



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO
DE GUAYAQUIL**

**Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Enfermería
"San Vicente de Paúl"**

**TESIS DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE:
Licenciada en Enfermería**

TEMA:

"Métodos de Planificación Familiar en las
Adolescentes de 12 a 19 Años que Acuden a la
Consulta Externa del Hospital Materno Infantil
Mariana de Jesús en el Periodo de
Enero a Abril del 2010"

AUTORA:

Heyvar Grisales García

ASESORA:

Lcda. Ana González

**Guayaquil - Ecuador
2010**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA "SAN VICENTE DE PAÚL"**

**TESIS DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TEMA:

**"MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS
ADOLESCENTES DE 12 A 19 AÑOS QUE ACUDEN A
LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MATERNO
INFANTIL MARIANA DE JESÚS EN EL PERIODO DE
ENERO A ABRIL DEL 2010"**

AUTORA:

HEYVAR GRISALES GARCÍA

ASESORA:

LCDA. ANA GONZÁLEZ

GUAYAQUIL - ECUADOR

2010



El Jurado examinador en vista de la prueba rendida concede la siguiente calificación:

NOTA:

EQUIVALENTE:

JURADO:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Fecha: _____

AGRADECIMIENTO

Al creador, por haber sido mi guía espiritual para alcanzar mi objetivo a pesar de todos los obstáculos que se presentaron en este arduo pero recompensado camino.

A mis padres, por su constancia e impulso para culminar mi carrera.

A la directora de la carrera de enfermería Lcda. Nora Carrera Rojas, a la licenciada Ana Gonzales, que con sus conocimientos y experiencias supieron llenar mis vacíos y orientarme para poder culminar con éxito el desarrollo de mi tesis.

Heyvar Grisales García

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres por siempre estar presentes en mi vida dándome fuerza, cariño, apoyo y sobre todo brindándome su confianza.

A mi hermana que también ha sido un apoyo muy importante y esencial en mi vida.

A mis compañeros y amigas y a todas las personas que me ayudaron a lograr esta gran meta en mi vida.

Heyvar Grisales García

ÍNDICE GENERAL.

Introducción.	1
Justificación .	2
Planteamiento del problema.	3
Propósitos y objetivos.	5
Propósito.	5
Objetivo General.	5
Objetivos Específicos.	5

CAPÍTULO I

SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES EN EL PAÍS

1.1. ¿Cuáles son las grandes preocupaciones en el tema alrededor del embarazo adolescente no planificado?	9
1.2. Los desafíos que debe encarar Ecuador sobre el Embarazo Adolescente.	10
1.3. Misión del fondo de población de naciones unidas, UNFPA.	12
1.4. Programa de país 2004-2008.	13
1.5. Pasado y presente en el Ecuador.	14
1.6. Un largo camino por recorrer.	17
1.7. Marco legal sobre los derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes.	18
1.7.1. Derechos y protecciones.	18
1.7.2. Asistencia en salud.	19
1.8. Los Derechos.	21
1.9. La Educación.	25
1.10. Prevención de violencia.	27
1.11. Conductas y prácticas saludables.	28

CAPÍTULO II

PARTES ANATOMICAS Y FISIOLÓGICAS DE LA ADOLESCENCIA

2.1.	Introducción.	29
2.2.	Adolescencia femenina.	30
2.3.	Cambios que sufre el aparato reproductor femenino por influencia de las hormonas.	30
2.4.	Cambios hormonales o madurez psiconeuroendocrina.	31
2.5.	Cambios Psicológicos.	32
2.6.	Pubertad femenina.	33
2.7.	Eje Hipotálamo-Hipófisis-Gonadal.	34
2.8.	Estructura Anatómica y Fisiológica.	34
2.8.1.	Hormonas del Aparato Reproductor femenino.	35
2.8.2.	Circulación porta Hipotálamo-Hipófisis.	37
2.8.3.	Interrelación Hipotálamo-Hipófisis-Ovárica.	38
2.9.	Ciclo sexual femenino.	39
2.9.1.	Divisiones del ciclo sexual femenino.	40
2.9.2.	Ciclo Ovárico.	41
2.9.3.	Ciclo Endometrial.	47
2.9.4.	Menstruación.	49
2.9.5.	Leucorrea durante la menstruación.	50
2.10.	Síndrome pre-menstrual.	50
2.10.1.	Síntomas y signos.	50
2.10.2.	Tratamiento.	51
2.12	Alteraciones del ciclo sexual femenino.	51
2.12.1.	Amenorrea.	51
2.12.2.	Menorragia.	52
2.13.	Dismenorrea.	52
2.12.	Alteraciones del ritmo.	53

CAPÍTULO III

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN ADOLESCENTES Y LA FAMILIA Y DESARROLLO PSICOSOCIAL Y ETAPAS DEL DESARROLLO

3.1.	Generalidades.	54
3.2.	Desarrollo en la adolescencia.	55
3.3.	Embarazo en Adolescentes.	67
3.4.	Consecuencia de un embarazo en la adolescencia.	70

CAPÍTULO IV

NORMAS DE ATENCIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

4.1	Planificación familiar.	72
4.1.1	Objetivos.	73
4.2	Métodos anticonceptivos naturales.	74
4.2.1	Método de Billings o del Moco Cervical.	75
4.2.2	Método basado en la temperatura basal.	75
4.2.3	Método del Ritmo, calendario u ogino kaus.	76
4.2.4	Método durante la lactancia materna.	77
4.2.5	Método Sintotérmico.	78
4.2.6	Métodos Temporales.	79
4.2.7	Métodos de Barrera.	90
4.2.8	Métodos Químicos.	94
4.2.9	Métodos Definitivos.	95
	Hipótesis.	96
	Variables.	96
	Operacionalización de Variables.	97

METODOLOGÍA

Métodos.	98
Técnica.	98
Universo.	98
Muestra.	98
Plan de observación.	99

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Interpretación de los Resultados.	115
Criterio para Elaborar la Propuesta.	118

PROPUESTA EDUCATIVA

“PROGRAMA EDUCATIVO PARA LAS USUARIAS ADOLESCENTES DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ACERCA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”

Introducción.	119
Justificación.	119
Objetivos.	120
Importancia.	120
Metodología.	120
Población Objetivo.	121
Factibilidad.	121
Descripción de la propuesta.	122
Evaluación de la propuesta.	130
Beneficiarios.	130
Visión.	131
Misión.	131
Política.	131
Conclusiones.	132

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es uno de los temas de mayor interés en la actualidad de nuestro país, donde 18 de cada 100 adolescentes quedan embarazadas, ya sea mientras se encuentran estudiando en un centro educativo o por el ocio al que son sometidas por sus familiares, debido a razones económicas o sociales.

El embarazo adolescente, se ha convertido en un problema social, que se ha intentado combatir con la educación, para el efecto, se decretó la obligatoriedad de la materia de educación sexual en todos los planteles educativos del país, con el firme objetivo de poder instruir a los adolescentes en temas sexuales y evitar que por el desconocimiento del funcionamiento de los órganos reproductores y otros factores psico – sociales, se produzca el embarazo precoz.

Para el efecto, se ha realizado la presente investigación, que pretende dar a conocer los métodos de planificación familiar a las adolescentes que acuden a los centros de salud, para lo cual ha sido necesario determinar sus condiciones socioeconómicas, mediante una investigación directa, que ha permitido dar a saber su forma de vida, cuantos hijos tienen las adolescentes de 14 a 19 años de edad, su estilo de vida, los métodos anticonceptivos que ha utilizado y su efectividad práctica, añadiendo además, quien le ha informado y orientado a estas usuarias acerca de los métodos de planificación familiar que utilizan y por qué lo utilizan.

JUSTIFICACIÓN

Una de las razones para realizar este estudio es para dar a conocer a las clientes del uso adecuado de como utilizar los métodos anticonceptivos para que no se incremente la incidencia de embarazos no deseados en las adolescentes, ya que en la actualidad casi la quinta parte de la población mundial son adolescentes de 10 a 19 años de edad y este número cada día es mayor, sobre todo en países en vías de desarrollo.

Entre los adolescentes de la misma edad, existen grandes variaciones en cuanto a desarrollo biológico, madurez emocional y desarrollo cognoscitivo, la mayoría alcanzan la madurez sexual antes de la emocional, social o económicamente independientes.

Por otra parte, es importante señalar que en los países en vías de desarrollo, del 20 al 80% de los embarazos y partos en adolescentes son no planeados, siendo mayores los riesgos obstétricos para este grupo de edad.

En estudios realizados se logro detectar que la gran mayoría de los adolescentes ya son padres de varios hijos y apenas se encuentran entre los 17 y 19 años de edad. Es impactante aun de la gran difusión por los medios de comunicación los adolescentes no toman su sexualidad con responsabilidad.

Por lo que es importante abordar el tema del uso inadecuado de los anticonceptivos para de esa manera estructurar estrategias educativas que disminuyan los embarazos no deseados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús es una institución que pertenece al estado, brinda el servicio de ginecología, pediatría, consulta externa, programas de Tuberculosis, VIH, Salud Escolar, Banco de Leche, Planificación Familiar y demás especialidades, brindando una atención de calidad y calidez.

Está ubicado en el Sur Oeste de la Ciudad en el Suburbio en las Calles Rosendo Avilés y la 27. A este hospital acuden mujeres adolescentes multíparas esto lo he podido notar mientras realizaba mi rotación de internado de enfermería. Me parece indispensable saber cuál es el motivo por el cual las adolescentes no están llevando a cabo un correcto uso de métodos anticonceptivos ya que cada día se incrementa el índice de adolescentes embarazadas.

La Comisión de Equidad Social y Género del Municipio de Quito establece que anualmente en el país se registran 300 mil embarazos anuales de los cuales 1 de cada 5 corresponden a adolescentes que en un 80% inicia su vida sexual antes de los 15 años.¹

A esto se suma que del total de mujeres que llevan vida sexual activa y que se ubican entre los 15 y 19 años de edad, el 57,2% habita en áreas urbanas y el 42,8% en rurales. De igual forma la Sierra registra 50,7% de casos, la Costa 44%, la Amazonía 5,2% y la región insular el 0,1%, datos del año 2008.²

¹ www.inec.gov.ec/

² www.inec.gov.ec/, datos del 2008.

La edad promedio en la que hombres y mujeres inician su vida sexual es a los 16 años, cifra que preocupa pues la intención es que los adolescentes jóvenes posterguen el comienzo de su vida sexual activa y precoz, si lo hacen a esa edad, que lo hagan de forma responsable.

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo y en la mayoría de los casos no deseado en los momentos en que se conoce el embarazo, situación que aunque cambia con el tiempo, mantiene proporciones aún altas hacia el final del embarazo. No más del 40% de las jóvenes cuentan con el apoyo de su pareja hacia el final de este.³

Que causas motivan el incremento en la incidencia de embarazos en adolescentes.

- Factores socioculturales: la evidencia del cambio en las costumbres, derivados de una nueva libertad sexual que se da por igual en todos los niveles socioeconómicos, debido a una actitud más permisiva de la sociedad ante las relaciones sexuales prematrimoniales, unida a la ignorancia de las jóvenes acerca de la anatomía y fisiología normales y de la posibilidad de reproducción, son causas directas del incremento citado en el número de embarazos en adolescentes.
- En este sentido influye igualmente la disminución del temor a las enfermedades venéreas basada en la conciencia pública universal sobre su fácil curación y así mismo, la frecuencia cada vez mayor de matrimonios entre menores de edad.

Revisados los conceptos anteriores podemos plantear la siguiente pregunta:

¿Qué Factores influyen en el manejo inadecuado de los métodos anticonceptivos en las mujeres adolescentes en el área de consulta externa en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús?

³ <http://www.ejournal.unam.mx/dms/no16/DMS01611.pdf>

PROPÓSITO Y OBJETIVOS.

PROPÓSITO.

- Evaluar los conocimientos de las adolescentes de 12 a 19 años acerca del uso de los métodos anticonceptivos.

OBJETIVO GENERAL.

- Plantear una propuesta para orientar y concienciar a las mujeres adolescentes acerca del uso adecuado de los métodos anticonceptivos en el área de consulta externa en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús, para evitar el incremento de embarazos no deseados.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Dar a conocer la importancia del uso de los métodos anticonceptivos.
- Identificar las causas por las cuales las adolescentes que acuden a la consulta externa del Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús no utilizan los métodos anticonceptivos en su planificación familiar.
- Determinar las condiciones ofrece el servicio de educación para la salud de la consulta externa del Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús a las adolescentes sobre una adecuada planificación familiar.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES EN EL PAIS.

La salud sexual y reproductiva de la población adolescente brinda elementos para la promoción y atención de la salud sexual y reproductiva de este grupo de población.

La población adolescente y juvenil constituye un grupo importante de la población ecuatoriana, según el censo del 1990 representaba el 23.7% (2.262.608) de la población total de país y se estima que para el 1995 era de 2710.470. En este grupo, 54.84% correspondían al grupo de 10 a 14 años (Adolescentes menores) y el 45.10% al grupo de 15 a 19 años (Adolescentes mayores). La realidad epidemiológica de este grupo poblacional permite evidenciar con claridad que están expuestos a riesgos que se relacionan tanto con las condiciones socio-económicas, como riesgos vinculados a concepciones y prácticas de género, lo que tiene especial importancia en el campo sexual y reproductivo.⁴

En las primeras causas de muerte de la población adolescentes además de los problemas relacionados a carencias básicas, se constata diferencias marcadas según sexo.⁵

En mujeres, están entre las primeras diez causas, las complicaciones de embarazo, parto y posparto, (siendo el aborto un problema muy frecuente), el suicidio, los problemas nutricionales. En hombres consta causas violentas, accidentes, homicidios, y también el suicidio.⁶

⁴ www.aprofe.org.ec/...poblacional/.../2008_10_plan_nacional_embarazo.pdf

⁵ Adolescencia%20y%20salud%20sexual...modulo6

⁶ www.monografias.com > Estudio Social

Los embarazos tempranos y embarazos no deseados constituyen graves problemas que enfrentan adolescentes, pues esta situación índice negativamente sobre las posibilidades de un desarrollo integral de sus hijos/las.

El 17.1% de mujeres menores de 19 años ya son madres, (ENDEMAIN-94). A nivel mundial se ha visto la necesidad de generar acciones prioritarias para la protección de salud sexual y reproductiva de este grupo poblacional.

En 1990, La Cumbre Mundial a Favor de la Infancia estableció la importancia de la salud adolescente. En 1994, la Conferencia de Cairo, sobre población y desarrollo, planteo una visión más integral sobre la salud reproductiva y la necesidad de la promoción de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente y juvenil. También la Conferencia Mundial de la Mujer, plantea a este grupo de población como un grupo prioritario.

En el país, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están apoyando iniciativas relacionadas a la salud integral de los/las adolescentes, y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) está impulsando el Programa Nacional de Atención Integral a la Salud del Adolescente, se han elaborado documentos conceptuales y las Normas de Atención integral a este grupo poblacional.

Existen experiencias importantes como el servicio de Atención integral a la Adolescente embarazada de la Maternidad Isidro Ayora, los servicios integrales juveniles.

De igual manera, el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, ha emprendido procesos de promoción de la salud sexual y reproductiva de la

población adolescente y juvenil. Entre las cuales está el Proyecto Mujer, Salud Integral y Educación con Auspicio del UNFPA.

Aunque a partir de la década de los 70 en el siglo XX empieza a disminuir la tasa de natalidad en América Latina hasta los 80 los índices indicaban que el mismo fenómeno se extendió en las mujeres adolescentes. Sin embargo a partir de esa década solo en cuatro países se mantiene disminuido el porcentaje de madres adolescentes y el resto de países en la región tiende a crecer superando los índices en África.⁷

Según las investigaciones de la CEPAL existen cuatro condiciones básicas que han mantenido esta alarmante tendencia que tiene consecuencias en el desarrollo integral de las y los adolescentes:

- Inicio más temprano del ejercicio de la sexualidad
- El impacto incierto que ejercen los medios de comunicación en la erotización del mundo que nos rodea
- Insuficiente educación sexual que proveen los sistemas de educación
- La no consideración de los derechos sexuales y reproductivos en las políticas públicas de los Estados.

1.1. ¿CUÁLES SON LAS GRANDES PREOCUPACIONES EN EL TEMA ALREDEDOR DEL EMBARAZO ADOLESCENTE NO PLANIFICADO?

- En primer lugar esta su salud, en tanto hay mayores riesgos tanto en el embarazo como en el parto, posparto y puerperio
- Ya que la carga de la reproducción social recae en las mujeres como parte de los roles de género asignado por las sociedades latinoamericanas, las mujeres adolescentes tienen mayores obstáculos

⁷ Asambleanacional.gov.ec/.../26-de-septiembre-dia-de-la-prevención-de-embarazo-adolescentes-en-el-ecuador/.

para reingresar a los sistemas de educación y de concluir estudios universitarios a largo plazo.

- Las responsabilidades sobre el embarazo adolescente recae siempre en las mujeres y después en la crianza y cuidado, dejándolas desprotegidas y en su mayoría sin el apoyo de su pareja.
- Los adolescentes varones son en su mayoría padres o parejas ausentes.
- La falta de acceso a la educación formal y consecuentemente a un empleo mejor remunerado y los estigmas socio culturales basados en ser madres solteras provocan mayor exclusión social y pobreza que afectarán su desarrollo persona y el de sus hijos.

1.2. LOS DESAFÍOS QUE DEBE ENCARAR EL ECUADOR SOBRE EL EMBARAZO ADOLESCENTE

En el contexto de la situación de los derechos sexuales y reproductivos de las y los Adolescentes, el Ecuador formando parte del Organismo Regional Andino de Salud- Convenio Hipólito Unanue, el 30 de marzo de 2007 resuelve "Reconocer las consecuencias del embarazo no planificado en adolescentes como un problema de salud Pública dentro de la subregión y declarar prioritarios los planes para su prevención y atención integral"⁸

El Ecuador desde ese año forma parte del Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, y como antecedentes, el 26 de septiembre de cada año se declaró mediante acuerdo ministerial el "Día de la prevención del embarazo adolescente" desde el año 2005. Además en el Plan Decenal de Desarrollo y en la Agenda Social de la Niñez y Adolescencia 2007-2010 se propuso como objetivo el reducir en un 25% el embarazo adolescente hasta el año 2010.

⁸ www.telegrafo.com.ec

Según datos del Ministerio de Inclusión Económica y Social "En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa). Los años de escolaridad promedio de nuestros jóvenes es de apenas 6.8 años, de un total de 9 años obligatorios. Solo el 8.3% de la población juvenil completa sus estudios universitarios. El 57.8% de mujeres de entre 15 y 24 años, eran estudiantes cuando supieron de su primer embarazo e interrumpieron sus estudios, de ellas tan solo el 16.5% volvió a estudiar y el 41.3% en promedio no volvió a hacerlo."

Los principales desafíos por parte del estado son:

- Garantizar el respeto y ejercicio de los derechos sexuales, los derechos reproductivos y su relación con otros derechos humanos como son la no discriminación, el acceso a educación e información, acceso a servicios de salud con enfoque generacional, acceso a métodos de planificación familiar
- Políticas, planes y programas estatales que reduzcan el embarazo adolescente no planificado
- Sistemas de salud que garanticen la maternidad gratuita en todos sus niveles y que integren el enfoque de género y generacional
- Capacitación de los servidores y servidoras de los sistemas de salud y educación
- Despenalización del aborto en casos de violencia sexual y servicios de salud seguros para practicarlo

Para 2007 las y los adolescentes en Ecuador a través de distintas representaciones de organizaciones sociales declararon como mandato para el Estado los siguientes principios y derechos relacionados a su salud:

- Garantizar la soberanía de los cuerpos como primer territorio de autodeterminación
- garantizar la diversidad en las expresiones culturales, de identidad, de edad, y orientación sexual
- Reconocimiento y garantía de la salud como un derecho fundamental
- Garantía del derecho a tomar decisiones libres sobre su vida sexual y a ejercerla de forma responsable
- Garantizar la educación sexual científica, oportuna, acorde a la realidad, libre de prejuicios, mitos y estigmatizaciones
- Garantizar el acceso a recibir servicios de atención especializada y diferenciada con calidad y calidez, el acceso a métodos de planificación familiar y anticoncepción de emergencia para la prevención de embarazos no deseados.
- Maternidad Adolescente en América Latina y el Caribe, UNICEF, CEPAL, Revista Desafíos, Número 4, enero 2007.
- Boletín informativo sobre embarazo adolescente en el Ecuador, Dirección de la Juventud, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Quito, Ecuador.⁹

1.3. MISIÓN DEL FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS, UNFPA

El UNFPA presta asistencia a los países en desarrollo, a los países con economías en transición y otros países que lo soliciten en cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva y cuestiones de población y, como lo ha venido haciendo desde su creación, estimula la toma de conciencia sobre estas cuestiones en todos los países.

El UNFPA centra sus actividades en tres esferas principales:

⁹ www.unfpa.org.ec/sito/intex.php?opinion=com.

- Promover el acceso universal a la salud reproductiva, incluidas la planificación de la familia y salud sexual;
- Apoyar estrategias de población y desarrollo que propicien el fomento de la capacidad de programación en materia de población;
- Sensibilizar sobre las cuestiones relacionadas con la población y el desarrollo y movilizar los recursos y la voluntad política necesarios para la realización de las tareas de Fondo.

El UNFPA se rige por los principios del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, y vela por su aplicación.

En particular el UNFPA afirma su compromiso de promover los derechos humanos, la equidad entre hombres y mujeres, las responsabilidades del varón, y la autonomía y la potenciación de la mujer en todo el mundo.

1.4. PROGRAMA DE PAÍS 2004 – 2008

El Programa del UNFPA para el país 2004-2008 se elaboró en consulta con el Gobierno, las ONG y otros asociados para el desarrollo. Contribuirá a reducir la pobreza centrándose en la salud sexual reproductiva, la población y el desarrollo y la potenciación de la mujer, así como al logro de las Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El programa, que se basa en las experiencias adquiridas y las lecciones aprendidas de programas anteriores, reforzará la educación, la información y los servicios en salud sexual y reproductiva para facultar a la población a ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Las mujeres, los jóvenes y la población indígena serán los destinatarios del programa. El programa también apoyará el fomento de la capacidad nacional para generar información demográfica que pueda hacer más eficientes y

eficaces las políticas públicas, y realizar tareas de promoción basadas en pruebas.

Las intervenciones del programa para el país consolidarán el trabajo que se realiza actualmente con los municipios, que abarca ocho de las 22 provincias del país. La propuesta de programa también comprenderá acciones encaminadas a apoyar la formulación de políticas nacionales para los sectores de la salud y la educación.

Al ejecutar el programa para el país, el UNFPA procurará establecer alianzas con las organizaciones de los pueblos indígenas con miras a formular estrategias eficaces de información y servicios en materia de salud sexual y reproductiva destinados a la población indígena. El programa también apoyará mecanismos que permitan llegar a los hombres que integran las fuerzas armadas y de policía.

Con respecto a los adolescentes, UNFPA, en apoyo al Ministerio de Educación y Culturas, apuntalará la implementación del Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor, PRONESA.

El programa para el país tendrá cuatro componentes programáticos: educación en sexualidad, salud sexual y reproductiva, población y desarrollo, género y participación ciudadana.

1.5. PASADO Y PRESENTE EN EL ECUADOR

En los 25 años de la presencia del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA en Ecuador, la problemática sobre población, entre otras, fue enfrentada como uno de los temas críticos del mundo contemporáneo y tiene como base el derecho a una vida digna para los seres humanos. La sobrevivencia de la humanidad podrá ser mantenida por la aceptación de las personas de un equilibrio con su propia especie, con los otros seres vivos, con la naturaleza y con los recursos. En este

entendimiento surgen las conferencias y acuerdos mundiales sobre población que han dado las pautas para la conceptualización y para el accionar en esta materia, para describir tendencias demográficas y sobre todo para identificar problemas y proponer criterios e instrumentos para resolverlos.

La redefinición del problema sobre población, que evoluciona desde una concepción estrictamente demográfica hacia una perspectiva de desarrollo, es el referencial que orienta el accionar del UNFPA en Ecuador. Esta reelaboración conceptual implica introducir una visión de desarrollo sostenible que contempla unitariamente los temas sobre población, pobreza, medio ambiente, migración, educación, salud sexual y reproductiva, género, cooperación internacional y tecnología.

Es un cambio paradigmático que tiene como marco referencial el Programa de Acción de la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y que ha servido como base para el accionar tanto del Estado como de la sociedad civil ecuatoriana, tendiente al mejoramiento de las condiciones de vida.

La cooperación internacional en Ecuador, de forma relevante la del Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA, ha contribuido para dar impulso a un conjunto de disposiciones legales y programas dirigidos a modificar la dinámica demográfica y armonizarla con el desarrollo económico y social. Si bien las preocupaciones iniciales de UNFPA fueron los aspectos demográficos, éstos han ido ampliándose conforme los contextos y las necesidades del país.

La Planificación Familiar, inicialmente restringida a la idea de regulación de la fecundidad -métodos y servicios-, seguida por los programas de salud materno-infantil –centrados en la atención del binomio madre-hijo y los programas de maternidad segura –focalizados en la atención prenatal y postnatal de las mujeres embarazadas- ha sido

ampliada a la Salud Reproductiva, incorporada en el Manual de Normas del Ministerio de Salud Pública (1999) y basada en el marco de Derechos Sexuales y Reproductivos y equidad de género .

El reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, sustentados en los valores de libertad, autonomía, empoderamiento e igualdad/ equidad, demanda un abordaje indivisible del conjunto de los Derechos Humanos.

En Ecuador se está trabajando por conseguir la salud reproductiva y la salud sexual, aunque con énfasis diferentes y logros todavía iniciales. A pesar de contar con un marco legal que posibilita el cumplimiento de estos derechos, su ejercicio aún es algo por construir. Se necesita avanzar en el desarrollo una cultura de corresponsabilidad masculina, una cultura que perciba al hombre y la mujer como seres integrales y, en una realidad pluricultural como la ecuatoriana, cabe construir propuestas que respondan a la diversidad étnica. Las y los adolescentes, en tanto constructores de sus propios imaginarios, de sus expectativas, de sus identidades, necesitan oportunidades para que se expandan su acceso a los servicios y consejería sobre sus necesidades sexuales y reproductivas, requieren espacios para ser actores activos del desarrollo y para contribuir al mejoramiento de la sociedad con su aporte creativo.

En educación el país cuenta con un marco legal importante como es la Ley Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor (1998), el Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor (2003) y el Reglamento para el Tratamiento de los Delitos Sexuales en el Ámbito Educativo (2002). Se ha iniciado un interesante proceso de capacitación a maestros en ejercicio y en formación en los temas de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. En el campo educativo, otros retos son la superación, en la enseñanza y en la investigación, de dicotomías existentes entre las Ciencias Humanas y la Estadística, la formación de investigadores que integren los conocimientos sobre fenómenos sociales

en población y desarrollo con la Demografía y la Estadística, así como la construcción de campos temáticos inter y transdisciplinarios.

1.6. UN LARGO CAMINO POR RECORRER

En los desafíos actuales de la cooperación del UNFPA en Ecuador, se reconoce la necesidad de colocar los estudios sobre población, en la base de las políticas sociales, así como también el desarrollo de marcos conceptuales comunes.

Con la premisa de fortalecer las prioridades determinadas por el Estado ecuatoriano, se reconoce la importancia de dar continuidad, consolidación y sostenibilidad a los procesos iniciados en las áreas de trabajo en las que el UNFPA tiene presencia, así como la ampliación de su población destinataria.

Los retos que se presentan serán enfrentados a través del fortalecimiento simultáneo de la institucionalidad en los ámbitos local, provincial y nacional, así como del fortalecimiento de las coordinaciones – redes intersectoriales e interinstitucionales.

Entre las estrategias para la consecución de estos desafíos están la incorporación del componente de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) en el Sistema Nacional de Salud, así como el apoyo a la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. En el área de salud son temas prioritarios: las estrategias para la reducción de la mortalidad materna, el mejoramiento de los servicios con enfoque intercultural enfatizando la prevención de la violencia de género y la prevención de VIH/SIDA. La educación de la sexualidad en el aula y la educación con adolescentes y jóvenes en espacios extra-escolares, constituyen prioridades sobre las que se plantea incidir. Tomando en cuenta la situación de violencia a causa del conflicto armado colombiano, se incorpora el componente de Salud Sexual y Reproductiva para poblaciones refugiadas, desplazadas y receptoras en las provincias de la

frontera norte para poblaciones. En este largo camino recorrido y por recorrer ha sido fundamental la conceptualización y reconceptualización, así como el establecimiento de acciones políticas, pragmáticas e institucionales sobre población y desarrollo en el Ecuador. Es la huella que perdura... y se proyecta.¹⁰

1.7. MARCO LEGAL SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. CAMPAÑA NACIONAL DE EMBARAZOS PRECOCES

TODAS LAS PERSONAS ESTAMOS SUJETAS a derechos y obligaciones consagrados tanto en los Convenios y Normas Internacionales, ratificados en la Constitución de la República del Ecuador, en Códigos y Leyes Especiales. En el caso de las/los adolescentes, los derechos están enfocados a consagrar y garantizar los principios rectores de un desarrollo pleno y armonioso, en medio de una convivencia familiar y social, precautelando las situaciones de riesgo y las medidas que pueden adoptarse para protegerlos y superar estos riesgos. Se fundamentan de igual manera en los derechos de la familia, la madre gestante y el niño/ña y los/as adolescentes. (Art. 47 C.P.).

1.7.1. DERECHOS Y PROTECCIONES

Todos los niños, niñas y adolescentes, tienen derecho a la protección de su vida y salud, mediante la ejecución de políticas sociales y económicas que permitan su concepción, gestación, nacimiento y desarrollo físico e intelectual en condiciones dignas de existencia y en un marco de atención prioritaria de la salud familiar. Desde el momento de la concepción el niño/ña debe ser protegido en forma integral e íntegra, en todos y cada uno de los períodos de su desarrollo evolutivo, incluido el prenatal (Art. 4 C.M. Art. 43,49 C. P.).

¹⁰ www.unfpa.org.ec/sitio/intex.php?option=com.

Se encuentran obligados a brindar esta protección, en primer lugar, la familia conformada ésta por vínculos jurídicos o de hecho, fundada en el libre consentimiento de los contrayentes, basada en la igualdad de derechos y oportunidades, obligaciones y capacidad legal de los cónyuges, brindando una orientación adecuada a todos sus miembros (Art. 2, 11 C.M., Art. 37, 38 C. P., Art. 81,82,95,96,101 No.3, 103, 134,136 C. C., Art. 1,2 LUHec.). debe proveer al niño de respeto, educación y crianza en un ambiente de afecto, acorde a sus derechos, constituyéndose en el principal garante de la salud física, mental y social (Art. 11 C.M.).

El Estado reconocerá y protegerá a la familia, como célula fundamental de la sociedad y garantizará las condiciones que le favorezcan íntegramente, de igual manera al matrimonio, la maternidad, el haber familiar (Art. 37C.P, Art. 103 C. C.) y sobre manera a las madres y padres jefas / es de hogar. (Art. 40 C.P.). Fomentará y propugnará la maternidad y paternidad corresponsables, en el ejercicio de sus obligaciones, garantizando el derecho de las personas a decidir sobre la libre elección de su pareja y la conformación de una familia, el número de hijos que puedan procrear, adoptar, mantener y educar (Art. 39 C.P. Art. Inm. 11 Proyecto Ley Reformatoria al C.Sal.)¹¹

1.7.2. ASISTENCIA EN SALUD

En segundo lugar, el Estado está obligado, al igual que la comunidad, la sociedad en general, el poder público, las instituciones de salud y asistencia de menores a asegurar el ejercicio de los derechos de niños, niñas, y madres embarazadas; en especial de los grupos de adolescentes embarazadas, niños y niñas que al momento de nacer pesen menos de 2.500 gramos (Art. 13 C.M, Art. 39 C. P.); a proporcionar la información, educación, los medios y las condiciones adecuadas, así como la atención

¹¹ www.unfpa.org.ec/sitio/intex.php?option=com.

primaria, prioritaria, preferente y especializada durante el embarazo, el parto y puerperio, aplicando el principio del interés superior de los niños y adolescentes, prevaleciendo sus derechos sobre los de los demás.

LA DECLARACIÓN DEL ALMA ATA SEÑALA: "La Atención Primaria en Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación". El Estado garantizará el derecho a la salud, debiendo recibir atención prioritaria sobre todo los menores de 6 años (Art. 50 No. 1 C.P.) para asegurar su correcta nutrición, salud, educación y cuidados diarios especiales; también asegurará su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, así como la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud (Art. 42 C.P.); se mantendrá un registro estadístico y seguimiento sobre las atenciones, desarrollo de los embarazos, parto, puerperio, identificación, diagnóstico y seguimiento médico de los niños y niñas, sobre manera de aquellos que naciesen con discapacidades o problemas patológicos; informará a los padres y madres sobre sus responsabilidades en cuanto a la alimentación y control de desarrollo.¹²

La Atención Primaria de Salud, que forma parte integrante del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función y núcleo central del desarrollo social y de la comunidad, representa el primer contacto con los individuos, la familia y la comunidad, obligada a brindar servicios de calidad.

¹² www.unfpa.org.ec/sitio/intex.php?option=com.

La calidad está vinculada a la técnica profesional, a la eficacia de los servicios y a la calidad sentida, percibida por el/ la usuaria / o, esta calidad técnica y sentida debe dar cuenta de la diversidad y por lo tanto tienen que responder a necesidades específicas; la calidad de servicios de salud sexual y reproductiva se refiere a una visión más profunda, en la cual la atención debe considerar a la persona en su individualidad. La Ley 100 de 1993, establece que la calidad es uno de los fundamentos de la prestación del servicio de salud.

A través del Decreto 2174 de 1996, se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad del Sistema de Seguridad Social en Salud, siendo las principales características de atención en salud, según la ley, la accesibilidad; oportunidad; seguridad; racionalidad; atención humanizada y la satisfacción de usuarios / as. (Art. 42C.P.)

Además, el Estado deberá capacitar a las familias y a las comunidades sobre formas de prevención, profilaxis y suministros de medicamentos básicos para el tratamiento y preservación de la salud de los niños y niñas (Art. 13, 14 C.M.) por lo que organizará un Sistema Nacional de Salud, el cual estará integrado por entidades autónomas, privadas y comunitarias de acuerdo a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia, debiendo funcionar en forma descentralizada, desconcentrada y participativa (Art. 42, 44, 45 C.P. Art. 1,3,15,63,96,116,118, 202 C. Sal.).¹³

1.8. LOS DERECHOS

Debemos destacar la importancia de la relación que debe existir entre los ámbitos legal y salud para la resolución de los problemas que afectan a

¹³ www.unfpa.org.ec/sitio/intex.php?option=com.

la salud, debiendo El Estado asumir las responsabilidades jurídico éticas, en especial sobre los aspectos médico legales, por esto y con el afán de mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva de la población adolescente, se han realizado varios estudios en los dos ámbitos. Al respecto, la Conferencia de El Cairo, (Capítulo. VII. No. 7.3., 1994) señala "La necesidad de abordar cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva en la adolescencia en particular sobre los embarazos no deseados, el aborto y las malas condiciones así como las enfermedades de transmisión sexual, mediante el fomento de una cultura reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria, incluyendo orientación y asesoramiento claramente apropiados para este grupo de edad. La salud sexual reproductiva está fuera del alcance de muchas personas en todo el mundo a causa de factores como conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes y de mala calidad en materia de salud reproductiva, las prácticas sociales discriminatorias y las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas". "Salud Sexual, es el estado general de bienestar físico, mental y psicológico que permite el ejercicio de la sexualidad, generando experiencias, relaciones y vínculos que posibiliten el desarrollo humano". Salud Reproductiva, es el estado de bienestar físico y mental correspondiente a la función procreadora del ser humano" (Art. 4,5 P.L.R.2º. debate C. Sal). Todos, hombres y mujeres, niños/ñas y adolescentes tienen el derecho a tomar decisiones libres y responsables sobre su vida sexual; derecho al conocimiento del cuerpo, fundamentalmente para decidir sobre él, conocer e identificar las etapas de desarrollo físico y psicológico con el fin de desterrar algunos mitos y conceptos errados, desentrañar tabúes y actitudes negativas, de acuerdo a su potencialidad en todas las etapas de su ciclo vital consolidando la plenitud del desarrollo humano y afectivo.¹⁴

¹⁴ www.unicef.org/ecuador/children.html

Además de la función biológica, la sexualidad en hombres y mujeres es un espacio de comunicación, de conocimiento, de placer, de recreación, de afecto, de construcción de identidad. La salud sexual y salud reproductiva, son aspectos muy importantes de la salud, concebida de forma integral tanto en el caso de las mujeres como en el de los hombres (Art. Inm.9 P.L.R. C. Sal.) , sin embargo, aunque ambas tienen que ver con todas las personas, la mayor parte de las responsabilidades y los problemas en este campo se han relacionado con las mujeres, debido a su capacidad de engendrar, gestar y dar a luz; surgiendo en un gran número de mujeres la idea de que ser madres, se convierta en su destino, en un paso obligatorio, y no en una opción de vida, que como tal pueda elegirse libremente. Por eso es importante no olvidar el derecho a decidir si queremos o no ser madres. (Art. 23. No. 4., 5,9, 25 C.P. Art. Inm. 11 P.L.R. C.Sal.).¹⁵

La salud sexual y la salud reproductiva, están interrelacionadas, puesto que la segunda incluye a la primera, sin embargo, disfrutar de salud no necesariamente implica tener hijos o hijas, pues los hombres y las mujeres tienen la posibilidad de elegir la sexualidad sin asociarla a la reproducción, ésta, simplemente puede ser parte de un lenguaje de amor en una pareja, puede tener expresiones distintas y debe convertirse en una fuente de desarrollo integral y de placer.

Los derechos humanos de las mujeres, incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a la sexualidad y a decidir libremente respecto de esta, sin verse sujeta a coerción, discriminación o violencia, prácticas que inciden negativamente sobre la vida y salud de hombres y mujeres y en general de la familia y la sociedad. (Art. 23 No.2 ,3,20 C.P.)¹⁶

¹⁵ www.unfpa.org.ec/sitio/intex.php?option=com.

¹⁶ www.unicef.org/ecuador/children.html

Los derechos sexuales y reproductivos están basados en otros derechos humanos fundamentales, tales como el derecho a la libertad, a la igualdad y a la dignidad. (Art. 23. No. 1,3,4,9,20,22,24 y 25 C.P.) La corresponsabilidad frente a la crianza, educación de los hijos/as no solo la tienen las mujeres sino también los hombres. Los padres, los esposos, los/las adolescentes, los miembros de la comunidad en que vivimos, todas las personas el Estado, tienen su propia responsabilidad frente al cuidado de su salud y de la de quienes todavía no están en capacidad de cuidarse por sí mismos en la familia o que, siendo adultos, tienen algún tipo de discapacidad o enfermedad. (Art. 43, 47 C.P. Art. 97 Inc.1. Art. 98 C. Sal.).¹⁷

Es necesario ejercer los derechos sexuales y reproductivos con una visión de género, propiciando el empoderamiento de las mujeres y promoviendo conceptos de autocuidado de su salud y autoconocimiento, la utilización de métodos anticonceptivos, con libre decisión sobre el proceso preventivo o curativo; disminuyendo los riesgos de enfermedad y mortalidad materno infantil; previniendo y tratando los casos de aborto con acceso a servicios inmediatos y competentes, sobre las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales del aborto, otras afecciones de la salud reproductiva como son enfermedades de transmisión sexual, casos de infertilidad; infecciones del sistema reproductor; obteniendo información adecuada, recibiendo atención y tratamiento sobre los casos de violencia sexual, acoso, hostigamiento, abuso de niñas/os e incesto.

El Estado efectuará planificará y ejecutará programas para evitar la violencia contra las mujeres, niños, niñas y personas discapacitadas, así como los riesgos reproductivos derivados de actividades laborales. (Art. Inm. 16 P.L.R. C. Sal. Art.50 No. 5. C.P. Art. 23 C.M.).¹⁸

¹⁷ www.unicef.org/ecuador/children.html

¹⁸ w.unfpa.org.ec/sitio/intex.php?option=com.

1.9. LA EDUCACIÓN

La manera de ejercer nuestros derechos sexuales y reproductivos se expresa básicamente a través del autocuidado y autoconocimiento pleno de nuestro cuerpo, estando atentos a los cambios o señales de malestares o enfermedades, consultando inmediatamente a un profesional de ser necesario, contando con información disponible, suficiente y en el momento en que la necesitemos, clara y entendible para poder tomar decisiones; accediendo a programas educativos y servicios de salud suficientes; ejerciendo y exigiendo las garantías que el Estado nos brinda a través de los organismos estatales o privados con acceso a una Educación de calidad y acorde a las necesidades de cada persona, desde el nacimiento.

Además, exigiendo la adopción de políticas tendientes a promover la participación y responsabilidad activa conjunta de la familia con educadores/as, de todas las instituciones y organismos de educación oficiales o privados de nivel pre primario, primario, secundario y técnico como actores responsables de los resultados de la socialización, el desarrollo psicosocial y afectivo de niños niñas y adolescentes, de transmitir los valores, actitudes, habilidades, de hacerlo inspirados en principios éticos, pluralistas, democráticos, humanistas, científicos, promoviendo el respeto a los derechos humanos, procurando una educación con orientación en sexualidad y el amor, deberá responder al medio, a la edad de los educandos y al rol esencial de los padres y madres de familia, como orientadores netos de sus hijos.¹⁹

Por su parte, el Ministerio de Educación será el encargado de elaborar programas abiertos y flexibles de educación sobre la sexualidad y

¹⁹ www.derechosecuador.com/index.php?

el amor, previa consulta con instituciones privadas y públicas que conozcan del tema, adaptando dichos planes y programas a la realidad cultural y sometiéndolo a conocimiento, consideración y aprobación del departamento de orientación y de los padres y madres de familia de cada plantel estudiantil, sin limitar su acción a los educandos; involucrando a la familia, para que esta participe activamente en un proceso de dialogo, reflexión y acción con toda la comunidad educativa.

Maestros y maestras deberán ser capacitados en el tema de la sexualidad y el amor, para lo cual el Ministerio de Educación, coordinará esta actividad con las Universidades e Institutos Pedagógicos y otras entidades conocedoras del tema; todas las Instituciones encargadas de la formación de docentes, deberán incluir como eje transversal de sus planes y programas el tratamiento de la sexualidad y el amor; establecerá y realizará el monitoreo de los proyectos educativos que desarrollen los establecimientos, siempre en coordinación con los padres y madres de familia, considerando su impacto, en la vida personal, familiar y comunitaria; será el encargado de coordinar con los medios de comunicación la difusión de programas referentes al tema de educación en sexualidad a fin de evitar que se distorsione lo establecido en el sistema educativo, controlando la calidad en el contenido de los programas que se emitan en forma pública en lo que se refiere a la sexualidad y el amor. (Art. 1 al 8 de Ley sobre la Sexualidad y el Amor R.O. No. 285). El Estado a través de los diversos Ministerios brindará servicios oportunos y de calidad, ofreciendo información sobre métodos anticonceptivos seguros, eficaces, de bajo costo y no perjudiciales (Art. Inm. 11 P.L.R.C.Sal.), contando con leyes que favorezcan el respeto por nuestros derechos sexuales y reproductivos, conociéndolos, difundiéndolos entre familiares, amigos / as, en nuestra comunidad; haciéndolos respetar cuando alguien pretenda desconocerlos; denunciando su violación si es del caso; luchando por una mayor participación en la elaboración, discusión, aplicación y evaluación de las políticas y programas públicos que afectan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; apoyando a las

instituciones encargadas de garantizar el disfrute y la defensa de los derechos de los y las adolescentes, a fin de lograr mejores condiciones de una vida plena, de calidad en salud mental, física y psicológica. Contando con la participación de los hombres como pareja en los programas de planificación familiar podremos lograr un manejo equitativo de las relaciones sentimentales y matrimoniales.

1.10. PREVENCIÓN DE VIOLENCIA

Los profesionales de la salud de los Centros públicos o privados, están sujetos a colaborar en forma obligatoria con la aportación de pruebas e informaciones en los casos de violencia, con expresa autorización del/la agredido/a y de acuerdo a su conveniencia; a brindar la atención necesaria, inmediata y precisa, además de informar oportunamente a las usuarias/os. Cualquier falta de cumplimiento con sus obligaciones será tramitada y sancionada a través de un sumario administrativo y la imposición de una multa. Según el Proyecto de Ley Reformatoria al Código de la Salud se establecerán Comités Provinciales y Cantonales de usuarias / os de los Centros de Salud con el fin de receptor denuncias en casos de negligencia, discriminación, denegación de servicios. Todos los profesionales de las ramas de derecho, trabajo social o cualquiera otra área los servicios de salud hospitalaria públicos o privados, o de los centros de educación, que en al momento de brindar atención a los usuarios/as niños, niñas y adolescentes detecten que ha existido casos o presunciones de abuso sexual, violación, estupro, maltrato, coerción, explotación sexual, tráfico de órganos o tejidos se encuentra obligado a denunciar en forma inmediata en un máximo de 48 horas, para precautelar la seguridad e integridad de los niños, niñas y adolescentes, bajo pena de ser acusados de encubrimiento y de entorpecer la actividad judicial.²⁰

²⁰ www.derechosecuador.com/index.php?

1.11. CONDUCTAS Y PRÁCTICAS SALUDABLES

La modificación de las pautas de compartimiento y de relaciones interpersonales entre hombres y mujeres en la vida privada, familiar, social y pública, es una condición para obtener el pleno ejercicio de nuestros derechos individuales, la eliminación de toda forma de discrimen, de violencia intrafamiliar y abuso; modificaciones que deben involucrar compromiso y decisión de todos y todas para revisar las formas de privilegio, poder y control jerárquico, tomando control autónomo sobre nuestro ser físico, sexual, psicológico, procurándonos desarrollo y prosperidad en lo económico, político, social y cultural, construyendo una identidad en los / las adolescentes plena en poderes y potencialidades. La protección de la salud sexual y reproductiva entre otros aspectos, implica desarrollar conocimientos y habilidades para el autocuidado y la prevención a través de conductas y prácticas saludables en torno a la sexualidad, acceso a información y la capacidad crítica para analizar la autoestima y autoconfianza, capacidad para tomar decisiones saludables, capacidad de resistir la presión del entorno, de superar prejuicios y tabúes, de generar respeto y valoración por sí mismo y de la pareja.²¹

²¹ www.derechosecuador.com/index.php?

CAPITULO II

PARTES ANATÓMICAS Y FISIOLÓGICAS DE LA ADOLESCENCIA

2.1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende entrever, uno de los mecanismos reguladores más sofisticados y por esto no se quiera decir "producto de la era moderna", sino desde siempre integrante del organismo humano, y cuyas piezas componentes, se unen, para integrar este poderoso eje regulador, no de manera arbitraria, sino cada una, en un sitio, y jugando un papel predeterminado, por la misma naturaleza.

Este preciso, mecanismo regulador y sus mensajeros (las hormonas), son la base explicativa de las modificaciones físicas y de la conducta de los adolescentes, por eso también hago una pequeña descripción de la misma, unas de las etapas más complejas por las que trasciende el ser humano.

La función reproductora femenina la podemos dividir en dos fases principales. La primera consta de la preparación del cuerpo femenino para la concepción y la gestación, la segunda es el propio periodo de gestación.

En este breve trabajo intentare explicar cómo se prepara el cuerpo femenino para la gestación de una nueva vida, y en la ausencia de esta, como renueva el seno materno para recibirla. Explicando el complejo mecanismo de regulación hormonal, y el ciclo sexual femenino.²²

²² www.monografias.com/salud/general

2.2. ADOLESCENCIA FEMENINA

"La adolescencia es como una casa en día de mudanza, un desorden temporal"

Es un largo proceso que transcurre en forma gradual entre la niñez y la madurez sexual.

La adolescencia se caracteriza por despertar la función ovárica, el crecimiento somático y la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

La adolescencia se extiende entre los 10 y los 20 años de edad. La inestabilidad y el desequilibrio característico de este periodo las hace vulnerables a alteraciones de origen psico-social. Existe una íntima correlación entre cambios físicos y psicológicos que conforman una totalidad indivisible.²³

2.3. CAMBIOS QUE SUFRE EL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO POR INFLUENCIA DE LAS HORMONAS

- Los Ovarios: Se hacen ovoides y se agrandan. Se acentúa la actividad de la masa folicular semimadura, y llega a la maduración folicular. El aumento de estradiol reactiva a sus órganos efectores.
- Las Trompas de Falopio: Se alargan y aumentan de grosor y en su epitelio se ven células adultas.
- El Útero: Aumenta su volumen y la relación original cerviz-cuerpo 2-1 se invierte. En el endometrio se diferencia la capa basal y la capa funcional.

²³ www.monografias.com/salud/general

- La Vagina: Crece en profundidad y se sitúa oblicuamente. Aparecen los pliegues vaginales.
- Los Genitales Externos: Se agrandan y aumenta su vascularización.

2.4. CAMBIOS HORMONALES O MADUREZ PSICONEUROENDOCRINA

Los cambios hormonales responden a la maduración de dos ejes. El eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal y el eje Hipotálamo-Hipófisis-Gonadal.

En la pubertad culmina el proceso madurativo del eje H-H-G que se inicio en la vida intrauterina.

Durante la infancia el Hipotálamo efectúa pulsos infrecuentes y erráticos para la liberación del factor liberador de gonadotrofinas o GnRH, ya que este es muy sensible a la retroalimentación inhibitoria (negativa) que producen los estrógenos circulantes.

Durante la pubertad, la sensibilidad a esta inhibición decae y aumenta la frecuencia de los pulsos secretores. Después de la menarquia se producen impulsos tónicos cada 90 minutos, variando durante el ciclo sexual femenino.

Los cambios mediados por los estrógenos en la pubertad son:

- Desarrollo de las Mamas: Maduración de los sistemas de conductos depósitos de grasa y proliferación del tejido conectivo. Pigmentación del pezón.²⁴
- Desarrollo Vaginal: Aumento de longitud, engrosamiento de la mucosa y disminución del PH vaginal.²⁵

²⁴ www.monografias.com/salud/general

²⁵ www.monografias.com/salud/general

- Otros Cambios Genitales: Aumento del tamaño del clítoris y del meato uretral.

Cambios mediados por la Progesterona:

- Proliferación del tejido secretor mamario.
- Contribución al crecimiento vaginal y uterino.
- Inicio del cambio cíclico del endometrio y del ovario.

2.5. CAMBIOS PSICOLÓGICOS

"Se denomina adolescencia a la edad de debida desobediencia. Se repite que todos los adolescentes tienen problemas. Pero no es cierto. La que tiene problemas es la familia del adolescente. Porque no hay adolescente mas enfermo que aquel que no tiene problemas. La única manera que tienen los padres de manejar a un adolescente es recordar su propia adolescencia".

En la adolescencia se producen cambios psicológicos muy importantes como consecuencia de la inestabilidad del sistema nervioso. En contraposición con los días apacibles de la infancia, se presentan disturbios en la esfera psíquica. Como son:

- Cambios en la Conducta.
- Aislamiento.
- Melancolía.
- Alteraciones del humor.
- Caprichos, Impaciencia, etc.

El rápido crecimiento somático, crea un desajuste en su anterior esquema corporal, de ahí cierta torpeza en los movimientos, su curiosidad ante el espejo, y el cambio de actitud ante sus nuevas formas.

La jerarquía de los valores se altera durante la adolescencia, y el sentimiento de independencia lleva a subestimar la autoridad de los padres.

La heterosexualidad se hace consiente y se experimenta timidez hacia el sexo opuesto. La aparición del ciclo sexual femenino casi siempre motiva un trauma psíquico, que es atenuado por su conocimiento previo, el cual debe ser impuesto por la madre.

2.6. PUBERTAD FEMENINA

La pubertad de la mujer está dividida en tres etapas:

- **Adrenarquia:** Tiene lugar entre los 7 y 8 años de edad. El crecimiento del bello pubiano comienza a los 11 y 12 años, seguido de la aparición del bello axilar. Estos efectos son mediados por la mayor producción de hormonas sexuales suprarrenales.
- **Telarquia:** El desarrollo de las mamas es el primer cambio sexual que se produce en las niñas. El aumento del tamaño de los pezones comienza a los 9 u 11 años, junto con el engrosamiento del sistema de conductos. Estos cambios están mediados por los estrógenos.
- **Menarquia:** El inicio del ciclo sexual femenino se produce entre los 10 y los 16 años de edad, la primera ovulaciones se produce 10 meses después del comienzo de la menarquia. Pasada la mitad de la pubertad se desarrolla un sistema de retroalimentación positiva por el que los estrógenos pueden estimular la liberación de gonadotropinas. La descarga de LH estimula la ovulación a la mitad del ciclo sexual femenino. El 90% de los ciclos mensuales son anovulatorios el primer año después de la menarquia.²⁶

²⁶ www.monografias.com/salud/general

2.7. EJE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISIS-GONADAL

El control hormonal del aparato reproductor femenino sigue el mismo esquema común a toda la endocrinología. El eje hipotálamo-hipófisis-gonadal controla la síntesis hormonal ovárica a través de factores liberadores (GnRH) y hormonas gonadotropicas (LH, FSH); los esteroides ováricos ejercen una retroalimentación negativa sobre el hipotálamo y la hipófisis.

2.8. ESTRUCTURA ANATÓMICA Y FISIOLÓGICA

- **Hipotálamo:** Constituye una compleja asociación de elementos celulares y tractos nerviosos que combinan la actividad secretora y neuronal. Está ubicado en la base del cerebro por debajo del tálamo y sobre la pared lateral del tercer ventrículo.
- En el hipotálamo se producen los factores liberadores que determinan la liberación de hormonas específicas de la adenohipofisis; se depositan en la eminencia media y por la circulación porta Hipotálamo-Hipófisis (será explicada más adelante) pasan a la adenohipofisis donde estimulan la liberación y síntesis de las gonadotropinas hipofisarias que son la hormona Luteinizante o LH y la hormona Folículo Estimulante o FSH.
- **Hipófisis:** Presenta dos lóbulos de distinto origen embriológico. El lóbulo anterior o adenohipofisis y el lóbulo posterior o neurohipofisis.
- La adenohipofisis regula las funciones del ovario mediante la producción de las hormonas FSH y LH, estas hormonas actúan directamente sobre los ovarios y también en forma indirecta mediante los sistemas de retroalimentación.
- **Ovarios:** Son estructuras ovals que se encuentran a los lados del útero. Están fijados a este por medio del ligamento ovárico.
- Los ovarios están constituidos por tres subunidades endocrinamente activas. El folículo, el cuerpo luteo y la medula. Estas tres subunidades

producen hormonas en proporciones distintas. Particularmente de estrógenos y progesterona.

2.8.1. HORMONAS DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Los órganos nombrados anteriormente son productores de hormonas del aparato reproductor femenino. Estos órganos producen varios tipos de hormonas, en este trabajo solo se nombraran las que intervienen en el eje Hipotálamo-Hipófisis-Gonadal y en el ciclo sexual femenino.

- Hipotálamo: Sintetiza la hormona liberadora de gonadotropinas o GnRH. Es una hormona producida por las neuronas hipotalámicas. Estimula la síntesis de LH y FSH en las células gonadotrópicas de la adenohipofisis. Llegan a esta por los vasos de la circulación porta.
- La Gn-RH es un decapeptido sintetizado por las células peptidérgicas hipotalámicas de la eminencia media, se halla bajo un fuerte control, y ejerce su acción en la adenohipófisis.
- La secreción de la Gn-RH no es constante sino pulsátil. Donde estos pulsos son infrecuentes e irregulares. Y están altamente controlados por la retroalimentación que puedan efectuar las gonadotropinas.
- Hipófisis: Secreta dos hormonas llamadas Gonadotropinas que son la hormona Luteinizante y la hormona Folículo Estimulante (LH y FSH).
- La secreción de la LH y FSH están controladas por la concentración de la Gn-RH que mantiene los niveles y regula la variación que controla el ciclo sexual femenino.
- Ambas hormonas son sintetizadas y secretadas por las células gonadotropas de la adenohipófisis y actúan sobre el ovario.²⁷
- Acciones de la FSH sobre el ovario: Estimula el crecimiento del folículo ovárico conduciéndolo hasta los diversos grados de maduración. Sólo uno llegará a la maduración completa.

²⁷ www.monografias.com/salud/general

- Favorece la mitosis de las células de la granulosa y la formación de la teca.
- Se encuentran receptores específicos en las células de la granulosa de los folículos preantrales.
- Estimula la formación de nuevos receptores a la propia FSH y luego de receptores para la LH a nivel del ovario.
- Acción de la LH sobre el ovario: En la fase folicular estimula con la FSH el desarrollo de los folículos y es responsable de la secreción estrogénica en dichas células.
- Sus receptores específicos se hallan en las células de la teca, siendo éstos inducidos por la FSH y los estrógenos.
- Su incremento brusco en sangre provoca la ruptura folicular y la ovulación.
- Induce la formación del cuerpo amarillo y su mantenimiento, y es responsable de la secreción de estrógenos y progesterona por el mismo.
- Ovarios: El ovario sintetiza y secreta distintas hormonas esteroides que son:
 - Estrógenos: Estrona, Estradiol, y Estriol.
 - Progesterona: Producida durante la fase lútea del ciclo sexual femenino.
 - Inhibina: Actúa sobre las gonadotropinas hipofisaria, suprimiendo la producción de FSH.
 - Activina: Tiene la función inversa que la inhibina ya que ésta hormona estimula la producción de FSH.
 - Estrógenos: Se denomina estrógenos a todas las sustancias capaces de reproducir en la mujer las modificaciones uterinas propias de la fase de la proliferación.

La fuente productora de los estrógenos son el ovario y la corteza suprarrenal.

La acción de los estrógenos es impulsar en la adolescencia el desarrollo del miometrio. En el endometrio aumentan el contenido de agua, electrólitos, enzimas y proteínas. Promueven la regeneración del epitelio después de la menstruación y producen la fase de la proliferación que incluye glándulas, estroma y vasos.

Las modificaciones somáticas y psíquicas producidas en la adolescencia se deben en gran parte a esta hormona. También la distribución del bello pubiano depende de esta.

- Progesterona: Son sustancias que al actuar sobre el aparato genital previamente preparado por los estrógenos producen cambios de carácter progestacional. Son sintetizadas mayormente por el cuerpo lúteo.
- La acción de la progesterona es de preparar el útero para la anidación ovular. Cuando la progesterona comienza a actuar, el crecimiento del endometrio cesa y se inicia la fase secretora. El estroma acumula agua, las glándulas y las arteriolas espiraladas sufren modificaciones.
- A nivel del ovario impide el desarrollo de un nuevo folículo.
- Inhibe la producción de LH y estimula la liberación de FSH.
- Actúa sobre los centros termorreguladores del hipotálamo provocando un ligero aumento térmico (en la segunda fase del ciclo).

2.8.2. CIRCULACIÓN PORTA HIPOTÁLAMO – HIPÓFISIS

Establece una comunicación excepcional entre el hipotálamo y la hipófisis que se ha clasificado como un circuito de ahorro.²⁸

La sangre que irriga a la adenohipófisis debe recorrer previamente el hipotálamo. Las sustancias segregadas por el hipotálamo alcanzan la

²⁸ www.monografias.com/salud/general

adenohipófisis en una concentración considerable, sin quedar diluidas en la circulación general.

La zona cercana a la eminencia media está irrigada por una red de vasos arteriales que se prolongan en sentido descendente pasando a constituir los llamados *vasos portales largos*, a ellos se unen los provenientes de la zona más alta del tallo hipofisario, los *vasos portales cortos*. Ambos constituyen la red que nutre e informa a la adenohipófisis.

2.8.3. INTERRELACIÓN HIPOTÁLAMO-HIPÓFISIS-OVÁRICA

Anatómica y Fisiológicamente se puede considerar el sistema reproductor femenino constituido por tres elementos básicos. El Hipotálamo la hipófisis y los ovarios.

Estos órganos se interrelacionan y producen diversos cambios en el ciclo sexual femenino. Este sistema (H-H-G) está dividido en cinco niveles de integración:

- Primer Nivel: Radica en el hipotálamo, donde están las neuronas esteroideasensibles, que registran la variación en los niveles de esteroideas sexuales ováricos (Estrógeno y Progesterona).
- Segundo Nivel: Es la región del hipotálamo denominada área hipofisotrófica, cuyas neuronas (peptidérgicas) producen péptidos de acción hormonal, entre ellos la hormona Gn-RH. La integración entre ambos niveles se efectúa mediante sinapsis entre sus respectivas neuronas.
- Tercer Nivel: Se sitúa en la adenohipófisis, cuyas células (gonadotropas) son estimuladas por la Gn-RH para producir las hormonas gonadotróficas LH y FSH. La Gn-RH llega a la adenohipófisis por medio de los vasos de la circulación portal.
- Cuarto Nivel: Se encuentra en el ovario, donde las gonadotropinas promoverán el desarrollo folicular. Las hormonas ováricas cierran el

circulo al actuar sobre el primer nivel. Las mismas también actúan sobre el quinto nivel de integración.

- Quinto Nivel: Situado en los efectores periféricos (órganos y tejidos). Este es el nivel de integración.

Dentro de los cinco niveles, en los dos primeros la integración se hace por transmisión neuronal, y en los tres restantes por transmisión hormonal.

2.9. CICLO SEXUAL FEMENINO

La interrelación dinámica existente entre el hipotálamo, la hipófisis y los ovarios. Posibilita la característica periodidad del ciclo sexual femenino normal.

Las modificaciones morfológicas y endocrinas que acontecen en cada ciclo femenino constituyen así la consecuencia natural de la capacidad reproductora de la especie.

Cualquier anomalía que altere el normal funcionamiento entre el hipotálamo la hipófisis y los ovarios, determinará una alteración en la secreción endocrina y paralelamente un trastorno en la fertilidad.

El ciclo sexual femenino es una serie de acontecimientos durante los cuales un óvulo maduro sale del ovario hacia el interior del aparato reproductor cada 28-32 días. En el aparato reproductor se produce una serie de cambios destinados a preparar la fertilización. Las variaciones hormonales que se observan durante el ciclo son las responsables de estos cambios, así como del posible embarazo.²⁹

²⁹ www.monografias.com/salud7general

2.9.1. DIVISIONES DEL CICLO SEXUAL FEMENINO

El ciclo sexual femenino también es llamado ciclo bifásico, debido a que está compuesto por dos importantes fases. La Ovárica y la Uterina.

- Fase Ovárica: Tiene como elemento fundamental al folículo. Su desarrollo y maduración en la mujer presenta tres características generales básicas.
- Selectividad: El folículo destinado a ovular, precede de un pool de folículos en crecimiento, que a su vez, proceden de una masa de folículos primordiales en reposo, formadas durante el desarrollo embrionario y fetal.
- Continuidad: La puesta en marcha del desarrollo folicular es un proceso continuo, hasta que las reservas estén exhaustas.
- Regularidad: El desarrollo folicular es un proceso regular y ordenado, con un índice constante de folículos que abandonan el pool en una unidad de tiempo. Esto significa que el ovario es un sistema regulado y coordinado de manera que el inicio del crecimiento folicular se realiza en intervalos de tiempo regulares y con un índice de depleción de pool constante.
- Fase Uterina: (ciclo endometrial). Las distintas estructuras que forman el útero se hallan sometidas a la influencia de las hormonas ováricas. Las modificaciones más importantes se producen en el endometrio, también se observan en el moco cervical, expresión de la actividad de las glándulas del endocervix, y en forma menor en el miometrio.

Bajo la acción sucesiva de estrógenos y progesterona producidas en el ovario, la mucosa endometrial experimenta cambios cíclicos en su estrato funcional que se diferencian en tres partes.

- Proliferativa o Estrogenica (Días del 5 al 13 del ciclo).
- Secretora o Progestacional (Días del 14 al 28 del ciclo).
- Menstrual o de Disgregación (Días del 1 al 4 del ciclo).

No ahí que olvidar que estas dos fases del ciclo sexual femenino (ciclo Ovárico y ciclo Endometrial) son sincrónicas. Ambas avanzan en el mismo tiempo, a pesar que uno se lleve a cabo en el ovario y el otro en el útero.

En la figura, se muestran los tiempos en los que se llevan a cabo ambos ciclos, y como se relacionan entre si y con las hormonas gonadotropicas.

2.9.2. CICLO OVÁRICO

En la mujer, las células germinales se encuentran en la corteza externa del ovario en meiosis suspendida. Al alcanzar la pubertad quedan aproximadamente 400.000 óvulos, aunque solo lleguen a desarrollarse por completo y a ovularse menos de 400 óvulos.

Al ciclo ovárico se lo divide en tres etapas. 1). La fase folicular (pre-ovulatoria de ciclo sexual femenino) 2). La ovulación y 3). La fase lutea (pos-ovulatoria del ciclo sexual femenino).

- **Fase Folicular:** La fase folicular va desde el folículo primordial (inmaduro) hasta el folículo de Graff (maduro), capas de ovular.
- El folículo primordial debe pasar primero por el folículo pre-antral, luego por el folículo antral, y finalmente llegar a su madurez en el folículo de Graff.³⁰
- **Folículo Primordial:** Esta es una fase en reposo. Es un óvulo detenido en la primera profase meiotica. Estos folículos están constituidos por un ovocito rodeado de una sola capa de células de la granulosa, por fuera de ella se halla una membrana basal que separa ambas estructuras del líquido intersticial.

³⁰ www.monografias.com/salud/general

- **Folículo Pre – Antral:** Una vez iniciado su crecimiento el folículo primordial, progresa hasta el estadio del folículo pre-antral.

El ovocito aumenta de tamaño y queda rodeado por la zona pelúcida tras la cual las células de la granulosa están en mitosis, formando varias capas de células.

Pasando el período de crecimiento autónomo, la continuidad del desarrollo folicular depende de las gonadotropinas (LH y FSH).

Modificación celular en el folículo: formación de la teca interna y aparición de receptores de la FSH y estradiol. Una vez ocurridos estos cambios y el aumento del tamaño del folículo, este deja la corteza ovárica para pasar a la medula, que tiene mejor vascularización.

Las células tecales son productoras de esteroides y tienen una alta vascularización. Esto significa que el folículo está expuesto por primera vez a las hormonas plasmáticas, y así, bajo el flujo de las gonadotropinas hipofisarias. Este folículo experimenta modificaciones estructurales y químicas que llevarán a la formación del folículo antral.

Las únicas células orgánicas que contienen receptores para la FSH son las de la granulosa. La presencia de estos receptores y los del estradiol en las células de la granulosa son fundamentales, dado el importante papel que desempeñan ambas hormonas en el desarrollo y maduración del folículo.³¹

Las células de la granulosa pueden sintetizar los tres tipos de esteroides ováricos. Estrógenos, andrógenos, progesterona. Las células de la teca interna tienen receptores para la LH y responde al estímulo de estas sintetizando andrógenos que son aromatizados a estrógenos por las células de la granulosa.

³¹ www.monografias.com/salud/general

Así, la presencia de la FSH y de estradiol resulta esencial para la proliferación de la capa de la granulosa, el crecimiento del folículo y la supervivencia del ovocito.

- **Folículo Antral:** Bajo el influjo de los estrógenos y la FSH, se produce un aumento de líquido folicular. La cavidad central llena de líquido se llama Antro Folicular.

Con la formación del antro el líquido folicular proporciona un medio en el que el ovocito y las células de la granulosa pueden nutrirse. Con la formación de este líquido el folículo también experimenta un aumento de tamaño llegando a 2 cm de diámetro. Este aumento de tamaño genera la capa tecal externa.

En esta fase del folículo aparece receptores de LH en las células de la granulosa. La FSH es la responsable de este aumento de receptores para la LH, lo cual está relacionado con el proceso ovulatorio (pico de LH).

Entre los días 5 y 7 del ciclo, los niveles de estradiol se elevan, lo que indica que se está produciendo la selección del folículo dominante. El estradiol actúa con una retroalimentación negativa a nivel hipofisario para la síntesis de FSH. Al bajar los niveles de FSH, frenaría el estímulo para los otros folículos menos desarrollados.³²

Al folículo dominante no le afecta esta disminución de los niveles de FSH por varios motivos, uno de ellos es la alta cantidad de receptores que tiene para esta hormona.³³

Este proceso de selección folicular, implica las siguientes fases:

³² www.monografias.com/salud/general

³³ www.monografias.com/salud/general

- Reclutamiento Folicular: una serie de folículos primordiales inician su desarrollo.
- Selección del Folículo Dominante: Un único folículo está destinado a ovular.
- Dominancia Folicular: Mientras el folículo dominante se desarrolla los demás se atrofian.
- Ovulación.
- Dominancia Lutea.
- Luteolisis.
- Folículo de Graff: El folículo alcanza un diámetro de 2,5 cm, y su madurez total. Las células granulosas aumentan su volumen y presentan inclusiones de lípidos. La teca se presenta con una enorme vascularización. El folículo está maduro para ovular.
- **OVULACIÓN:** Una vez alcanzada la maduración definitiva, el folículo de Graff se acerca a la superficie del ovario.

El estradiol ejerce un papel fundamental en el desencadenamiento de la ovulación. Se puede afirmar que es el mismo folículo, el que desencadena su propio estímulo ovulatorio, por medio de la síntesis estrogénica. La FSH induce la formación de receptores para la LH, en las células de la granulosa del folículo antral. De esta manera la producción estrogénica acelerada, actúa desencadenando el pico de LH.

Para desencadenar el pico de LH, los niveles de estradiol deben sobrepasar un umbral mínimo, y mantenerse por encima de ese valor un mínimo de tres días. La ovulación se produce a las 24-36 horas después del pico de estradiol.

El pico de LH es el responsable directo de la ovulación, aunque excitan variaciones considerables de una mujer a otra, o incluso de un

ciclo a otro. La ovulación se produce 10 y 12 horas después del pico de LH.

El pico de LH provocará un aumento intrafolicular de AMP_c, lo que conducirá a la reanudación de la meiosis del ovocito y la luteinización de la granulosa. A medida que la luteinización progresa la producción de progesterona va aumentando, esto se traduce en una retroalimentación negativa sobre la hipófisis, que acaba con el pico de LH. El aumento del AMP_c y de progesterona activarían enzimas proteolíticas responsables de la digestión de la pared folicular, con lo que se libera el óvulo, y las células granulosas que lo rodean, en el peritoneo adyacente al orificio de las trompas de Falopio. El óvulo es entonces capturado en el interior de las trompas por la acción ciliar de las fimbrias.

- **FASE LÚTEA:** El cuerpo lúteo, es una glándula endocrina que se forma luego de la ruptura folicular, cuando la porción remanente del folículo es invadida por elementos vasculares.

Tras la expulsión del óvulo, las células de la granulosa interna y de la teca se convierten rápidamente en células luteínicas. Aumenta su diámetro y se llenan de inclusiones lipídicas (color amarillo). Este proceso se denomina *Luteinización*, y el conjunto de la masa de células se denomina *Cuerpo Lúteo*.³⁴

Las células de la granulosa del cuerpo lúteo, desarrollan un extenso retículo endoplásmico liso, que forman las hormonas sexuales femeninas, progesterona y estrógenos, mayormente progesterona. El cuerpo luteo crece hasta 1,5 cm. de diámetro, alcanzando este tamaño unos 7 u 8 días después de la ovulación. Luego comienza a involucionar, y finalmente pierde su función excretora y su aspecto amarillo, convirtiéndose en el llamado *Corpus Albicans*.

³⁴ www.monografias.com/salud/general

Función Luteinizante de la Hormona LH: la transformación de las células de la granulosa y de la teca interna, en células luteínicas, depende de la LH secretada por la adenohipófisis. Una hormona en el líquido folicular denominada Factor Inhibidor de la Luteinización, mantiene frenado el proceso de la luteinización hasta después de la ovulación. Por esta razón no se desarrolla un cuerpo lúteo en un folículo que no ovula.

Secreción del Cuerpo Lúteo: el cuerpo lúteo secreta grandes cantidades de progesterona y un poco de estrógenos. Una vez que la LH (pico de LH) ha actuado sobre las células de la granulosa y de la teca para causar la luteinización, las células luteínicas siguen una secuencia preestablecida:

- 1) Proliferación.
- 2) Aumento de Tamaño.
- 3) Secreción.
- 4) Degeneración.

Si se produce la implantación, la placenta secreta una hormona llamada *Gonadotropina Cariónica* (GCH). Esta hormona mantiene al cuerpo luteo, y los niveles de progesterona continúan elevándose, manteniendo al endometrio e impidiendo el crecimiento folicular.³⁵

- **Involución del Cuerpo Luteo:** La progesterona y el estrógeno, secretados por el cuerpo luteo, ejercen un poderoso efecto de retroalimentación negativa, sobre la adenohipófisis, para mantener bajos niveles de LH y FSH. Las células luteínicas secretan una pequeña cantidad de hormonas inhibina, ésta inhibe la secreción de FSH. Como consecuencia descienden a niveles muy bajos la concentración de FSH y LH, esto hace que el cuerpo luteo degenera completamente, proceso denominado *Involución del Cuerpo Luteo*.

³⁵ www.monografias.com/salud/general

La involución final se produce aproximadamente el día 26 del ciclo, dos días antes del comienzo de la menstruación. En ese momento, la falta de estrógenos, progesterona e inhibina, elimina la inhibición por retroalimentación de la adenohipófisis (y produce la menstruación uterina). Permitiendo que comience de nuevo la secreción de FSH, y unos días más tarde, la de LH. La FSH y la LH inician el crecimiento de nuevos folículos para comenzar un nuevo ciclo ovárico.

2.9.3. CICLO ENDOMETRIAL.

Regulado por la producción mensual de estrógenos y progesterona por los ovarios, existe un ciclo endometrial. Dividido en las siguientes fases: 1) Proliferación del Endometrio Uterino 2) Desarrollo de cambios Secretores en el Endometrio, y 3) Descamación del Endometrio (Menstruación).

El endometrio consta de dos capas distintas:

- **Capa Basal:** No se descama durante la menstruación, y sufre pocos cambios cíclicos.
- **Capa Funcional:** Se origina todos los meses, a partir de la capa basal y se desprende con la menstruación.
- **Fase Proliferativa:** Es la fase estrogénica del ciclo sexual femenino, que ocurre antes de la ovulación.³⁶

Al comienzo de cada ciclo mensual, parte del endometrio se descama por la menstruación. Tras la menstruación, solo permanece en la base del endometrio la capa basal. Bajo la influencia de los estrógenos, secretados por los ovarios, las células del estroma y las células epiteliales proliferan rápidamente. La superficie endometrial se reepitaliza en 4 a 7 días, del comienzo de la menstruación. En la semana siguiente, antes de la

³⁶ www.monografias.com/salud/general

ovulación, el endometrio aumenta de espesor, debido a la actividad mitótica de las células de la capa funcional, y al crecimiento de las glándulas y de los vasos sanguíneos.

En el momento de la ovulación el endometrio tiene de 3 a 4 cm de espesor. Algunas glándulas secretan un moco poco denso. Este moco se ubica a lo largo del conducto cervical, para guiar a los espermatozoides al interior del útero.

- **Fase Secretora:** Fase progestacional del ciclo mensual, que ocurre tras la ovulación. Después de producida la ovulación son secretadas grandes cantidades de progesterona y de estrógenos, por el cuerpo luteo. Los estrógenos producen una ligera proliferación adicional del endometrio. Mientras la progesterona provoca un notable desarrollo secretor del endometrio.

En el momento culminante de la fase secretora (aprox. Una semana después de la ovulación), el endometrio tiene un espesor de 5 a 6 mm.

El propósito de todas estas alteraciones, es producir un endometrio muy secretor que contiene grandes cantidades de nutrientes almacenados, y puede ofrecer las condiciones adecuadas para la implantación de un óvulo fecundado.³⁷

2.9.4. MENSTRUACIÓN

Dos días antes que termine el ciclo mensual, el cuerpo luteo involuciona repentinamente, y la secreción de las hormonas ováricas disminuyen drásticamente y se produce la menstruación.

La menstruación se debe a la reducción repentina de estrógenos y progesterona, al final del ciclo ovárico mensual.

³⁷ www.monografias.com/salud/general

Esto produce la disminución de la estimulación de las células endometriales y luego la involución del endometrio, disminuyendo su espesor.

El primer día antes del comienzo de la menstruación, los vasos sanguíneos de la capa funcional, experimentan vaso-espasmos. El vaso-espasmo y la pérdida de la estimulación hormonal, provocan una necrosis del endometrio. Debido a esto escapa sangre al estrato vascular y las áreas hemorrágicas aumentan rápidamente a lo largo de 24 a 36 hs.

Las capas externas necróticas del endometrio se separan del útero en las zonas hemorrágicas y 48 hs. Después del comienzo de la menstruación toda la capa funcional del endometrio se a descamado.

Durante la menstruación se pierden 40 ml. De sangre y unos 35 ml. mas de líquido. El liquido menstrual es in-coagulable por que junto con el material necrótico endometrial se libera fibrinolisisina (enzima que impide la coagulación).

En el plazo de 4 a 7 días desde el comienzo de la menstruación la perdida de sangre se detiene, debido a que el endometrio se ha reepitalizado nuevamente.³⁸

2.9.5. LEUCORREA DURANTE LA MENSTRUACIÓN

Durante la menstruación se liberan altas cantidades de leucocitos junto con el material necrótico y la sangre. La presencia de tantas cantidades de leucocitos brinda al útero una alta resistencia a las infecciones, durante la menstruación).

³⁸ www.monografias.com/salud/general

2.10. SÍNDROME PRE-MENSTRUAL

Trastorno caracterizado por nerviosismo, inestabilidad emocional, ansiedad, depresión y posibles cefaleas, edemas y mastalgias. Ocurre durante los 7-10 días previos a la menstruación y desaparecen habitualmente unas pocas horas después del inicio del flujo menstrual.

La Etiología del Síndrome Pre-Menstrual, parece estar relacionado con las fluctuaciones del nivel de estrógenos y progesterona.

2.10.1. SÍNTOMAS Y SIGNOS

Los síntomas y su intensidad varían de una mujer a otra y de un ciclo a otro.

Los síntomas duran desde unas pocas horas, hasta 10 días o más y por lo general cesan con el inicio de la menstruación.

- Efecto Psicológico: Irritabilidad, Nerviosismo, Falta de Control, Agitación, Ira, Insomnio, Dificultad de Concentración, Letargo, Depresión, Fatiga Intensa.
- Causados por la Retención de Líquidos: Edema, Aumento Transitorio de Peso, Oliguria, Tensión y Dolor Mamario.³⁹
- Neurológicos y Vasculares: Cefalea, Vértigo, Síncope, Preponderancia a Hematomas, Palpitaciones Cardíacas.
- Gastrointestinales: Estreñimiento, Náuseas, Vómitos, Cambios en el Apetito.
- De la Piel: Acné, Neurodermatitis.

³⁹ www.monografias.com/salud/general

2.10.2. TRATAMIENTO

Es la forma del alivio sintomático.

- Reducir la Ingesta de Na (Sodio).
- Consejo Psicológico (Mujer y Pareja).
- Reducir el Estrés.
- Manipulación Hormonal (En algunos Casos).
- Cambios en la Dieta.
- Fármacos, Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotoninas (Fármaco mas efectivo ante el Síndrome Pre-Menstrual).

2.11. ALTERACIONES DEL CICLO SEXUAL FEMENINO

El aparato genital femenino tiene como función primaria la reproducción a través del proceso de ovulación, el que es consecuencia del complejo mecanismo neuroendocrino, lo que se exterioriza y se percibe como resultante de un proceso de sangrado cíclico mensual que constituya la menstruación.⁴⁰

2.11.1. AMENORREA

La amenorrea puede dividirse en amenorrea primaria y secundaria. La amenorrea primaria, es el fallo del inicio de la menstruación, acompañado de un crecimiento insuficiente y ausencia de caracteres sexuales secundarios, o también puede ser una pubertad tardía. La amenorrea secundaria se produce cuando las mujeres con períodos menstruales normales dejan de menstruar durante 6 meses o más. La causa de las pérdidas de menstruación cíclica puede ser un trastorno del hipotálamo, de la hipófisis, de los ovarios, y de otras glándulas.

⁴⁰ www.monografias.com/salud/general

2.11.2. MENORRAGIA

La menorragia es un sangrado menstrual excesivo o prolongado producido por una descamación endometrial anormal. Los períodos regulares intensos se asocian con la ovulación y suelen estar producidos por trastornos localizados en el tracto reproductor, incluidos tumores del miometrio y endometriosis.

El sangrado irregular puede asociarse a ciclos anovulatorios. Ello produce unos niveles anormales de progesterona y estrógenos en el ciclo menstruales, que conduce a la descamación endometrial irregular. También puede deberse a patologías como: Tumores, Sangrado por Difusión Uterina, Traumatismos, Hipertiroidismo.

2.11.3. DISMENORREA

La dismenorrea es un sangrado menstrual muy doloroso producido por:

- Exceso de contracciones uterinas: pueden ser anormales las prostaglandinas endometriales.
- Infección: enfermedades inflamatorias pélvicas.
- Endometriosis.
- Tumores Ováricos.
- Trastornos Psicológicos: historia de abuso sexual.

El ciclo menstrual normal se expresa por la ecuación $2-7/21-35$ en la que el numerador es la duración del sangrado y el denominador el ritmo, con una medida normal para ambos de $3/28$. Las alteraciones menstruales se pueden clasificar, según su característica clínica alteraciones de la duración y alteraciones del ritmo.

2.12. ALTERACIONES DEL RITMO

- **Polimenorrea:** Ciclos menores de 21 días.
- **Oligomenorrea:** Ciclos entre 35 a 90-120 días.
- **Amenorrea:** Ciclos mayores de 120 días o ausencia total de menstruación.
- Alteraciones de la Duración y Cantidad.
- **Hipermenorrea:** Menstruaciones abundantes, con presencia de coágulos por más de 24 hs, pero con duración no mayor de 7 días.
- **Hipomenorrea:** Menstruaciones menores de 2 días.
- **Menometrorragia:** Menstruaciones con duración superior a 7 días.⁴¹

⁴¹ www.monografias.com/salud/general.

CAPÍTULO III

3.1. ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN ADOLESCENTES Y LA FAMILIA Y DESARROLLO SICO – SOCIAL Y ETAPAS DEL DESARROLLO

La palabra adolescencia deriva del latín "adolescens" que significa hombre joven, siendo el participio activo de "adolescere" que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. También tiene relación con la palabra latina "dolescere" que significa padecer alguna enfermedad o estar sujeto a afectos, pasiones, vicios o malas cualidades (Diccionario de la Real Academia Española, 1970). Se define como una etapa de transición entre la niñez y la adultez, caracterizada por procesos específicos, propios e irrepetibles, con gran intensidad de los afectos y vivencias; de transformaciones importantes y de presión social para lograr metas específicas. Al respecto hay que decir que estos procesos se dan siempre en una determinada cultura, lo que define en cierta medida sus características específicas y su duración. Existen diferentes enfoques y disciplinas que se encargan de definir este período:

- **Cronológicamente:** De acuerdo al criterio utilizado por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia se la define como el lapso de tiempo que comprende aproximadamente entre los 10 y los 19 años. Este período, a su vez, puede ser subdividido en tres fases: adolescencia temprana, media y adolescencia tardía. La duración de estas etapas varía tanto individual como culturalmente, aunque en términos generales se puede afirmar que la primera va desde los 10 a los 13 años, la segunda desde los 14 a los 17 años y la tercera desde los 17 a los 19 años, respectivamente.⁴²

⁴² Escuela.med.puc.cl/paginas/...MI2lección.html.

- **Sociológicamente:** Es el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma, tanto en los aspectos económicos como sociales.
- **Psicológicamente:** "La adolescencia es un período crucial del ciclo vital, en el cual los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzando su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, recuperando para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propia." (Krauskopf, 1982, en Montenegro & Guajardo, 1994).⁴³

El principal criterio para señalar el final de la adolescencia y el comienzo de la vida adulta es romper con los lazos de dependencia infantil para poder lograr una identidad propia. Esta identidad supone la independencia de los padres en cuanto a la adopción de un sistema de valores propios, elección vocacional, autonomía económica y un buen ajuste psicosexual. Es decir, que la persona llegue a ser autónoma, independiente, autodirigida, capaz de tomar sus propias decisiones y aceptar las consecuencias de ellas, tener una identidad clara de sí misma, saber quién es, cómo pedir y aceptar ayuda de otros y posteriormente, ser capaz de tener un trabajo y formar un hogar.

3.2. DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA

En general el paso desde la infancia a la adultez no ocurre como un proceso continuo y uniforme. El crecimiento biológico, cognitivo, emocional, social y psicosexual puede ser bastante asincrónico. En el logro de cada uno de estos aspectos suelen haber oscilaciones hasta que se consolida el cambio. El conocimiento del rango de estas variaciones permite al profesional establecer distinciones entre lo que se puede

⁴³ Escuela.med.puc.cl/paginas/...MI2lección.html.

considerar dentro de la normalidad y lo que indica que existe un problema en el desarrollo.

1. Desarrollo Somático

Ya se ha hablado en sesiones anteriores acerca del desarrollo somático del adolescente, así es que aquí se realizará un breve resumen de los cambios que experimenta el adolescente en su cuerpo:

- Desarrollo de las características sexuales primarias relacionadas a los órganos de reproducción: crecimiento del pene, testículos, ovario, útero, vagina, clítoris y labios genitales mayores y menores.
- Desarrollo de las características sexuales secundarias: aparición del vello pubiano y axilar; en los varones barba y el vello en las piernas, brazos y pecho; en las muchachas, aparición del botón mamario y desarrollo de los pechos, cambios de voz, posteriormente la menarquia.
- Adquisición de la madurez sexual (capacidad reproductiva).
- Desarrollo de las glándulas sudoríparas y sebáceas.
- Aumento en la velocidad de crecimiento, cambio en proporciones corporales, peso fuerza, coordinación motora.

En las mujeres la pubertad se inicia uno o dos años antes que en los hombres.

Los cambios fisiológicos aparecen en la adolescencia temprana teniendo una gran repercusión psicológica tanto para el adolescente como para quienes lo rodean. Estos cambios externos implican también cambios en el esquema corporal.⁴⁴

⁴⁴ Escuela.med.puc.cl/paginas/...MI2lección.html.

El esquema corporal es la imagen interna que manejamos de nuestro propio cuerpo; en el período de la adolescencia una de las tareas importantes es la adaptación a la nueva imagen corporal que se adquiere, con la cual necesita identificarse y lograr una aceptación física de sí mismo. Esta imagen estará impregnada de valoraciones subjetivas en interrelación con el medio y es una parte importante de la imagen que cada uno tiene de sí mismo, así como un elemento donde se sustenta y/o expresa la autoestima.

Frente a estos cambios, el adolescente tiende a centrarse en sí mismo intentando adaptarse a este nuevo cuerpo que le puede producir sensaciones contradictorias. Son frecuentes las interrogantes acerca de cuán normal o no es su desarrollo y cuán atractivo puede resultar para los demás. Así también, son esperables las comparaciones y el interés creciente en la anatomía sexual y fisiológica, incluyendo preguntas acerca de la menstruación, masturbación, orgasmo, etc.

Junto a esto, uno de los rasgos típicos del desarrollo físico puberal es la asincronía y la disarmonía física, gestual y motora. El adolescente puede volverse torpe con un cuerpo que desconoce. Esto aumenta la sensación de estar "desubicado" y así influir en su cambiante imagen de sí mismo, provocando a veces ansiedad y sentimientos de inferioridad. En este sentido, la aprobación o desaprobación de su cuerpo por parte de las personas más cercanas, padres, pares, etc., influirá en forma importante.

Es en la adolescencia media y tardía donde se podrá ir integrando esta nueva imagen corporal. Una vez que ya se han ido experimentando la mayoría de los cambios puberales, el adolescente tiende a centrarse en hacer atractivo su cuerpo, pasando largas horas preocupado por su estética.⁴⁵

⁴⁵ Escuela.med.puc.cl/paginas/...MI2lección.html.

Como parte de la búsqueda de una identidad propia y de su expresión en la imagen corporal, es frecuente que el adolescente experimente con su apariencia física buscando diversas formas de vestirse, de peinarse, e interesándose por la moda.

2. Desarrollo Cognoscitivo

La adolescencia es el período durante el cual la capacidad de adquirir y utilizar conocimientos llega a su máxima eficiencia, capacidad que se va acentuando progresivamente desde los 11 -12 años. Según la teoría cognitiva de Piaget (1969) el joven pasa desde la etapa de las operaciones concretas a las operaciones formales que permiten el pensamiento abstracto, donde el grado de sutileza y complejidad de su razonamiento se hace mayor. El adolescente logra desprenderse de la lógica concreta de los objetos en sí mismos y puede funcionar en estados verbales o simbólicos sin la necesidad de otros soportes. Se constituye así en un individuo capaz de construir o entender temas y conceptos ideales o abstractos. Esta capacidad se supone que llegará a formar parte de la casi totalidad de los adolescentes entre los 17 -18 años.

Al aparecer las operaciones formales el adolescente adquiere varias capacidades nuevas importantes:

- Puede considerar no sólo una respuesta posible a un problema o explicación a una situación, sino varias posibilidades a la vez.
- Agota lógicamente todas las combinaciones posibles.
- El pensamiento operativo formal le permite distinguir entre verdad y falsedad, es decir comparar las hipótesis con los hechos.⁴⁶

⁴⁶ Escuela.med.puc.cl/paginas/...MI2lección.html.

- Puede tramitar la tensión a través del pensamiento y ya no sólo a través de la actuación. Puede "pensar pensamientos".⁴⁷

Este tipo de pensamiento recientemente adquirido trae aparejada la capacidad del adolescente para entenderse consigo mismo y el mundo que lo rodea.

El adolescente es capaz no sólo de captar el estado inmediato de las cosas, sino de entender los posibles estados que éstas podrían asumir. La conciencia de la discrepancia entre lo real y lo posible, contribuye a convertir al adolescente en un "rebelde". Constantemente compara lo posible con lo real y descubre en lo real la multitud de las fallas latentes. Todo esto lo hace ser crítico y puede ser conflictivo ante los adultos.

La aparición del pensamiento operativo formal (hipotético-deductivo) afecta también al adolescente en la idea que se forma de sí mismo. Comienza a dirigir sus nuevas facultades de pensamiento hacia adentro y se vuelve introspectivo, analítico y autocrítico.

El adolescente toma una actitud teórica-intelectualizadora, dominada por el pensamiento hipotético deductivo. Esto supone que el adolescente está permanentemente en la ejercitación de esta nueva capacidad de pensar acerca de los demás y de sí mismo, buscando y exigiendo explicaciones acerca de todo lo que lo rodea.

Estas nuevas capacidades se tiñen de egocentrismo, especialmente en la etapa inicial de la adolescencia. Existe una incapacidad para diferenciar los intereses y motivos propios de los ajenos y como está preocupado de sí mismo, cree que todos los que lo rodean están pendientes de su conducta y apariencia. También como consecuencia del

⁴⁷ Escuela.med.puc.cl/paginas/...MI2lección.html.

egocentrismo se cree único y especial, no sujeto a leyes naturales que afecten a los demás.

El joven tiende también a la ensoñación, a fantasear, pasando largas horas, dedicado a esto. El fantasear constituye un espacio intermedio entre el jugar y el pensar racional simbólico. Aunque supone experimentar con las nuevas posibilidades que le da la evolución en su pensamiento, para el adolescente el "soñar despierto" ocupa un lugar distinto en su campo de conciencia que el pensar racional. Existe, en la mayoría de los jóvenes, la clara diferenciación entre los contenidos de las fantasías, la acción de fantasear y los contenidos del pensar racional y el contacto con la realidad externa que éste exige. Como el soñar, el fantasear tiene también una connotación de realización de deseos que puede ser altamente placentera y exige reducción de la sensorialidad dado el grado de invasión de imaginería visual-auditiva en el campo de la conciencia. Es una mezcla entre sueño y vigilia, acción y simbolización, juego y pensamiento. Un adolescente fantaseando es un sujeto que parece en estado de trance. Esta "acción dentro de la mente" puede realizarse en un espacio privado y ser parte de la intimidad, por ejemplo, encerrado en su pieza recostado en su cama, como también puede implicar una actitud "distráida" en sus tareas cotidianas.

El adquirir la capacidad de razonar sobre sí mismo y el mundo lo lleva a uno de los principales problemas de esta etapa: el de construir su propia identidad. Comienza a preguntarse ¿Quién soy? ¿Qué quiero? ¿Para dónde voy?

Se espera que a medida en que se va avanzando en la adolescencia se irá adquiriendo mayor objetividad para evaluar lo que se percibe, habrá una mayor complejidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad.⁴⁸

⁴⁸ Escuela.med.puc.cl/paginas/...MI2lección.html.

3. Desarrollo Emocional

En esta etapa se producen grandes transformaciones psicológicas. La estabilidad emocional del escolar sufre una desintegración, lo que permite una reconstrucción durante la adolescencia. El desarrollo emocional estará vinculado a la evolución previa que trae el niño y al contexto social y familiar en el que está inserto.

Es esperable en el adolescente una marcada labilidad emocional que se expresa en comportamientos incoherentes e imprevisibles, explosiones afectivas intensas, pero superficiales. El adolescente se caracteriza por tener hiperreactividad emocional (en el sentido que la reacción emocional es desproporcionada al estímulo que la provoca) y comportamientos impulsivos. Estas conductas se relacionan con la intensificación de los impulsos sexuales y agresivos propios de la etapa, los cuales generan ansiedad y son difíciles de modular.

Son consideradas como una de las tareas evolutivas importantes de esta etapa el aprender a percibir, modular y controlar la expresión de las emociones e impulsos. El desarrollo yoico depende en gran parte de esta capacidad de postergación de las gratificaciones inmediatas. En la adolescencia temprana tiende a haber mayor labilidad emocional y descontrol de impulsos, en la adolescencia media es la etapa en la que los sentimientos experimentan su mayor intensidad y en la etapa posterior el adolescente irá experimentando una mayor profundidad y duración de sus sentimientos, así como irá desarrollando la responsabilidad, lo que implica pasar de sentirse "víctima" de las circunstancias a sentir un mayor autocontrol.⁴⁹

⁴⁹ Escuela.med.puc.cl/paginas/...MI2lección.html.

La adolescencia es una etapa de separación e individuación. Esto supone la configuración de una identidad propia, la búsqueda del concepto de sí mismo, así como dejar los lazos de dependencia infantil.

La identidad es la experiencia interna de mismidad, de ser nosotros mismos en forma coherente y continua, a pesar de los cambios internos y externos que enfrentamos en nuestras vidas. El self es todo aquello que sabemos, sentimos, vivenciamos y experimentamos como parte de nosotros. Es todo aquello que nos conforma y compone. En esta etapa se produce lo que se ha denominado Crisis de Identidad, que consiste en la necesidad del adolescente de ser él mismo, de tratar de definir su self y sus objetos y de adquirir algo que lo diferencie del niño y del adulto, para lograr el autoabastecimiento. Es un proceso que comenzó desde el nacimiento del individuo. En esta etapa se reevalúan y se sintetizan todas las identificaciones logradas a lo largo de la historia evolutiva del adolescente. Se reestructuran escalas de valores, ideales, metas y se decide una vocación.

El concepto de sí mismo del adolescente fluctuará entre una enorme sobreestimación, con deseos y fantasías de ser una persona extraordinaria y por otra parte de un intenso menosprecio donde duda de sus aptitudes y habilidades al compararse con otros que toma como modelos a los cuales aspira imitar.

El adolescente intenta progresivamente y en forma oscilante separarse de las figuras parentales, lo cual se expresa en conductas cuestionadoras de los padres, oposicionismo y negativismo. Se desidealizan las figuras de autoridad adultas y el adolescente pareciera que se fija "especialmente" en los defectos, lo que suele ser un proceso difícil de aceptar para los padres. Además, esta rebeldía oposicionista hacia los padres es contradictoria con un verdadero sometimiento a las normas de su grupo de pares a las que el adolescente no se atreve a

oponerse. Cabe señalar que no todos los adolescentes desarrollan conductas opositoras, muchos logran consolidar una adecuada individuación sin que medien conductas rebeldes o impulsivas, así como también es importante diferenciar estas conductas cuando son propias de un desarrollo normal, de las que corresponden a los trastornos conductuales en la adolescencia.

En el adolescente predomina un fuerte sentimiento de omnipotencia e inmortalidad, lo que junto a la tendencia a actuar los impulsos, los puede llevar a conductas de riesgo donde no se detienen a evaluar las consecuencias.

La etapa de la adolescencia propiamente tal se caracteriza por una gran riqueza y profundidad de la vida emocional. La fantasía y la creatividad están en la cúspide en este período y es frecuente la aparición de aptitudes poéticas, como una forma de sublimar los intensos afectos que se vivencian. Estas aptitudes artísticas tienden a desaparecer al final de la adolescencia. Finalmente, el logro de la identidad significa la interpretación exitosa de la imagen personal y su adecuación en la sociedad.

4. Desarrollo Social

En la adolescencia uno de los cambios más significativos que supone esta etapa, es el paso desde la vida familiar a la inserción en la vida social.

Se espera del adolescente una inserción autónoma en el medio social y que alcance el estatus primario: asumir una independencia que lo exprese personalmente y dirigirse hacia roles y metas que tengan consonancia con sus habilidades y que estén de acuerdo con las probabilidades ambientales. El joven procura que sus sentimientos de adecuación y seguridad provengan de sus propias realizaciones, las que

confronta frecuentemente con su grupo de pares o compañeros de edad similar.

En la adolescencia temprana se tiende a establecer una relación cercana de amistad con uno o más amigos del mismo sexo. Este vínculo es estrecho y el contacto con miembros del otro sexo suele hacerse en grupo. Hay una fuerte desidealización de las figuras de autoridad, tendiendo al distanciamiento, desobediencia y evitación de dichas figuras.

En la adolescencia medio el grupo de pares como tal comienza a tener mayor relevancia. Es aquí donde cobra importancia la pertenencia al grupo del barrio, grupos deportivos, grupos de amigos, etc. Estas pertenencias desempeñan variadas funciones, siendo las principales:

- Proporcionarle al individuo la oportunidad de aprender a relacionarse con sus compañeros de edad.
- Aprender a controlar su conducta social.
- Adquirir destrezas e intereses propios de la edad.
- Compartir problemas y sentimientos comunes.

En este período se tiende a asumir los valores y códigos del grupo de pares, lo que aumenta la distancia con los padres, existiendo una tendencia "anti-adulto".

En la adolescencia tardía los valores del grupo dejan de tener tanta importancia, siendo los propios valores acordes a la identidad los que se privilegian. Respecto a las figuras de autoridad, se comienza a producir una reconciliación y reparación.

Estos vínculos tardíos suponen menos explotación y experimentación que en la adolescencia media, ya no está todo centrado en la aceptación del grupo de pares sino que se puede compartir con los amigos de un modo más íntimo y diferenciado. Lo óptimo es que se desarrolle una

independencia flexible, es decir que el joven concilie un rol definido, pero al mismo tiempo autónomo, que le permita contrastar sus valores. Esto va a depender de la solidez previamente lograda en el proceso de socialización. Si el adolescente fracasa en ser aceptado en un grupo, pueden aparecer conductas de aislamiento o de extrema dependencia a los pares o a determinados grupos a quienes imitará y a los cuales se someterá.

En general, las relaciones con iguales del mismo sexo y del sexo opuesto durante la adolescencia, sirven de prototipo de las relaciones adultas en las interacciones con los miembros del mismo sexo y del sexo opuesto. El adolescente que todavía no ha aprendido a entenderse bien con sus pares en esta etapa, cuando llegue a la edad adulta se enfrentará con serios obstáculos que le dificultarán su inserción social.

La mayor independencia que el adolescente va adquiriendo, y la mayor conciencia de realidad que va desarrollando, le hacen percibir el mundo más descarnadamente y a expresar juicios y pensamientos propios. Los padres tienden a enjuiciar al adolescente y comparan su comportamiento anterior con el actual, atribuyendo los cambios a la influencia del grupo de iguales. Así, es frecuente por ejemplo, la frase "a mi hijo me lo cambiaron los amigos", lo que denota la falta de comprensión en dichos padres respecto a que muchos de los cambios experimentados por su hijo son parte del desarrollo.

Es frecuente escuchar a algunas madres que dicen tener un hijo modelo, porque es tranquilo, no sale a ninguna parte y no tiene amigos, ni "malas juntas". Es importante señalar que esta situación no es necesariamente la ideal y que puede llegar a ser incluso bloqueadora de un desarrollo social más sano del joven hacia la autonomía.⁵⁰

⁵⁰ Escuela.med.puc.cl/paginas/...MI2lección.html.

La sexualidad en la adolescencia se desarrolla en tres áreas:

- **FISICA:** aparición de los caracteres sexuales secundarios que preparan al individuo para participar en el acto sexual.
- **PSICOLOGICA:** Se manifiesta en el conocimiento, la curiosidad y las intenciones acerca de la sexualidad. El pensamiento proposicional le permite al adolescente imaginarse como persona sexual y elaborar planes. La mayoría de estas actividades ocurren en la imaginación del adolescente.
- **SOCIAL:** Comprende la involucración sexual efectiva con otras personas la que se refleja en sus elecciones de objetos sexuales siendo cada expresión un reflejo de la experiencia contextual del adolescente, donde la familia es su ámbito más inmediato.

Como ya se ha mencionado, una de las tareas más importantes del adolescente es consolidar su identidad. Esta supone identificarse permanentemente con sus objetivos, con sus ambiciones relativas a la sexualidad, con el tipo de relaciones que establece con los otros, etc.

La identidad sexual es parte fundamental de la identidad del yo y normalmente es más conocida como *identidad del género* (da cuenta del sexo psicológico). Durante la adolescencia, el joven se identifica con su propio sexo (sexo identificado), es decir, asume los rasgos, actitudes, conducta verbal, gestual y motivaciones propias de su género. Este sexo identificado necesita ser reconfirmado por los otros (por ejemplo, relaciones con pares de su mismo sexo, relaciones eróticas con el otro sexo, etc.) y por el propio adolescente, para asegurarse de su aceptación y lograr la adaptación social.⁵¹

⁵¹ Escuela.med.puc.cl/paginas/...MI2lección.html.

El rol sexual es el comportamiento de cada individuo como hombre o mujer, y la orientación sexual se refiere al objeto hacia el cual se dirige el impulso sexual.

Cuando se llega a la adolescencia no comienza la identidad de género ni el rol sexual, éste viene desde el nacimiento, imbuído en las actitudes y los valores de la familia, de la cultura en general y de las subculturas específicas. Así como el significado atribuido a la sexualidad en la adolescencia variará dependiendo de los mitos familiares y culturales respecto a este tema.

La falta de experiencia en el trato con el sexo opuesto, la timidez, las bromas groseras respecto al sexo, la falta de información, las vivencias desagradables o inesperadas con el otro, etc. pueden afectar una sana identidad sexual. Incluso las experiencias traumáticas en esta etapa pueden complicar la identidad sexual y desencadenar o favorecer alteraciones psicopatológicas.

Es esperable que en la adolescencia temprana el impulso sexual sea relativamente indiferenciado, de hecho las fantasías o conductas homosexuales aisladas, realizadas como parte de la exploración de la sexualidad, no conforman por sí mismas una identidad homosexual. Es en la adolescencia tardía donde se espera que ya se haya consolidado una clara orientación heterosexual que permita una adecuada formación de pareja.

3.3. EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Dentro del desarrollo de una adolescente un evento que puede constituir un importante riesgo es un embarazo, ya que afecta las metas y tareas de esta crucial etapa, interrumpiendo los planes para alcanzarlas, con posibles consecuencias tanto para la salud mental de la adolescente y

su familia como para el desarrollo del hijo que va a nacer. Las exigencias y responsabilidades de la maternidad ocurren en un momento en que la adolescente está centrada en la búsqueda de su identidad y de su independencia y antes de haberlo logrado debe satisfacer las necesidades de dependencia de un ser en desarrollo. Por estas razones, y por el notable aumento de su frecuencia, se considera que el embarazo en la adolescencia es un importante problema psicosocial.

En Chile el 13,78% de los niños nacidos vivos en 1990 fueron hijos de madres menores de 20 años (40.286 niños de 292.146), así como se observa que de cada 1000 mujeres entre 15 a 19 años se embarazaron al menos el 66,43% por mil, lo que implica un aumento del 9,98% hasta 1995.⁵²

En Estados Unidos en 1994 entre los 15 y 19 años el 12% de las adolescentes se embarazan, aumentando un 23% desde 1972. Junto a esto, se ha evidenciado en los estudios que va disminuyendo la edad de inicio de la vida sexual.⁵³

Actualmente se evalúa el embarazo adolescente como una situación compleja en la que influyen diversos factores que hay que analizar para poder prevenir.

Dentro de los factores individuales, se plantea que las adolescentes que se embarazan tienen baja autoestima, frecuentemente han fracasado en sus estudios, tienen sentimientos de soledad y refieren conflictos con sus padres, dificultad para establecer metas personales apropiadas y para gratificarse a sí mismas con sus propios logros, poca tolerancia a la

⁵² www.cna.gov.ec/.../Plan_Preencion_Embarazo_Adolescente.pdf

⁵³ <http://www.bibliotecaonu.org.ec/ResultsPreli.aspx?Code=278>

frustración, tendencia a la impulsividad y a la inestabilidad emocional, dificultad para anticipar consecuencias y para aprender de la experiencia. También son frecuentes los antecedentes de abuso sexual.

Los estudios señalan que las adolescentes que se embarazan tienden a haber tenido una menarquia precoz, haber iniciado su vida sexual alrededor de los 15 años de edad, y a tener una conducta sexualmente activa, unida a una ignorancia sobre su propia fisiología.

Estas adolescentes suelen insertarse en grupos de pares sexualmente activos, tener pocas amigas y contar con una pareja estable que con frecuencia es 5 años mayor que ella.

En relación con los factores familiares, aunque son inespecíficos, se describen características que aumentan la probabilidad de que ocurra un embarazo adolescente. Este incluye las pérdidas afectivas significativas, figuras parentales ausentes o de vínculos frágiles y conflictivos con la adolescente, sentimientos de ser rechazada o no querida por uno o ambos padres y embarazos adolescentes y/o prematrimoniales en la madre y/o el padre u otras figuras femeninas significativas dentro del grupo familiar. Se agrega a esto el antecedente de uno o ambos padres con ingestión alcohólica excesiva, familias donde se valora el tener muchos hijos y la dificultad para expresar verbalmente sentimientos y emociones lo que conduce a actuar las emociones facilitándose así las conductas sexuales y violentas.

Los factores socioculturales son también complejos e inespecíficos. Aunque los embarazos adolescentes se dan en todos los estratos sociales, se ha visto que tienden a aumentar en familias populares urbanas que viven en condiciones de hacinamiento, con trabajos inestables y de poca remuneración (entre 20% a 28% de cada 100 mujeres entre 15 y 19 años).

También se considera que un factor importante es la influencia de los medios de comunicación en la sexualidad adolescente.⁵⁴

3.4. CONSECUENCIAS DE UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Las madres adolescentes se ven enfrentadas a vivir simultáneamente diversas crisis personales y familiares altamente estresantes, lo que incide en el frecuente desarrollo de sintomatología angustiosa y depresiva. A la crisis de la adolescencia propiamente tal, se agrega la crisis del embarazo, de la relación de pareja, la cual dependerá también de la actitud del padre del hijo que espera y que involucra difíciles decisiones compartidas (por ejemplo, la de vivir o no en pareja) duelo del abandono de los ideales y metas trazados, duelo del alejamiento de los padres y/o brusco cambio en la relación, adaptación a otra familia, cambio en las relaciones con los pares, a veces abandono y rechazo, etc.

Las familias de las adolescentes, aunque les den apoyo material, en general tienden a mantener una actitud condenatoria que la adolescente vive con mucha culpa y de autodesprecio. Por otra parte en la familia se puede desencadenar también una crisis, por las diferencias de criterio de los adultos en cuanto a la aceptación o rechazo del embarazo y a la actitud que deben tener con la hija.

Las investigaciones señalan que las adolescentes después del parto reinician su vida sexual a los pocos meses sin tomar las medidas necesarias para prevenir un segundo embarazo, tendiendo a vivir con fuertes sentimientos de culpa y marginación. Mas de los dos tercios de las adolescentes que tienen un hijo antes de los 15 no terminan sus estudios y la mitad de las que lo tienen entre los 15 y 17. Como hemos visto, en el embarazo de una adolescente se pone en juego el presente y futuro de

⁵⁴ www.cnna.gov.ec/.../Plan_Preencion_Embarazo_Adolescente.pdf

varios individuos. La actitud del profesional que atiende a la adolescente debe ser cuidadosa con todos los involucrados, incluyendo el niño que va a nacer, y debe estar orientada al futuro. Debe tomar en consideración la estructura, dinámica y valores particulares de la familia y no pensar en la adolescente en forma descontextualizada. Es importante tomar en cuenta que una adolescente "no se transforma necesariamente en adulto debido a su embarazo". Las intervenciones deben tener como propósito ayudar a la adolescente a crecer y desarrollarse y a apoyar a la familia para que la ayude en ese proceso. Con este fin puede ser necesario contribuir a que los padres superen el sentimiento de fracaso personal y familiar que los embarga y facilitar el diálogo entre padres e hija.⁵⁵

⁵⁵ Escuela.med.puc.cl/paginas/...Mil2lección.html.

CAPÍTULO VI

NORMAS DE ATENCIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR.

3.5. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los Programas de Planificación familiar, partiendo del hecho que pretende apoyar a la pareja para que tenga el número de hijos que desea, incluyen también el manejo de la pareja infértile, para ayudarla a concebir en las mejores condiciones posibles.

Este programa consiste en una serie de actividades dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil y que tiene la finalidad de permitirles a ejercer el derecho a gobernar su paternidad de manera responsable e informada. Este programa tiene obligatoriamente dos componentes básicos: educación y servicios clínicos de planificación familiar, ya que educación sin disponer de servicios conduce a la frustración y servicios son componente educativo, los tornan más costosos y de poca eficacia.

Por lo expuesto hemos programado dar charlas sobre los métodos de regulación de la fecundidad durante nuestra práctica laboral en el ciclo de Salud Pública a fin de atender debidamente al deseo y decisión de las personas de ejercer libremente el derecho a la paternidad responsable, regulando el número y espaciamiento de sus hijos, para de esta manera propiciar el mejoramiento de la salud materno-infantil y el bienestar de la familia.⁵⁶

⁵⁶ Normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

3.5.1. ESTE PROGRAMA TIENE COMO OBJETIVOS GENERAL:

Dar información a las usuarias sobre los procedimientos y métodos de planificación familiar para que puedan decidir responsablemente el número de hijos que puedan mantener y educar.

TRABAJANDO ESPECIFICAMENTE EN:

1. Indicar como se clasifican los métodos de regulación de la fecundidad.
2. Explicar las características que se debe tener en cuenta para la selección de un método anticonceptivo.
3. Describir los tipos de métodos que usan abstinencia periódica, sus indicaciones y tasa de falla.
4. Explicar los tipos de los métodos de barrera, sus características, las condiciones de almacenaje y modo de uso.
5. Mencionar el modo de uso de los espermicidas y sus efectos secundarios.
6. Exponer las indicaciones, los efectos adversos, los signos de alerta de los anticonceptivos orales y el modo de uso.
7. Explicar los tipos de píldoras anticonceptivos de emergencia, sus características, indicaciones y efectos secundarios.
8. Señalar las indicaciones, contraindicaciones y complicaciones en el uso del dispositivo intrauterino (DIU).
9. Describir los tipos de la anticoncepción quirúrgica voluntaria, sus características, contraindicaciones, modo de uso y complicaciones.⁵⁷

⁵⁷ Normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

3.6. METODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES

¿Qué son los métodos anticonceptivos naturales?

Los métodos de anticoncepción natural engloban prácticas de abstinencia sexual de acuerdo a los periodos de ovulación de la mujer.

Ventajas

- No provocan efectos secundarios relacionados con sustancias químicas u hormonales propias de otros métodos anticonceptivos
- Para las parejas practicantes de la religión que no desean concebir, este es el único método anticonceptivo aceptado por la iglesia Católica

Desventajas

- Su índice de fracaso es bastante alto: 20% al 30 %
- No deben ser utilizados por mujeres con ciclos menstruales irregulares
- No previenen contra **ETS**
- Dependen de condiciones que son fácilmente modificables por el medio
- Los métodos anticonceptivos naturales no deben emplearse en mujeres próximas a la menopausia

Los métodos anticonceptivos naturales se recomiendan a:

1. Personas que estén dispuestas a recibir un embarazo no planeado.
2. Mujeres que no puedan recurrir a otros métodos.
3. Mujeres con regularidad en su ciclo ovulatorio.⁵⁸

⁵⁸ Normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

3.6.1. Método De Billings O Del Moco Cervical

Su efectividad es del 75% al 98.5% siempre que los datos se sepan entender.

Este método consiste en observar tanto la consistencia como el olor del moco vaginal. En el momento de la ovulación este moco vaginal es transparente, elástico y abundante.

Para tomar la muestra del moco vaginal se puede utilizar papel higiénico o los dedos en la entrada de la vagina, de forma diaria para notar cuando hayan cambios, es importante no hacerlo después de mantener relaciones sexuales para evitar confundirse con el semen.

No debes olvidar tomar en cuenta que las infecciones o enfermedades sexuales, medicamentos, duchas vaginales, entre otros, varían la consistencia del moco vaginal, lo que hace que el método sea poco confiable.

El Billings no ha de ser utilizado en combinación de otros métodos anticonceptivos tales como condones, pastillas, DIU, diafragmas u otros, puesto que el uso de estos productos altera el moco cervical.

3.6.2. Método Basado En La Temperatura Basal.

Su efectividad es del 85% al 97% en condiciones normales. El aumento en los niveles de progesterona por la ovulación provoca un aumento de la temperatura basal equivalente a no más de medio grado centígrado aproximadamente.⁵⁹

⁵⁹ Normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Para hacer este método más confiable se debe tomar la temperatura oral, vaginal o anal diariamente por tres meses por la mañana, a la misma hora y antes de levantarse.⁶⁰

En los días siguientes a la menstruación la temperatura baja, luego sube, y permanece alta hasta el próximo periodo menstrual.

Los días en los cuales la temperatura permanece baja son los días de alta fertilidad.

Se utiliza el termómetro digital o el de fertilidad o basal el cual tiene un rango de 35 a 39 grados centígrados y ayuda a detectar mínimos cambios.

Es importante que mantenga un registro de la temperatura diaria. Y que comience una nueva grafica en cada ciclo y sea comparativa con las anteriores.

Este método natural de control natal es poco seguro ya que la temperatura puede variar por múltiples factores como lo son: el ambiente, resfriados, infecciones, estrés, medicamentos, etc.

3.6.3. Método Del Ritmo, Calendario U Ogino Kaus.

Su efectividad es del 65% al 85% en mujeres muy regulares y parejas disciplinadas que cumplen el periodo de abstinencia correctamente.

El método del ritmo se basa en que la vida del ovocito es de 24-48 horas y la del espermatozoide de hasta 92 horas, por lo que si no se mantienen relaciones sexuales 5 días antes y 2 después de la ovulación no habrán posibilidades de embarazo.

⁶⁰ Normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

El ritmo pierde eficacia cuando la mujer tiene ciclos menstruales irregulares.

En ciclos regulares de 28 días, se deben evitar los actos coitales entre el día 9 y 17 del ciclo.

Se recomienda llevar por al menos 6 meses un registro de cada ciclo menstrual con el fin de conocer la regularidad o irregularidad del mismo y saber que tan seguro será usar el método del ritmo.

Recuerda que el ciclo comienza desde el primer día del sangrado, siendo este por lo tanto, el día 1 y el último día es el anterior a la menstruación.

3.6.4. Método Durante La Lactancia Materna

Su efectividad es del 95% si se mantiene la lactancia constante y exclusiva y no hay manifestaciones de menstruación.

Durante el periodo de lactancia, está presente en el cuerpo una hormona llamada prolactina que impide la ovulación.

Sin embargo, después del sexto mes de vida del bebe o cuándo este mama menos de 6 veces al día, el método no es seguro ya que puede regresar la ovulación al cuerpo femenino.

La amenorrea (ausencia de menstruación) durante la lactancia no es igual en todas las mujeres. En la lactancia se puede dar el embarazo ya que no se sabe con exactitud cuándo empezará el ciclo ovulatorio.⁶¹

⁶¹ Normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

3.6.5. Método Sintotérmico

Su efectividad es del 97% si los todos los datos se interpretan correctamente.

Dentro de los métodos naturales para el control de la natalidad, el método anticonceptivo sintotérmico es el de mayor eficacia, ya que combina varios métodos naturales a su vez.

El método sintotérmico utiliza para reconocer los días fértiles y no fértiles a partir de:

- El método Billings.
- El método de la temperatura basal.

Los indicadores menores de fertilidad (sangrado intermenstrual, dolor en los riñones, hinchazón abdominal, entre otros)

- La auto palpación del cuello uterino para determinar dilataciones. Así, al depender de tantos medios, el método sintotérmico aumenta la seguridad para evitar un embarazo. Sin embargo, también trae dificultades para determinar los cambios en el ciclo menstrual.

DONNA TEST

Este es un producto que se utiliza para detectar el aumento de estrógenos a través de la saliva o el fluido vaginal. Por lo general se usa para aumentar las posibilidades de concebir pero sus datos también pueden ser usados para impedir el embarazo.⁶²

⁶² Normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

El Donna test prevé la ovulación 3 o 4 días antes de que se aparezca, y por lo tanto indica cuales son los días en los que habrá que suspender la actividad sexual.

3.6.6. Métodos Temporales

Son aquellos que evita el embarazo sólo durante el tiempo en el cual el hombre o la mujer lo usa, y cuando se suspende su uso se recupera la fertilidad. Existen varios Tipos: Hormonales (**píldoras, inyectables**), De Barrera (**el Condón**), Naturales (**Coito interrumpido, Billins Calendario**).

Definitivos o Permanentes: Son aquellos que evita un embarazo de manera permanente y requieren de una intervención quirúrgica. Estos son: **La ligadura de trompas y la Vasectomía.**

¿Qué es un método anticonceptivo hormonal?

Es aquel compuesto por sustancias sintéticas (o imitación de hormonas) que inhibe la ovulación evitando la posibilidad de un embarazo y además alteran el moco del cuello uterino para evitar el paso de los espermatozoides.

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos hormonales?

Los métodos anticonceptivos hormonales son: las píldoras anticonceptivas de rutina y las de emergencia, los contraceptivos inyectables, los parches, los implantes subdérmicos, y el aro vaginal. Actualmente se cuenta también el dispositivo intra uterino que libera hormonas.

2. Píldoras anticonceptivas.
3. Píldoras de emergencia.
4. Contraceptivo inyectable.
5. Parche.

6. Implante.
7. Anillo vaginal.

¿Que son las píldoras anticonceptivas?

Son un método anticonceptivo oral, compuesto por dos sustancias químicas parecidas a las hormonas naturales que producen los ovarios de la mujer: estrógeno y progestágeno, tienen como mecanismo de acción inhibir la ovulación y así evitar un embarazo.

Las píldoras anticonceptivas son de dos tipos:

- De sólo progestágeno.
- Combinada: compuesta de Estrógeno y progestágeno. Estas a su vez pueden ser monofásicas o trifásicas.

¿Qué son las píldoras anticonceptivas de sólo progestágeno?

Son aquellos anticonceptivos orales que contienen una sola hormona (progestágeno) y que, por lo general, se recomienda a aquellas mujeres que están lactando, que no toleran los estrógenos o tienen contraindicación para ellos, así como para aplicar la anticoncepción de emergencia.⁶³

¿Qué son las píldoras anticonceptivas monofásicas?

Son las píldoras que contienen dosis constantes de estrógeno y progestágeno en cada una de ellas. Sus presentaciones pueden ser de 21 o 28 grageas.

⁶³ Normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

¿Qué son las píldoras anticonceptivas trifásicas?

Son las píldoras que contienen dosis variables de estrógeno y progestágeno. Su presentación es de 21 grageas que contienen tres cantidades diferentes de hormonas para imitar el ciclo menstrual de la mujer.

¿Cómo se usan las píldoras anticonceptivas?

Las píldoras vienen en una presentación de 21 ó 28 píldoras. (Cual sea la presentación la primera vez que se toman se recomienda tomarla el primer día de la menstruación, es decir; el primer día del ciclo menstrual). Recuerda para comenzar a tomar una píldoras anticonceptivas te recomendamos consultar con tú médico/a ginecólogo/a.

Las píldoras de 21 días: se toman todos los días a la misma hora, al terminar el empaque se descansan siete (7) días (no se toman píldoras, debe venir la menstruación). Luego al octavo (8) día comenzar el nuevo empaque.

Las píldoras de 28 días: se recomiendan tomarla todos los días a la misma hora por los 28 días, no tiene días de descanso y al culminar un empaque seguidamente debe comenzar otro.⁶⁴

¿Cuál es la efectividad de la píldora anticonceptiva?

Tiene una efectividad de más del 99% para evitar un embarazo siempre y cuando la mujer la use de manera correcta.

⁶⁴ Normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Recuerda las píldoras anticonceptivas no brindan protección contra el VIH/sida u otras infecciones de transmisión sexual, por ello es recomendable el condón en todas tus relaciones sexuales.

Efectos colaterales:

Por exceso de estrógeno

- Náuseas
- Edema
- Calambres en las piernas
- Cloasma
- Irritabilidad
- Aumento de peso
- Jaquecas
- Hipertensión arterial
- Mastopatía quística
- Tromboflebitis

por exceso de progestágeno

- Cansancio y fatiga
- Aumento de apetito y del peso
- Disminución del libido
- Cuero cabelludo grasoso y acné
- Ictericia colestática
- Disminución del flujo menstrual
- Hipomenorrea
- Aumento del tamaño de las mamas
- Vaginitis por candidiasis

Contraindicaciones

Absolutas:

- Trastornos tromboembólicos
- Tumores estrógeno dependientes
- Enfermedad hepática grave
- Embarazo cierto o sospechoso
- Cáncer ginecológico
- Lactancia natural

Relativas:

- Desórdenes convulsivos y migraña severa.
- Enfermedad renal severa.

- Hipertensión severa.
- Prediabetes.
- Diabetes Mellitus.
- Descompensación cardíaca o posibilidades de ella.
- Trastornos visuales o enfermedad neuro-ocular.
- Estado sicodépresivo.
- Tabaquismo.
- Mujeres mayores de 35 años de edad con factores de riesgo (obesas, fumadoras, hipertensas, e hipercolesterolémicas).
- Cirugía programada.
- Inmovilización prolongada de extremidades.
- Varicosidades severas.
- Efectos colaterales importantes, severos y repetidos previos.

IMPLANTES SUBDERMICOS (IMPLANON)

Método anticonceptivo más moderno a disposición, solución sencilla y a largo plazo para el control de la natalidad.

La inserción de Implanon requiere 1 minuto aproximadamente y te protege frente al embarazo durante 3 años. Consiste en una delgada varilla que se inserta justo por debajo de la piel, en la cara interna de la parte superior de tu brazo.

MECANISMO DE ACCIÓN:

- Liberación lenta de una hormona que evita la ovulación mensual.
- Impide que los espermatozoides pasen al útero.
- La protección empieza desde el primer día de uso y dura 3 años.

EFICACIA: Numerosos estudios clínicos realizados han demostrado que Implanon es un método anticonceptivo extremadamente eficaz.⁶⁵

⁶⁵ <http://www.diatros.com/pdf/Implanon.pdf>

DURACIÓN: 3 Años de uso.

RECUPERACIÓN DE LA FERTILIDAD: Tras la extracción, la mujer volverá a ovular y a tener menstruaciones regulares. La mayoría de mujeres ovula al primer mes tras la extracción.

TÉCNICA DE INSERCIÓN: Igual que con otros anticonceptivos, el médico realizará una exploración clínica para asegurarse de que la anticoncepción hormonal es adecuada para la paciente. La inserción requiere alrededor de 1 minuto. Primero, se administrará un anestésico local para adormecer la zona. Después se colocará un vendaje compresivo en el brazo a fin de evitar la aparición de una hematoma. Se deberá mantener seca y limpia la zona en torno al vendaje. Transcurridas 24 horas, se puede retirar el vendaje.

EFFECTOS SECUNDARIOS:

- Acné.
- dolor de cabeza.
- aumento de peso.
- Tensión mamaria.
- cambios de humor.
- cambios de la libido.
- dolor abdominal.
- reglas dolorosas.

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN: Requiere unos 3 minutos, se aplica un anestésico local para adormecer la zona. Posteriormente, se realiza una pequeña incisión y se extrae la varilla. Tras la extracción, se aplica un vendaje compresivo a fin de evitar la aparición de un hematoma.⁶⁶

⁶⁶ <http://www.diatros.com/pdf/Implanon.pdf>

BENEFICIOS:

- Protege frente a un embarazo durante un período de hasta 3 años.
- No es necesario ningún recordatorio especial (toma diaria...).
- Implanon no interfiere con la vida sexual.
- Tras la extracción recuperas rápidamente la fertilidad que tenías anteriormente.
- La inserción y la extracción son procesos rápidos y sencillos, y no dolorosos⁶⁷.

¿Qué es la píldora anticonceptiva de emergencias (PAE)?

Es un anticonceptivo usado para reducir el riesgo de un embarazo no deseado en aquellas mujeres que fueron víctima de abuso sexual.

¿Con qué otro nombre se conoce a las PAE?

- Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE).
- Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE).
- Anticoncepción Post-Coital.
- Píldora del Día Después o Píldora de la mañana siguiente.

¿Cuándo se recomienda usar PAE?

1. Cuando el método anticonceptivo pudo haber fallado, incluyendo: Ruptura, deslizamiento, uso incorrecto del condón, olvido de tres o más píldoras anticonceptivas de rutina en un ciclo, atrasó en la colocación de la inyectable mensual por más de 7 días, o en la trimestral por más de dos semanas.
2. Cuando no se usa ningún anticonceptivo.

⁶⁷ <http://www.diatros.com/pdf/Implanon.pdf>

3. Cuando ocurre una violación y la mujer no estaba protegida con un método anticonceptivo.

¿Cómo tomar la PAE?

Se recomienda tomarla lo más pronto posible a la última relación sexual sin protección y dentro de las 72 ó 3 días de la misma, en Venezuela la píldora anticonceptiva de emergencia tiene 2 presentaciones: de una sola píldora, y de dos píldora, la presentación de dos (2) píldoras se recomienda tomarla 1 primero y 12 horas después la próxima píldora, aunque los últimos estudios realizados en Anticoncepción de Emergencia han demostrado que se puede tomar las dos píldora a la vez, manteniendo la misma efectividad promedio y de esta forma se evita el olvido o retraso de la segunda píldora.

¿Cuál es la efectividad de la PAE?

Cuando se toma de manera apropiada puede ofrecer un promedio del 85% para prevenir un embarazo no deseado ni planificado, sin embargo su efectividad dependerá del momento del ciclo menstrual en que se encuentra la mujer y con la prontitud que se tome después de la relación sexual sin protección.

¿Cómo actúa la PAE?

Actúa bloqueando, retrasando y/o inhibiendo la ovulación, y espesando el moco cervical dificultando la movilidad de los espermatozoides dentro de la vagina.⁶⁸

⁶⁸ www.idph.state.il.us/pdf/ec_brochure_sp.pdf

¿Cuáles son los efectos secundarios de la PAE?

En algunas mujeres pueden aparecer posterior a la toma, regularmente no duran más de 24 horas y pueden atenuarse ingiriendo algún alimento 30 minutos antes de la toma de las píldoras, estos pueden ser: Náuseas, Vómito, dolor de cabeza, mareos, fatigas, dolor en los senos, y sensación de sueño.

También puede tener un sangramiento o goteo irregular, la menstruación puede venir en la fecha esperada, pero también puede adelantarse o atrasarse por algunos días.

Si la menstruación se atrasa más de 7 días de la fecha esperada, es recomendable que la mujer se realice una prueba de embarazo para saber si el atraso menstrual es un efecto por la toma de las PAE o porque está embarazada. La Prueba de embarazo se la puede hacer en orina o en sangre.⁶⁹

¿Qué es la inyectable?

Es un método anticonceptivo hormonal, que se aplica vía intramuscular en el glúteo y tiene como mecanismo de acción inhibir la ovulación.

¿Cómo se administra?

Su administración es cada mes o cada tres meses, depende de la presentación del inyectable, las presentaciones están relacionadas a la composición de la misma, pueden ser combinadas (de estrógeno y progestágeno), o simples (sólo progestágeno).

⁶⁹ www.idph.state.il.us/pdf/ec_brochure_sp.pdf

¿Cuáles son sus ventajas?

1. Efectividad mayor al 99%, siempre que se use correctamente.
2. Uso sencillo y discreto, atractivo para las adolescentes que puedan olvidar tomar sus "píldoras anticonceptivas" todos los días.
3. Algunas inyecciones contienen solución acuosa lo que permite que su aplicación no sea dolorosa.
4. Disminuye el riesgo del Cáncer de ovario y endometrio. Evita aparición y/o cura los quistes de ovario.
5. No interfiere en las relaciones sexuales
6. Retorno rápido a la fertilidad
7. Mejora o previene el acné
8. Las que son de jeringa pre-llenada hacen de su uso efectivo, higiénico y seguro.

¿Cuáles son sus efectos secundarios?

No todas las mujeres presentarán los efectos secundarios que se indican a continuación. En algunos casos tendrán solamente uno o no tendrán ninguno.

- Sangrado o manchado inter menstrual (esto es sólo durante los primeros meses de uso, luego desaparecerá)
- Sensibilidad en los Senos (suele ser común, pero no representa peligro)
- Ausencia de menstruación (amenorrea), poco común y no representa riesgo.⁷⁰

Los inyectables no brindan protección contra el vih/sida u otras infecciones de transmisión sexual, por ello te recomendamos el uso del condón. Recuerda es tu doble protección.

⁷⁰ Normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Implante

Es un anticonceptivo hormonal temporal de acción prolongada, el cual se inserta por debajo de la piel del brazo y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de progestágeno sintético.

¿Cómo se coloca el implante?

Viene en una presentación de cápsulas subdérmicas que son insertadas los primeros 7 días del ciclo menstrual en la cara interna del brazo, a través de una cirugía menor realizada por el /a ginecólogo/a y brindan protección contra el embarazo durante un período de 3 a 5 años. Sin embargo, la mujer puede retirarlo en el momento que desee.

¿Cuál es la efectividad del implante subdérmicos?

El implante ofrece una efectividad durante el primer año de más del 99%, y luego de 5 años el 96.5%.

¿Qué es el anillo vaginal?

Es una estructura flexible en forma de anillo que se coloca en el interior de la vagina. Desde allí libera hormonas similares a las que contienen los anticonceptivos orales. Es transparente, incoloro, y se recomienda que sea indicado por médico ginecólogo el cual deberá informar como es su colocación y retiro.⁷¹

⁷¹ Normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

¿Cuál es su efectividad?

Ofrece una efectividad del 99%, siempre y cuando se use correctamente.

3.6.7. Métodos De Barrera.

¿Qué es un método anticonceptivo de barrera?

Es aquel que impide el contacto de fluidos o altera el flujo vaginal, con la finalidad de evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual.

1. Condón Masculino.
2. Condón Femenino.
3. Dispositivo Intrauterino.
4. Diafragma.
5. Químicos.

¿Qué es el condón masculino?

Es una funda de látex o poliuretano que se coloca sobre el pene en erección para evitar el paso de los espermatozoides al útero, así mismo evita el contacto con virus o bacterias que pudieran ocasionar una infección de transmisión sexual. Algunos de ellos contienen espermicidas.

¿Cómo se usa el condón?

Verificar la fecha de elaboración y de vencimiento, así como el registro de la marca en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS).

72

⁷² Normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Colocarse el condón en el momento en el cual el pene se encuentra erecto o parado y antes de cualquier tipo de contacto sexual o penetración.

Al abrir el estuche es recomendable que lo haga con los dedos y no con las uñas, los dientes o cualquier objeto filoso que pudiese romper el condón.

Una vez abierto, lo sostiene por la punta (que tiene forma de tetina de tetero), lo coloca sobre el glande y lo desliza hasta la base del pene, dejando un espacio en la punta para almacenar el semen en el momento que se produzca la eyaculación.

Luego de la eyaculación con el pene todavía erecto (parado), lo sujeta por la base para retirarse de la vagina de la mujer, evitando que se derrame el sémen o quede el condón adentro. Una vez retirado lo desecha, ya que el condón se usa una sola vez.

¿Cuál es la efectividad del condón masculino?

El condón de látex ofrece una efectividad de un 97% para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual si es usado correctamente.

¿Qué es el condón femenino?

Es un método anticonceptivo de barrera, que consiste en una funda suave y holgada con dos anillos de poliuretano en cada extremo, un anillo que está en el extremo cerrado de la funda y sirve como mecanismo de colocación y fijación en el interior de la vagina, el anillo exterior cubre la parte externa de la vagina proporcionándole protección a los labios mayores y menores. En Venezuela no está disponible en las farmacias.⁷³

⁷³ Normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

¿Cómo se usa el condón femenino?

Al usar el condón es recomendable abrir el empaque con los dedos y no con las uñas, dientes o cualquier objeto filoso que pudiera romperlo. La mujer debe colocarse en una posición cómoda (puede ser acostada o parada colocando una pierna en alto. Luego toma con una mano el extremo cerrado del condón que contiene el aro flexible, lo presiona entre los dedos, para facilitar su introducción en la vagina. Después guía el pene de su pareja, hacia el extremo abierto del condón, que quedará unos centímetros fuera de su vagina, para evitar de esta forma, que el pene se introduzca fuera del condón.

Al momento de presentarse la eyaculación y que la pareja retire el pene, gira el aro que queda fuera de su vagina, para evitar que se derrame el semen y lo hala suavemente, para luego desecharle, ya que se usa una sola vez.

¿Cuál es la efectividad del condón femenino?

El condón femenino de poliuretano ofrece una efectividad del 95% si es usado correctamente, y su disponibilidad en Venezuela es limitada.

¿Qué es un dispositivo intrauterino (DIU)?

Es un artefacto que se coloca dentro de la cavidad uterina con un fin anticonceptivo.⁷⁴

⁷⁴ Normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

¿Cómo es el dispositivo intrauterino?

Es un aparato o pequeño elemento en forma de T o de herradura elaborado de polietileno flexible, el cual contiene un principio activo de cobre o la combinación de cobre y plata y posee un hilo guía para su colocación y extracción. Existen algunos dispositivos intrauterinos que contienen hormonas similares a las de los anticonceptivos orales (endoceptivo), además de cobre y/o plata.

¿Qué es el dispositivo intrauterino hormonal o endoceptivo?

Es un dispositivo intrauterino que secreta dosis de levonorgestrel (progestágeno) de manera constante, la cual espesa el moco cervical impidiendo el paso de los espermatozoides.

¿Cuál es el mecanismo de acción del DIU?

El DIU afecta al óvulo y el espermatozoide en diversas maneras. Mantiene una reacción inflamatoria, como un tipo de respuesta a un cuerpo extraño en el útero, la concentración de diversas clases de células como glóbulos blancos aumentan marcadamente, especialmente con los DIU de cobre, son estos cambios los que interfieren en el transporte de espermatozoides en el tracto genital y pueden alterar los espermatozoides y a los óvulos de manera que la fertilización sea imposible.

¿Cuándo se coloca el DIU?

El dispositivo intrauterino es colocado preferiblemente durante la menstruación por el/a ginecólogo/a en su consultorio y en mujeres que ya han tenido hijos.⁷⁵

⁷⁵ Normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

¿Cuál es la efectividad del DIU?

La efectividad del DIU durante el primer año es de 99% y a partir del tercer año de 97%.

¿Qué es el diafragma?

Es una esfera de goma fina cuyo borde es un aro metálico cubierto del mismo material y se lo coloca la mujer en el fondo de la vagina de 2 a 3 horas antes la relación sexual. Igualmente es recomendable su uso con el condón para una mayor efectividad. En Venezuela es no hay disponibilidad de este método.

3.6.8. Métodos Químicos.

Son elementos que inserta la mujer en su vagina minutos u horas antes del coito, cuyo mecanismo de acción es liberar sustancias químicas que inmovilizan o matan a los espermatozoides.

¿Cuáles son los métodos químicos?

Entre los métodos químicos se encuentran: los espermicidas, las espumas, las esponjas vaginales y los óvulos. Es recomendable que su uso esté acompañado de un método de barrera como el condón para que sea más efectivo.

¿Cuál es la efectividad de los métodos químicos? La efectividad de estos métodos es de 74%.⁷⁶

⁷⁶ Normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

3.6.9. Métodos Definitivos.

¿Qué es ligadura de trompas?

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer y consiste en la oclusión, ligadura y/o sección de las trompas de Falopio con el objetivo de evitar la fertilización definitivamente. La realiza un/a médico/a ginecólogo/a en una intervención quirúrgica.

¿Qué es la vasectomía?

Es un método anticonceptivo permanente para el hombre que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides. Se realiza una pequeña incisión en el escroto a través de la cual se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes. La realiza un/a médico/a urólogo/a en una intervención quirúrgica.⁷⁷

⁷⁷ www.encyclopediasalud.com/.../método-natural-sintotérmico-de-planificación-familiar/ -

HIPÓTESIS

El incumplimiento de los métodos de planificación familiar por parte de las adolescentes que acuden a la consulta externa del Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús se deberá a la falta de conocimientos en el uso de los métodos anticonceptivos.

VARIABLES.

Independiente:

- Falta de conocimientos en el uso de los métodos anticonceptivos y de los métodos de planificación familiar.

Dependiente:

- Incumplimiento de los métodos de planificación familiar por parte de las adolescentes.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR
<p>Independiente: Falta de conocimientos en el uso de los métodos anticonceptivos y de los métodos de planificación familiar</p>	<p>Desconocimiento: Falta de conocimiento, que no tiene idea de una materia, doctrina o rama del saber</p> <p>Métodos anticonceptivo: Medio, práctica o agente que evita el embarazo.</p>	<p>Usuarías adolescentes de 12 a 19 años.</p> <p>Personal de enfermería</p>	<p>Entrevista, revisión de historia clínica, encuestas.</p> <p>Adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Grado de instrucción. • Número de hijos. • Método anticonceptivo que utiliza.
<p>Dependiente: Incumplimiento de los métodos de planificación familiar por parte de las adolescentes</p>	<p>Incumplimiento: Falta de cumplimiento, que no realiza o no aplica una norma, política, técnica o procedimiento establecido</p> <p>Planificación familiar: Este programa consiste en una serie de actividades dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil y que tiene la finalidad de permitirles a ejercer el derecho a gobernar su paternidad de manera responsable e informada, mediante la educación y servicios clínicos.</p>	<p>Usuarías adolescentes de 12 a 19 años.</p>	<p>Entrevista, revisión de historia clínica, encuestas.</p> <p>Adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Método de planificación familiar. • Quién le informó del método. • Efectos secundarios • Lugar donde se informó. • Valoración previa y posterior al uso. • Capacitación en métodos de planificación familiar.

METODOLOGIA.

MÉTODOS.

- Se utilizó el método Analítico y descriptivo.
- El periodo que se va a emplear es de Enero del 2010 a Marzo del 2010.

TÉCNICA.

- Análisis de documentos bibliográficos como libros, páginas de internet, revistas y todo tipo de información que sea útil para este tipo de estudio.
- Entrevista dirigida a las pacientes.

UNIVERSO

El universo es de 50 mujeres adolescentes por día que acuden a la Consulta Externa, es decir, 6.500 mujeres adolescentes en un periodo semestral.

MUESTRA

La población es de 6.500 mujeres. Para obtener el tamaño de la muestra, se utiliza la siguiente ecuación:

Fórmula:

$$n = \frac{PQN}{(N - 1) \frac{e^2}{K^2} + PQ}$$

Donde la simbología representa los siguientes parámetros:

- n = Tamaño de la muestra
- PQ = constante de la varianza poblacional (0,25)
- N = tamaño de la población (6.500 usuarias adolescentes)
- e = error máximo admisible (al 9,70%)
- K = Coeficiente de corrección del error (2)

$$n = \frac{PQN}{(N - 1) \frac{e^2}{K^2} + PQ}$$

$$n = \frac{(0,25) (6.500)}{(6.500 - 1) \frac{(0,097)^2}{(1,96)^2} + 0,25}$$

$$n = \frac{1.625}{6.499 \frac{0,0094}{3,8416} + 0,25}$$

$$n = \frac{1.625}{(6.499) (0,002494) + 0,25}$$

$$n = \frac{1.625}{16,16}$$

n = 100 encuestas.

La muestra en este trabajo de investigación es de 100 encuestas a realizar a las usuarias adolescentes del servicio de Consulta Externa de la Maternidad "Mariana de Jesús".

PLAN DE OBSERVACIÓN.

Observación directa a través de entrevista dirigida a las usuarias adolescentes.

**PRESENTACIÓN DE LOS
RESULTADOS
ENCUESTA APLICADA A
USUARIAS ADOLESCENTES
DEL SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL “MARIANA
DE JESÚS”**

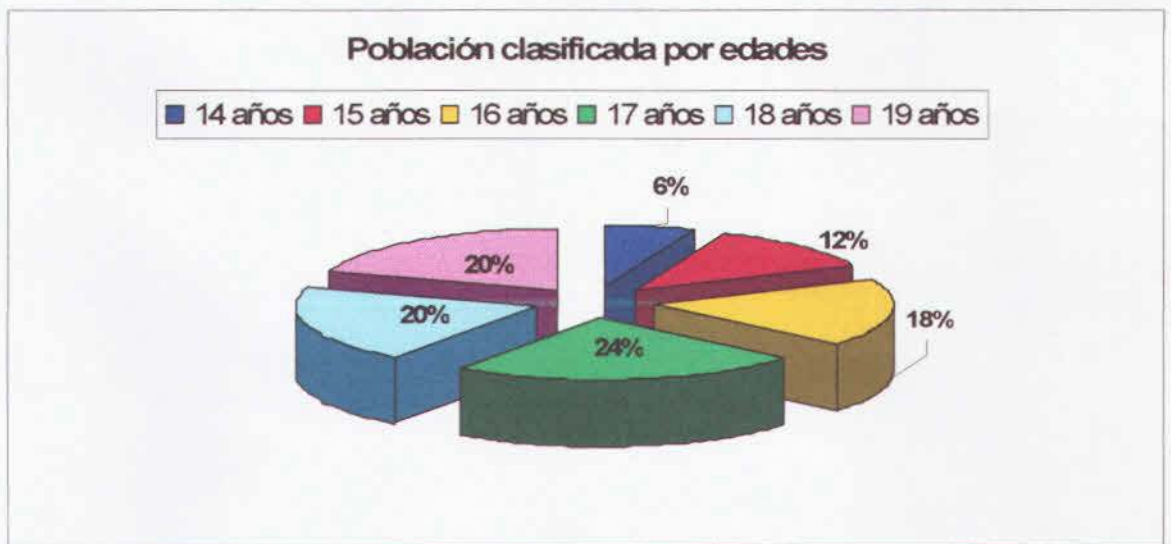
CUADRO No. 1

POBLACIÓN CLASIFICADA POR EDADES.

Descripción	Frecuencia	%
14 años	6	6%
15 años	12	12%
16 años	18	18%
17 años	24	24%
18 años	20	20%
19 años	20	20%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 1



Elaborado por: Heyvar Grisales García.

Análisis: Tabla No. 1, la mayor parte de la población de usuarias del Servicio de Consulta Externa (64%) tienen entre 17 a 19 años, y el 36% tienen edades entre 14 a 16 años.

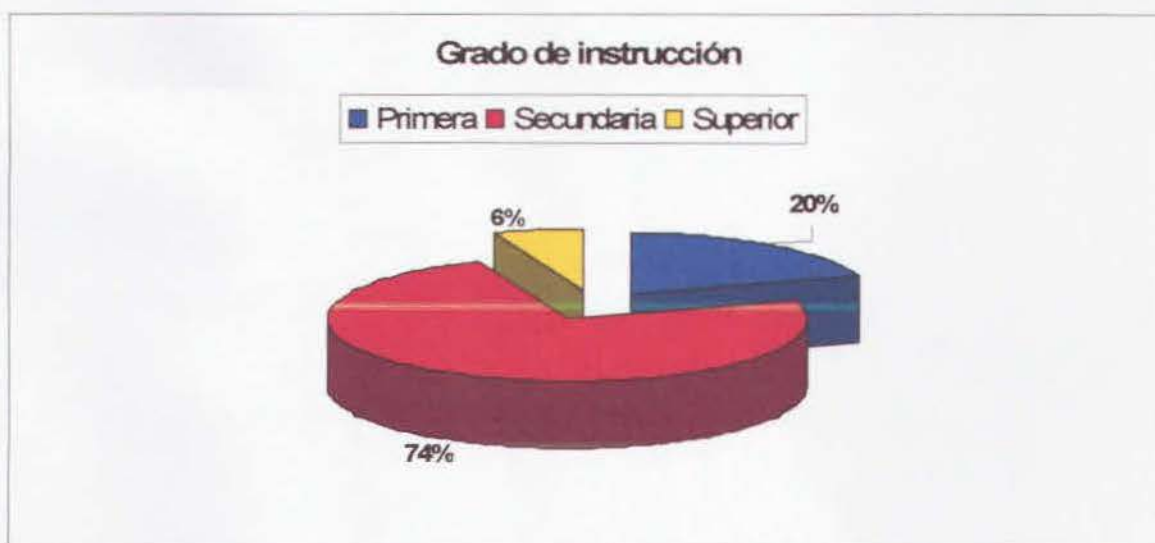
CUADRO No. 2

GRADO DE INSTRUCCIÓN.

Descripción	Frecuencia	%
Primera	20	20%
Secundaria	74	74%
Superior	6	6%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 2



Elaborado por: Heyvar Grisales García.

Análisis: Tabla No. 2, la mayor parte de la población de usuarias del Servicio de Consulta Externa (74%) tienen un grado de instrucción secundaria, mientras que el 20% solo tienen un nivel de instrucción primaria, lo que indica el bajo nivel académico de las adolescentes.

NUMERO DE EMBARAZOS.

Descripción	Frecuencia	%
Uno	74	74%
Dos	22	22%
Tres	4	4%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 3



Elaborado por: Heyvar Grisales García.

Análisis: Tabla No. 3, la mayor parte de la población de usuarias del Servicio de Consulta Externa (74%) ha tenido un embarazo, mientras que el 26% restante tienen de 2 a 3 embarazos.

CUADRO No. 4
EDAD EN QUE LE LLEGÓ SU PRIMERA MENSTRUACIÓN.

Descripción	Frecuencia	%
11 años	4	4%
12 años	75	75%
13 años	18	18%
14 años	3	3%
Total	100	100%

GRÁFICO No. 4



Elaborado por: Heyvar Grisales García.

Análisis: Los resultados de la Tabla No. 14, indican que el 75% de las usuarias del servicio de Consulta Externa, tuvo su primera menstruación a los 12 años, lo que indica que después de esas edades ya pueden ser madres, si tienen relaciones sexuales a tempranas edades.

CUACRO No. 5

LUGAR DONDE SE INFORMÓ SOBRE LOS MÉTODOS UTILIZADOS.

Descripción	Frecuencia	%
Hospital	4	4%
Centro de Salud	66	66%
APROFE	4	4%
Revistas	26	26%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 5



Elaborado por: Heyvar Grisales García.

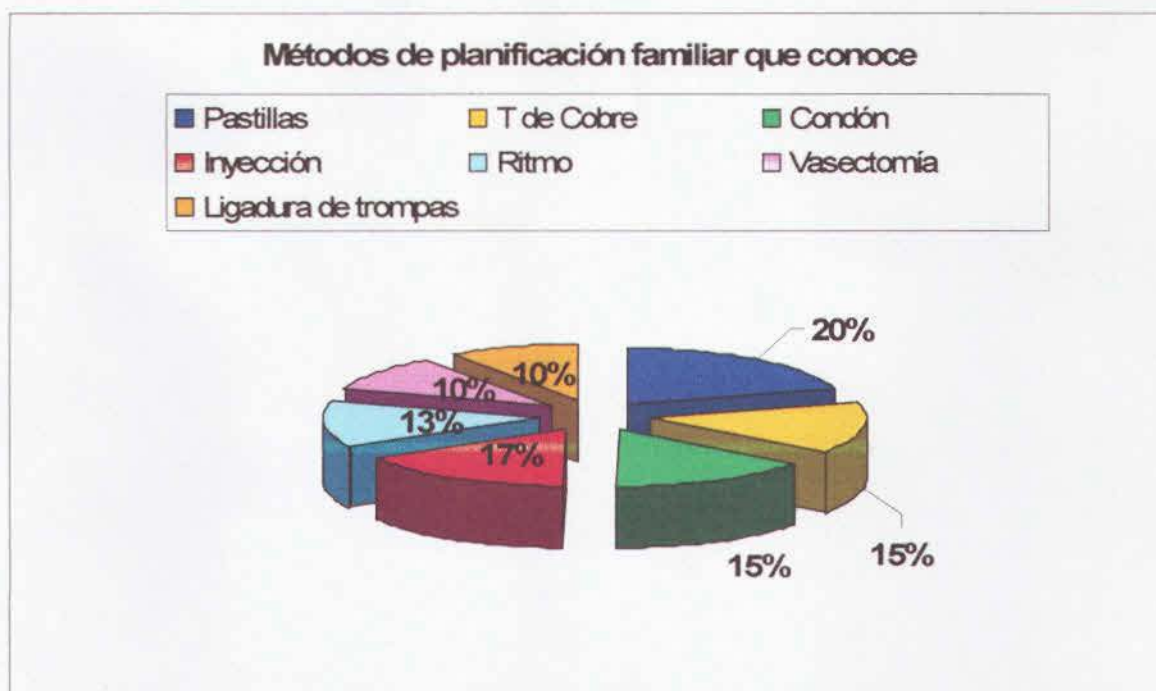
Análisis: Los resultados de la Tabla No. 5, señalan que el 66% de las usuarias del servicio de Consulta Externa, recibieron información en el Centro de Salud, el 26% obtuvo la información mediante revistas, lo que pone de manifiesto que no se está consultando a profesionales del área Médica para el uso de métodos anticonceptivos.

CUADRO No. 6
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE CONOCE.

Descripción	Frecuencia	%
Pastillas	42	20%
T de Cobre	30	15%
Condón	31	15%
Inyección	34	17%
Ritmo	27	13%
Vasectomía	21	10%
Ligadura de trompas	20	10%
Total	205	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 6



Elaborado por: Heyvar Grisales García.

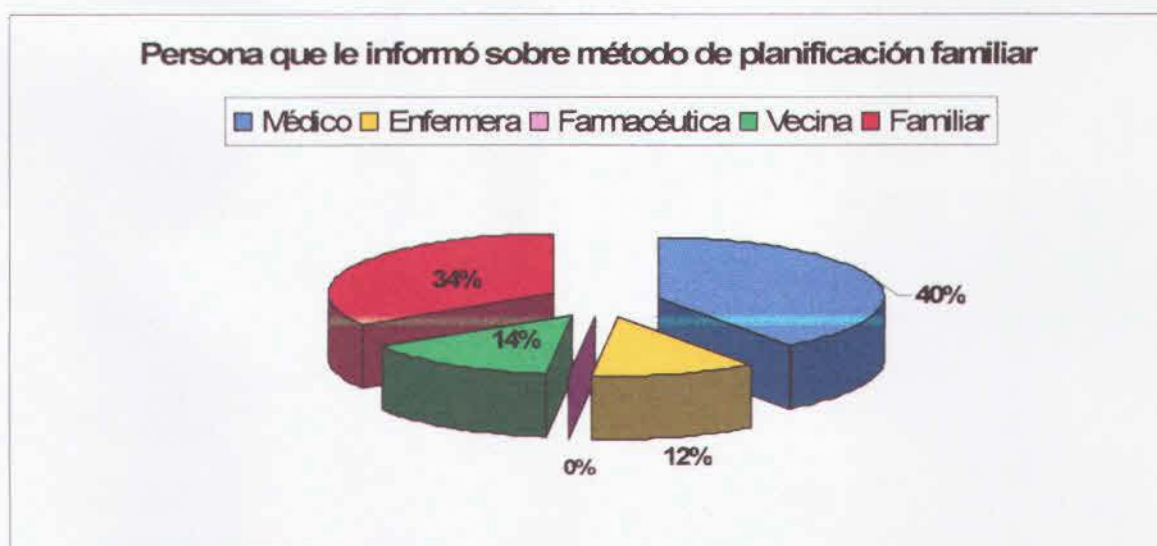
Análisis: De acuerdo a los resultados de la tabla No. 6, se observa que los métodos de planificación de mayor conocimiento entre las adolescentes, son las pastillas, las inyecciones, la T de cobre y el condón, que participan con el 67% en la presente investigación.

CUADRO No. 7
PERSONA QUE LE INFORMÓ SOBRE EL MÉTODO DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Descripción	Frecuencia	%
Médico	40	40%
Enfermera	12	12%
Farmacéutica	0	0%
Vecina	14	14%
Familiar	34	34%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 7



Elaborado por: Heyvar Grisales García.

Análisis: De acuerdo a los resultados de la Tabla No. 7, se observa que el 40% de las usuarias del servicio de Consulta Externa, indican que fue el Médico quien les recomendó o informó acerca del uso del método anticonceptivo que actualmente utilizan, un 34% reconoce que fueron sus familiares quienes le hablaron de dicho método anticonceptivo, lo que explica el desconocimiento o el déficit en la planificación familiar que no ha sido prescrita por un profesional de la Medicina.

CUADRO No. 8
EDAD EN QUE USÓ SU PRIMER MÉTODO DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR.

Descripción	Frecuencia	%
14 años	20	20%
15 años	21	21%
16 años	28	28%
17 años	18	18%
18 años	13	13%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 8



Elaborado por: Heyvar Grisales García.

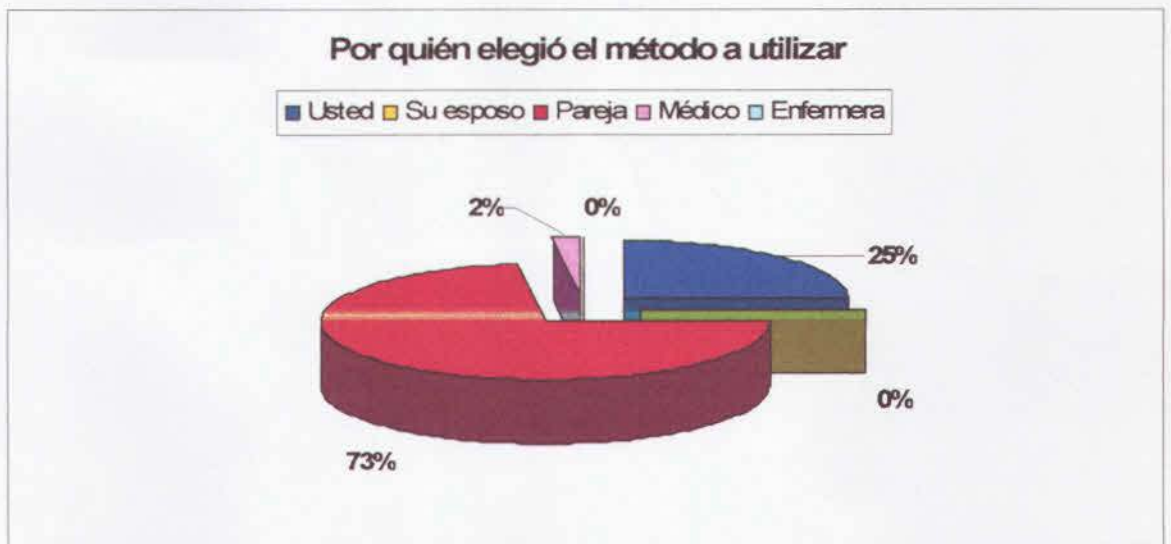
Análisis: De acuerdo a los resultados de la Tabla No. 8, se observa que el 59% de las usuarias del servicio de Consulta Externa, manifiestan que utilizaron su primer método anticonceptivo después de los 15 años, mientras que el 41% indican que antes de esta edad ya utilizaban un método anticonceptivo, lo que indica que las adolescentes de la comunidad son activas sexualmente a tempranas edades.

CUADRO No. 9
POR QUIÉN ELIGIÓ EL MÉTODO A UTILIZAR.

Descripción	Frecuencia	%
Usted	25	25%
Su esposo	0	0%
Pareja	73	73%
Médico	2	2%
Enfermera	0	0%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 9



Elaborado por: Heyvar Grisales García.

Análisis: Los resultados de la Tabla No. 9, indican que el 73% de las usuarias del servicio de Consulta Externa, decidieron en conjunto con su pareja el método anticonceptivo a utilizar, aun sin consultar a un profesional del área de la Medicina.

CUADRO No. 10
FUE VALORADA ANTES DEL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR.

Descripción	Frecuencia	%
Si	64	64%
No	36	36%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 10



Elaborado por: Heyvar Grisales García.

Análisis: Los resultados de la Tabla No. 10, señala que el 64% de las usuarias del servicio de Consulta Externa, fueron valoradas por el médico antes del uso de los métodos de la planificación familiar, mientras que el 36% de ellas no fueron valoradas previo al uso del método anticonceptivo, lo que es una de las causas para la existencia del problema del déficit de planificación familiar entre las adolescentes.

CUADRO No. 11
FUE VALORADA DESPUÉS DEL USO DE MÉTODOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Descripción	Frecuencia	%
Si	58	58%
No	42	42%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 11



Elaborado por: Heyvar Grisales García.

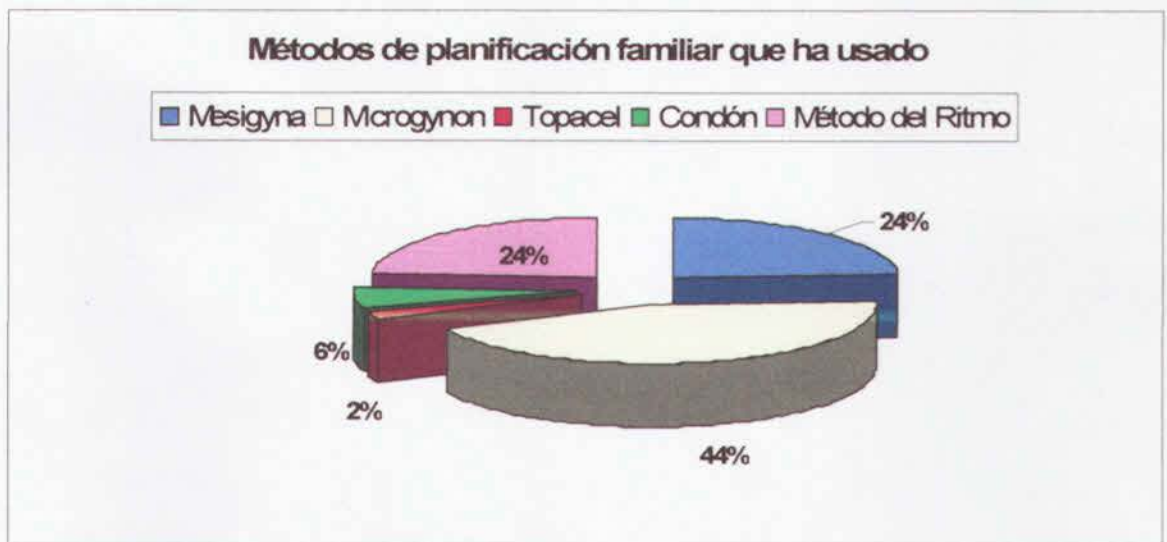
Análisis: Los resultados de la Tabla No. 11, señala que el 58% de las usuarias del servicio de Consulta Externa, fueron valoradas por el médico después del uso de los métodos de la planificación familiar, mientras que el 42% de ellas no fueron valoradas después del uso del método anticonceptivo, lo que es una de las causas para la existencia del problema del déficit de planificación familiar entre las adolescentes.

CUADRO No. 12
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE HA USADO Y POR
CUÁNTO TIEMPO LO HA USADO.

Descripción	Frecuencia	%
Mesigyna	24	24%
Microgynon	44	44%
Topacel	2	2%
Condón	6	6%
Método del Ritmo	24	24%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 12



Elaborado por: Heyvar Grisales García.

Análisis: De acuerdo a los resultados de la Tabla No. 12, se observa que el 44% de las usuarias del servicio de Consulta Externa, utilizan el Microgynon, como método anticonceptivo, otras 24% responden que usan la Mesigyna como anticonceptivo.

CUADRO No. 13
TEMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SOBRE LOS QUE SE HA INSTRUÍDO.

Descripción	Frecuencia	%
Clases de métodos	25	20%
Métodos más convenientes para usted	25	20%
Cómo usar el método	25	20%
Tiempo de utilización	25	20%
Molestias que puedan causar	25	20%
Ninguna	0	0%
Total	125	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 13



Elaborado por: Heyvar Grisales García.

Análisis: De acuerdo a los resultados de la Tabla No. 13, se observa que la mayoría de las de las usuarias del servicio de Consulta Externa, han sido instruidas acerca de alguno de los métodos de planificación familiar, pero se observa también, que todavía deben adquirir mayor conocimiento de los mismos.

CUADRO No. 14

MOLESTIAS QUE LE HA CAUSADO EL MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR UTILIZADO.

Descripción	Frecuencia	%
Dolor de cabeza	40	40%
Falta de menstruación	8	8%
Espinillas	30	30%
Dolor de senos	22	22%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 14



Elaborado por: Heyvar Grisales García.

Análisis: Los resultados de la Tabla No. 14, indican que el 40% de las usuarias del servicio de Consulta Externa, han presentad dolores de cabeza debido al uso de los métodos de planificación familiar, mientras que el 30% presentó espinillas, el 22% dolor de senos, como efecto del uso de dichos métodos anticonceptivos.

Interpretación de los Resultados

Los resultados de las encuestas, ponen de manifiesto que las usuarias que acuden a la consulta externa del centro hospitalario, son adolescentes de 14 a 19 años, en su mayoría, que no tienen mucho conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar, además, cabe destacar que por tener algunos de ellas más de 1 hijo (entre 2 a 3 hijos), necesitan de manera indispensable el conocimiento acerca de estos métodos de planificación, en especial, del método del ritmo.

En lo relacionado al personal de enfermería, éste no tiene mucha participación en lo referente a la información que deben proporcionar a las usuarias del servicio de Consulta Externa, tanto así, que estas adolescentes han adquirido conocimiento por medio de sus familiares y vecinas, en un porcentaje considerable.

Los métodos anticonceptivos de mayor uso por las usuarias del servicio de Consulta Externa, son anticonceptivos orales el microgynon e inyectable la mesigyna, el método del ritmo es poco utilizado por ellas, aunque algunas de ellas conocen del método del ritmo.

Entonces, se interpretan los resultados, como la falta de conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar, lo que ha traído como consecuencia que adolescentes menores de 19 años de edad, tengan hasta 3 hijos, esto significa que es indispensable proporcionar alternativas de solución para evitar que la falta de planificación familiar desmejore la calidad de vida de la población.

Criterio para Elaborar la Propuesta

Interpretados los resultados de la encuesta, conociendo que las usuarias del servicio de Consulta Externa de la Maternidad "Mariana de Jesús", no han recibido la capacitación adecuada inherente a los métodos de planificación familiar, y que a su corta edad, han tenido actividad sexual que las ha llevado a tener hasta 3 hijos a corta edad, se debe plantear una propuesta para la remediación del problema.

La propuesta debe reducir las causas principales que originan el problema, es decir, la falta de conocimientos acerca de los métodos adecuados de planificación familiar, en especial, del método del ritmo.

De esta manera, se plantea la propuesta de efectuar un programa educativo, que tenga como fin proporcionar conocimientos en el tema correspondiente a los métodos de planificación familiar, con lo que se aspira a beneficiar a las adolescentes de la comunidad y que sirvan como un efecto multiplicador, entre sus familiares, amigas y demás miembros del sexo femenino de otras comunidades.

PROPUESTA EDUCATIVA

“PROGRAMA EDUCATIVO PARA LAS USUARIAS ADOLESCENTES DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ACERCA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”

Introducción

Motivada por la gran importancia que reviste la planificación familiar, en el incremento o decrecimiento de los índices de pobreza, donde un porcentaje considerable de mujeres tienen 3 o más hijos antes de los 20 años de edad, se ha planteado un programa educativo para las usuarias que asisten a la Consulta Externa de la Maternidad “Mariana de Jesús”, para que mejoren el uso de sus métodos anticonceptivos y puedan ejecutar una planificación familiar adecuada, que evite que mujeres adolescentes de bajo nivel académico y de clases socioeconómicas desposeídas tengan más hijos de los que pueden mantener.

Justificación

El programa educativo propuesto se justifica porque los resultados de la encuesta demostraron fehacientemente, que existe desconocimiento de los métodos de planificación familiar, por parte de las usuarias del servicio que proporciona la Consulta Externa de la Maternidad “Mariana de Jesús”, con poca participación del personal de enfermería en lo relacionado a la información que deben presentar al respecto.

El programa educativo pretende incrementar el nivel de conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar, además de evitar que el uso de dichos métodos cause molestias en cualquier parte del organismo femenino, con base en material científico y práctico, que sirva a las mujeres de la comunidad para controlarse en la procreación familiar.

Objetivos

Objetivo general.

Fortalecer los conocimientos de las usuarias del servicio de Consulta Externa de la Maternidad "Mariana de Jesús" acerca de los métodos de planificación familiar, para el bienestar futuro de la comunidad femenina.

Objetivos específicos:

- Elaborar el cronograma programa educativo, indicándose los parámetros: lugar, fecha, horarios, personal involucrado, etc.
- Planificar los recursos para el programa educativo de acuerdo a lo planeado.
- Orientar a las usuarias, para que se apliquen regularmente los métodos de planificación familiar.

Importancia

La importancia del programa educativo para dar a conocer a las usuarias de Consulta Externa del centro hospitalario, los métodos de planificación familiar, radica en que será beneficioso para ellas, para sus familiares y para las mujeres miembros de su comunidad, convirtiéndose en un aporte para la colectividad que acude a solicitar los servicios en Consulta Externa de la Maternidad "Mariana de Jesús".

Metodología

La metodología a utilizar para el programa educativo, será de tipo indirecta, utilizando trípticos, diapositivas y folletos, además se realizarán las siguientes actividades:

- Charlas y Talleres.
- Demostraciones (trípticos y folletos).
- Dinámica Grupal.

Población Objetivo

El programa educativo será proporcionado a las usuarias del servicio de Consulta Externa de la Maternidad "Mariana de Jesús".

Factibilidad

Recursos:

1. Humano:

- Personal de Enfermería.
- Usuarias del servicio de Consulta Externa.

2. Material:

- Pizarra.
- Tiza líquida.
- Borrador.
- Material didáctico (pluma, lápices, carpetas, hojas papel bond, trípticos, etc.)
- Agua y utensilios varios, entre los aspectos de mayor relevancia.

Descripción de la Propuesta

La presente propuesta se denomina: **“Programa educativo para las usuarias adolescentes del servicio de consulta externa acerca de los métodos de planificación familiar”**, con la cual se pretende proporcionar conocimientos acerca de los métodos para prevenir esta peligrosa enfermedad, que afecta a las mujeres de la comunidad.

Esta propuesta, consta de los siguientes pasos:

- Socializar la propuesta con las usuarias del servicio de Consulta Externa.
- Proponer el desarrollo del programa educativo.
- Elaboración de contenidos.
- Establecimiento de los temas.
- Adecuación del lugar para la realización del programa educativo.
- Selección del material de apoyo.
- Preparación del material de apoyo.
- Reunión con personal de enfermería y usuarias del servicio.
- Evaluación del programa educativo.

El detalle de la propuesta se presenta en las siguientes páginas.

Programa
Educativo
para las
Usuarías
Adolescentes
del Servicio
de Consulta
Externa
acerca de los
Métodos de
Planificación
Familiar

PRESENTACIÓN.

Esta propuesta que incluye el programa educativo para dar a conocer los métodos de planificación familiar en las adolescentes, con el firme propósito de proporcionarles una herramienta válida para su desarrollo personal y familiar, así como la orientación oportuna intervención del personal de enfermería, para de esta manera, proteger la salud respectiva de las mujeres de la colectividad.

OBJETIVO.

Fortalecer los conocimientos de las usuarias del servicio de Consulta Externa de la Maternidad "Mariana de Jesús" acerca de los métodos de planificación familiar, para el bienestar futuro de la comunidad femenina.

1. Introducción

Motivada por la gran importancia que reviste la planificación familiar, en el incremento o decrecimiento de los índices de pobreza, donde un porcentaje considerable de mujeres tienen 3 o más hijos antes de los 20 años de edad, se ha planteado un programa educativo para las usuarias que asisten a la Consulta Externa de la Maternidad "Mariana de Jesús", para que mejoren el uso de sus métodos anticonceptivos y puedan ejecutar una planificación familiar adecuada, que evite que mujeres adolescentes de bajo nivel académico y de clases socioeconómicas desposeídas tengan más hijos de los que pueden mantener.

El programa educativo pretende incrementar el nivel de conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar en adolescentes, con base en material científico y práctico, que sirva a las mujeres de la comunidad para evitar contraer esta peligrosa enfermedad, y que sirva como un efecto multiplicador para que otras mujeres puedan tener conocimiento del mismo tema, beneficiándose a muchas personas.

2. Propósito

Proteger la salud reproductiva de las usuarias del servicio de Consulta Externa de la Maternidad "Mariana de Jesús", mediante la proporción de conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar a las adolescentes de la comunidad beneficiara, para lo cual se plantea un programa educativo para la difusión de dichos métodos de planificación, que promulguen una paternidad responsable y una salud reproductiva sana.

PROGRAMA EDUCATIVO PARA LAS USUARIAS ADOLESCENTES DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ACERCA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

PLAN DE CHARLA No. 1

Tema: Salud Reproductiva.

Objetivo: Dar a conocer los aspectos básicos sobre salud reproductiva en las adolescentes.

Participantes: Usuaris adolescentes del servicio.

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
-	-	2 horas semanales.	<ul style="list-style-type: none">• Educación sexual.• Promiscuidad.• Paternidad responsable.• Relación sexual temprana.	<ul style="list-style-type: none">• Diapositivas.• Lluvia de ideas.• Técnicas de dinámica grupal.• Entrega de material didáctico y trípticos.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas y respuestas.• Retroalimentación a usuarias adolescentes.

PLAN DE CHARLA No. 2

Tema: Métodos de planificación familiar.

Objetivo: Informar y orientar acerca de los métodos de planificación familiar.

Participantes: Usuaris adolescentes del servicio.

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
-	-	2 horas semanales.	<ul style="list-style-type: none">• Método de Billing.• Método de la temperatura basal.• Método del Ritmo.• Método durante la lactancia materna.• Método Sintotérmico.• Métodos temporales.• Métodos de barrera.• Métodos químicos.• Métodos definitivos.	<ul style="list-style-type: none">• Diapositivas.• Lluvia de ideas.• Técnicas de dinámica grupal.• Entrega de material didáctico y trípticos.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas y respuestas.• Retroalimentación a usuarias adolescentes.

PLAN DE CHARLA No. 3

Tema: Tipos de medicinas o accesorios prescritos para la planificación familiar.

Objetivo: Informar y orientar acerca de los tipos de medicinas o accesorios prescritos para la planificación familiar.

Participantes: Usuarias adolescentes del servicio.

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
-	-	2 horas semanales.	<ul style="list-style-type: none">• Pastillas.• T de cobre.• Condón.• Inyección.• Vasectomía.• Ligadura de trompas.	<ul style="list-style-type: none">• Diapositivas.• Lluvia de ideas.• Técnicas de dinámica grupal.• Entrega de material didáctico y trípticos.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas y respuestas.• Retroalimentación a usuarias adolescentes.

Evaluación de la Propuesta

Evaluación del Proceso:

- Se cumplen todos los objetivos propuestos.
- Se cumplen todas las actividades programadas.

Evaluación de los Resultados:

- Usuaris del servicio de Consulta Externa, serán capacitadas en los métodos de planificación familiar.
- Materiales trípticos serán entregadas a las usuarias del servicio de Consulta Externa.

Beneficiarios

Mediante la propuesta del **"Programa educativo para las usuarias adolescentes del servicio de consulta externa acerca de los métodos de planificación familiar"**, se beneficiará a:

- **Usuaris del servicio de Consulta Externa:** Porque mejorarán su salud sexual reproductiva.
- **Familiares de las usuarias del servicio:** Que pueden recibir la información por parte de las usuarias del servicio.
- **Maternidad "Mariana de Jesús":** Porque mejorará su imagen y la confianza que depositan en esta institución las usuarias del servicio.
- **Personal de Enfermería:** Que será instruido para que orienten a las madres adolescentes.
- **Comunidad en general:** Porque procurarán el control de la procreación familiar, para tener solamente los hijos que pueden mantener.

Visión

Que los conocimientos aprendidos en el programa educativo en el tema correspondiente a los métodos de planificación familiar, perduren y se difunda la información a la comunidad.

Misión

Procurar la paternidad responsable y el control de la natalidad, por parte de las usuarias adolescentes del servicio de Consulta Externa, mediante la información correcta y oportuna, para beneficio de la salud de las mujeres adolescentes de la comunidad.

Política

El programa educativo acerca de los métodos de planificación familiar quedará establecido en la institución para ser ejecutado temporalmente a las usuarias del servicio de Consulta Externa y será difundido, tanto al personal de Enfermería como a la colectividad que acude a la Maternidad "Mariana de Jesús", a través de folletos y trípticos.

CONCLUSIONES

- 1) Se ha escogido la encuesta, como método para la evaluación de los conocimientos acerca del uso de métodos anticonceptivos, en las adolescentes de 12 a 19 años que acuden a la Consulta Externa de la Maternidad "Mariana de Jesús", de las cuales el 82% registraron edades de 16 a 19 años, el 75% tuvieron su primera menstruación a los 12 años, un 74% tiene instrucción secundaria, y, un 26% ha registrado más de 1 embarazo (de 2 a 3).
- 2) La metodología utilizada indicó que el 26% de ellas se informó acerca de los métodos anticonceptivos por medio de revistas y el 48% se informó por medio de una vecina o un familiar, un 25% decidió por sí misma la utilización del método anticonceptivo, y, un promedio del 40% de las usuarias adolescentes no fue valorada antes ni después del uso de los métodos de planificación familiar. Esto significa que ellas no han adquirido conocimientos suficientes acerca del uso de los métodos adecuados de planificación familiar, por tanto, no han tenido un control de la natalidad eficiente, dada que a sus cortas edades algunas tienen hasta 3 hijos.
- 3) De esta manera, se ha comprobado que la hipótesis que relacionaba las variables de la falta de conocimientos en los métodos de planificación familiar, son ciertas y se ha podido comprobar su relación.
- 4) La propuesta planteada, se refiere a la planeación de un programa educativo en el tópico de los métodos de planificación familiar, dirigido a las usuarias adolescentes que acuden a la Maternidad "Mariana de Jesús", con el firme propósito de mejorar el control de la natalidad entre las adolescentes, orientarlas acerca del control familiar y cuidar su salud sexual y reproductiva, con un impacto positivo para la comunidad en general.

RECOMENDACIONES

Se recomienda al centro hospitalario: Elaborar proyectos para difundir los principios de la educación sexual y reproductiva a las usuarias del servicio de Consulta Externa, para que ellas conozcan los métodos adecuados de planificación familiar, a través de trípticos, publicidad en medios, fomentando una cultura de control de la natalidad entre las adolescentes que acuden al servicio que brinda el centro hospitalario.

Se recomienda al personal profesional de Enfermería, la orientación adecuada en el uso de los métodos de planificación familiar, para las adolescentes, cumpliendo eficazmente su rol de educadora.

Se recomienda a las usuarias del servicio, que asistan con regularidad a las consultas de planificación familiar, eviten la promiscuidad y tengan una sola pareja sexual, para mejorar la eficacia de los métodos de planificación familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berek JS. Cervical cáncer. En: Berek JS., Hacker NF. Practical Gynecology Oncology. 3th edition. Lippincott Williams & Wilkins 2000. pp 180-203.
2. Cormeek David H.- Histología de Ham; Editorial Harla. 2000.
3. Hildesheim, A. HPV prophylactic vaccines. Handbook: Pathogenesis of human oncogenic viruses. ICGEB 2002.
4. Jamison D, Breman J, Measham A, Alleyne G, Claeson M, Evans D, et al, editores. Disease control priorities in developing countries. Second Edition. Washington, DC: Oxford University Press, The World Bank; 2006. Disponible en: <http://www.dcp2.org/pubs/DCP>.
5. Jamison D, Breman J, Measham A, Alleyne G, Claeson M, Evans D, et al, Editors. Las prioridades de la salud. Washington, DC: Ed. Banco Mundial; 2006, p. 77.
6. López AD, Mathers C, Ezzati M, Jamison D, Murray C, Editors. Global Burden of Disease and risk Factors. The World Bank Group; 2006. Disponible en: <http://www.dcp2.org/pubs/GBD>.
7. MAZON María Lcda.- Manual de Enfermería Oncológica, tres R. Editores ministerio de salud publica.- Normas y procedimientos de salud reproductiva. 2005.
8. Organización Mundial de la Salud, Cervical Cancer Screening in Developing Countries: report of a WHO consultation. NLM/LC classification: WP 480, Washington, DC: World Health Organization; 2002. p viii.
9. Pan American Health Organization. FACT SHEET of the program on Women, Health and Development. GENSALUD; 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/English/DPM/GPP/GH/GenSalud.htm>.
10. Sankaranarayanan R, Budukh A, y Rajkumar R, Programas eficaces de cribado del cáncer cervicouterino en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos. 6; 2002.

11. Tórtora, Gerad, Growoskib Sandra.- Principios de Anatomía y Fisiología. 2000.
12. Unger E, Duarte-Franco, E. Human papillomaviruses. Into the new millennium. Obstet Gynecol Clinics 2001; 28(4): 653-6.
13. www.medicineplus.com: salud reproductiva: mujeres en edad fértil.
14. www.cuidardetusalud.com : cáncer cervicouterino.
15. www.enfersalud.com.
16. www.geosalud.com
17. http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_cervical
18. <http://www.geosalud.com/Nutricion/antioxidantes.htm>
19. <http://cancernet.nci>.
20. <http://www.telegrafo.com.ec/zonaciudadana/noticia/archive/zonaciudadana/2009/10/15/El-conocimiento-sexual-crece-2000-pero-se-aplica-poco-.asp>
21. Unger E, Duarte-Franco, E. Human papillomaviruses. Into the new millennium. Obstet Gynecol Clinics 2001; 28(4): 653-6.
22. WAGNER, Guillermo (1992), Embarazo, Parto y Puerperio, Primera Edición, Editorial Luz S. A., Guayaquil – Ecuador.
23. www.medicineplus.com: salud reproductiva: mujeres en edad fértil.
24. www.cuidardetusalud.com : cáncer cervicouterino.
25. www.enfersalud.com.
26. www.geosalud.com
27. http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_cervical
28. <http://www.geosalud.com/Nutricion/antioxidantes.htm>
29. <http://cancernet.nci>.
30. <http://www.telegrafo.com.ec/zonaciudadana/noticia/archive/zonaciudadana/2009/10/15/El-conocimiento-sexual-crece-2000-pero-se-aplica-poco-.asp>

RESUMEN

El embarazo adolescente es uno de los problemas sociales que afecta a la sociedad ecuatoriana en los actuales momentos, debido a la falta de planeación entrañan riesgos para la salud, lo que impulsa al estado y a los involucrados, a ejecutar estrategias educativas que prevengan el embarazo no deseado. El problema que afecta a la población femenina es el desconocimiento de los métodos de planificación familiar, motivo por el cual, la presente investigación tiene como objetivo "orientar y concienciar a las mujeres adolescentes acerca del uso adecuado de los métodos anticonceptivos en el área de Consulta Externa en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús". En la presente investigación se aplica la metodología analítica, transversal, descriptiva, utilizando bibliografía concerniente a los métodos de planificación familiar, para lo cual se ha formulado una encuesta para determinar el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre esta temática y el rol del personal de enfermería. Se ha establecido como hipótesis que el incumplimiento de los métodos de planificación familiar por parte de las adolescentes que acuden a la consulta externa del Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús se deberá a la falta de conocimiento en el uso de los métodos anticonceptivos, para el efecto, al comprobarse la hipótesis, se a planteado la elaboración de una propuesta de un Programa educativo para las usuarias adolescentes acerca de los métodos de planificación familiar y su uso correcto, para de esta manera fortalecer los conocimientos de las usuarias del servicio de Consulta Externa de la Maternidad "Mariana de Jesús" acerca de los métodos de planificación familiar, para el bienestar futuro de la comunidad femenina, esperando beneficiar a todas aquellas mujeres adolescentes que acuden al centro hospitalario para que se conviertan en multiplicadoras de los conocimientos que puedan adquirir para trasmitirlo a otros sectores de la colectividad.

Palabras Claves: Métodos de planificación familiar, Embarazo en adolescentes, Usuarias del servicio, Programa educativo.

ANEXOS

5. A QUE EDAD EMPEZÓ A USAR EL PRIMER MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
----- AÑOS

6. COMO ELIGIÓ EL MÉTODO A UTILIZAR

USTED ----	SU ESPOSO ----	LA PAREJA (DOS) ----
EL MÉDICO ----	LA ENFERMERA ----	LA MAMÁ ----
UNA AMIGA ----	OTROS ---- botica---	
	Suegra---	

7. FUE VALORADA POR EL MÉDICO ANTES Y DESPUÉS DEL USO DE LOS MÉTODOS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ANTES

DURANTE

SI ----

SI ----

NO ----

NO ----

ALGUNA VEZ ----

ALGUNA VEZ ----

8. INDIQUE EN ORDEN DE USO, QUE MÉTODOS HA UTILIZADO Y POR CUANTO TIEMPO USÓ CADA UNO.

MÉTODO

TIEMPO

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> MESIGYNA---- | 2, 4, 6, 8, 10, 12 o más. |
| <input type="radio"/> MICROGYNON---- | 2, 4, 6, 8, 10, 12 o más. |
| <input type="radio"/> TOPACEL ---- | 2, 4, 6, 8, 10, 12 o más. |
| <input type="radio"/> CONDON ---- | 2, 4, 6, 8, 10, 12 o más. |
| <input type="radio"/> M. RITMO ---- | 2, 4, 6, 8, 10, 12 o más. |

9. DE LOS SIGUIENTES PUNTOS MARQUE CON UNA CRUZ AQUELLOS SOBRE LOS CUALES SE LES HA INSTRUIDO

- Clases de métodos ----
- Método más conveniente para usted ----
- Cómo usar el método ----
- Tiempo de utilización ----
- Molestias o problemas que pueden causarle ----
- Ninguno ----

10. EN BASE A LOS CONOCIMIENTOS RECIBIDOS Y A LA EXPERIENCIA OBTENIDA RESPONDA

- a) ¿La mujer puede quedar embarazada en cualquier día del mes?.....
- b) ¿Si su respuesta es negativa, indique el período en que se produce?.....
- c) ¿Cada cuántos días al mes la mujer ovula?.....
- d) ¿Sabe Ud. Dónde se produce la fecundación?.....

11. DESDE QUE USA MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR INDIQUE QUE MOLESTIAS HA PRESENTADO

1.
2.
3.
4.
5.

PLAN FINANCIERO.

RECURSOS	COSTO
Empastado	\$ 30
Internet	\$ 70
Hojas de papel bons	\$ 50
Pen drive	\$ 50
Tinta para impresora	\$200
Anillado	\$ 20
Refrigerio	\$ 50
lápices	\$ 6
Copias	\$ 35
Impresora	\$100
TOTAL	\$650

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
Presentación del anteproyecto.					
Primera entrevista con tutor de tesis.					
Segunda entrevista con tutor de tesis.					
Tercera entrevista con tutor de tesis.					
Recolección de Datos					
Revisión del Lector					
Sustentación de tesis.					