, mucosa vaginal). Pero puede transcurrir un lapso de tiempo, de uno a dos años, entre la primera manifestación de la telarquía y una evidencia de actividad estrogénica.

1.5.1. El Ciclo Ovárico y el Menstrual.

Existen dos ciclos relacionados con las hormonas sexuales de la mujer; un ciclo es llamado ovárico y el otro es el ciclo menstrual. Aunque están relacionados, cada uno tiene características particulares y muchas veces son confundidos, lo que podría ocasionar embarazos no deseados.

El ciclo ovárico consta de los siguientes elementos:

- La hipófisis (glándula ubicada en el cerebro)
- Ovarios (con folículos –quistes-)
- Hormonas de la hipófisis: FSH y LH
- Hormonas del ovario: estrógeno y progesterona

La hipófisis estimula al ovario por medio de hormonas (FSH y LH), para que haga crecer uno o más folículos, hasta que crecen tanto, que uno de ellos revienta, liberando un óvulo (ovulación) y lo que queda del folículo se llena de grasa, para finalmente formar una cicatriz. En este proceso el ovario produce dos hormonas (estrógenos y progesterona).

El ciclo menstrual consta de:

- Endometrio (tejido interno de la matriz)

- Menstruación (tejido del endometrio que se cae)
- Hormonas del ovario (estrógeno y progesterona)

Las hormonas del ovario estimulan regularmente a la matriz, haciendo que crezca el endometrio como un colchón para recibir al nuevo bebé, pero si no hay embarazo, entonces el ovario deja de estimular a la matriz y el endometrio se cae, y a esto se le llama menstruación.

1.6. TRASTORNOS MENSTRUALES EN LA ADOLESCENCIA

Concepto y clasificación:

Las anomalías menstruales constituyen una de las causas más frecuentes de consulta en la mujer adolescente. Las irregularidades del ciclo y los estados hiperandrogénicos (hirsutismo) suelen iniciarse en esta etapa de la vida y pueden suponer un importante estado de ansiedad en la adolescente y sus familiares. Esta preocupación justifica por sí misma la necesidad de establecer una adecuada valoración del estado general y funcional del eje reproductor, glándula suprarrenal y tiroidea. Anomalías del ciclo menstrual, el ritmo menstrual oscila entre 21-45 días, su duración entre 2-7 días y su intensidad se estima en 30 ml. Cualquier sangrado que no cumpla estos requisitos requiere una cuidadosa evaluación. Las anomalías del ciclo menstrual pueden clasificarse en:

Alteraciones en el ritmo:

1. Amenorrea (ausencia de menstruación).
2. Oligomenorrea (ciclo de duración superior a los 45 días).
3. Polimenorrea (ciclo inferior a los 21 días).
4. Metrorragias (sangrado acíclico).

Alteraciones en la intensidad:

1. Hipomenorrea (regla excesivamente escasa).

2. Hipermenorrea (regla intensa de duración normal).
3. Menorragia (regla abundante con duración superior a los 8 días).

CAPITULO II

2.1. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".



2.2. ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL ECUADOR

Dos de cada tres adolescentes sin educación son madres o están embarazadas por primera vez, una estadística que despertó la alarma en el Gobierno, que emprendió una campaña de control de la natalidad. La tasa de fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la región andina, según Susana Guijarro, encargada del área de adolescentes del Ministerio de Salud. La tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años en la última década es del 74 % y en mayores de 15 años es del 9 %.

Según Guijarro, un embarazo en la adolescencia se traduce a 2,5 años de escolaridad menos para las mujeres y cada hijo adicional acarrea un año menos de escolaridad en media.

“Las mujeres que no terminan los estudios tienen menos oportunidades de trabajo y menos ingresos y es más probable que

aumenten sus condiciones de pobreza y las de su generación, ubicándose en condiciones de especial vulnerabilidad".

El Gobierno sostiene que el pilar fundamental para afrontar el embarazo adolescente es la educación pero, a riesgo de duras críticas de sectores como la Iglesia, también ha decidido hablar de frente sobre métodos anticonceptivos, no abortivos.

"Estamos dispuestos a asumir el desafío e ir a una agresiva campaña de planificación familiar porque no podemos aceptar que adolescentes se embaracen a los 14 años", dijo recientemente el presidente de Ecuador, Rafael Correa, al comentar que incluso hay embarazos de niñas de diez y doce años.

El ministro de Salud, anunció que habrá "acceso gratuito a todos los métodos anticonceptivos en todas las unidades del Ministerio de Salud Pública y de la red pública de salud". La información y orientación se dirigirán en particular a los casi 2,8 millones de adolescentes de Ecuador, un país que tiene un alto porcentaje de población joven.

2.3. CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia. 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.

2.3.1. 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.

2.3.2. Factores Determinantes

1. – Relaciones Sin Anticoncepción

2. – Abuso Sexual

3. – Violación

2.3.3. CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

Consecuencias Para La Adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la

adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

Consecuencias para el hijo de la madre adolescente:

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

2.4. ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

La primera pregunta a responder es si se considera a las adolescentes gestante como de alto riesgo obstétrico y perinatal. La segunda pregunta es cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son. Una tercera pregunta es saber cuáles son esos factores predictores y si son biológicos o psicosociales. La cuarta pregunta es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas.

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable.

2.4.1. GRUPO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

- Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.
- Antecedente de abuso sexual.
- Enflaquecimiento (desnutrición).
- Estatura de 1,50 m o menor.
- Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.
- Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

2.4.2. GRUPO DE MEDIANO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

- Menarca a los 11 años o menos.
- Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
- Ser la mayor de los hermanos.

2.5. CONTROL DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE:

Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres.

2.5.1. PRIMER TRIMESTRE:

1. Trastornos Digestivos

En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas.

2. Metrorragias

Ocurren en un 16,9% de las adolescentes en y en un 5,7% de las adultas.

3. Abortos Espontáneos

Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.

4. Embarazos Extrauterinos

Según Aumerman ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.

2.5.2. SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

1. Anemia

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. Son varios los analistas que relacionan la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico.

2. Infecciones Urinarias

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.

3. Amenaza de Parto pre termino

Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.



4. Hipertensión Arterial Gravídica

Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.

5. Mortalidad Fetal

No parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas.

6. Parto Prematuro

Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas).

7. Crecimiento Intrauterino Retardado

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

8. Presentaciones Fetales Distólicas

Las presentaciones de nalgas afectan del 1,9% al 10% de las adolescentes.

9. Desproporciones Cefalopélvicas

Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez.

10. Tipo De Parto:

En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea.



11. Alumbramiento:

Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.

2.6. RECIÉN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE:

2.6.1. Peso

No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pre termino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbimortalidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g.

2.6.2. Internación en Neonatología

Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edad de las adolescentes.

2.6.3. Malformaciones

Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de

15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida.

2.6.4. Mortalidad Perinatal

Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años).

PRONÓSTICO:

Materno: Condicionado por factores físicos, sociales y psicológicos. El corto intervalo intergenésico es frecuente con sus consecuencias psicofísicas y sociales. El 50 a 70% abandonan las escuelas durante el embarazo y el 50% no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación. Sólo un 2% continúan estudios universitarios.

Fetal: Entre un 5 y 9% de los hijos de adolescentes, son abandonados al nacer.

2.7. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE EL ENFOQUE DE RIESGO

a. Factores protectores: Son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, una familia continente (aunque uniparental), una diálogo fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas, son factores protectores.

b. Factores de riesgo: Son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud.

Hay algunos que son más frecuentes e importantes y que deben ser buscados en la entrevista pudiendo ser divididos en psicosociales y biológicos, aunque siempre se asocian.

El enfoque de riesgo se caracteriza por ser:

1. Anticipatorio: permitiendo aplicar medidas preventivas.

2. Integral: abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbi-mortalidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario.

2.7.1. Factores psicosociales de riesgo en la adolescente embarazada

- A sincronía madurativa físico – emocional
- Baja autoestima
- Bajo nivel de instrucción
- Ausencia de interés
- Pérdida reciente de personas significativas
- Embarazo por violación o abuso
- Intento de aborto
- Propósito de entregar el hijo en adopción
- Familia disfuncional o ausente, sin adulto referente
- Trabajo no calificado
- Pareja ambivalente o ausente
- Condición económica desfavorable
- Marginación de su grupo de pertenencia
- Difícil acceso a los centros de salud

2.7.2. Factores de riesgo biológico en la embarazada adolescente

- Edad cronológica < 14 años y / o edad ginecológica < 1 año
- Peso <45 Kg y / o talla <1,45 m

- Estado nutricional deficiente
- Aumento insuficiente de peso para su biotipo y estado preconcepcional
- Hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad
- Consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias)
- Tatuajes
- Más de 2 parejas

2.7.3. La Consulta con Adolescentes

Debe recordarse que el embarazo no madura a la adolescente a la adultez, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media y, para ello deberán tenerse en cuenta algunos elementos:

1. – Características de la adolescente que las diferencia de la mujer adulta

a. La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán.

b. La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo. Puede manifestarse contenta por ello, siendo más una idealización de la maternidad que una visión real de ella.

c. Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos (ej.: "el parto no me va a doler"; "nos vamos a vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana"), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo.

d. Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios.

e. Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible.

2. – Dificultad para el vínculo con el hijo

a. Tienen dificultades para discriminarse del bebé, estableciendo vínculos simbólicos con él y, cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño e incluso maltratarlo.

b. Priorizan sus necesidades sobre las del niño, ya que ellas son aún demandantes, y no tienen capacidad de contener a su hijo.

c. Toleran muy poco las frustraciones, ya que no comprenden que el bebé no es como ellas quieren que sea, ni hace los que ellas quieren en el momento que quieren. Pueden llegar al enojo con el niño, poniéndolo en riesgo.

3. – Perfil deseable del médico para atender adolescentes

a. Tener idoneidad: no solo en perinatología, sino en características bio-psicosociales particulares de la adolescencia.

b. Saber escuchar: permitir que la adolescente plantee sus dudas y temores, alentándola con preguntas respetuosas. Debe ser buen observador de gestos, y saber contener sus actitudes y entrenarse en el contenido de sus palabras, sin reemplazar al psicólogo.

c. Saber respetar: aceptando los valores de la adolescente cuando difieren de los suyos.

d. Ser capaz de registrar: las diferentes sensaciones que pueden provocar las palabras de la adolescente y tenerlas en cuenta. Algunas veces, las manifestaciones de la adolescente o la misma situación, provoca rechazo, enojo e impotencia que pueden generar, en el médico, actitudes punitivas o paternalistas poco operativas. Si estima que la situación lo supera, deberá buscar ayuda en otro miembro del equipo.

Estas situaciones se plantean más intensamente en el parto, especialmente si la adolescente es muy chica o se descontrola, cuando se necesita mayor tolerancia y comprensión, para no provocar daño emocional con secuelas futuras.

4. – Contexto de la maternidad adolescente

Por lo general el equipo de salud se enfrenta a las siguientes circunstancias:

- a. Embarazo no planificado.
- b. Pareja ambivalente o ausente.
- c. Familia disfuncional o que, en principio no acepta la situación.
- d. Condiciones económicas desfavorables.
- e. Escaso espacio social frente al problema, con autoridades escolares que la separan de la institución, empleadores que la despiden y dificultades para constituir una familia.

CAPITULO III

3.1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

3.1.2. DEFINICIÓN.-

Es la manera de prevenir embarazos, enfermedades de transmisión sexual en una pareja. Dentro de su proceso debe por lo tanto tener un doble componente: el educativo con el fin de llevar a todo nivel, en forma oportuna, la mejor información para que cada quien este en capacidad de tomar una determinación basadas en sus preferencias, necesidades y posibilidades.

3.1.3. HISTORIA DE LA ANTICONCEPCIÓN

La anticoncepción existe desde que se descubrió que las relaciones sexuales tenían por consecuencia el embarazo, en la actualidad, a pesar de existir métodos anticonceptivos efectivos, el no conocerlos nos hace caer en las mismas aberraciones antiguas e incluso de manera peligrosa para la salud de la mujer; como el tomar una bebida alcohólica con una pastilla de aspirina cada media hora.

Incluso el condón o preservativo no es un invento actual, los condones se hacían de vejiga de borrego y lograron su fama gracias a un bibliotecario conocido como Casanova. Los métodos anticonceptivos más variados y más usados en la antigüedad eran los ahora llamados "de barrera".

El Dispositivo Intrauterino, DIU, nació en la década de los años 30 y eran fabricados en madera o metal, posteriormente evolucionaron a plástico en los años 60, y a mediados de esta década les agregaron un casquillo o alambre de cobre para hacerlos más efectivos. Por otra parte, las pastillas anticonceptivas han estado evolucionando constantemente, reduciendo la cantidad de hormona necesaria para que éstas logren el efecto deseado, hasta el punto en que hoy ya no se miden en gramos sino en microgramos.

A partir de 1960 la fertilidad en los países en desarrollo ha disminuido rápidamente, gracias a la distribución de las pastillas anticonceptivas, sin embargo, los embarazos no deseados han aumentado.

Algunos resultados estadísticos resultan alarmantes: Actualmente, se calcula que uno de cada cinco nacimientos en países en vías de desarrollo es no deseado (no es lo mismo a "no amado"). El uso de anticonceptivos por mujeres en América Latina es de aproximadamente de 65%, de las cuales, un 64% ha completado la secundaria como mínimo y sólo el 36% es de bajo nivel educativo.

La razón principal por la cual una pareja no utiliza anticonceptivos, es por el desconocimiento (ignorancia) o costo de los mismos. Esta ignorancia sobre los métodos anticonceptivos generalmente se debe a que la pareja es muy joven, a que tiene miedo de utilizarlos (mitos), o simplemente a que no los conoce. En los países en vías de desarrollo se estiman más de 30 millones de abortos al año, de los cuales, la mayoría son realizados clandestinamente o por personal poco calificado.

Por esta razón, cabe destacar que la utilización de anticonceptivos no sólo es responsabilidad de la mujer; el hombre debe tener participación en la planificación familiar. Por todo lo anterior, podemos suponer que la mejor arma contra los embarazos no deseados o las enfermedades transmisibles sexualmente, es la ***Educación sexual***.

3.2. CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

3.2.1. MÉTODOS MECÁNICOS O DE BARRERA

3.2.1.1. *Preservativo masculino o condón:*

Funda generalmente de látex, muy fino y resistente que se coloca desenrollándolo en el pene en erección, impidiendo así que el semen de la eyaculación se aloje en la vagina.

Ventajas:

- Se consigue fácilmente, económico, y se coloca con facilidad.
- Protege contra la mayoría de enfermedades de transmisión sexual enfermedades venéreas.
- No requiere prescripción.
- La fertilidad regresa inmediatamente después de discontinuar su uso.

Desventajas:

- Puede romperse, resbalarse, causar alergias leves y en algunos casos puede disminuir la sensibilidad del pene.
- Solo puede usarse una vez.
- Puede interferir con el acto sexual. Algunas personas pueden ser alérgicas al látex y/o espermicidas.

3.2.1.2. *Preservativo femenino:*



Es una funda de poliuretano (plástico), más ancho que el masculino y provisto de un anillo rígido de unos 10 cm. de diámetro en el extremo abierto y de un segundo anillo más estrecho situado en el interior del preservativo, que impide que el semen ingrese al cuello uterino. Se coloca dentro de la vagina cubriendo el cuello uterino.

Ventajas:

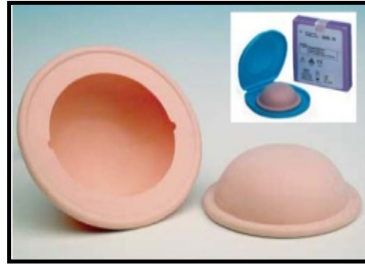
- Protege contra la mayoría de enfermedades de transmisión sexual o enfermedades venéreas (vaginitis causada por infecciones de tricomoniasis, gonorrea, clamidiasis, sífilis, chancro, HIV).
- Puede ofrecer un grado de protección contra el papiloma virus humano (PVH) que causa verrugas genitales, el herpes simplex virus que causa el herpes genital y contra el virus de Hepatitis B.
- No requiere prescripción.
- La fertilidad regresa inmediatamente después de discontinuar su uso. Puede ser insertado hasta 8 horas antes del coito.
- Permite que la mujer tenga el control sobre el uso del anticonceptivo.
- Cualquier tipo de lubricante puede ser usado con el condón femenino, ya que está hecho de plástico y no de látex.
- Este método no presenta ningún riesgo médico.

Desventajas:

- Disminuye la sensibilidad vaginal.
- Para algunas mujeres puede ser difícil de colocar.
- Su costo es mayor que el preservativo masculino y no es tan fácil de encontrar en las farmacias.
- Solo puede usarse una vez.
- Puede interferir con el acto sexual.

3.2.1.3. Diafragma:

Es una caperuza de caucho o de goma con un borde flexible de distintas medidas que actúa como obstáculo mecánico tapando el cuello del útero, impidiendo así la entrada de los espermatozoides.



Ventajas:

- Se inserta fácilmente antes del coito. La fertilidad regresa inmediatamente después de discontinuar su uso.
- El espermicida no necesita ser re-aplicado antes de repetir el coito. Puede reducir la incidencia de cáncer cervical y puede proteger contra las ETS: gonorrea y clamidias.

Desventajas:

- Requiere examinación y prescripción médica.
- Debe insertarse 6 horas antes del coito. Requiere un ajuste cuidadoso.
- Debe dejarse puesto 6 a 8 horas después del coito. No se debe dejar puesto más de 24-48 horas.
- Puede causar irritación e infecciones urinarias.
- Para algunas mujeres puede ser difícil su colocación. Algunas personas pueden ser alérgicas al látex y/o espermicidas.
- Puede interferir con el acto sexual.

3.2.1.4. Dispositivo Intrauterino (d.i.u.):

Es un pequeño aparato de plástico y metal (cobre o plata y cobre) muy flexible, que se introduce en el interior del útero. Ante su presencia, se segrega mayor cantidad de flujo dificultando el ascenso de los espermatozoides a través de él. Altera el movimiento de las trompas de Falopio dificultando la fecundación.



Ventajas:

- Muy eficaz mientras permanece en su lugar.
- No requiere cuidados especiales, excepto el de asegurarse que el cordón este en su lugar. No interfiere con el acto sexual.
- El DIU de cobre puede permanecer colocado por 10 años, el DIU de progesterona debe ser cambiado anualmente.
- La fertilidad regresa inmediatamente después de discontinuar su uso.

Desventajas:

- Debe ser insertado por un médico.
- La inserción puede ser dolorosa, además, puede causar posibles efectos secundarios tales como: calambres, dolores de espalda, periodos irregulares y dolorosos, inflamación pélvica, inflamación del cuello uterino, embarazos ectópicos.
- No protege contra enfermedades de transmisión sexual.
- No debe ser usado por mujeres que nunca han tenido hijos o aun desean tenerlos, mujeres con alergia al cobre, problemas inmunológicos, vaginitis, gonorrea, clamidiasis, cáncer al útero o al cuello uterino, inflamación pélvica, anemia y las que tienen más de una pareja sexual.
- Puede ser expulsado espontáneamente por el cuerpo.
- El costo es elevado.

3.2.2. MÉTODOS QUÍMICOS Y HORMONALES

3.2.2.1. Píldora anticonceptiva:



Es un compuesto de hormonas sintéticas similares a las naturales de la mujer (estrógenos y progesterona). Al tomarlas la hipófisis deja de mandar ordenes al ovario para que este produzcan estas hormonas, por lo que el ovario queda en reposo y no hay ovulación, por tanto no puede haber fecundación, lo que hace imposible el embarazo.

Ventajas:

- Constituye uno de los métodos más efectivos.
- Fácil de conseguir, económico.
- La fertilidad regresa inmediatamente después de discontinuar su uso.
- Reduce el riesgo de cáncer al ovario y cáncer uterino, inflamación pélvica, quistes de ovario.
- Puede ayudar a disminuir el acné, el sangrado menstrual, la anemia, los dolores menstruales.
- Los periodos menstruales tienden a ser más regulares.

Desventajas:

- Deben tomarse con regularidad (diario).
- No protege contra enfermedades de transmisión sexual.
- No debe ser usado por mujeres con presión alta, diabetes, migrañas, depresión. Pueden producir efectos secundarios. Los comunes son: náusea, sensibilidad de los senos, sangrado irregular, aumento de peso, incremento de apetito, depresión, dolores de cabeza, problemas a la piel, cambios de ánimo.

3.2.2.2. Inyección Hormonal:

Se trata de administrar a la mujer en forma de inyección la cantidad de hormonas de un envase o más de píldoras anticonceptivas. Así la frecuencia de las inyecciones puede ser cada cuatro, ocho o doce semanas. La composición puede variar: sólo de progesterona o combinando estrógeno y progesterona. Produce el mismo efecto anticonceptivo que la píldora.



Ventajas:

- El primer método no quirúrgico más efectivo.
- Efecto duradero. Protege contra el cáncer uterino.
- Puede disminuir los calambres y dolores relacionados a la menstruación.
- No interfiere con el acto sexual.

Desventajas:

- No protege contra enfermedades de transmisión sexual.
- Debe ser administrado por un médico cada tres meses.
- Su costo es elevado.
- La fertilidad tiende a regresar 6 a 24 meses después de la última inyección.
- No debe ser usado por mujeres con cáncer a las mamas, problemas hepáticos, sangrados uterinos, migrañas, asma, epilepsia, diabetes, depresión, presión alta.
- Produce efectos secundarios tales como: periodos irregulares, pérdida de interés en el sexo, aumento de peso, dolores de cabeza, depresión, nerviosismo, irritaciones a la piel, oscurecimiento de color de la piel, aumento del vello corporal.
- Los efectos secundarios cuando se presentan tienden a seguir ocurriendo hasta que la progesterona es eliminada del cuerpo.
- Nunca opte por este método si quieres quedarte embarazada en los próximos 1 a 2 años.

3.2.2.3. Implante hormonal:

El implante está formado por 6 pequeños tubos del tamaño de una cerilla que se insertan bajo la piel del brazo de la mujer y que van liberando lentamente hormonas sintéticas (progestágeno, similar a la hormona natural producida por el cuerpo de la mujer) en el organismo en una dosis constante y muy baja, estas hormonas evitan que los ovarios expulsen los óvulos además de causar cambios en la pared uterina y en el moco cervical.

3.2.2.4. Espermicidas:

Los espermicidas se clasifican como métodos de barrera química. Existen en el mercado en forma de cremas, geles y óvulos vaginales. Tienen una doble acción, por un lado el ingrediente activo o agente espermicida inmoviliza o mata a los espermatozoides, y por el otro, la emulsión que contiene la sustancia activa forma una barrera que bloquea la apertura del cérvix. Deben ser siempre utilizados en combinación con otros métodos anticonceptivos, ya que por si solos tienen muy poca eficacia.

Ventajas:

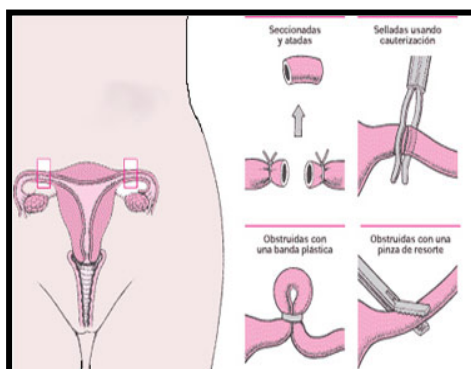
- No requieren prescripción médica. Fáciles de aplicar. La fertilidad regresa inmediatamente después de discontinuar su uso.

Desventajas:

- Menos efectivo que otros métodos. Son efectivos sólo por una hora.
- Deben aplicarse una hora antes del coito y re-aplicarse antes de cada coito.
- Pueden producir irritación.
- No protege contra enfermedades de transmisión sexual.
- Posibles efectos secundarios: irritación vaginal, alergia a los espermicidas, ardor.
- Puede interferir con el acto sexual.

3.3.3. MÉTODOS QUIRÚRGICOS

3.3.3.1. *Ligadura de trompas:*



Es una intervención quirúrgica que se realiza en la mujer, con anestesia general. Consiste en seccionar o bloquear las trompas de Falopio (con clips, anillas o electrocoagulación), esto impide el recorrido del óvulo por la trompa en dirección al útero y por tanto la fecundación. Es permanente e irreversible.

Ventajas:

- Efectivo
- No interfiere en el coito.

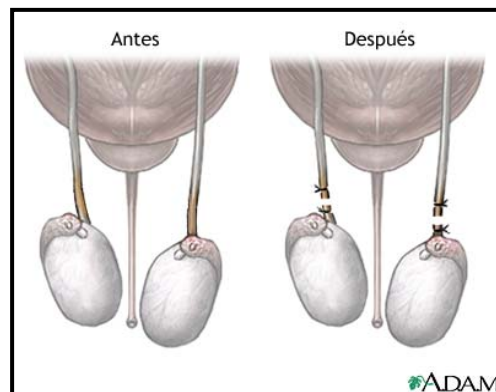
Desventajas:

- Es permanente. En algunos casos la fertilidad puede ser restablecida, sin embargo esto demanda una operación quirúrgica complicada y los resultados no siempre son positivos. Solo se debe efectuar cuando la mujer está totalmente segura de ya no querer tener hijos.
- No protege contra enfermedades de transmisión sexual. Requiere un chequeo médico previo y una operación quirúrgica.
- Un pequeño porcentaje de mujeres pueden sufrir de un incremento en el dolor durante los periodos.

3.3.3.2. *Vasectomía:*

Es una intervención quirúrgica que se practica en el varón con

anestesia local. Consiste en cortar o pinzar los conductos deferentes con el fin de que el semen eyaculado no contenga espermatozoides.



Ventajas:

- No interfiere con la erección o la eyaculación.
- No se conocen efectos secundarios.
- No interfiere con la relación sexual.

Desventajas:

- Es permanente. En algunos casos la fertilidad puede ser re-establecida, sin embargo esto demanda una operación quirúrgica complicada y los resultados no siempre son positivos.
- Requiere un chequeo médico previo y una operación quirúrgica. Puede haber un poco de molestia o dolor durante la operación.
- Se requiere entre 15 y 20 eyaculaciones post-operación con el uso de un método anticonceptivo para eliminar espermatozoides que pueden haber quedado en el sistema.
- Existen raros casos donde los tubos deferentes vuelven a unirse y un embarazo puede ocurrir.

3.3.4. MÉTODO NATURAL

Se determina el periodo fértil mediante la temperatura basal, cambios en el moco cervical, calendario menstrual y día de ovulación. La pareja se abstiene de tener relaciones durante este periodo.

Ventajas:

- Económico

Desventajas:

- No protege contra enfermedades de transmisión sexual.
- Las instrucciones son complicadas y requiere que estas sean seguidas al pie de la letra.
- Difícil de usar en mujeres con periodo irregular.
- Infecciones vaginales pueden afectar los cambios del moco cervical.
- Algunas enfermedades pueden afectar la temperatura corporal.

3.3.5. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA**3.3.5.1. Píldora del día después:**

Es un ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA al que se puede recurrir cuando falla o no se ha usado un método anticonceptivo planificado en unas relaciones sexuales después de un coito sin protección.

Los anticonceptivos hormonales pueden ser combinados o gestagénicos. Los primeros contienen un estrógeno combinado con diferentes gestágenos y su principal acción anticonceptiva es que inhiben la ovulación. Se pueden administrar en forma de píldora, pero también mediante un anillo vaginal o un parche que se coloca sobre la piel.

Por su parte, los anticonceptivos gestagénicos, son la minipíldora, el DIU que libera hormonas y el implante subdérmico (bajo la piel). Este tipo de contracepción actúa inhibiendo la ovulación, pero también haciendo el moco cervical hostil al paso de los espermatozoides y evitando la implantación del óvulo fecundado en el endometrio.

Ventajas:

- Evita el embarazo, en un alto porcentaje, si se toma antes de que transcurran 72 horas de haber realizado un coito sin protección.

➤ **Desventajas:**

El anticonceptivo de emergencia es un método de uso ocasional y en ningún caso puede sustituir a los medios habituales de anticoncepción.

- Puede prevenir un embarazo no deseado, pero no protege contra las enfermedades de transmisión sexual, entre las que se incluye el SIDA.

3.3.6. MÉTODOS GESTAGÉNICOS

Efectos secundarios:

Los sangrados o manchados irregulares durante el primer año son los más frecuentes. Otros, como los dolores de cabeza, son generalmente transitorios. En algunas ocasiones aparecen quistes funcionales en los ovarios, retención de líquidos o dolor en las mamas.

Pueden Usarlos:

Las mujeres para las que están contraindicados los contraceptivos hormonales combinados porque son fumadoras, están en periodo de lactancia o tienen problemas cardiovasculares o de coagulación

3.3.7. NUEVAS FÓRMULAS CONTRACEPTIVAS

La aparición de nuevas fórmulas permite que el médico facilite un tratamiento personalizado a cada mujer, en función de sus necesidades y su modo de vida, lo que evita fallos en el método elegido. Estos son los que hay disponibles en la actualidad:

1. Las nuevas píldoras. El método que permitió la revolución sexual ha cambiado mucho en las últimas décadas, porque se han reducido las dosis de estrógenos y se utilizan nuevos gestágenos de síntesis, como la drospirinona, mucho más eficaces. Sigue siendo el más elegido por las mujeres que buscan una protección adecuada frente a los embarazos no deseados.

2. El anillo vaginal y los parches. Sus dosis de hormonas son más bajas porque no tienen que pasar por el estómago para pasar a la sangre y además son más cómodos de utilizar. Por eso estos nuevos métodos contraceptivos hormonales combinados son una opción muy interesante que también hay que tener en cuenta.

3. La minipíldora. Pertenece al grupo de los contraceptivos hormonales gestagénicos. La mujer tiene que ingerir diariamente una pequeña dosis de gestágeno, pero es muy importante que lo haga siempre a la misma hora, ya que si varía su toma más de dos o tres horas su efectividad contraceptiva disminuye.

4. El implante subdérmico. Se trata de una varilla que contiene un gestágeno y que un médico coloca debajo de la piel del antebrazo. Así, la hormona se va liberado de una forma continuada durante los tres años que dura el tratamiento.

5. El DIU hormonal. Tiene forma de 'T', igual que cualquier otro pequeño dispositivo intrauterino, pero además contiene una hormona, el levonorgestrel. Su capacidad anticonceptiva es de cinco años. Es una opción terapéutica muy interesante para las mujeres que tienen sangrados menstruales abundantes, pero no padecen una patología orgánica que los cause. Este problema que padecen muchas mujeres, tiene efectos muy negativos en su calidad de vida y puede requerir actuaciones más agresivas, como legrados o extirpación del útero.

Estos anticonceptivos reducen el dolor menstrual y producen un menor sangrado, por lo que son útiles en mujeres con sangrados abundantes o con problemas de anemia por carencia de hierro. Además ayudan a que los ciclos sean regulares y alivian los síntomas premenstruales.

Algunas mujeres los utilizan para contrarrestar el acné y el aumento del vello corporal. Eso sí, hay que tener cuidado ya que puede producir náuseas y vómitos, así como retención de líquidos y aumento de peso. En algunas mujeres se han presentado casos de depresión, disminución de la libido y manchas faciales. También es frecuente el dolor

de cabeza.

3.3.8. NO SON MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

- Coito interrumpido o "marcha atrás"
- Lactancia prolongada
- Lavados vaginales
- Durante la menstruación

CAPÍTULO IV

4.1. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN AL INDIVIDUO

BASES TEÓRICAS DEL MODELO CONCEPTUAL DE DOROTHEA OREM

Este es uno de los modelos clásicos de enfermería desarrollado en su obra *Conceptos y prácticas de Enfermería* (1980), aparece expuesto en Leddy y Pepper (1989).

El fundamento del modelo de enfermería de Orem, organizado en torno a la meta de la enfermería, es el concepto de autocuidado, considerado como el conjunto de actividad que realiza una persona por si misma (cuando puede hacerlo) y que contribuyen a su salud. Tales actividades se aprenden conforme el individuo madura y son afectadas por creencias culturales, hábitos, y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, la etapa del desarrollo, y el estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado.

En el modelo de Dorothea Orem tiene una adecuada aplicación dadas las limitaciones de conocimientos que tienen la generalidad de las adolescentes cuando quedan embarazadas por vez primera, es necesario adaptar la teoría de Dorothea Orem, entendiendo que para lograr que el paciente se involucre en su auto-cuidado hay que desarrollar una intensa y franca tarea educativa, llena de mucha calidez y dedicación, tratando de lograr el objetivo principal cual es que la adolescente adquiera plena conciencia de su situación, de cuál debe ser su conducta para superarla, del tratamiento a que necesita someterse, del debido reposo que debe guardar, de la alimentación que debe consumir, de la manera de vestir, la vigilancia de su actividad física y llenarlo de optimismo sobre los pronósticos favorables, de la futura atención que debe brindar a su hijo, de las relaciones francas y amistosas que debe mantener con el padre de su criatura.

4.2.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Comunicación e interacción con la persona.
- Valoración de signos vitales.
- Educarla sobre la lactancia materna.
- Instruirla sobre ventajas de lactancia para la madre.
- Enseñarle posiciones para el amamantamiento.
- Explicarle a la adolescente embarazada las técnicas adecuadas para el amamantamiento.
- Educar a la adolescente embarazada sobre la ingesta de alimentos ricos en vitaminas, proteínas, hierro y calcio.
- Educarla sobre importancia de curación de cordón.
- Demostrarle la adecuada curación del muñón umbilical.
- Instruirla sobre los principales signos de alarma del recién nacido
- Educarla sobre importancia de las vacunas en RN.
- Orientándole sobre la aplicación del cronograma vacunación del RN.
- Concientizando a los diferentes sistemas de apoyo sobre el estado emocional de la persona.
- Educar a la adolescente puérpera sobre el rol importante que cumple su familia.
- Instruirla sobre su rol materno postparto.

5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El uso de métodos anticonceptivos en adolescentes es influyente para que este grupo etáreo presente un menor riesgo de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

6. MÉTODO

6.1. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO:

- Se utilizó el método analítico y descriptivo.
- El periodo a emplearse fue de Marzo a Mayo del 2011.

6.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

6.2.1. Muestra/selección de los participantes

La población estará constituida por 251 usuarias adolescentes que asisten a la Consulta Externa del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor que corresponden al **100%**.

Serán las adolescentes que acuden al área de consulta externa de mencionado establecimiento de salud que corresponden a 151 usuarias, equivalente al **60% del universo**.

6.2.2. Técnicas de recogida de datos

La técnica aplicada a este estudio de Investigación es directa dirigida a las adolescentes embarazadas mediante la encuesta.

7. PRESENTACION DE DATOS / RESULTADOS

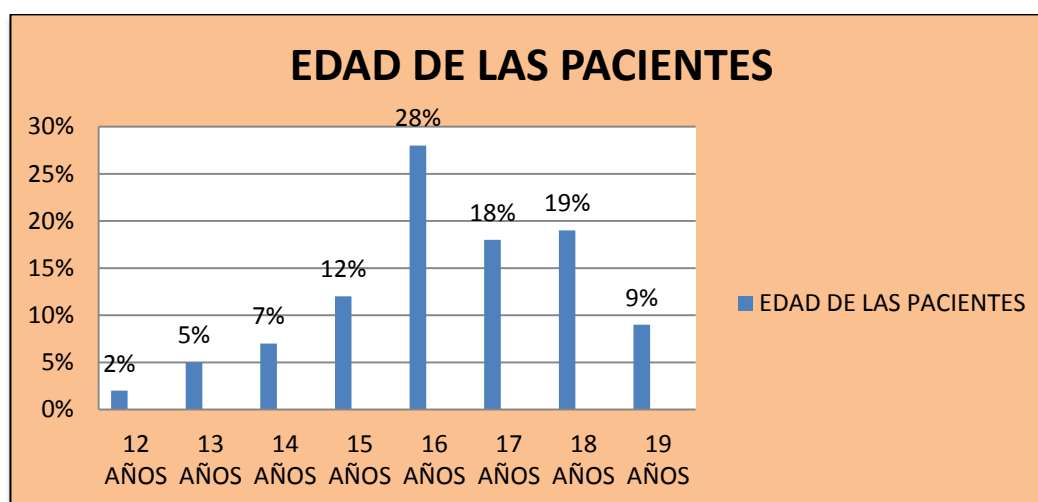
8. ANÁLISIS DE LOS DATOS/RESULTADOS

ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIAS

PREGUNTA # 1

GRÁFICO N°1

12 años	2%
13 años	5%
14 años	7%
15 años	12%
16 años	28%
17 años	18%
18 años	19%
19 años	9%



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

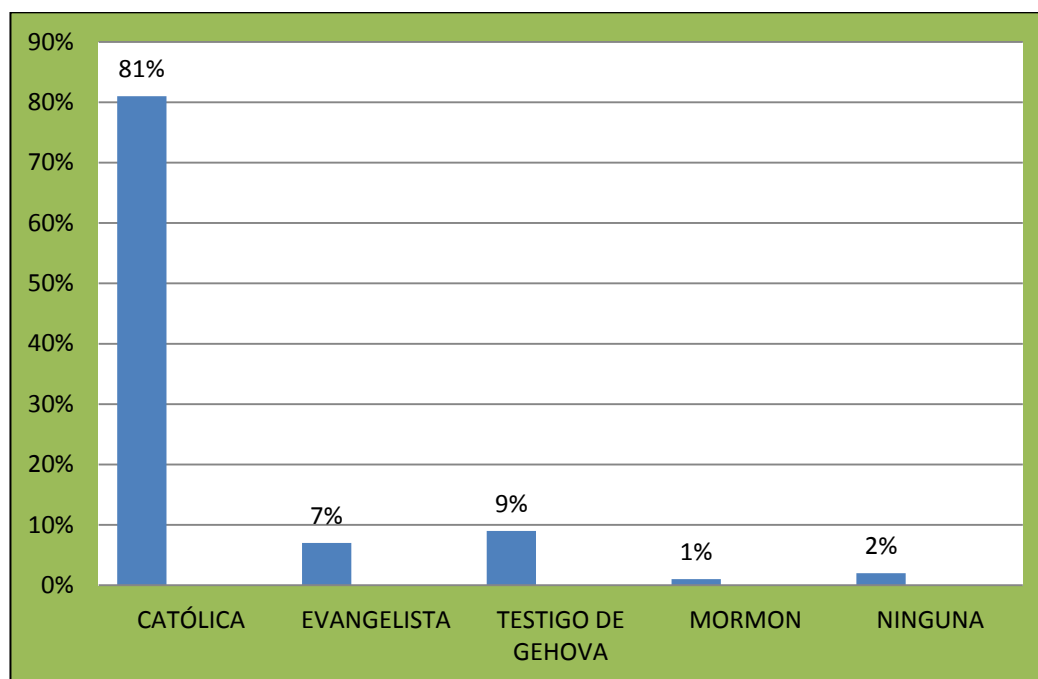
Elaboración: Rosa Yagual H.

ANÁLISIS: En el gráfico N°1 se observa que el mayor porcentaje corresponde a adolescentes de 16 años equivalentes al 28%.

PREGUNTA # 1

RELIGIÓN	
CATÓLICA	81%
EVANGELISTA	7%
T. DE JEHOVA	9%
MORMÓN	1%
NINGUNA	2%

GRÁFICO N°2



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

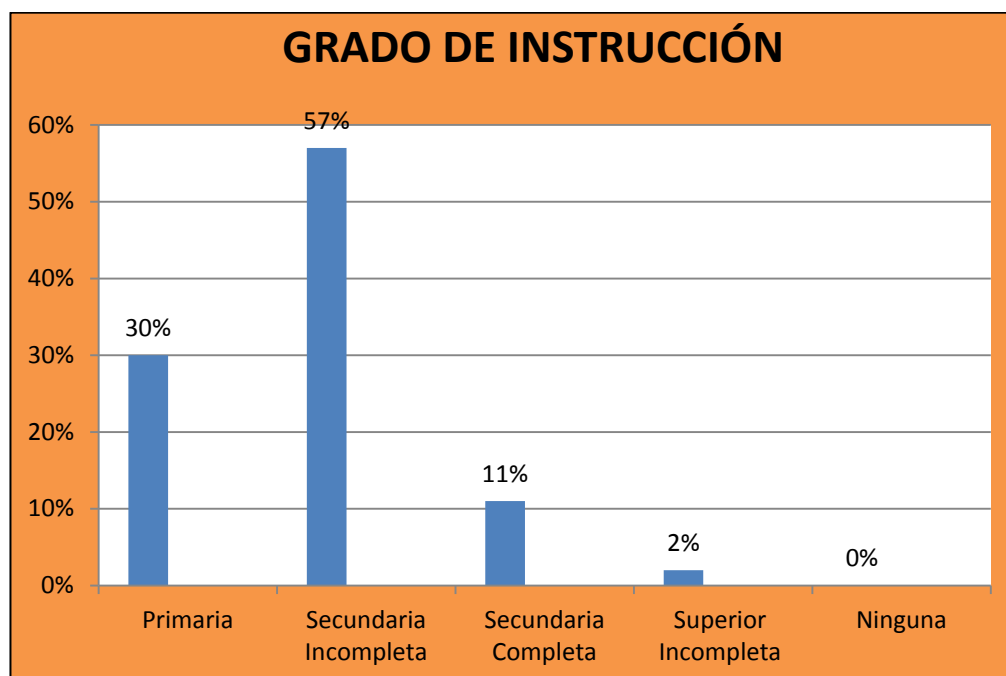
Elaboración: Rosa Yagual H.

ANÁLISIS: En el gráfico N°2 el mayor porcentaje corresponde a la religión católica.

PREGUNTA # 1

Primaria	30%
Secundaria incompleta	57%
Secundaria completa	11%
Superior incompleta	2%
Ninguna	0%

GRÁFICO N°3



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

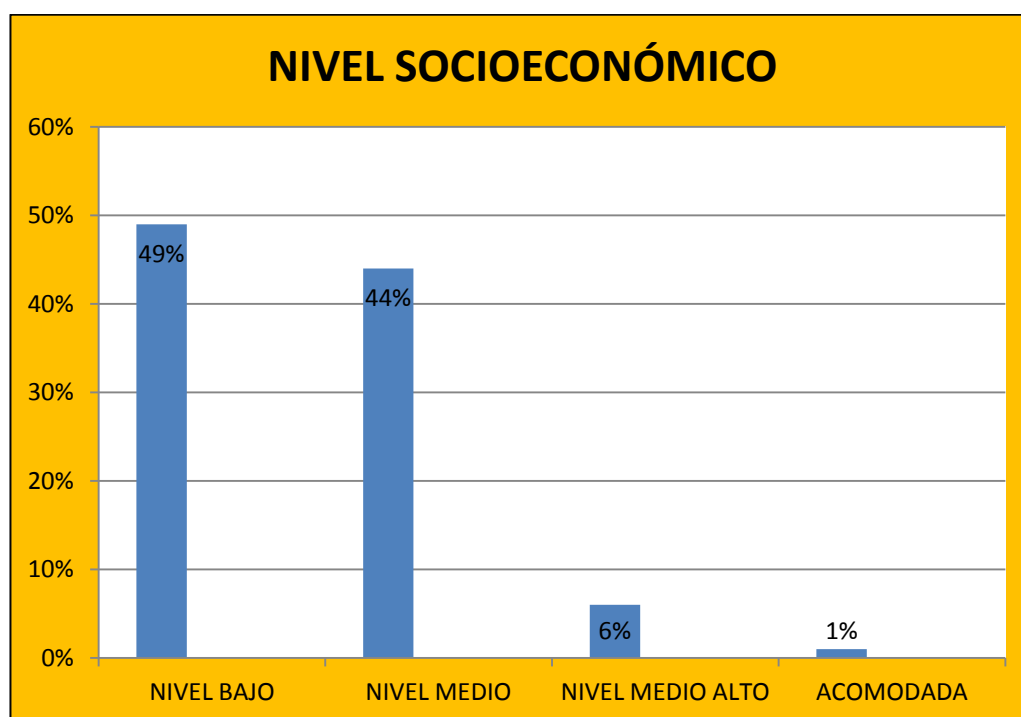
Elaboración: Rosa Yagual H.

ANÁLISIS: Podemos observar que el mayor porcentaje de adolescentes tienen secundaria incompleta.

PREGUNTA # 1

Nivel bajo	49%
Nivel medio	44%
Nivel medio alto	6%
Acomodada	1%

GRÁFICO N°4



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

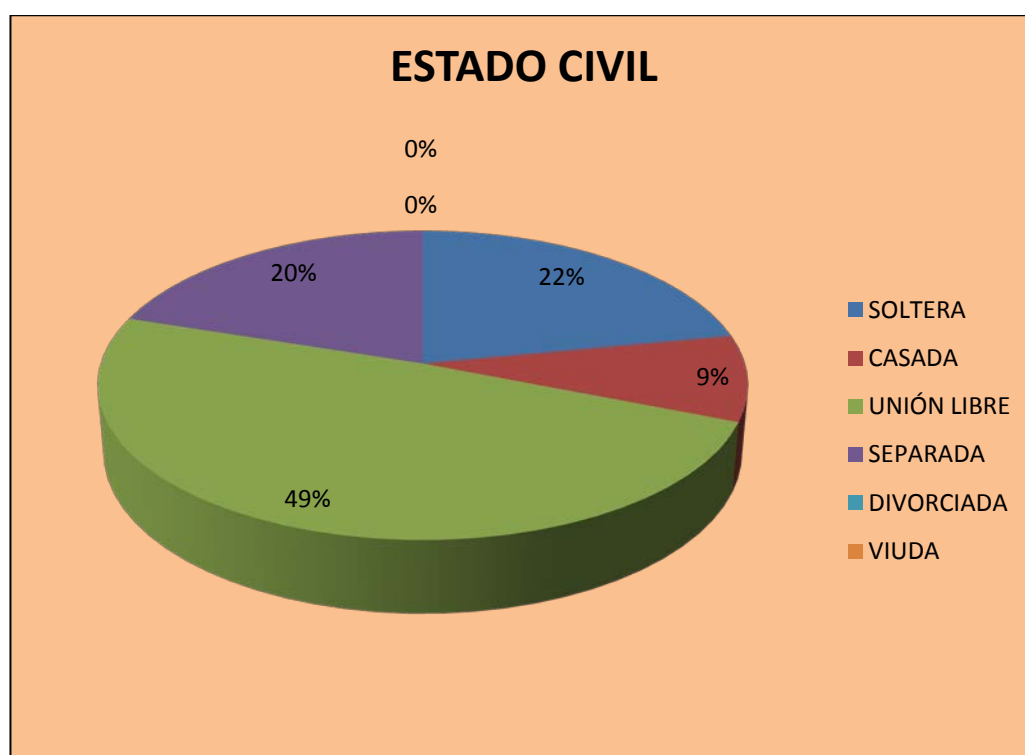
Elaboración: Rosa Yagual H.

ANÁLISIS: Se determina que el 49% de adolescentes corresponden a un nivel socioeconómico bajo.

PREGUNTA # 2

Soltera	22%
Casada	9%
Unión libre	49%
Separada	20%
Divorciada	0%
Viuda	0%

GRÁFICO N°5



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

Elaboración: Rosa Yagual H.

ANÁLISIS: Podemos determinar que el mayor porcentaje que corresponde al 49% de mujeres adolescentes conviven en unión libre.

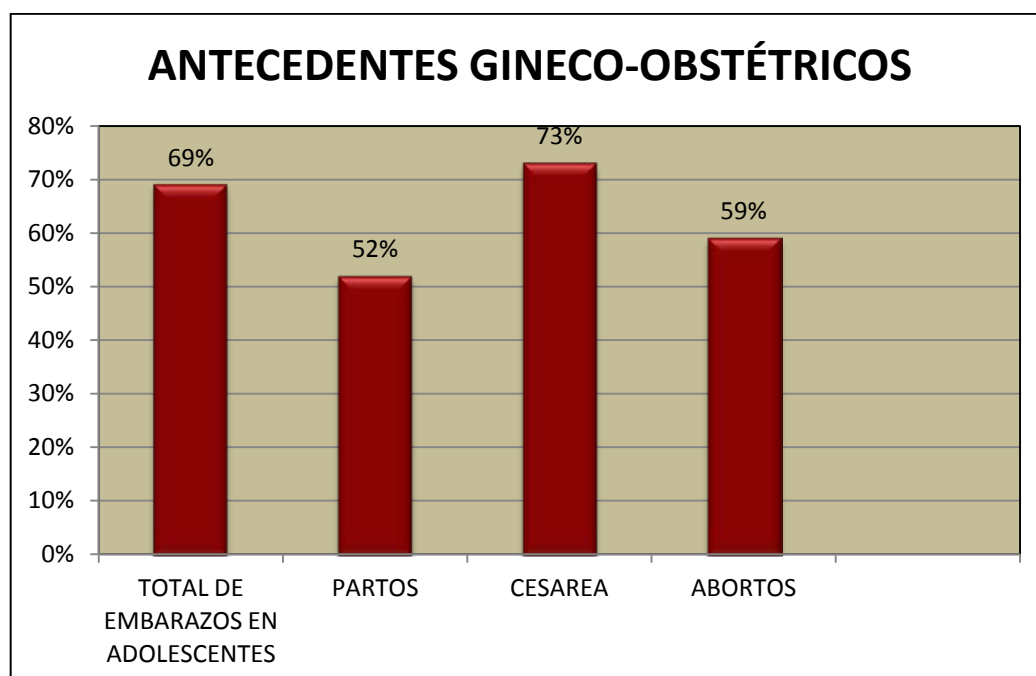
PREGUNTA # 3

3. Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Embarazos: ___ Partos: ___ Cesáreas: ___ Abortos: ___

Total de embarazos en adolescentes	69%
Partos	62%
Cesáreas	73%
Abortos	59%

GRÁFICO N°6



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

Elaboración: Rosa Yagual H.

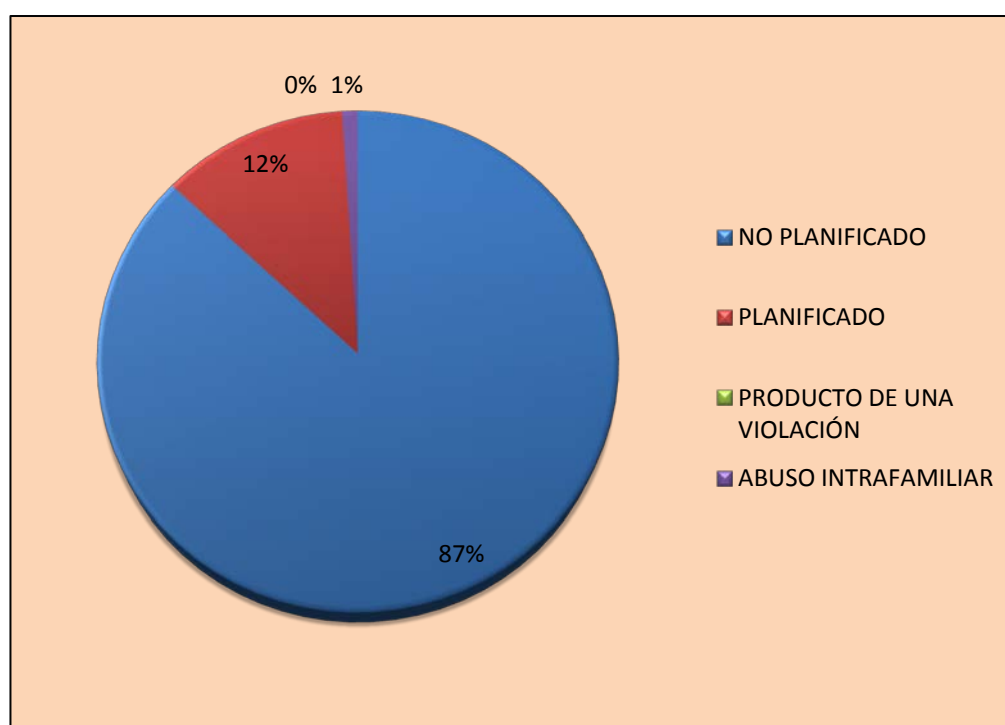
ANÁLISIS: Podemos concluir que del total de embarazos de adolescentes el 73% son partos por cesárea.

PREGUNTA # 4

**SU EMBARAZO FUE: NO PLANIFICADO – PLANIFICADO –
PRODUCTO DE UNA VIOLACIÓN - ABUSO INTRAFAMILIAR**

No planificado	87%
Planificado	12%
Producto de una violación	0%
Abuso intra-familiar	1%

GRÁFICO N°7



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

Elaboración: Rosa Yagual H.

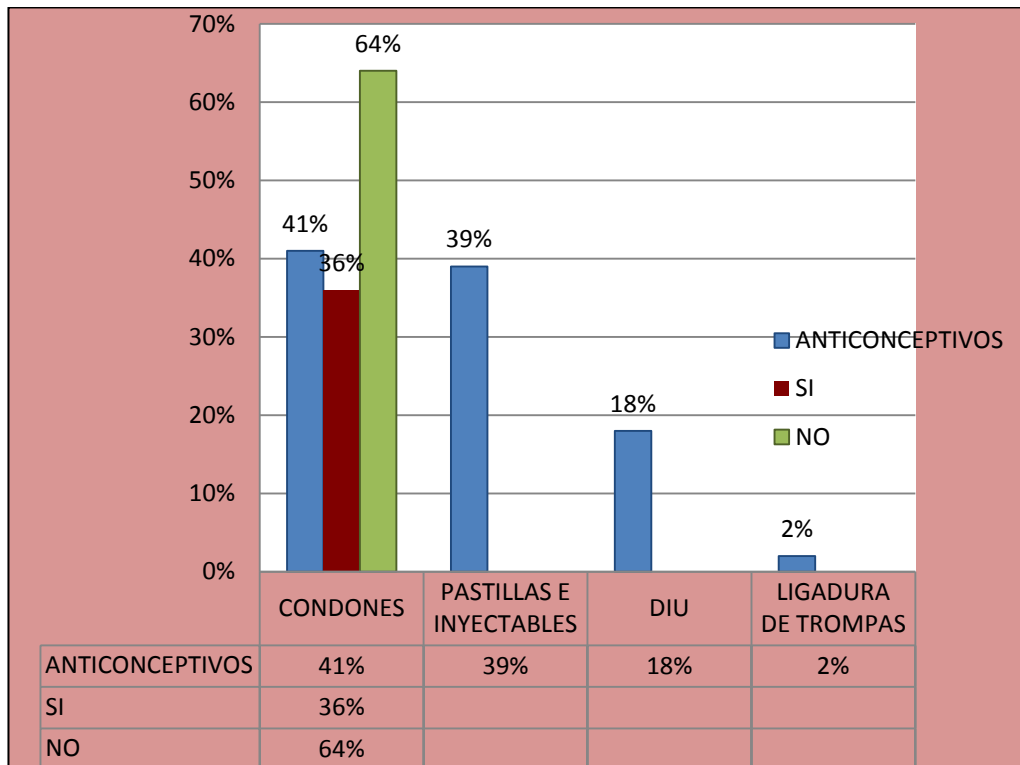
ANÁLISIS: Se observa que el mayor porcentaje de embarazos no fueron planificados que corresponden al 87%.

PREGUNTA # 5

CONOCE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?

SI () NO () CUALES?

GRÁFICO N°8



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

Elaboración: Rosa Yagual H.

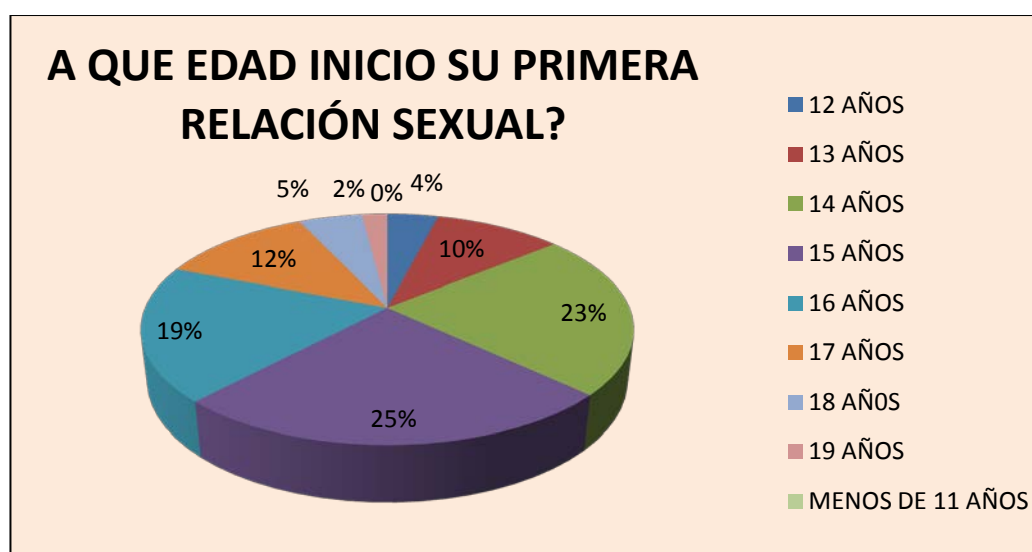
ANÁLISIS: El gráfico N°8 se puede observar que el mayor porcentaje de adolescentes NO tienen conocimiento de los métodos anticonceptivos y el mínimo porcentaje que respondió afirmativo sólo conocen los anticonceptivos más simples.

PREGUNTA #6

A qué edad inicio su primera relación sexual?

12 años	4%
13 años	10%
14 años	23%
15 años	25%
16 años	19%
17 años	12%
18 años	5%
19 años	2%
Menor de 11 años	0%

GRÁFICO N°9



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

Elaboración: Rosa Yagual H.

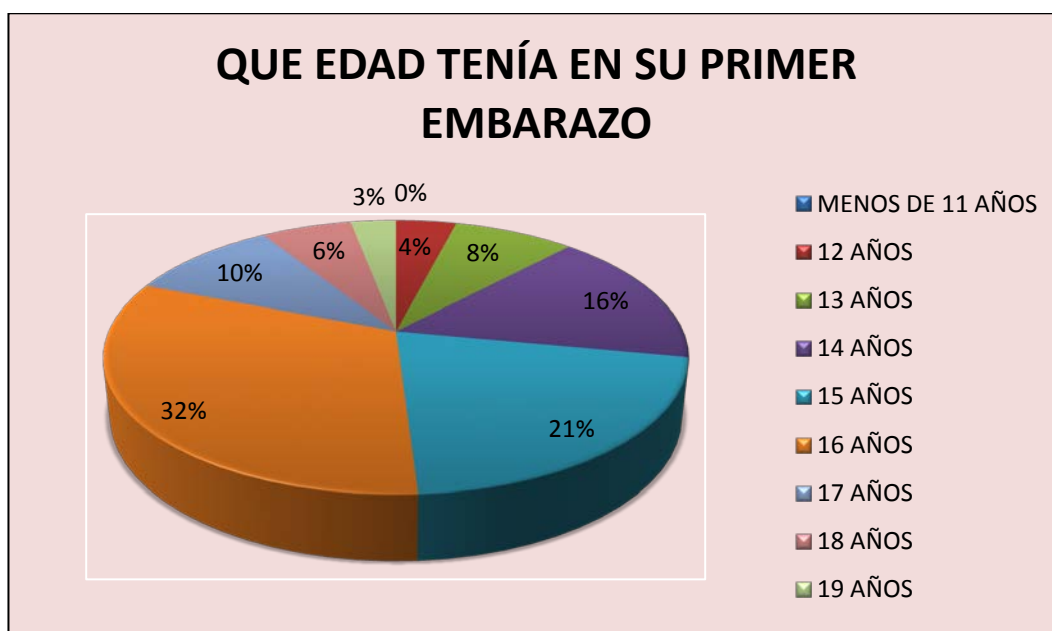
ANÁLISIS: En el gráfico N°9 refleja que la edad que inician las adolescentes su actividad sexual es a los 15 años.

PREGUNTA #7

¿Qué edad tenía en su primer embarazo?

Menor de 11 años	0%
12 años	4%
13 años	8%
14 años	16%
15 años	21%
16 años	32%
17 años	10%
18 años	6%
19 años	3%

GRÁFICO N°10



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

Elaboración: Rosa Yagual H.

ANÁLISIS: En el gráfico N°10 se observa que las adolescentes se embarazan por primera vez a los 16 años de edad.

PREGUNTA # 8

¿Qué edad tenía su pareja?

Menor de 11 años	0%
12 años	4%
13 años	8%
14 años	16%
15 años	21%
16 años	32%
17 años	10%
18 años	6%
19 años	3%

GRÁFICO N°11



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

Elaboración: Rosa Yagual H.

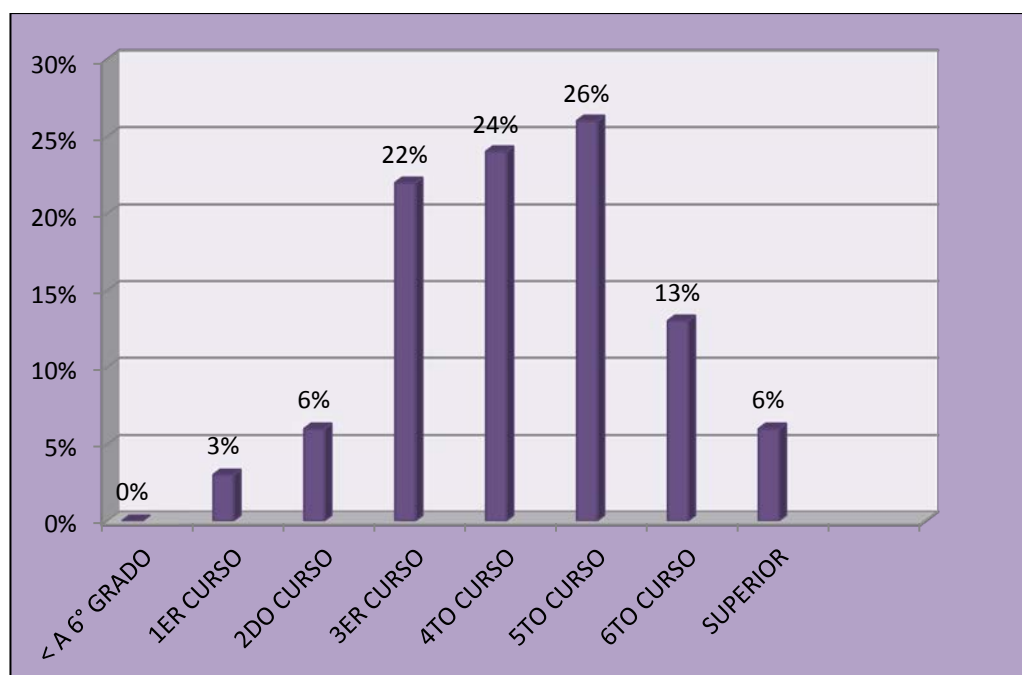
ANÁLISIS: En el gráfico N°11 se observa que las adolescentes forman su hogar en convivencia de jóvenes entre 18 a 20 años.

PREGUNTA # 9

QUÉ AÑO ESTABA CURSANDO EN SU PRIMER EMBARAZO?

< a 6° grado	0%
1er curso	3%
2do curso	6%
3er curso	22%
4to curso	24%
5to curso	26%
6to curso	13%
Superior	6%

GRÁFICO N°12



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

Elaboración: Rosa Yagual H.

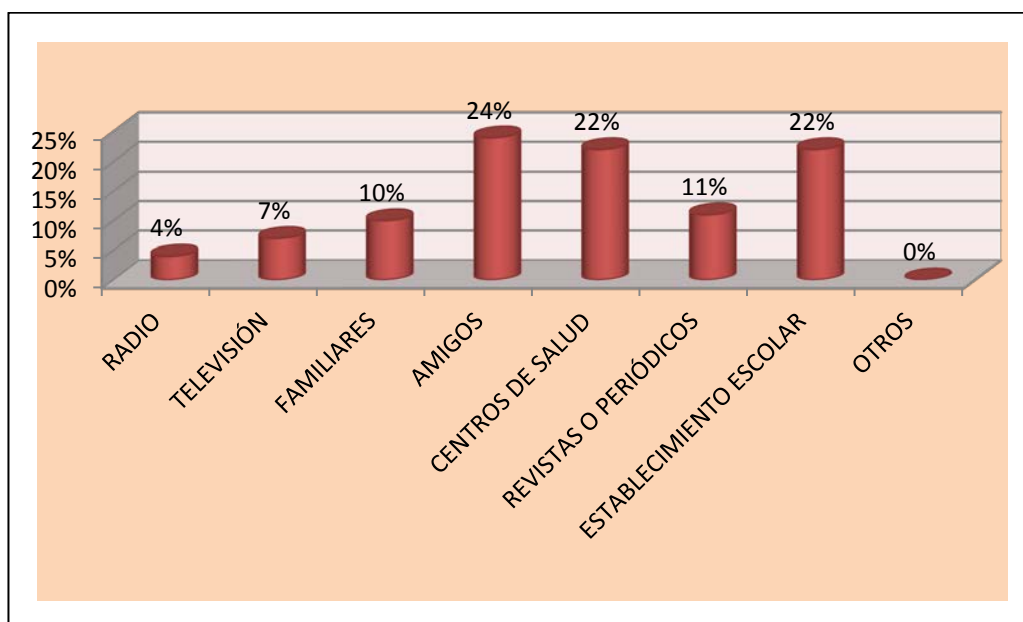
ANÁLISIS: Observamos que el mayor porcentaje corresponde a las adolescentes que cursan el ciclo diversificado 5° Año.

PREGUNTA # 11

LOS CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS LOS HA ADQUIRIDO A TRAVÉS DE:

Radio	4%
televisión	7%
familiares	10%
amigos	24%
Centro de salud	22%
Revistas o periódico	11%
Establecimiento escolar	22%
otros	0%

GRÁFICO N°13



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

Elaboración: Rosa Yagual H.

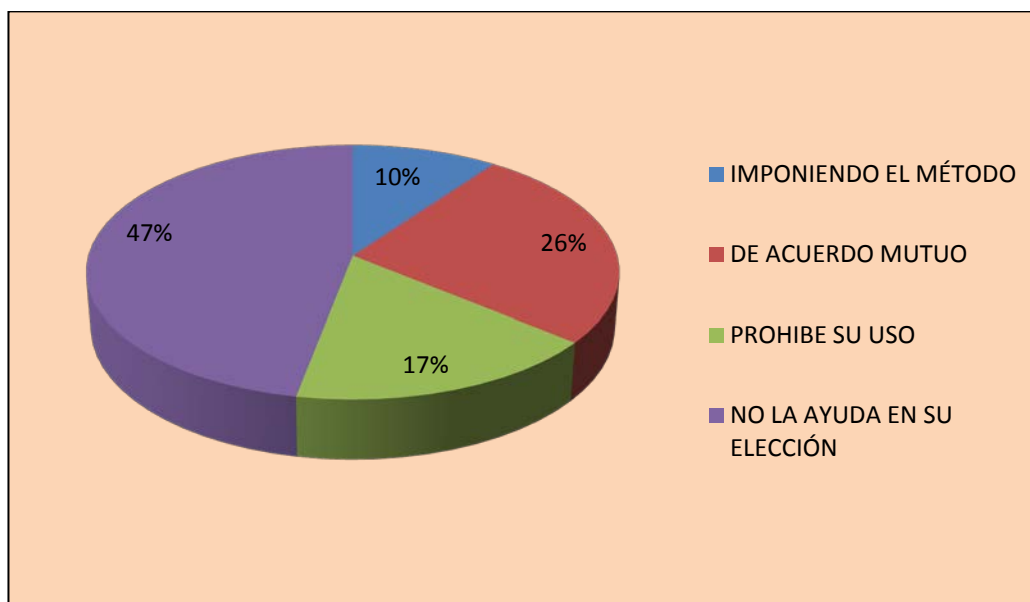
ANÁLISIS: En el gráfico N°13 notamos que la información adquirida sobre los anticonceptivos corresponde a los porcentajes de amigos.

PREGUNTA # 12

EN QUÉ FORMA PARTICIPA SU PAREJA EN LA ELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO?

Imponiendo el método	10%
De acuerdo mutuo	26%
Prohíbe su uso	17%
No la ayuda en su elección	47%

GRÁFICO N°14



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

Elaboración: Rosa Yagual H.

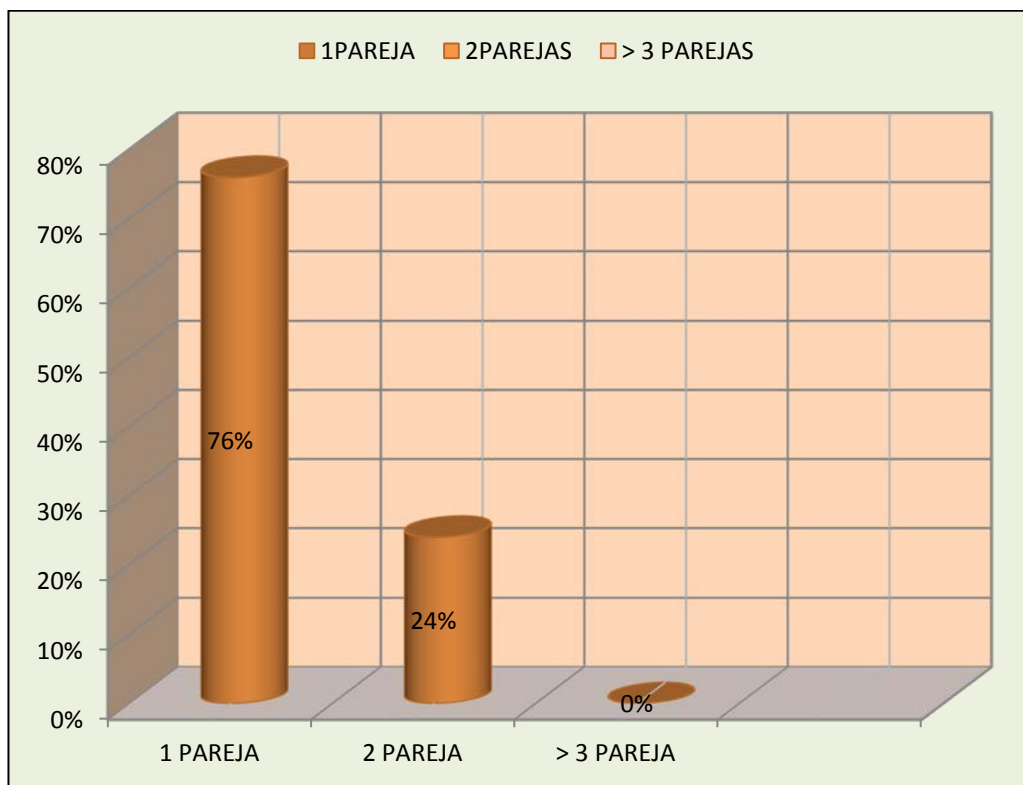
ANÁLISIS: En el gráfico se evidencia que el mayor porcentaje de adolescentes afirmaron que su pareja no la ayudan al momento de elegir algún anticonceptivo.

PREGUNTA # 13

CUÁNTAS PAREJAS SEXUALES HA TENIDO USTED HASTA LA ACTUALIDAD?

1 pareja	76%
2 parejas	24%
>a 3 parejas	0%

GRÁFICO N°15



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

Elaboración: Rosa Yagual H.

ANÁLISIS: El mayor porcentaje de adolescentes afirmaron haber tenido una pareja sexual representando el 76%.

PREGUNTA # 14

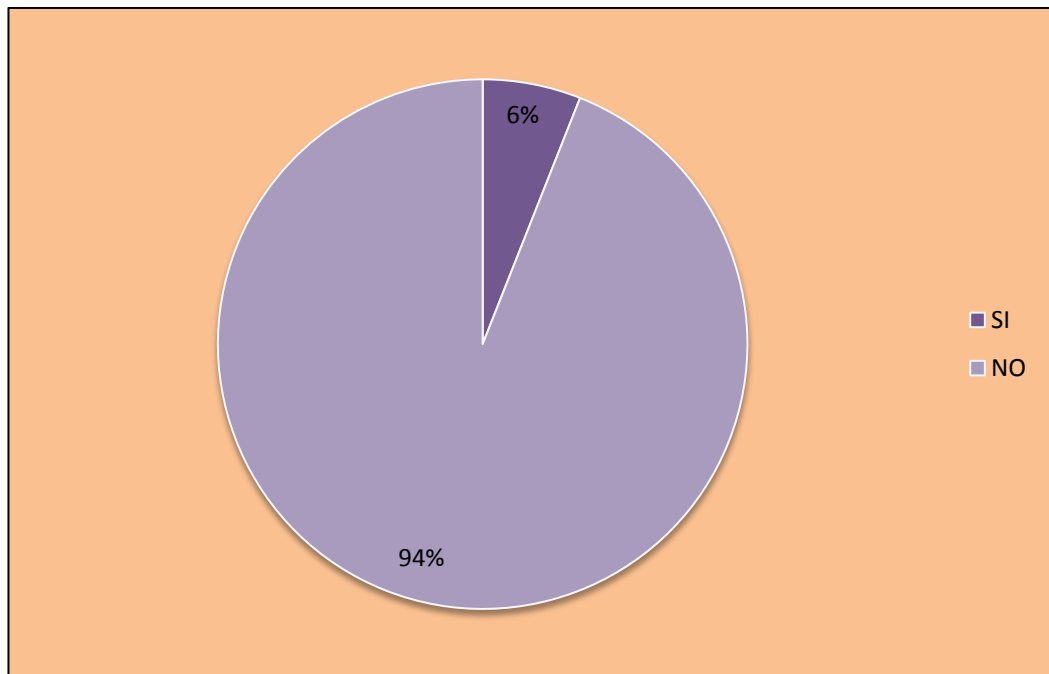
GRÁFICO N°16

SE LE HA DETECTADO ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

SI ()

NO ()

SI	6%
NO	94%



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

Elaboración: Rosa Yagual H.

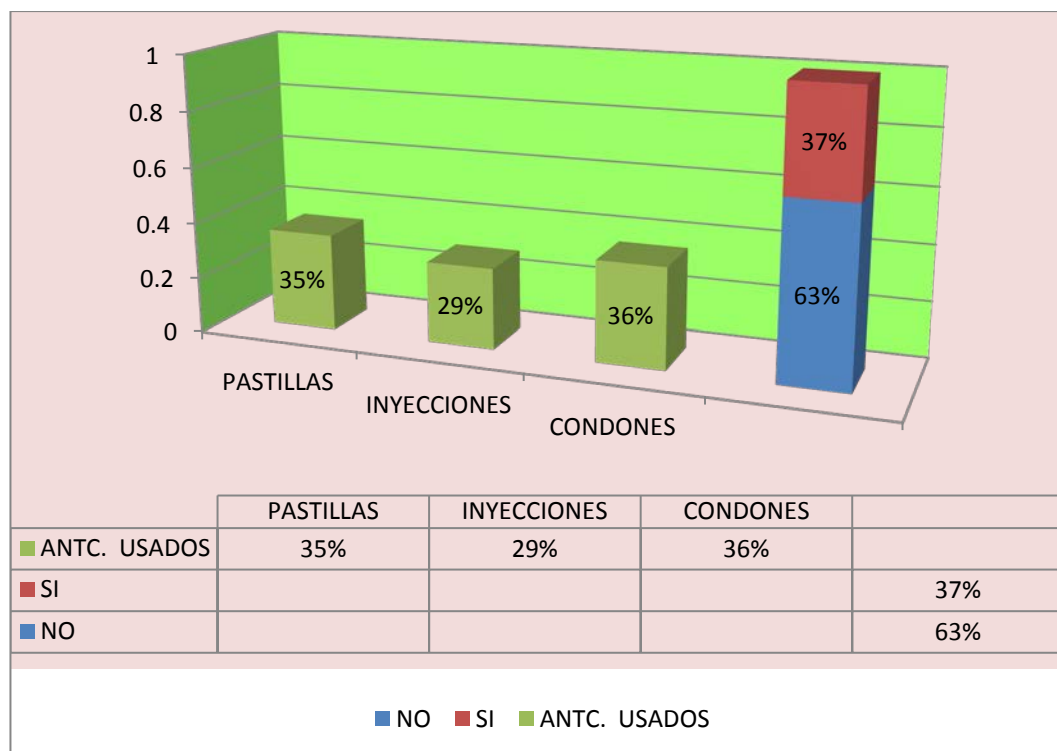
ANÁLISIS: En el gráfico N°16 se concluye que no se le han detectado enfermedades de Transmisión Sexual, sin embargo hay un mínimo porcentaje que sí las presenta.

PREGUNTA # 15

PREVIO AL EMBARAZO HACÍA USO DE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?

SI () NO () CUÁL FUE?

GRÁFICO N°17



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

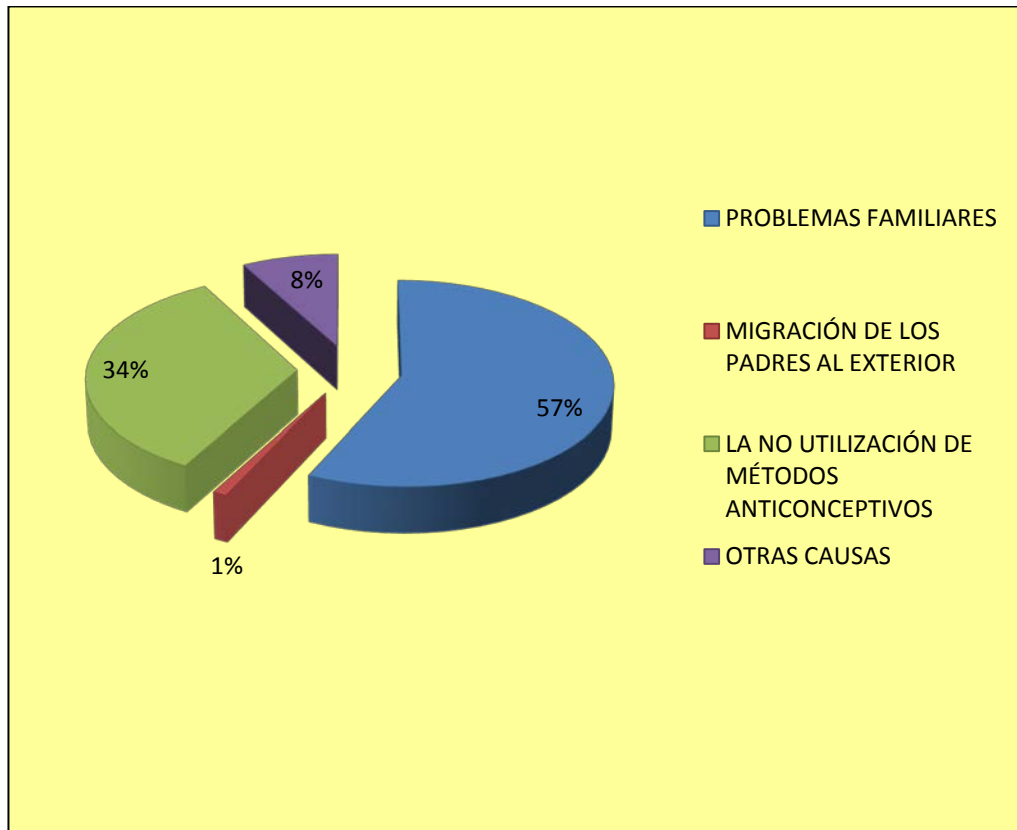
Elaboración: Rosa Yagual H.

ANÁLISIS: En el gráfico superior es notable el porcentaje de adolescentes embarazadas que no hacen uso de anticonceptivos.

PREGUNTA # 16

GRÁFICO N°18

CUÁL CREE USTED, QUE FUE LA CAUSA PARA TENER RELACIONES SEXUALES A TAN TEMPRANA EDAD?



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

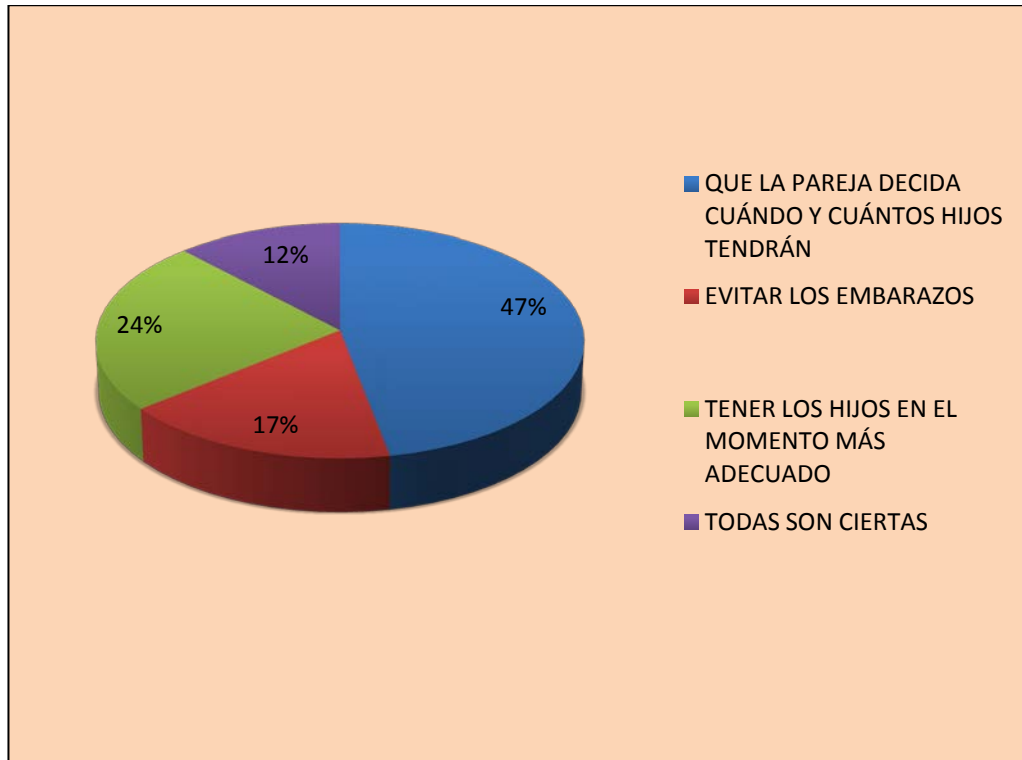
Elaboración: Rosa Yagual H.

ANÁLISIS: En el gráfico N°18 podemos evidenciar que la causa para que las adolescentes se embaracen a temprana edad es por problemas familiares que corresponde al 57%.

PREGUNTA # 17

GRÁFICO N°19

LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR SIRVE PARA:



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

Elaboración: Rosa Yagual H.

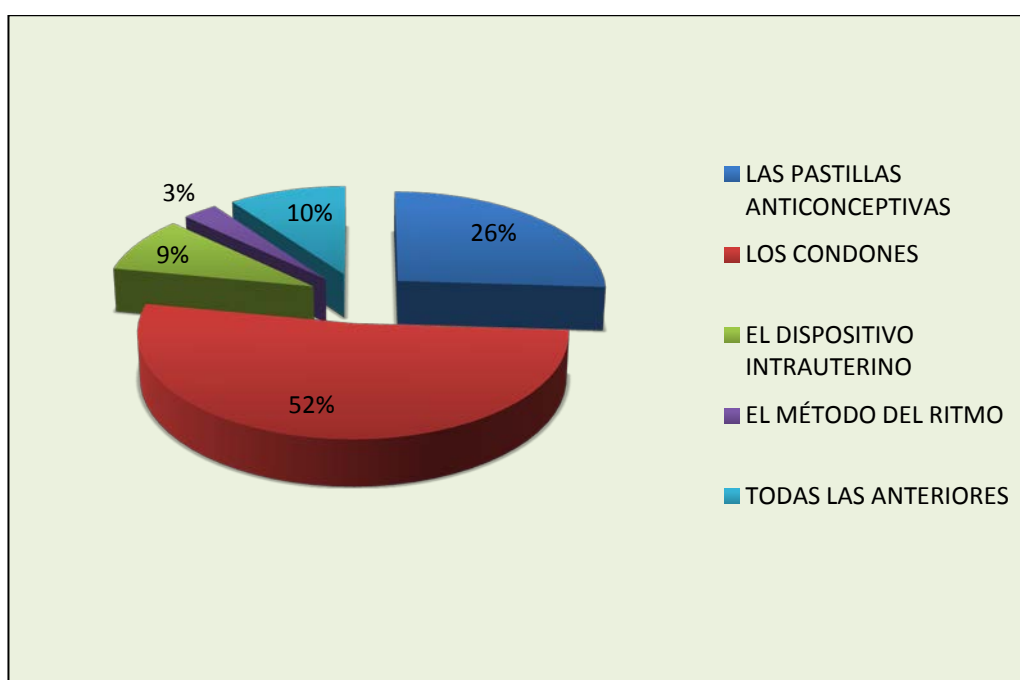
ANÁLISIS: En gráfico N°19 el mayor porcentaje de adolescentes respondieron que la Planificación Familiar sirve para que la pareja decida cuándo y cuántos hijos tendrán.

PREGUNTA # 18

SE CONOCEN COMO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS A:

Pastillas anticonceptivas	26%
Condomes	52%
Dispositivo intrauterino	9%
Método del ritmo	3%
Todas las anteriores	10%

GRÁFICO N°20



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

Elaboración: Rosa Yagual H.

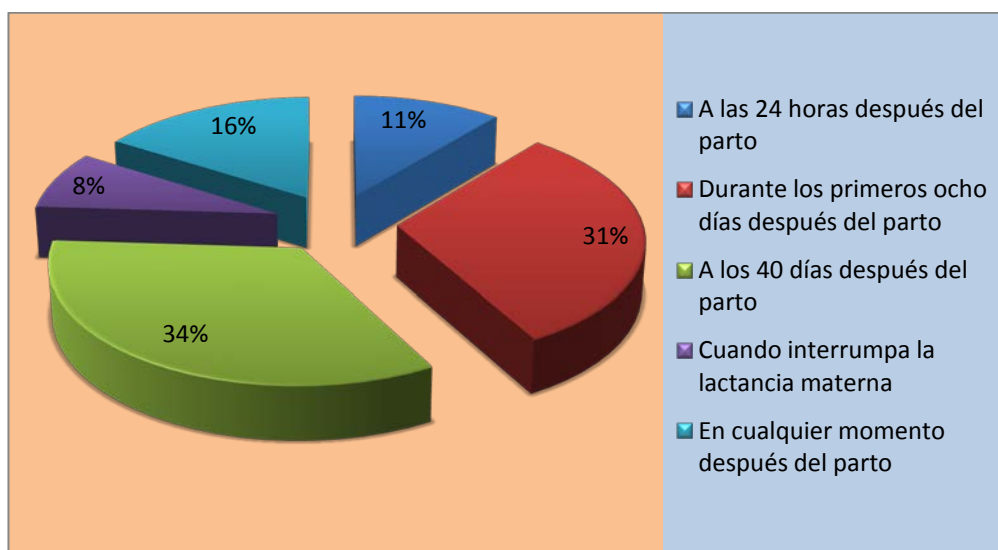
ANÁLISIS: En este gráfico evidenciamos que hay un mayor porcentaje de adolescentes que solamente conocen como métodos anticonceptivos los condones.

PREGUNTA # 19

SEGÚN SU CONOCIMIENTO LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PUEDEN INICIARSE:

A la 24 h después del parto	11%
Durante los primeros 8 días después del parto	31%
A los 40 días después del parto	34%
Cuando interrumpa la lactancia materna	8%
En cualquier momento después del parto	16%

GRÁFICO N°21



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

Elaboración: Rosa Yagual H.

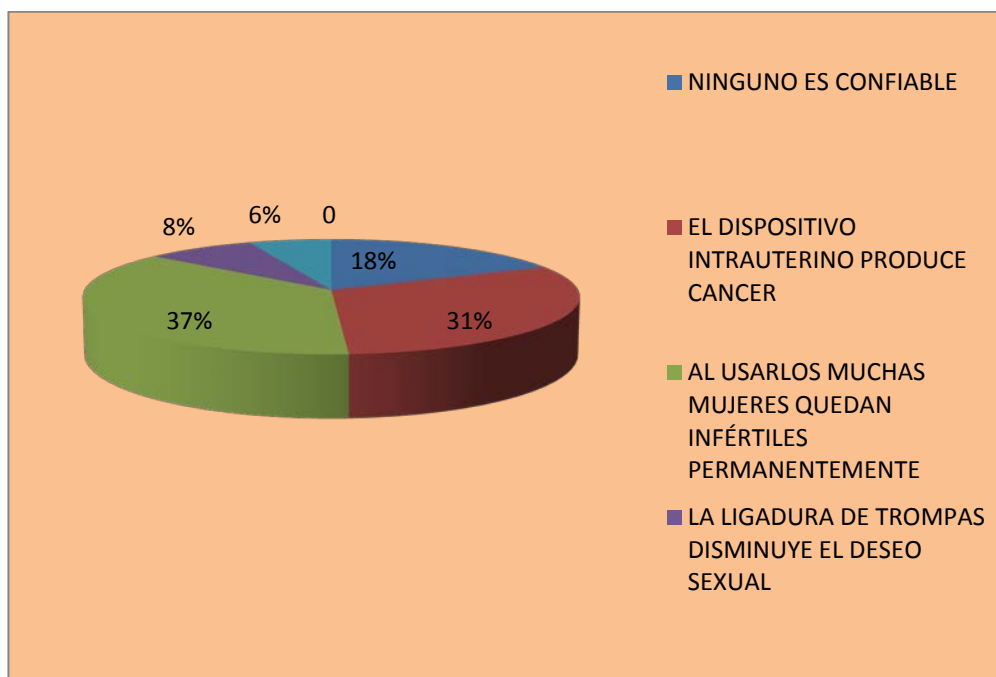
ANÁLISIS: En este gráfico podemos evidenciar que el mayor porcentaje en conocimiento de los métodos anticonceptivos se pueden iniciar a los cuarenta días después del parto lo que refleja que no saben en qué momento pueden iniciar a cuidarse.

PREGUNTA # 20

MITOS SOBRE EL USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

Ninguno es confiable	18%
El dispositivo intrauterino produce cáncer	31%
Al usarlos muchas mujeres quedan infértiles permanentemente	37%
La ligadura de trompas disminuye el deseo sexual	8%
Todos los enunciados son falsos	6%

GRÁFICO N°22



FUENTE: Hospital Enrique C. Sotomayor/Área Consulta Externa.

Elaboración: Rosa Yagual H.

ANÁLISIS: En este gráfico se puede determinar que el mayor porcentaje sobre los mitos en el uso de métodos anticonceptivos respondieron que al usarlos muchas mujeres quedan infértiles permanentemente.

9. CONCLUSIONES

En el estudio realizado sobre el Conocimiento en el uso de Métodos Anticonceptivos en Usuaris Adolescentes puedo concluir que el 28% de las embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor son adolescente de 16 años de edad, las cuales el 57% tienen secundaria incompleta siendo así el 49% de un nivel socio-económico bajo.

Existe un considerable porcentaje de este grupo etáreo que representa el 64% que indicaron no conocer las diferentes alternativas de Métodos Anticonceptivos, y el 36% de las adolescentes sí conocen, siendo los más conocidos el condón, seguido de pastillas e inyectables, y solamente el 2% de ellas ha escuchado hablar sobre la ligadura de trompas de Falopio entre otros.

La edad en que las adolescentes inician su primera relación sexual el 25% es a los de 15 años, y quedan embarazadas por primera vez a los 16 años de edad reflejando en las encuestas el 32%, pero cabe destacar que el mayor porcentaje de estos embarazos no son planificados.

A esto se suma la falta de comunicación que hay entre padres e hijos ya que todavía existe el “tabú” o simplemente no se sienten preparados para plantear una conversación sobre el tema, es así que el 10% de información la adquieren de sus familiares mientras que el 24% corresponden de amigos lo que hacen tener conocimientos confusos en los adolescentes.

Debo concluir que el 57% de las adolescentes se embarazan por problemas familiares ya que al no tener apoyo en sus hogares por parte de su familia buscan tener protección y compañía en otras personas de género opuesto, se sienten atraídas y confundidas es así que toman decisiones prematuras consecuencia de la falta de conocimiento.

10. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

- ⊕ Para concluir este trabajo investigativo refiero que se debe hacer énfasis en brindar Charlas educativas en escuelas y colegios sobre: las complicaciones de embarazos en adolescentes, métodos de planificación familiar, comunicación afectiva entre padres e hijos.
- ⊕ Formar centros de información en lugares de mayor concurrencia de los adolescentes y formar grupos de ayuda entre jóvenes.
- ⊕ Planificar con los directivos de las escuelas y colegios para implementar una orientadora en cada institución la cual los estudiantes puedan acudir sin temor y que pueda brindar charlas educativas una vez por semana.
- ⊕ Complementar con la visita a hogares disfuncionales por parte de la trabajadora social.
- ⊕ Que el estado provea de mayor espacio recreacional para que los jóvenes practiquen deportes.

APARTADOS FINALES

1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Greco, María Beatriz (2001). Educación Sexual, Charlando sobre nuestra sexualidad. Editorial Troquel. Sexualidad, anticoncepción y prevención del Sida. Cuadernillo N°3 SEDEBA. Guía médica, ediciones Aula. Recuperado de www.anticoncepción.cl/adolescentes.htm
2. Papalia, Diane E. "Desarrollo Humano".4ªEdición. Recuperado de Pensilvania.www.adolescentes.blogia.com
3. Paredes Sánchez, E. "Obstetricia y Ginecología".2ª Edición Santiago – Chile. Recuperado de www.dolescentes.blogia.com
4. Ferreira Beatriz, (2002) Características del control prenatal en las embarazadas Adolescentes. Universidad de la República Oriental de Uruguay Instituto Nacional de Enfermería Departamento Materno Infantil Montevideo. Recuperado de www.tuotromedico.com/temas/embarazoadolescencia.htm
5. Ministerio de Salud Pública (1996) Dirección Nacional de Fomento y Protección – Normas para la Atención Materno Infantil. Planificación Familiar Pag. 92
6. Manual de Enfermería Zamora, Primera Edición. Editor: Gustavo de Elorza Martínez. Planificación Familiar- Métodos Anticonceptivos Pag. 586
7. Diccionario de Medicina Océano Mosby 2006. Edición Español: MMVI. Editorial Océano.

8. Libro "Escucha, aprende y vive". Ministerio de Salud Pública (MSP), Administración Nacional de Administración Pública (ANEP), Consejo Directivo Central (CODICEN)- Pag.60 Recuperado de www.adolescentesporlavida.edu.uy
9. Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes: de la información a la práctica. Recuperado de <http://correomixteco.com/noticias/2008/uso-de-métodos-anticonceptivos-en-adolescentes-de-la-información-a-la-práctica.htm>
10. <http://salud.comohacerpara.com/n3067/como-utilizar-los-métodos-anticonceptivos-de-barrera.htm>
11. Asistencia de adolescentes mexicanos a servicios de consejería sobre sexualidad y reproducción. Artículo original. Universidad de Antioquia/ Facultad de Enfermería. Recuperado de <http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol18107/end06107.htm>
12. Frecuencia de embarazo y nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las adolescentes que acuden al ambulatorio urbano tipo I "Dr. Rafael Pereira" Municipio Unión. Enero-Mayo 2007. UCLA- Biblioteca de Medicina. Recuperado de <http://biblioteca.universia.net/htmlbura/ficha/params/id/39788090.htm>
13. Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. La experiencia del Centro Madrid Salud Joven I, Serrano Fuster Centro Madrid Salud Joven. Ayuntamiento de Madrid. Recuperado de <http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/image/USER/abril09art2.pdf>

14. Comportamiento del embarazo en la adolescencia en 87 – Revista 16 de Maltas – artículos relacionados 28 abril 2008, Enero-Abril 1997. Rev Cubana Enfermer v.17 n.2 Ciudad de la... 16. Definición y características de la adolescencia. Recuperado de www.16deabril.sld.cu/rev/223/articulo2.html
15. Como utilizar los métodos anticonceptivos de barrera “los métodos anticonceptivos de barrera impiden la unión del espermatozoide con el óvulo, haciendo imposible la fecundación del mismo.... Recuperado de <http://salud.comohacerpara.com/n3067/como-utilizar-los-métodos-anticonceptivos-de-barrera.htm>
16. Alejandro de Dios Moccia. Raul Medina Milanesi Clínica Ginecotológica “B” de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Montevideo, Uruguay. ARTICULO ORIGINAL. RevMedUrug 2006; 22: 185-190. Recuperado de <http://www.rmu.org.uy/revista/2006v3/art4.pdf>
17. Que saben los adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos y como lo usan. Estudio en una población adolescente de Piedras Blancas. Recuperado de <http://www.rmu.org.uy/revista/2006v3/art4.pdf>
18. Métodos de anticoncepción en adolescentes. Píldora de emergencia. Aspectos éticos legales. Recuperado de <http://www.aepap.org/pdf/anticoncepciónenadolescentes.pdf>

19. <http://www.monografias.com/trabajos905/conocimiento-metodos-anticonceptivos/conocimiento-metodos-anticonceptivos.shtml>

20. <http://www.monografias.com/trabajos81/impedimentos-socioculturales-uso-metodos-anticonceptivos/impedimentos-socioculturales-uso-metodos-anticonceptivos3.shtml>

21. <http://www.congreso.gob.pe/comisiones/1999/ciencia/cd/UNSM/unsm46/unsm46.htm>

22. <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-67-1-uso-de-metodos-anticonceptivos-e-informacion-sexual-con-rela.html#>.

2. INDICES VARIOS

GRÁFICO N°1.....	50
GRÁFICO N°2.....	51
GRÁFICO N°3.....	52
GRÁFICO N°4.....	53
GRÁFICO N°5.....	54
GRÁFICO N°6.....	55
GRÁFICO N°7.....	56
GRÁFICO N°8.....	57
GRÁFICO N°9.....	58
GRÁFICO N°10.....	59
GRÁFICO N°11.....	60
GRÁFICO N°12.....	61
GRÁFICO N°13.....	62
GRÁFICO N°14.....	63
GRÁFICO N°15.....	64
GRÁFICO N°16.....	65
GRÁFICO N°17.....	66
GRÁFICO N°18.....	67
GRÁFICO N°19.....	68
GRÁFICO N°20.....	69
GRÁFICO N°21.....	70
GRÁFICO N°22.....	71
PROCESO DE OPERACIÓN DE VARIABLES.....	80
PLAN ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO.....	81
ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.....	82
PLAN DE CHARLA.....	86
GRÁFICOS N°23 Y N°24.....	90
GRÁFICOS N°25 Y N°26.....	91
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	92

3. ANEXOS

PROCESO DE OPERACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES(VARIABLES CONTENIDAS EN LA DEFINICIÓN CONCEPTUAL)	INDICADORES DEFINICIÓN OPERACIONAL
Nivel de conocimiento	Es la forma de adquirir información que tienen las adolescentes para usar algún método anticonceptivo.	Todas las adolescentes con desconocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos de la Consulta Externa.	Encuesta
Usuaris adolescentes	Persona que se encuentra en periodo de la adolescencia entre los 11 y 19 años de edad.	Todas las adolescentes de la Consulta externa del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor.	Observación
Método anticonceptivo	Es cualquier forma de impedir la fecundación o concepción al mantener relaciones sexuales.	Todos los métodos anticonceptivos que se utilizan para la regulación de la fecundidad.	

PLAN ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO:

RECURSOS HUMANOS:

Estudiante, director del Trabajo de Grado, Usuarias del área de la Consulta Externa del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

RECURSOS FINANCIEROS:

3 Pendrive	\$ 38,00
Tinta de impresora	\$ 80,00
MODEM de Porta	\$ 130,00
Internet	\$ 150,00
Impresión de trabajo	\$ 100,00
Carpetas manilas	\$ 20,00
Corrector	\$ 6,00
Bolígrafos	\$ 14,00
Transporte	\$ 30,00
Fotocopia	\$ 90,00
Anillado	\$ 30,00
Empastado	\$ 100,00
Remas de papel A4	\$ 60,00
TOTAL	\$ 848,00



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería “San Vicente de Paul”

ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

TEMA:

“CONOCIMIENTO EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN USUARIAS ADOLESCENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR”.

OBJETIVO: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la forma de uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes antes de embarazarse.

Escuche cuidadosamente cada pregunta y responda según su criterio, indicando solo una respuesta:

ENCUESTA N° ____

1. Edad: ____ años Religión: _____
Grado de Instrucción: _____ Nivel Socioeconómico: _____

2. Estado Civil:

Soltera () Casada () Unión Libre () Separada () Divorciada ()
Viuda ()

3. Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Embarazos: ____ Partos: ____ Cesáreas: ____ Abortos: ____

4. Su embarazo fue:

Planificado () No Planificado () Producto de una violación ()

Abuso intrafamiliar ()

5. Conoce algún método anticonceptivo?

SI () NO ()

Cuáles? _____

6. A qué edad inicio su primera relación sexual? _____

7. Qué edad tenía en su primer embarazo? _____

8. Qué edad tenía su pareja? _____

9. Qué año estaba cursando en su primer embarazo?

10. Utiliza usted algún método anticonceptivo?

SI () NO ()

Cuál? _____

11. Los conocimientos sobre métodos anticonceptivos los ha adquirido a través de:

Radio () Televisión () Familiares () Amigos () Centro de salud ()

Revistas o periódicos () Establecimiento escolar ()

Otros: _____

12. En qué forma participa su pareja en la elección del método anticonceptivo?

- Imponiendo el método
- De acuerdo mutuo

- Prohíbe su uso
- No la ayuda en su elección

13. Cuántas parejas sexuales ha tenido usted hasta la actualidad?

14. Se le ha detectado alguna enfermedad de transmisión sexual?

SI () NO ()

15. Previo al embarazo hacía uso de algún método anticonceptivo?

SI () NO ()

Cuál? _____

16.Cuál cree Usted, que fue la causa para tener un hijo a tan temprana edad?

- Problemas familiares ()
- Migración de los padres al exterior ()
- Divorcio de los Padres ()
- La no utilización de métodos anticonceptivos ()
- Otras causas.....

17. La Planificación Familiar sirve para:

- Que la pareja decida cuándo y cuántos hijos tendrán.
- Evitar los embarazos.
- Tener los hijos en el momento más adecuado.
- Todas son ciertas.

18. Se conocen como métodos anticonceptivos a:

- Las pastillas anticonceptivas.
- Los condones.
- El dispositivo intrauterino.
- El método del ritmo.
- Todas las anteriores.

19. Según su conocimiento los métodos anticonceptivos pueden iniciarse:

- A las 24 horas después del parto.
- Durante los primeros ocho días después del parto.
- A los 40 días después del parto.
- Cuando interrumpa la lactancia materna.
- En cualquier momento después del parto.

20. Mitos sobre el uso de los métodos anticonceptivos:

- Ninguno es confiable.
- El dispositivo intrauterino produce cáncer.
- Al usarlos, muchas mujeres quedan infértiles permanentemente.
- La ligadura de trompas disminuye el deseo sexual.
- Todos los enunciados son falsos.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

PLAN DE CHARLA

Tema:

Planificación Familiar para Adolescentes

Subtemas:

- Métodos Anticonceptivos

Fecha:

Hora:

Tiempo:

Objetivo:

Impartir información adecuada relacionada con la planificación familiar para disminuir el porcentaje de adolescentes embarazadas.

Estrategias:

- Captar atención de los asistentes por medio de ayudas didácticas (gráficos, trípticos).
- Demostrar a los asistentes, la importancia del tema expuesto con el fin de mejorar la calidad de vida.
- Realizar preguntas a los asistentes, para evaluar la capacidad de comprensión del tema expuesto.

Ayudas Didácticas:

- Rotafolio
- Trípticos

Introducción:

El uso de métodos anticonceptivos en nuestro país, promovidos por el estado, ha permitido reducir los preocupantes indicadores de fecundidad y natalidad en los últimos años, sin embargo en las zonas rurales éstos indicadores se mantienen aún elevados. Es también

preocupante la elevada incidencia de embarazos en adolescentes, que aumenta la morbi mortalidad materna y perinatal en forma significativa. Es importante que la población escolar tenga conocimientos adecuados de sexualidad y planificación familiar, como estrategia para disminuir los embarazos en adolescentes.

Preguntas iniciales:

- ¿Qué es la planificación familiar?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo, que se presenta en la adolescente embarazada?
- ¿Cómo prevenir los embarazos a temprana edad?

Desarrollo:

La planificación familiar constituye, sin lugar a dudas, un pilar fundamental en la salud sexual y reproductiva. La planificación familiar se considera un derecho humano, esencial a la dignidad humana. La mayoría de las personas conocen y están enteradas de la planificación familiar y en un momento dado más de la mitad de las parejas casadas en el mundo son usuarias de esta.

A pesar de la disponibilidad de los numerosos métodos contraceptivos existentes, muchos embarazos no son planeados ni deseados y muchos conllevan un alto riesgo tanto para la madre como para la descendencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año los embarazos no planificados causan al menos más de 40 millones de abortos, de los cuales alrededor de la mitad se realizan en condiciones desfavorables y son, muchos de ellos, causa de muertes maternas cada año. La planificación familiar tiene su historia, la cual remonta a la antigüedad.

Los fundamentos de la llamada anticoncepción de emergencia se remontan a principios del siglo pasado, cuando quedó demostrado que los extractos de los estrógenos producidos por los ovarios interferían en el embarazo de los mamíferos. Sin embargo, en los seres humanos no

comienzan a utilizarse los estrógenos poscoitales hasta la década 1940, aunque la primera publicación sobre este procedimiento aparece en los años sesenta, por eso es que en algunas publicaciones señalan esta etapa como el inicio del uso poscoital de ciertas hormonas esteroidales administradas con este fin.

En esa misma década las mujeres de norteamérica utilizaban concentraciones de etinilestradiol o de dietilestilbestrol como tratamiento de emergencia ante la posibilidad de una relación no protegida para evitar un embarazo no deseado.

UTILIZACIÓN EN LA ADOLESCENCIA

En la adolescencia este método tiene particular importancia, ya que en esta etapa son frecuentes las conductas sexuales de riesgo y, por las características que tiene este grupo, no se utilizan adecuadamente o no se utilizan de ninguna forma los diferentes métodos anticonceptivos.

Y aunque lo ideal sería que se abstuvieran de tener relaciones sexuales, en la práctica médica hemos observado que además de ser muy difícil, no lo hacen, y el inicio precoz y sin protección de las relaciones sexuales es una realidad palpable en la mayoría de los adolescentes. De ahí que sea una alternativa, siempre que la conozcan, y además de insistir en este aspecto, deben explicarse todos los facultativos, para evitar el embarazo no deseado y sus complicaciones.

CONCEPTOS

La anticoncepción de emergencia a veces es llamada «anticoncepción poscoito» y también «píldora del día siguiente». Estos términos pueden crear cierta confusión, fundamentalmente en las usuarias, ya que puede ser utilizada dentro de los primeros 3 días en cualquier momento, sin tener necesidad de esperar «el día siguiente» y, en el caso de los dispositivos intrauterinos, se pueden usar hasta dentro de los primeros 5 días. Por tanto, el concepto lo que trata de reflejar es que requiere un uso emergente, sin especificar el momento exacto en que debe ser utilizado.

Los métodos anticonceptivos de emergencia pueden prevenir el embarazo después de un acto sexual sin protección, cuando falla el método —digamos, rotura de un condón— o cuando el método se usa incorrectamente.

La anticoncepción de emergencia debe ser vista, por tanto, como un método que brinda una segunda oportunidad.⁶ Ha sido concebida para ser utilizada en casos excepcionales; por tanto no debe ser considerada un método de uso habitual o rutinario.

MECANISMO DE ACCIÓN

Hay que considerar en el mecanismo de acción el de las píldoras anticonceptivas de emergencia y el de los dispositivos intrauterinos.

En la actualidad todavía no se comprende bien el modo de acción exacto de las píldoras anticonceptivas de emergencia. Las investigaciones realizadas hasta la fecha han demostrado que las píldoras anticonceptivas pueden inhibir o retrasar la ovulación. De acuerdo al momento en que se tomen en relación con el ciclo menstrual también pueden inhibir la fecundación al afectar el transporte tubárico del óvulo o, después de ocurrida la fecundación, puede interferir con la implantación uterina del óvulo fecundado al producir alteraciones en la estructura del endometrio, lo que lo convierte en un lugar inadecuado para la nidación.

Es conveniente precisar que las píldoras no pueden perturbar un embarazo ya establecido pues no surten efecto después de que se ha producido la implantación. La eficacia de las píldoras anticonceptivas de emergencia es del 75 %.

El mecanismo de acción exacto de los dispositivos intrauterinos (DIU) en la anticoncepción de emergencia no está bien determinado. Se cree que previene la fertilización y la implantación. La implantación ocurre una semana después de la fertilización, por tanto, como los DIU que se utilizan para la anticoncepción de emergencia se colocan dentro de los 5 primeros días después del coito, no producen el aborto. El DIU que libera cobre es altamente eficaz para la anticoncepción de emergencia y tiene una tasa de eficacia reportada superior al 99 %.

GRÁFICOS N°23 Y N°24

ENCUESTAS DIRIGIDAS A USUARIAS ADOLESCENTES EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR.



GRÁFICOS N°25 Y N°26

PLAN DE CHARLAS TEMA “PLANIFICACIÓN FAMILIAR”



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

CRONOGRAMA	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
	SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS			
	1era.	2da.	3era.	4ta.	1era.	2da.	3era.	4ta.	1era.	2da.	3era.	4ta.	1era.	2da.	3era.	4ta.	1era.	2da.	3era.	4ta.	1era.	2da.	3era.	4ta.
Aprobación del proyecto																								
1. Entrevista con el director de tesis	→		→																					
Corrección del Planteamiento del problema			→																					
2. Reunión con el director de trabajo de tesis.					→																			
Desarrollo de marco teórico. Elaboración de hipótesis.	→																							
Recolección de datos.	→																							
Análisis de los datos del informe.									→															
Conclusiones y Valoración Crítica de la investigación									→															
Corrección de datos									→															
3. Reunión con el director de trabajo de tesis.											→													
Revisión primer borrador del trabajo de tesis													→											
Revisión final de tesis																→								
Sustentación de tesis																	→							
Informe Final																					→			
Graduación																							→	