

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

TESINA

TÍTULO DEL TRABAJO

**INTERVENCIONES DE LA LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO DE LAS Y LOS ADOLESCENTES**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

LUCIA VAZQUEZ FLORES

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. JOSEFINA MARTINEZ VARGAS





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Intervenciones de la Licenciada en
Enfermería y Obstetricia en la Prevención del Embarazo en las y los adolescentes

Elaborado por:

1.	<u>Vazquez</u>	<u>Flores</u>	<u>Lucia</u>	Núm. de cuenta:	<u>408517003</u>
2.					
3.					
	Apellido paterno	Materno	Nombre	Núm. de cuenta	

Alumna (s) de la carrera de: Licenciada en Enfermería y Obstetricia
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

México D. F., a 23 de septiembre de 2016

Nombre y firma del Asesora


Lic. Enf. Josefina Martínez Vargas

Nombre y firma de la
Directora Técnica de la Carrera


Lic. Enf. Silvia Vega Hernández



Secretaría de Salud del Distrito Federal
Escuela de Enfermería
DIRECCIÓN
CLAVE 3095



SECRETARÍA DE SALUD

ÍNDICE	PÁGINA
Agradecimientos	1
Introducción	2
Justificación	4
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
Capítulo I Perfil Epidemiológico del Embarazo Adolescente.	6
Capítulo II Anatomía y fisiología del Aparato Reproductor Masculino y Femenino.	
2.1 Espermatogénesis	9
2.2 Gametogénesis	11
2.3 Órganos reproductores externos masculinos	12
2.4 Órganos reproductores internos masculinos	16
2.5 Órganos reproductores externos femeninos	22
2.6 Órganos reproductores internos femeninos	24
2.7 Órganos accesorios mamas	30
2.8 Ciclo menstrual	31
2.9 Ciclo ovárico	33
Capitulo III Adolescencia	
3.1 Adolescencia	35
3.2 Pubertad	37
3.3 Etapas de la adolescencia	38
3.4 Crecimiento y desarrollo del adolescente	39
3.5 Aspectos biopsicosociales de la sexualidad de la población adolescente	41
3.6 Aspectos biológicos de la sexualidad adolescente	43
3.7 Aspectos psicológicos de la sexualidad adolescente	44

3.8 Características psicológicas propias del adolescente	46
3.9 Principales fenómenos sociales relacionados con la sexualidad adolescente: Género, enfoque de género, asignación de género, identidad de género.	46
3.10 Factores que influyen en la conducta sexual en la población adolescente	47
3.11 Ambiente familiar del adolescente	49
Capítulo IV Embarazo en adolescentes	50
4.1 Madre adolescente	52
4.2 Paternidad adolescente	53
4.3 Paternidad e identidad masculina	53
4.4 Paternidad vs machismo	54
4.5 Paternidad vs proyecto de vida	54
4.6 Actitudes hacia la paternidad adolescente	55
4.7 El padre adolescente y su entorno social	56
4.8 Repercusiones psicosociales del embarazo no planeado durante la adolescencia	58
4.9 Complicaciones en un embarazo adolescente	59
4.10 Complicaciones para el hijo de la madre adolescente	59
Capítulo V Embarazo anatomía y fisiología de la mujer en el embarazo.	
5.1 Embarazo	60
5.2 Cambios fisiológicos y anatómicos	60
5.3 Modificaciones circulatorias	60
5.4 Modificaciones hematológicas	62
5.5 Modificaciones del aparato urinario	62

5.6 Modificaciones de la piel	63
5.7 Modificaciones de las glándulas endocrinas	64
5.8 Modificaciones del aparato digestivo	64
5.9 Modificaciones del aparato respiratorio	65
5.10 Modificaciones en el cuello uterino	65
Capítulo VI Cuidado Enfermero	
6.1 Evolución del cuidado enfermero	66
6.2 Cuidados a la salud	66
6.3 El cuidado como objeto de estudio de la práctica de enfermería: care, cure	67
6.4 Enfermería como profesión y disciplina	70
Capítulo VII intervenciones de enfermería en la prevención del embarazo en los adolescentes	
7.1 Prevención del embarazo en adolescentes	72
7.2 Niveles de prevención.	73
7.2.1 Prevención primaria.	73
7.2.2 Intervenciones de Enfermería	74
7.3 Prevención secundaria	92
7.4 Prevención terciaria	93
Capítulo .VIII	
Marco Legal	
8.1 consentimiento Informado	94
8.2 Plan Nacional de Desarrollo	95
8.3 Estrategias y Líneas de acción	96
8.4 Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM 005-SSA2-1993)	97
8.5 Norma Oficial Mexicana en la atención de la mujer durante el embarazo, parto , puerperio y del recién nacido , criterios y procedimientos para la prestación del servicio (NOM-007-	

SSA2-1993)	.....	98
8.6 Constitución de los Estados Unidos Mexicanos	.....	98
8.7 Artículo cuarto constitucional	.....	98
8.8 Reglamento de la Ley General de la Población	.....	99
8.9 Ley General de Salud	.....	100
8.10 Artículo 67 de la Ley General de salud: Planificación Familiar.	.....	100
8.11 Artículo 68	.....	100
8.12 Artículo 69	.....	101
8.13 Artículo 70	.....	101
8.14 Artículo 71	.....	101
8.15 Derechos Sexuales y Reproductivos	.....	101
Conclusiones	.....	102
Glosario de términos	.....	103
Bibliografía	.....	105

Agradecimientos:

A dios, a mi padre Jesús Vazquez Campa, que desde el cielo guía mi camino, a mi madre Anita Flores Hernández pilar fundamental de mi vida, con mucho cariño y amor, les dedico todo mi esfuerzo en reconocimiento a todo el sacrificio puesto para que pudiera estudiar, se merecen esto y mucho más.

A mis queridos hermanos por ser mi apoyo incondicional y llenan de alegría cada día de mi vida.

A mi gran amor e incondicional compañero Cristobal por su apoyo y consejos que me han servido para luchar y seguir adelante.

A la luz que dios puso en mi vientre y ahora es mi compañera incondicional por ser mi pequeño y más grande amor Karla Ximena.

A mis profesores, mi asesora L.E.O Josefina Martínez Vargas por su apoyo y paciencia, gracias por prepararme para tener un futuro más competitivo no solo como mejor profesional sino también como mejor persona.

A todos ustedes con amor

Lucia Vázquez Flores.

INTRODUCCIÓN:

Actualmente en México el comportamiento sexual es adquirido y susceptible a cambios, influenciado por el sistema de valores que el individuo asume como propio y por las condiciones del contexto socioeconómico en el que vive la persona; por tanto, la educación sexual debe concebirse como "parte de la formación del individuo" y se inicia desde el momento mismo del nacimiento.

Cuando la educación sexual del adolescente ha sido insuficiente pueden ocurrir desviaciones en su conducta y corre el riesgo de enfrentarse a situaciones difíciles, como las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo no deseado, el aborto y la maternidad. Las causas más invocadas las relaciones sexuales precoces, no usar anticonceptivos, la inmadurez emocional, las influencias culturales y las condiciones económicas y sociales desfavorables.

La falta de apoyo, información y orientación en materia de salud reproductiva, para las niñas y adolescentes, ha ocasionado que el índice de embarazos en esta etapa de la vida se considere un problema de salud pública, disminuir la incidencia de este problema que limita significativamente el desarrollo de la población adolescente en México hace necesario contar con estrategias, que amplíen las brechas sociales y de género, el embarazo en adolescentes afecta su salud, educación, proyecto de vida, relaciones sociales, culturales, y su economía, entre otros aspectos.

El embarazo en adolescentes es una problemática social que se ha ubicado dentro de lo cultural, sin embargo, esta problemática involucra a tres sectores importantes, la educación, salubridad y núcleo familiar. Se considera que a través de la prevención del embarazo en los adolescentes del país, se están cuidando dos calidades de vida, en primera instancia las de las madres adolescentes, que aún tienen mucho por experimentar como ser humano en lo individual, y en segundo término es la espera de traer al mundo a niños con padres muchos más preparados en todos los sentidos, los cuales posteriormente habrán de saber llevar mucho mejor este rol, tan trascendente en el ser humano.

Por esta razón la investigación que a continuación se presenta, contempla en sus diferentes capítulos, el perfil epidemiológico del embarazo en el adolescente, la adolescencia, anatomía y fisiología de la mujer embarazada, así como las intervenciones de enfermería y el marco legal que respalda la información antes mencionada.

JUSTIFICACIÓN:

En nuestro país el tema del embarazo en la población adolescente se ha vuelto uno de los asuntos fundamentales de las políticas de la población, desde distintas perspectivas se habla sobre el volumen de población adolescente, sobre su ritmo de crecimiento y reproducción , así como el riesgo bio-psico-social que implica la maternidad adolescente, sin embargo varias investigaciones y políticas dirigidas a mejorar la salud reproductiva de la población adolescente se olvidan que la maternidad temprana en nuestro país responde a un contexto económico, social y cultural. De la misma forma se prueba que un nivel bajo de escolaridad femenino se asocia con menor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, una menor planeación en la primera relación sexual, lo que hace que las adolescentes sean mucho más vulnerables al embarazo y a las enfermedades de transmisión sexual.

El embarazo a edades tempranas es considerado un problema de salud pública con consecuencias graves para las madres y los padres adolescentes así como para los hijos de las mismas. Las madres adolescentes son frecuentemente estigmatizadas y sufren discriminación de género, desaprobación, rechazo familiar y social (escuelas, sectores de salud, comunidad y ámbito religioso).

Con base a lo anterior, se elabora el siguiente trabajo de investigación bibliográfica que da a conocer como el embarazo en adolescentes ha pasado de ser un problema social a un problema de salud pública, el presente proyecto de investigación sirve como guía para que la Licenciada de Enfermería y Obstetricia, implemente y lleve a cabo intervenciones de enfermería que se adapten a las necesidades individuales de cada adolescente, y contribuyan para obtener una información veraz y oportuna que ayude a evitar un embarazo precoz.

OBJETIVO GENERAL:

Definir las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia para la prevención del embarazo en adolescentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la información que posee la población adolescente sobre salud sexual y reproductiva.
- Describir los factores que influyen en la conducta sexual de los adolescentes.
- Implementar programas de educación sexual basados en evidencias de un desarrollo sexual adecuado.

CAPÍTULO I.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL EMBARAZO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE.

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema poblacional que amplía las brechas sociales y de género; se trata de un tema de proyecto de vida, educación, salud pero sobre todo de respeto a sus derechos humanos, libertad desarrollo como personas.

Disminuir la incidencia de este problema que limita significativamente el desarrollo de la población adolescente en México, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que actualmente existen en el país 22.4 millones de mujeres y hombres adolescentes entre los 10 y 19 años de edad. El embarazo en adolescentes cobra cada vez mayor importancia debido a que:

- Las mujeres de 15 a 19 años de edad constituyen el grupo de mayor tamaño entre grupos de mujeres en edad fértil.
- La disminución de la fecundidad en adolescentes es menor que en otros grupos de edad , tanto por su bajo uso de anticonceptivos (solamente un 37.6% de las adolescentes empleó un método en su primera relación sexual y 45% usó uno en la última , en ambos casos métodos con poca efectividad), como por el aumento en el porcentaje de la población adolescente que ha sido alguna vez sexualmente activa , como consecuencia de estas tendencias, también el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes aumento de 15.6% a 18.7% entre 2003 y 2012.[1]

[1] Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.2015 consultado (12 de junio del 2015)
disponible: www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/PDF/ENEPEA_2015.pdf

La razón de mortalidad materna es uno de los indicadores que refleja con mayor claridad el estado de los servicios de salud y las condiciones de bienestar de la población de un país, se estima que entre el 94 y 50 % de muertes maternas son prevenibles, si existe personal capacitado y recursos físicos que faciliten la atención de la mujer durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

El embarazo en adolescentes está asociado a niveles de mortalidad materna más elevados que en mujeres de mayor edad y a una alta prevalencia de aborto en condiciones inseguras. Entre 2012 y 2013, el número de muertes maternas disminuyó de 960 a 861, lo que se tradujo en una reducción de la razón de muerte materna 42.3 a 38.2 por cada mil nacimientos. Este indicador entre las mujeres de 10 a 14 años de edad es variable de un año a otro y el riesgo de complicaciones maternas y perinatales es sensiblemente mayor que en otros grupos de edad. Entre las adolescentes de 15 a 19 años, la razón de muerte materna se incrementó de 32.0 a 37.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos , cifra superior a la registrada entre las mujeres de 20 a 24 años , en relación con el aborto , la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009) señala que 9.2 % de los embarazos en mujeres de 15 a 19 años ocurridos entre 2004 y 2009 terminó en aborto, se estima que la tasa de aborto es de 44 por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años a nivel nacional y de 51 por cada 1000 en los estados fronterizos del norte, la tasa anual de hospitalizaciones por aborto en adolescentes de 15 a 19 años se ha incrementado en el país de 6.1 por cada mil en el 2000 a 9.5 en el 2010.[2] El embarazo en la adolescencia representa un factor de riesgo alto de morbilidad materna, fetal y neonatal, condicionada en gran medida por los diversos factores como inmadurez física y emocional de la madre, es común que la madre joven presente problemas tales como anorexia, bulimia, desnutrición y obesidad. El bajo nivel socioeconómico también se asocia a un mayor riesgo de mortalidad perinatal. [3].

[2]OMS (Organización Mundial de la Salud) Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, consultado (18 de junio del 2015) disponible: www.comunit.com/es.

[3] Revista Mexicana de Enfermería consultado (18 de junio del 2015) disponible: www.medigraphic.com/pdf/imper/ip-2012/ip121a.pdf

Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes menores de 20 años.

Año	Porcentaje
1990	18.0
1991	18.4
1992	16.7
1993	16.8
1994	16.9
1995	16.5
1996	16.4
1997	16.3
1998	16.5
1999	16.9
2000	17.1
2001	17.2
2002	17.2
2003	16.8
2004	17.2
2005	17.4
2006	17.2
2007	17.8
2008	18.3
2009	18.8
2010	18.8

INEGI Estadísticas de natalidad

Madres adolescentes, sistema de indicadores consultado (20 junio del 2015)
disponible: <http://inegi.org.mx/sistemas/sisipt/default.aspx?t=mdemo28stc=17527,2010>

CAPITULO II

ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO Y FEMENINO.

2.1 ESPERMATOGÉNESIS.

La espermatogénesis es el proceso mediante el cual se desarrollan los gametos masculinos. Inicia en la adolescencia y se lleva a cabo en los túbulos seminíferos. Las células en los túbulos seminíferos se disponen alrededor del lumen, las espermatogonias se encuentran en la base del epitelio y proliferan por mitosis.

Existen dos tipos de espermatogonias las de tipo A y B. las espermatogonias tipo A se encargan de dividirse y dan origen a espermatogonias tipo B que son las que van a diferenciarse en espermatozoides. Las descendientes de las espermatogonias tipo B son las que entran a la primera división meiótica duplicando su material genético y son los espermatocitos primarios.

Cuando se completa la primera división meiótica el resultado son dos espermatocitos secundarios, por cada espermatocito secundario que entra a meiosis, se obtienen dos espermatozoides, que maduran para formar espermatozoides.

Las células de Sertoli se encuentran también en los túbulos seminíferos y se encargan de dar sostén y nutrir a los gametos en diferenciación, de igual manera forman la barrera hematotesticular, necesaria para proveer un sitio de inmunoprivilegio para los gametos. Desde los espermatocitos primarios hasta los espermatozoides en el proceso de diferenciación se hacen acreedores de proteínas antigénicas diferentes a las del resto de las células corporales, por lo que necesitan estar en un lugar fuera del alcance del sistema inmunológico para no ser víctimas del mismo. [4]

[4] Departamento de Embriología Proyecto Docente Espermatogénesis 2010consultado (25 de junio 2015) disponible: <http://fournier.facmed.unam.mx>

La maduración de los espermátides en espermatozoides es un proceso denominado espermatogénesis es de 64 días. Los eventos más importantes de éste proceso son:

- Reducción del tamaño nuclear.
- Condensación del material genético por la sustitución de las histonas por protaminas.
- Formación de la vesícula acrosómica a partir del aparato de Golgi.
- Crece un flagelo a partir de la región centriolar.
- Las mitocondrias se acomodan en la parte próxima del flagelo.
- El citoplasma se reduce y se separa formando el cuerpo residual.

El tiempo total de duración del proceso de espermatogénesis de 64 días. La maduración bioquímica se lleva a cabo en el epidídimo y posteriormente cuando los espermatozoides entran en contacto con el líquido seminal y prostático.

El porcentaje de espermatozoides anómalos maduros es el 10% y si se eleva por encima del 20% es probable que exista repercusión en la fertilidad del individuo.

La espermatogénesis se lleva a cabo bajo influencias hormonales. La LH, secretada por la hipófisis, estimula a las células de Leydig induciendo la síntesis de testosterona. La testosterona se distribuye en todos los tejidos del cuerpo, se convierte en dehidrotestosterona y es la encargada de desarrollar las características sexuales secundarias. Las células de Sertoli tiene receptores para FSH, cuando reciben este estímulo convierten parte de la testosterona en estrógenos. La inhibina, producida por las células de Sertoli, actúa como regulador negativo de la secreción de FSH. [4]

[4] Departamento de Embriología Proyecto Docente Espermatogénesis 2010 consultado (30 de junio 2015) disponible: <http://fournier.facmed.unam.mx>

2.2 GAMETOGENESIS.

Es un proceso meiótico que tiene la finalidad de producir células sexuales o gametos, los cuales son haploides y participan en el proceso de reproducción. En este proceso se efectúa en el interior de las gónadas y se inicia en células sexuales no diferenciadas y diploides.

La gametogénesis se inicia en la etapa de la pubertad, en el hombre se alcanza aproximadamente entre los 10 y los 14 años de edad y se le denomina espermatogénesis.

En la mujer, la producción de gametos u ovogénesis se inicia en el tercer mes del desarrollo fetal y se suspende en profase I de leptoteno, esta meiosis se reinicia entre los 10 y 12 años de edad, esto cuando se presenta el primer ciclo menstrual Figura 1[5].

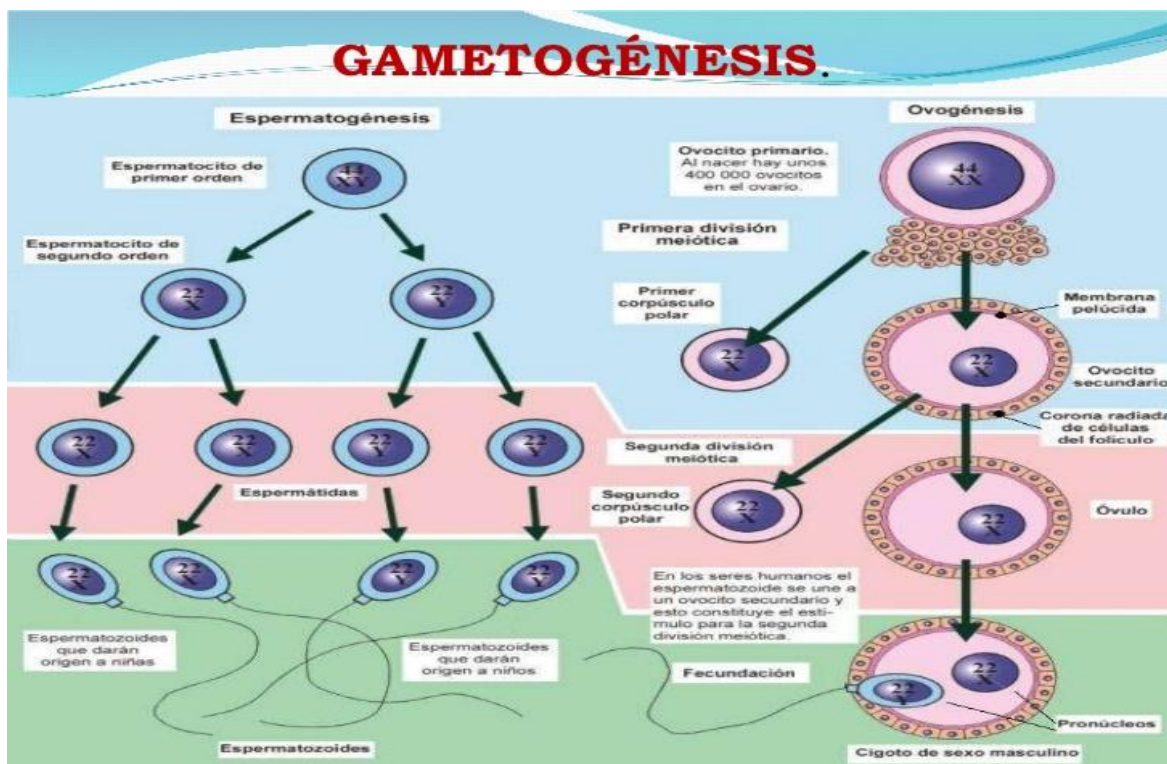


Figura 1

[5] Red Universitaria de Aprendizaje Universidad Nacional Autónoma de México consultado (01 de julio 2015) disponible: <http://das.uncu.edu.ar/upload/gametogenesis.pdf> 2011

2.3 ÓRGANOS REPRODUCTORES EXTERNOS MASCULINOS.

PENE: El pene es un órgano cilíndrico que pende sobre las bolsas escrotales, por debajo de la sínfisis pubiana. Está unido a la región anterior del perineo. Su tamaño y consistencia varían según se halle en estado de flacidez o de erección: en estado flácido mide unos 10 cm y en erección se vuelve rígido y mide unos 15cm. Está formado por tres elementos que constituyen los órganos eréctiles; dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso. Los cuerpos cavernosos se fijan en las ramas isquiopubianas formando la raíz del pene; en este tramo están recubiertos por el músculo isquiocavernoso. Se unen debajo la sínfisis del pubis, desde donde emergen y forman la porción dorsal del pene.

El cuerpo esponjoso se fija bajo el músculo transverso profundo del perineo en un ensanchamiento denominado bulbo. A partir de este punto recibe la uretra, que recorre toda su extensión hasta el extremo anterior, constituyendo la uretra peneana. El bulbo está recubierto por el músculo bulbo-cavernoso. El cuerpo esponjoso se dirige hacia delante para unirse, bajo la sínfisis del pubis, con los cuerpos cavernosos, a los que se adosa formando la porción ventral del pene. En su interior está la uretra, que desemboca en la punta del pene. El extremo anterior del cuerpo esponjoso, más dilatado que el resto, se denomina glándula y cubre también el extremo anterior del cuerpo cavernoso. El borde del glándula constituye la corona.

En su vértice, el glándula tiene la abertura hacia el exterior de la uretra, es una hendidura vertical, el meato uretral. El pene está recubierto por varias capas, la más interna es una envoltura fibroelástica, la fascia peneana, que se continúa con la fascia superficial del escroto y perineo. Esta envoltura se une a la sínfisis del pubis por el ligamento suspensorio del pene.(Figura 2)



Figura 2 Anatomía del pene.

TESTÍCULOS: Son dos órganos situados en el exterior de la cavidad abdominal, el izquierdo un poco más bajo, alojados en las bolsas escrotales o escroto, el escroto tiene la función de mantener los testículos a una temperatura ligeramente inferior a la del cuerpo (5°C por debajo de la temperatura central corporal), puesto que las células germinales, generadoras de espermatozoides son muy sensibles a los cambios de temperatura y ligeros incrementos producen esterilidad.

Tienen forma ovalada, con un diámetro mayor a unos 4cm, 3cm de ancho y 2,5 cm de espesor, cada uno de ellos pesa alrededor de 20g. La superficie del testículo es lisa y brillante, de color blanco, formada por una cubierta fibrosa denominada albugínea, muy tensa lo que le confiere una consistencia dura.

En su polo superior se aprecia una pequeña formación correspondiente a un resto placentario denominado hidátide sésil de morgagni. [6]

Por su cara posterior, el testículo está en contacto con el epidídimo, una estructura que forma parte de las vías espermáticas y en la que se distinguen tres porciones, cabeza, cuerpo y cola. La cabeza del epidídimo emerge del polo superior del testículo, el cuerpo y la cola descienden adosados a su cara posterior. (Figura 3)

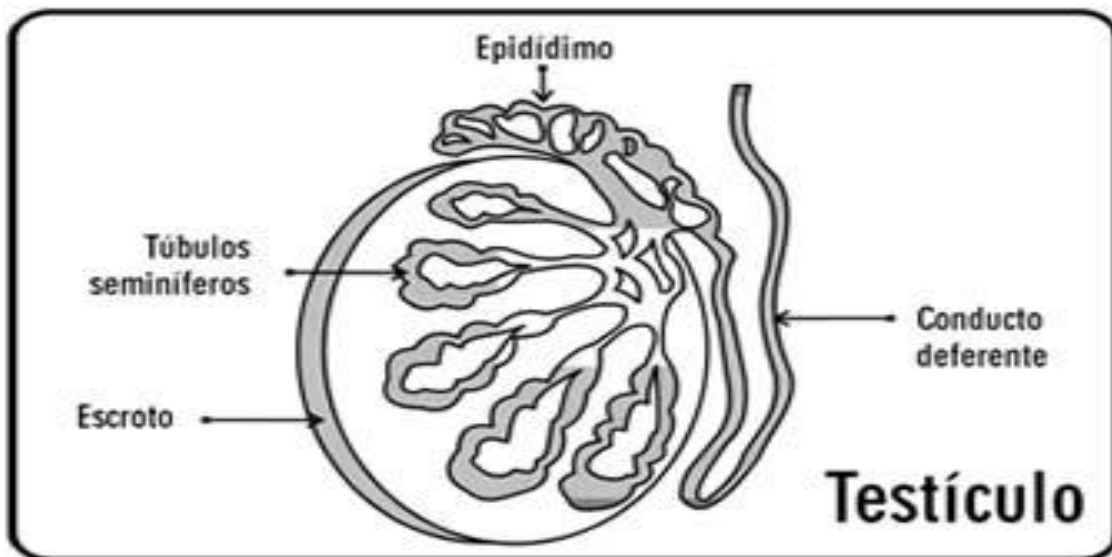


Figura 3 Estructura de los testículos.

[6] MONDRAGÓN, Castro Héctor, Obstetricia básica ilustrada, 5ª edición, Ed., Trillas. Pág. 20-23.

El testículo y el epidídimo están envueltos por una serie de capas que constituyen la bolsa escrotal, entre ambos testículos, las diferentes capas a excepción de la piel forman un tabique escrotal que llega hasta la raíz del pene. En la piel, entre los dos testículos, hay un rafe escrotal que se continúa hasta el ano para formar el rafe perineal. Desde el testículo hasta la piel queda un resto de gubernaculo embrionario que arrastra el testículo fuera de la cavidad abdominal es el ligamento escrotal, los testículos tienen funciones espermatogénicas y hormonales, (secreción de testosterona).

La espermatogénesis comienza en la pubertad por estímulo de las hormonas gonadotrópicas de la hipófisis, las espermatogénesis situadas en la periferia de la pared de los tubos semíferos proliferan continuamente y se diferencian hasta dar lugar a los espermatozoides.

En primer lugar cada espermatogonia se transforma en un espermatocito primario, lo cual duplica sus cromosomas y se divide en dos espermatoцитos secundarios, con 46 cromosomas agrupados en 23 pares.

Los espermatoцитos secundarios se convierten, por división meiótica, en dos células denominadas espermátides. Estas contienen por lo tanto, 23 cromosomas no emparejados. Uno de estos cromosomas determinara el sexo; es decir, los espermatoцитos secundarios contienen un par de cromosomas XY y, al dividirse en dos espermátides, cada una de ellas tendrá un cromosoma X (determinante del sexo femenino). O el cromosoma Y (determinante del sexo masculino). Al madurar los espermátides se convertirán en espermatozoides sin cambiar su dotación cromosómica, por lo que habrá espermatozoides X y espermatozoides Y, según cuál de ellos fecunde el ovulo. La cola le permite moverse a través de los fluidos mediante movimientos similares a los de un reptil, con una velocidad de 30 cm/hora. Una vez alcanzado el ovulo y lo ha fecundado, solo la cabeza penetra en él. El espermatozoide solo puede vivir 2 o 3 días en los productos de la eyaculación, pero se mantiene vivo durante mucho más tiempo en los conductos testiculares y el epidídimo. En su función como células de sostén de los espermatozoides y sus precursoras, las células de Sertoli aportan material nutritivo a dichas células.

ESCROTO:

Bolsa impar media situada por abajo de la sínfisis del pubis, entre los músculos; constituido por piel delgada, esta piel es rica en glándulas sudoríparas y sebáceas. Su principal función es la de proteger a los testículos. Figura 4 [7]

Escroto

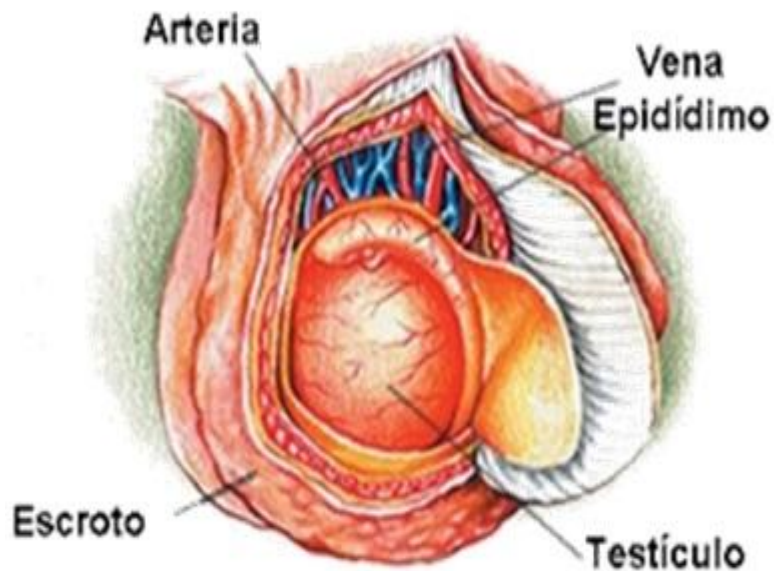


Figura 4

2.4 ÓRGANOS REPRODUCTORES INTERNOS MASCULINOS.

EPIDÍDIMO:

El epidídimo mide unos 5 cm, aunque el conducto epididimario, muy replegado, tienen en realidad una longitud de unos 6 cm.

La cola del epidídimo se continúa con el conducto deferente, más ancho y menos sinuoso; asciende hacia el polo superior del testículo a lo largo de la cara interna del epidídimo y sale de la cola escrotal hacia el conducto inguinal, en este trayecto forma parte del cordón espermático, junto con los vasos espermático, arteria deferente, linfáticos y fibras nerviosas, todo ello envueltos en fibras de músculo cremaster.(Figura 5)

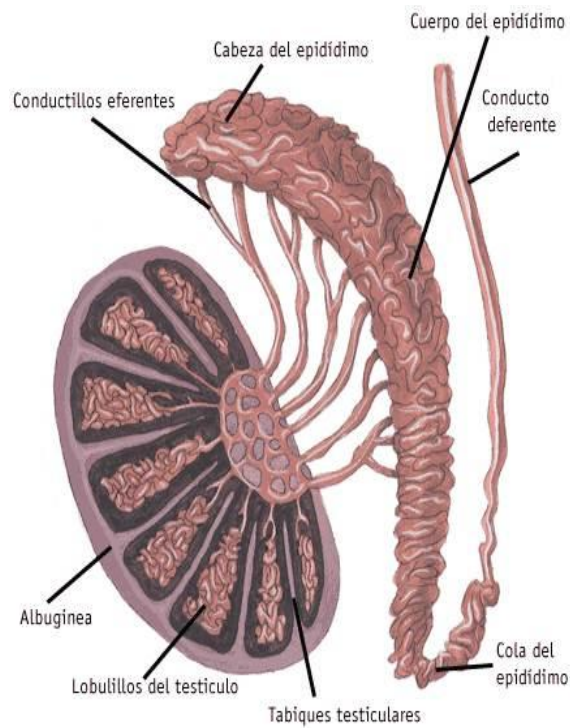


Figura 5 Cuerpo del Epidídimo.

CONDUCTO DEFERENTE:

El conducto deferente tiene una consistencia dura y una longitud de unos 40 cm, entra en la cavidad abdominal con el cordón espermático por el conducto inguinal, pasando por delante de la rama pubiana, junto a la espina del pubis.

Dentro de la cavidad abdominal el conducto deferente se separa de los demás componentes del cordón espermático y se dirige hacia atrás por debajo del peritoneo, cruza los vasos ilíacos externos por delante y se adosa a la cara lateral de la vejiga. Cruza por encima del uréter y busca la cara posterior de la vejiga, entre esta y el recto, descendiendo por debajo del uréter hacia la próstata, sobre la cual se conecta con la vesícula seminal, en este último trayecto se forma la ampolla del conducto deferente.

VESÍCULAS SEMINALES:

Son dos bolsas con función secretora que aportan el líquido seminal en la eyaculación. Contienen también espermatozoides, como el resto de las vías espermáticas. Están situadas entre la vejiga y el recto, por encima de la próstata y por fuera de la ampolla del conducto deferente. (Figura 6)

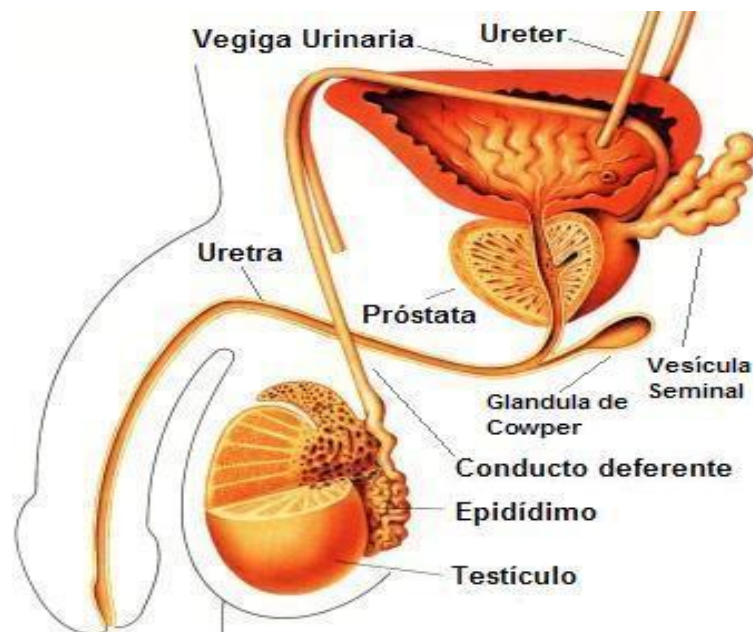


Figura 6

[7] Sistema Reprodutor Masculino-2consultado (5 de julio del 2015) disponible: .pdf <http://infermeravirtual.com> 2014

El fondo del saco de Douglas cubre el extremo superior de la vesícula seminal, es decir el fondo de esta. La abertura de esta se halla hacia abajo y dentro, desemboca junto con la ampolla del conducto deferente en el conducto eyaculador. El conducto eyaculador es un tubo corto de 2.5 cm que atraviesa la próstata. Termina al desembocar en la uretra prostática o tramo de la uretra que atraviesa, las vesículas seminales se caracterizan por una capa muscular más fina y un epitelio sin células cilíacas pero con abundantes gránulos de secreción, cuyo contenido vierte hacia a la luz de la vesícula para formar parte del líquido espermático.

Los conductos eyaculadores tienen un epitelio cilíndrico simple, con vellosidades y gránulos de secreción. Su capa muscular es muy fina, entremezclada con el tejido conjuntivo y el propio tejido prostático.

PRÓSTATA:

La próstata es una glándula de secreción exocrina que se sitúa debajo de la vejiga, rodeando la uretra y los conductos eyaculadores se desembocan en la uretra, a partir de la pubertad crece hasta el tamaño adulto 3cm de altura, 4cm de ancho y 2 cm de grosor.

Por su forma, tamaño, color y consistencia, es semejante a una castaña. La base se orienta hacia arriba, bajo la vejiga; el vértice hacia abajo, apoyado en el diafragma urogenital (musculo transverso del perineo). Por detrás, está en relación con el recto, lo cual permite su exploración mediante el tacto rectal. Por delante esta la sínfisis del pubis, de la que separa la grasa y las venas prostáticas.

(Figura 7)

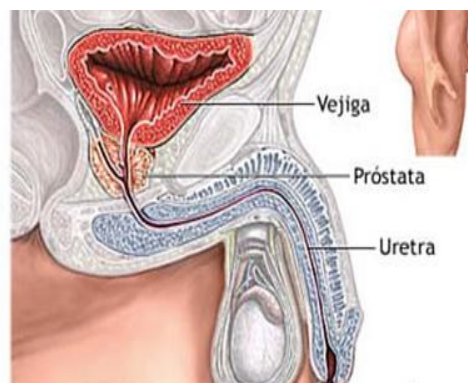


Figura 7. Estructura de la próstata.

La próstata está envuelta en una aponeurosis que engloba también el plexo venoso prostático. Los engrosamientos de esta aponeurosis constituyen los ligamentos que fijan la glándula a las paredes pelvianas.

Las estructuras que atraviesan la próstata, la uretra y los conductos eyaculadores dividen la próstata en cuatro lóbulos; uno medio, un anterior y dos laterales.

El espacio triangular formado por ambos conductos eyaculadores y la uretra es el lóbulo medio; a ambos lados de los conductos, los lóbulos laterales, unidos por una zona central por delante de la uretra, que es el lóbulo anterior. También puede distinguirse una región caudal, donde se desarrolla el carcinoma.

Su estructura consta de glándulas túbulo-alveolares que desembocan en la porción de la uretra que atraviesa, donde vierten su secreción. Estas glándulas están formadas por un epitelio cilíndrico simple, con gránulos de secreción que vierten a la luz, irregular y de tamaño variable.

Entre las glándulas hay tejido conectivo, fibras musculares lisas, vasos sanguíneos, linfáticos y fibras nerviosas.

La próstata, es una glándula que secreta un líquido blanquecino hacia la uretra, el líquido prostático, que se une a las secreciones de las vías espermáticas y los espermatozoides para construir el semen.

El líquido prostático es alcalino, por lo que se neutraliza la acidez de los demás componentes del semen, aumentando la motilidad y fertilidad de los espermatozoides.

Durante la eyaculación, la próstata se contrae junto con el conducto deferente y las vesículas seminales, expulsando su contenido a la uretra.

URETRA:

La uretra desciende verticalmente, atravesando la próstata desde su base a el vértice, es la uretra prostática. En este tramo presenta un relieve en su pares posterior, el veru-montanum, donde desembocan los dos conductos eyaculadores y, entre ellos, el divertículo prostático, que es un pequeño divertículo de aproximadamente 1 cm de longitud. A ambos lados del veru-montanum desembocan las glándulas prostáticas, hay de 20 a 30 orificios correspondientes a estos conductos de desembocadura. La uretra prostática tiene una longitud de unos 3 cm.

Por debajo del musculo transverso del perineo, la uretra entra en el bulbo esponjoso; traza una curva hacia delante siguiendo el trayecto del cuerpo esponjoso hasta el glande, donde se abre al exterior. En este tramo se denomina uretra peneana o uretra esponjosa. Al nivel del bulbo tiene un pequeño ensanchamiento el fondo del saco bulbar.

Bajo la sínfisis del pubis, siguiendo la posición del pene en estado de flacidez, describe otra curva hacia abajo hasta el orificio de salida; el meato uretral. Inminentemente antes del meato, en el glande, hay un ensanchamiento, la fosa navicular. En la uretra peneana desembocan pequeñas glándulas mucosas, a lo largo de todo el trayecto, las glándulas de Littré, con acción lubricante.

La uretra peneana mide 15 cm de longitud, por lo tanto, la longitud total de la uretra es de unos 20 cm.

El epitelio de la uretra es de tipo urinario en su comienzo, como continuación del epitelio de la vejiga; por debajo del veru-montanum se hace cilíndrico estratificado hasta la fosa navicular, donde se convierte en pavimentoso estratificado, similar al del glande.

La capa muscular al principio forma el esfínter liso, que se continúa con la musculatura de la vejiga. En la uretra prostática las fibras musculares se entremezclan con las de la próstata, y en la uretra membranosa son sustituidas por las fibras estriadas del esfínter voluntario. El riego sanguíneo lo recibe a cada nivel de las arterias que riegan los respectivos órganos por donde pasan; arterias vesicales inferiores, hemorroidales inferiores, bulbar y dorsal del pene. Las venas terminan en la vena dorsal del pene o directamente en el plexo peri prostático.

Los linfáticos de la uretra prostática y membranosa desembocan en los ganglios ilíacos internos, y los de la uretra penénea, fundamentalmente en los ganglios inguinales.

El nervio pudendo interno recoge las sensaciones de la uretra, sus fibras motoras actúan sobre el esfínter voluntario, regulando la micción.

VEJIGA URINARIA:

Es un órgano hueco musculo-membranoso, que forma parte del tracto urinario, que recibe la orina de los uréteres y la expulsa a través de la uretra al exterior del cuerpo durante la micción está situada en la excavación de la pelvis, por delante está fijada al pubis, por detrás limita con el recto, con la parte superior de la próstata y las vesículas seminales, la vejiga urinaria cuando está llena tiene una forma esférica y cuando está vacía se asemeja a un tetraedro.

La capacidad fisiológica de la vejiga urinaria oscila entre los 300 y 350 cm cúbicos y puede aumentar de 2 a 3 litros en caso de retención aguda de orina. [7]

2.5 ÓRGANOS REPRODUCTORES EXTERNOS FEMENINOS.

CLÍTORIS: Es un órgano eréctil, único y especial cuya función es proporcionar placer, tiene una estructura encapuchada, formada por dos cuerpos cavernosos con tejido eréctil, que actúa como una gran esponja que se llena de sangre con la excitación. Se inserta en las ramas isquiopubianas.

Su parte visible comienza en el punto de unión superior de los labios mayores, en la base del monte de Venus, y continúa en una protuberancia llamada glande.

Anatómicamente, se encuentra ubicado en la parte superior de la vulva de la mujer.

El clítoris en toda su longitud puede llegar a tener un tamaño de 10 a 13 mm. La parte visible del clítoris es el glande.

Posee cuatro envolturas, piel, capa celular, fascia clítoridea y ligamento suspensorio del clítoris, tiene un glande, dos cuerpos cavernosos, una rodilla y una raíz. (Figura 8)

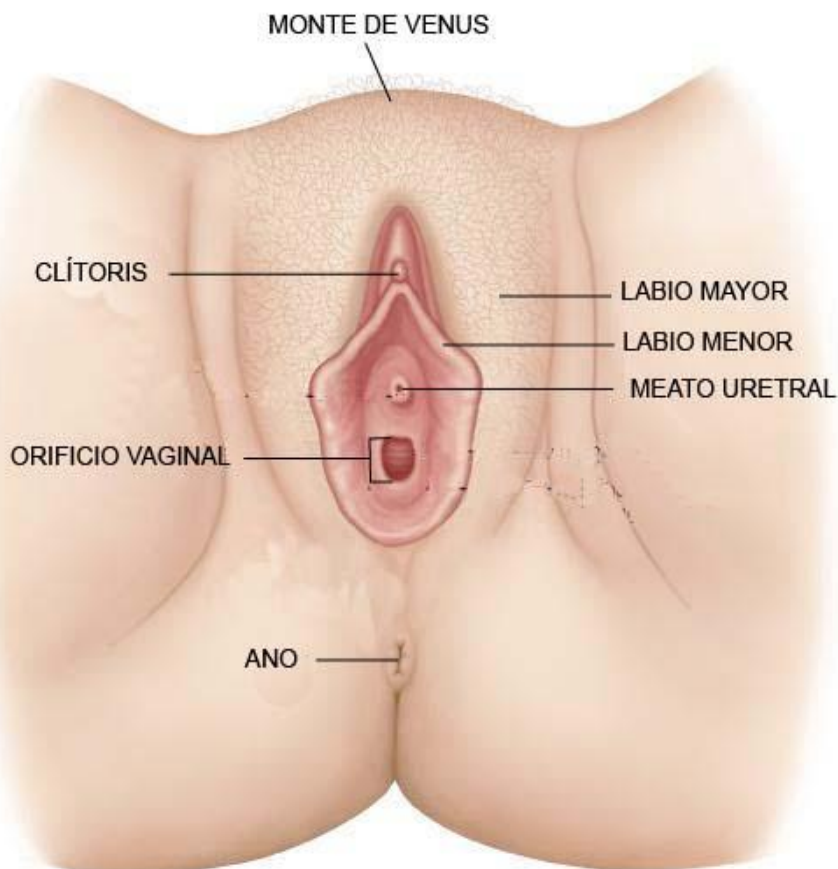


Figura 8. Órganos Externos del Aparato Reproductor Femenino.

LABIOS MAYORES:

Son dos pliegues de piel que contienen una gran cantidad de tejido adiposo y una capa delgada de músculo liso, están recubiertos por vello grueso en su superficie externa, la superficie interna es lisa y carece de ellas múltiples glándulas sudoríparas y sebáceas desembocan en ambas, cada uno de los que cubren a los correspondientes labios menores en los bordes de la hendidura vulvar formando pliegues de la piel de tejido adiposo, cubiertos por vello púbico después de la pubertad. Como función tiene proteger verticalmente a las estructuras más delicadas de la vulva (como el clítoris, el orificio uretral y vaginal, entre otros).

Están compuestos por cinco túnicas, piel, Dartos, Panículo adiposo subcutáneo, túnica fibroelástica y cuerpo adiposo del labio mayor.

Su extensión se prolonga desde el límite con el monte de Venus, hasta su unión lateral con la piel del muslo.

LABIOS MENORES:

Se localizan dentro de los labios mayores y van de la capucha del clítoris hasta debajo de la vagina rodeando los orificios de la vagina y la uretra.

Rodean y protegen directamente las aberturas vaginal y uretral. En uno de los extremos el más cercano al monte de Venus, los pliegues que lo conforman se fusionan formando el clítoris.

MONTE DE VENUS:

Es un sector de tejido graso blando ubicado sobre la pelvis, delante de la vulva limitado a los lados por los pliegues de la ingle; se cubre de vello a partir de la pubertad.

ORIFICIO URETRAL:

Situado debajo del clítoris se abre al exterior de la uretra en el meato urinario.

2.6 ÓRGANOS INTERNOS REPRODUCTORES FEMENINOS.

ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA:

El aparato reproductor femenino está formado por los ovarios, las trompas de Falopio, útero, vagina y vulva. Incluyendo las mamas como un órgano ligado a la fisiología femenina, donde constituye un órgano rudimentario. (Figura 9)

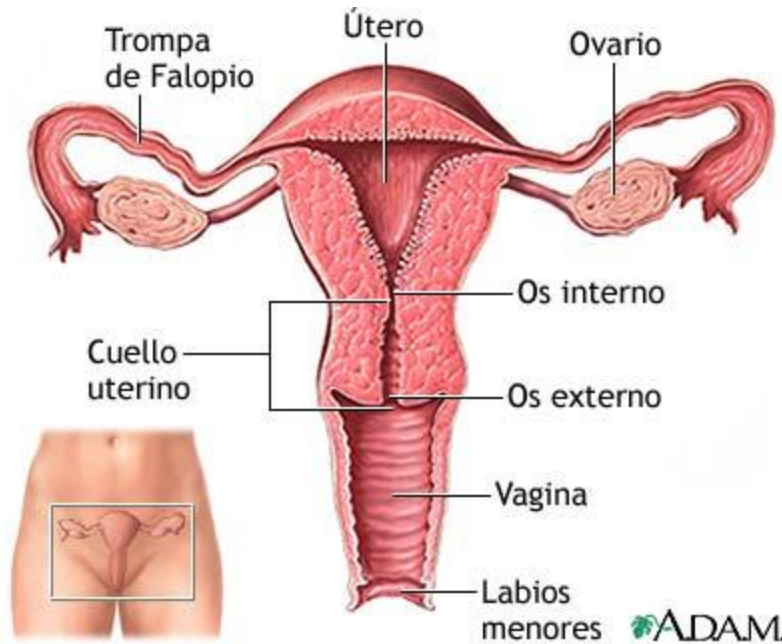


Figura 9. Órganos Internos del Aparato Reproductor Femenino.

OVARIO:

Son órganos productores de los óvulos o células sexuales femeninas y son también glándulas endocrinas productoras de estrógenos y progesterona, las hormonas sexuales femeninas. Tienen consistencia dura y forma de almendra, con un diámetro mayor de 3,5 cm y 1.5 cm de espesor. Su superficie es lisa antes de la pubertad, pero a partir de la maduración de los óvulos y su salida cíclica del ovario (ovulación) va presentando una superficie irregular. En la menopausia, con el cese de las ovulaciones, tiende a volverse nuevamente liso.

Está situado en la pared lateral de la cavidad pelviana, en la fosa ovárica, formada por el relieve del uréter, por detrás de los vasos ilíacos externos, por fuera y por delante, recubiertos por el peritoneo parietal.

En el fondo de la fosa, bajo el peritoneo, subyacen los vasos y nervios obturadores. En la mujer nulípara su posición es casi vertical, y en la múltipara el eje mayor es más oblicuo hacia abajo y adentro.

El ovario está unido a la pared pelviana por el ligamento lumbo-ovarico o ligamento suspensorio del ovario, por el cual pasan los vasos sanguíneos destinados a este órgano. El mesovarico es la lámina del peritoneo que se une, por su borde anterior, al ligamento ancho del útero, un pliegue peritoneal que une el útero con las paredes laterales de la cavidad pelviana. El ligamento lumbo-ovarico como el mesovarico mantiene al ovario en su posición. Otros dos ligamentos, el utero-ovarico y el tubo ovárico lo mantienen en proximidad con el útero y la trompa respectivamente. El primero es una cinta conjuntiva que une el polo inferior del ovario con el útero, insertándose en la unión de este con la trompa, el segundo (ligamento tubo ovárico), une la porción ampollar de la trompa con el polo superior del ovario.

El borde anterior del ovario está en contacto con la trompa, que se dobla sobre el ovario, mientras el pabellón tubarico cae por su cara interna.

FOLÍCULO SECUNDARIO:

En los primeros días del ciclo, el ovocito primario se rodea de una capa fibrilar o zona pelucida, las células foliculares proliferan y forman una capa de células cubicas en torno al ovocito. Esta capa se va engrosando y constituye una capa granulosa.

FOLÍCULO TERCIARIO:

Dentro de la granulosa se desarrollan pequeños espacios rellenos de líquido folicular. Células procedentes del estroma ovárico circundante rodean el folículo constituyendo una nueva capa, por fuera de la granulosa, denominada teca.

FOLÍCULO MADURO O DE GRAAF.

Las pequeñas lagunas foliculares forman una gran cavidad o antro, ocupado también por líquido folicular. En la granulosa se diferencia una zona más espesa, prominente hacia la cavidad folicular, donde se ubica el ovocito, las células de la granulosa que rodean al ovocito reciben el nombre de radiaca.

Por fuera del folículo, la teca ha dado origen a dos capas; la teca interna, cuyas células secretan estrógenos en la primera parte del ciclo, y la teca externa.

El folículo De Graaf se sitúa en la superficie del ovario y, en el proceso de ovulación, se rompe para dar salida al ovocito, aproximadamente el día 14 del ciclo menstrual. El ovocito expulsado conserva a su alrededor la zona prelucida y un grupo de células foliculares de la corona radiada.

En el ovario se encuentran a cada momento folículos en proceso de maduración, pero solo uno de ellos llega a romperse dejando salir el ovocito y los demás se atrofian formando folículos atrésicos.

Al romperse el folículo De Graaf, el ovulo queda libre en la cavidad abdominal, siendo captado inmediatamente por las fimbrinas de la trompa de Falopio, simultáneamente, el antro folicular se llena de sangre formando el denominado cuerpo hemorrágico, las pequeñas hemorragias producidas por la rotura folicular pueden irritar el peritoneo y causar un dolor que coincide con el momento de la ovulación.

Las células de la granulosa y de las tecas comienzan rápidamente a proliferar y reemplazan la sangre del folículo hemorrágico por células modificadas llenas de lípidos y pigmentadas de amarillo que forman el cuerpo lúteo o amarillo. Las células lúteas segregan estrógenos y progesterona después de la ovulación.

Si al llegar el día 24 o 25 del ciclo el ovulo no ha sido fecundado, el cuerpo lúteo comienza a degenerar y es sustituido por tejido cicatricial, si por el contrario el ovulo es fecundado, el cuerpo amarillo persiste durante todo el embarazo y no se presentan ciclos ováricos hasta después del parto.

TROMPAS DE FALOPIO:

Las trompas, tubas u oviductos son los conductos que llevan los óvulos desde el ovario hasta el útero. Miden 10 o 12 cm y constan de cuatro porciones, pabellón, ampolla, istmo y porción intramural.

FUNCIÓN DE LAS TROMPAS:

Al romperse el folículo De Graaf, el ovulo cae en la cavidad peritoneal, pero las fimbrias del pabellón establecen una corriente líquida que arrastra el ovulo hasta el orificio abdominal de la trompa. Una vez dentro, los pliegues de la mucosa, más abundantes en el pabellón, retrasan el avance del ovulo hacia el útero. Las células secretoras tubaricas aportan material nutritivo al ovulo.

El ovulo fecundado o no recorre la trompa en dirección al útero, ayudado por los movimientos de los ciclos del epitelio y por las contracciones de la copa muscular este recorrido dura 3 días, durante los cuales si ha existido fecundación se producen las primeras divisiones del cigoto.

ÚTERO:

El útero está situado entre la vejiga y el recto, debajo de las asas intestinales y por encima de la vagina con la que se continua caudalmente, tiene forma de cono un poco aplanado y con el vértice hacia abajo, mide 7 cm de altura y en su parte más abultada, por arriba 5cm de anchura.

Hacia la mitad presenta un estrechamiento o istmo uterino que lo divide en dos partes: hacia arriba el cuerpo y hacia abajo el cuello, que presenta una forma más o menos cilíndrica.

El útero es un órgano muy móvil y su posición varía según el estado de las vísceras próximas: la vejiga y el recto.

El borde superior del útero es el fondo y a ambos lados están los ángulos uterinos, de los que parten las trompas. También en estos ángulos se insertan a cada lado el ligamento útero-ovárico y redonda. Este último es un medio de unión que fija el útero a las regiones inguinal y pubiana, llegando hasta la piel de la vulva. En el conducto inguinal ocupa el lugar correspondiente al cordón espermático del varón.

El cuello uterino está unido a la vagina. Al insertarse en esta, queda dividido en una porción supra vaginal y otra vaginal que se proyecta hacia su interior.

La cavidad del cuerpo del útero es una hendidura transversal de forma triangular, con un vértice en el istmo y otros dos en las salidas de las trompas.

VAGINA:

La vagina es un conducto que se extiende desde el cuello del útero hasta la vulva, está situada entre la vejiga y el recto, de los que la separan sendos tabiques conjuntivos.

Mide de 7 a 10 cm sus paredes son muy elásticas y plegadas para permitir la salida del feto en el parto. En su extremidad superior forma un fondo de saco alrededor del hocico de tenca o porción intravaginal del cérvix. El extremo inferior está cerrado en parte por un pliegue mucoso, el himen, que en la mayoría de los casos se rompe tras el primer coito. Los restos deflecados del himen se denominan carúnculas martiformes.

Por delante está en relación con la cara posterior de la vejiga y la porción terminal de los uréteres y un poco más abajo con la uretra. Por detrás se relaciona con el recto. El fondo de saco vaginal está en contacto con el fondo de saco de Douglas.

FUNCIONES DE LA VAGINA:

Es el órgano copulador de la mujer, encargado de recibir al pene, contribuye a la lubricación durante el acto sexual mediante la secreción mucosa, necesaria para que el coito produzca una sensación satisfactoria. Por otra parte durante el orgasmo su capa muscular se contrae rítmicamente estimulando el pene.

Durante el parto, la elasticidad de la pared vaginal permite la dilatación suficiente para que el feto pase por ella hacia el exterior.

El estudio de las células descamadas del epitelio vaginal permite establecer el diagnóstico precoz del cáncer genital si en el frotis aparecieran células anormales.

GLÁNDULAS DE BARTHOLIN: Se localizan en la parte más baja del vestíbulo y se abren a cada lado de los bordes del orificio vaginal. Cuando los conductos se bloquean, se forman quistes o abscesos que se infectan. [8]

HIMEN: Es un pliegue del tejido conjuntivo que parcialmente cierra el orificio vaginal. Puede romperse por accidente o experimentación como por ejemplo la masturbación; por lo que un himen roto no constituye ninguna evidencia de virginidad, ya que existen casos en los que es tan flexible o plegable que puede realizarse el coito en repetidas ocasiones sin provocar su ruptura.

CÉRVIX: Es la parte más fibrosa del cuerpo uterino, un extremo de él se proyecta hacia la vagina formando un puente que sirve de paso a los espermatozoides, durante el embarazo se cierra con un tapón mucoso impidiendo el paso de bacterias y material extraño que puede afectar al producto.

PERINEO: Llamado a veces perineo obstétrico es una pequeña región de tejido muscular y aponeurosis que se encuentra entre la vulva y el ano. El sostén de esta región se debe primordialmente a los triángulos urogenital y anal, que pueden lesionarse durante el parto. [9]

ESTRÓGENOS: Su función principal es proporcionar la aparición y conservación de los caracteres femeninos típicos (mama, genitales externos, tejidos derivados de conductos de Müller)

PROGESTERONA: Tienen como misión preparar al endometrio para que ocurra la implantación del huevo fecundado y preservar el embarazo.

[8] Mondragón C.H "Obstetricia Básica Ilustrada" pág. 11-19

[9] Instituto Mexicano de la Juventud Consultado (5 de julio del 2015) disponible:
www.uam.mx/lineauam/lineauam_uni15.htm2014

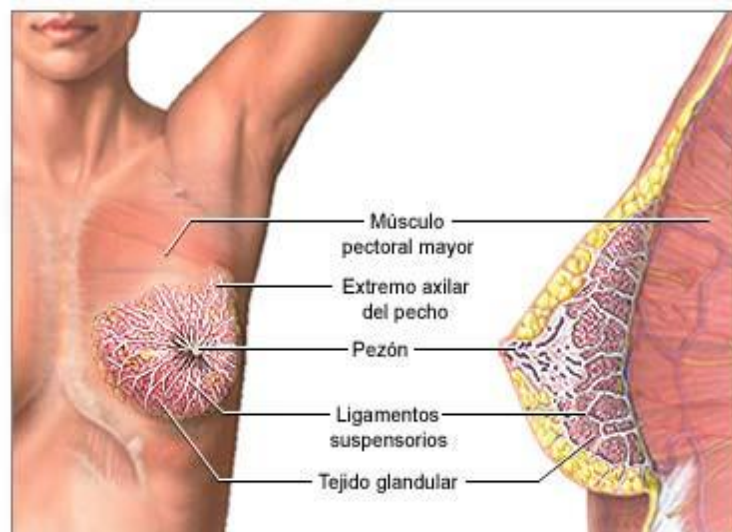
2.7 MAMAS:

Son glándulas sudoríparas modificadas muy especializadas que se localizan en la aponeurosis superficial de la región pectoral. El pezón está rodeado por la areola pigmentada y contiene las glándulas de Montgomery, que durante la lactancia secretan un lubricante protector.

Durante el embarazo, las mamas sufren cambios notables en cuanto a tamaño, forma y sensibilidad, en la preparación para producir leche, cada mama está constituida por cerca de 20 lóbulos irregulares de tejido secretor y adiposo. Cada lóbulo consta de un conducto lactífero que converge con los de más hacia la areola y el pezón.

Los alvéolos mamarios son glándulas secretoras de leche que se encuentran en cada lóbulo y terminan en los conductos, donde abocan sus secreciones.

Los alveolos y los conductos adyacentes están rodeados por células mioepiteliales que se contraen para exprimir la leche hacia el reservorio llamado ampolla (seno lactífero). (figura 10)[10]



ADAM.

Figura 10

[10] Océano Centrum Manual de Enfermería Reproducción y Sexualidad pág., 534 2014

2.8 CICLO MENSTRUAL.

El ciclo uterino o menstrual ocurre de manera simultánea, prepara al útero mediante cambios del endometrio para la llegada del óvulo fecundado, que se desarrolla en el útero hasta el nacimiento. El estrato funcional se desprende si no ocurre la fecundación, el término general del ciclo reproductivo de la mujer comprende los ciclos ovárico y uterino, los cambios hormonales que los regulan y los cambios cíclicos a fines en las glándulas mamarias y cuello del útero.

Al mismo tiempo que hay modificaciones en los ovarios por efecto de las hormonas, en el endometrio también hay cambios cíclicos.

La capa interna que recubre al útero, llamada endometrio, sufre modificaciones durante el ciclo menstrual de la mujer por efecto de las hormonas, estrógenos y progesterona.

LA MUCOSA UTERINA ESTÁ FORMADA POR DOS CAPAS:

- Profunda o basal que no se modifican durante el ciclo.
- Superficial; esta capa sufre cambios progresivos por acción de los estrógenos y la progesterona. (Figura 11)



Figura 11

Los cambios cíclicos en la capa funcional se producen durante cada una de las fases del ciclo.

PROLIFERATIVA O ESTROGÉNICA: Dura desde el día 5° al 13° del ciclo, por efecto de los estrógenos la capa funcional del endometrio, que se elimina durante la menstruación comienza a formarse nuevamente. El espesor endometrial, que inmediatamente después de la menstruación es de 0.5 mm, aumenta progresivamente hasta medir 4 mm al final de esta etapa.

SECRETORA O PRO-GESTACIONAL: Se extiende desde el día 14 al 28 del ciclo, los cambios se producen por efecto de la progesterona. Las glándulas comienzan su actividad secretora, el endometrio en esta fase mide 8 a 10 mm.

FASE MENSTRUAL: La mujer tiene una pérdida de sangre originada en el endometrio que es signo más visible del ciclo menstrual. La sangre menstrual no se coagula, características que se deben a un fenómeno presente en el endometrio. La menstruación termina cuando las concentraciones del musculo uterino comprimen los vasos del útero, y la regeneración de endometrio comienza nuevamente. (Figura 12)

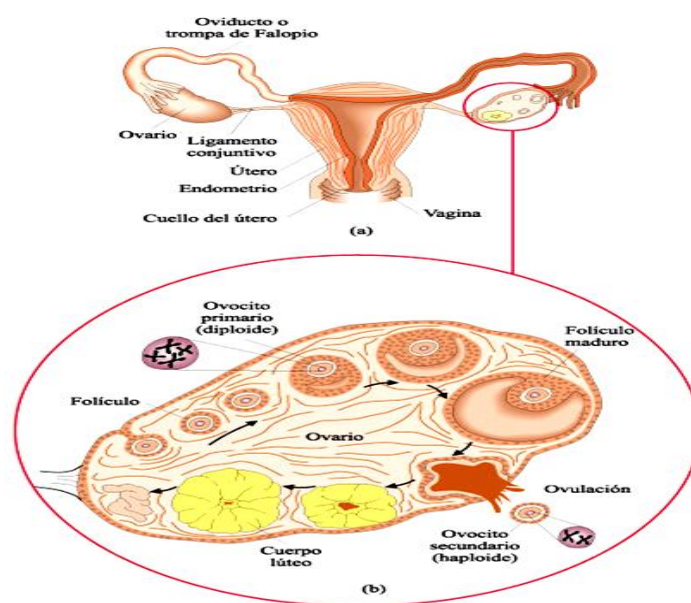


Figura 12

2.9 CICLO OVÁRICO.

Se produce todos los meses de forma cíclica una serie de cambios en la secreción hormonal que van a acondicionar la aparición de modificaciones en sus órganos sexuales. La característica fundamental del ciclo ovárico es que los ovarios liberan cada mes un único ovulo inmaduro.

El funcionamiento y los cambios que se producen a lo largo del ciclo ovárico se dividen en tres fases distintas:

FASE FOLICULAR: Se produce en el día 1 y 14 del ciclo aproximadamente, el aumento de la concentración de FSH hace que uno o varios folículos comiencen a crecer y a desarrollarse, hasta transformarse en folículos maduros o folículos de Graaf.

Al comienzo de esta fase es cuando se produce la menstruación, es decir la descamación del endometrio del útero, producido durante el ciclo anterior, precisamente el inicio de la menstruación lo que define el día 1 del ciclo.

El folículo en desarrollo produce estrógenos, hormonas que hacen, que de nuevo, el endometrio del útero vaya creciendo para alojar a un nuevo embrión.

OVULACIÓN: El aumento de la concentración de la hormona hipofisaria LH provoca la ovulación, es decir, la expulsión del ovulo del folículo. Como consecuencia, queda en el ovario una cicatriz, el cuerpo lúteo. La ovulación se produce, aproximadamente, hacia el día 14. El ovulo pasa a las trompas de Falopio, donde sobrevive alrededor de 24 horas no se ha producido la fecundación, el ovulo muere.

FASE LÚTEA: El cuerpo lúteo segrega la hormona progesterona. Esta hormona promueve que el endometrio del útero alcance su máximo grosor, con abundantes vasos sanguíneos, esperando para recibir al embrión. Al final de esta etapa, si no se ha producido la fecundación, el cuerpo lúteo se degenera y deja de segregar progesterona. Con esto culmina el ciclo, pero es la falta de progesterona lo que hace que al inicio del siguiente ciclo, se desprenda el endometrio.

FASE FOLICULAR O POSTMENSTRUAL: Tiene lugar durante la primera mitad del ciclo menstrual, los niveles de estrógeno crecen y hacen que el recubrimiento del útero crezca y se ensanche. Como resultado de la hormona folículo estimulante, un ovulo empieza a madurar en uno de los ovarios.

CAPÍTULO III

3.1 ADOLESCENCIA.

Condición o proceso de crecimiento (latín ad: adoleceré: forma incoativa, oleré-crecer). Su nombre viene de “adolece”, que significa “crecer, “doler”, “padecer”, hechos que suceden en el interior de todo ser que cruza por esta edad, que cambia con la pubertad, e indica que también cambia algo en casa o en el medio adolescencia significa crecimiento y dolor. La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera como adolescente a los jóvenes de 10 a 19 años; se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los varones), acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil. [11]

La adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentales para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas.

Por su parte la Ley para Protección de niños, niñas y adolescentes, considera como adolescente a las personas que tienen entre 12 y 18 años incumplidos.

Durante la adolescencia se conforma el cuerpo mediante la influencia de la familia. La educación, la cultura y otras instituciones como son los servicios de salud pública. Los adolescentes y los jóvenes son dos términos que se emplean en forma indistinta para denominar en forma coloquial a las personas que han dejado de ser infantes, pero aun no alcanzan la edad adulta.

[11] Problemas y riesgos del embarazo en adolescentes Consultado (20 de julio del 2015) disponible: <http://guiajuvenil.com/adolescentes /adolescentes.htm> 2010

Durante la adolescencia se describe un periodo en el cual:

- El individuo progresa desde el punto de aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual y reproductiva
- Los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño hasta un adulto.
- Se hace la transición desde un estado de dependencia socioeconómica total hasta la independencia.
- Deben definirse los objetivos de vida; búsqueda y afirmación de futuras posiciones vitales e instrumentos de incorporación socioeconómica.
- Encuentran su propia identidad con un nuevo concepto.[12]



[12] Instituto Nacional de Salud Pública 2009" [http://. Salud Pública de México Consultado \(28 de julio del 2015\) disponible:http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf](http://.Salud Pública de México Consultado (28 de julio del 2015) disponible:http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf)

3.2 PUBERTAD: Viene de “vello” que señala los cambios en el pubis y las axilas. Se refiere a aquellos cambios biológicos que conducen a la capacidad reproductiva, los acontecimientos de la pubertad ocurren en una secuencia predecible, en el momento de inicio y velocidad de esos cambios son muy variables de uno a otro individuo. La integración de los cambios puberales en el concepto que el adolescente tiene de sí mismo es crucial para una adolescencia normal. [13]



[13] Rivera Mendoza M “La sexualidad y su significación en el cuerpo adolescente 2013

3.3 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA:

- **ADOLESCENCIA TEMPRANA (10 A 13 AÑOS):** Biológicamente es el periodo con grandes cambios corporales y funciones como la menarca. Psicológicamente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.
- **ADOLESCENCIA MEDIA (14 A 16 AÑOS):** Se ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios, para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, son vulnerables, asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.
- **ADOLESCENCIA TARDÍA (17 A 19 AÑOS):** Se presentan pocos cambios físicos, sus valores presentan una perspectiva más adulta, adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía, desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

3.4 CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL ADOLESCENTE.

MUJERES: Poco tiempo después de que ensanche el contorno de las caderas por depósito de tejido adiposo, las niñas experimentan una elevación de sus pechos (telarquia) y la aparición de vello púbico oscuro y recto sobre el monte de Venus (adrenarquia), estos cambios ocurren alrededor de los 11 años de edad.

El desarrollo de las mamas continua aproximadamente los siguientes 4 años, estos cambios pueden ocurrir en un periodo tan corto como 18 meses o tan largo como 9 años.

La progresión del vello púbico dura aproximadamente 2 ½ años en promedio, variando entre 1 ½ y 3 ½. Aproximadamente 1 año después de la iniciación del desarrollo mamario, las niñas experimentan un rápido crecimiento, la aparición de la menarquía es un acontecimiento puberal. (Figura 12)

VARONES: Experimentan una secuencia de cambios físicos durante la pubertad, con la ausencia obvia de algunos hechos como el desarrollo mamario o la menarquía. Las erecciones nocturnas pueden considerarse la contrapartida masculina de las menstruaciones.

De los 11 a los 13 años de edad el varón, promedio es más pequeño que la niña, lo cual conduce a la interpretación errónea de que los varones inician su pubertad 2 años más tarde que las niñas.

Los varones inician su pubertad tan solo 6 meses después que las niñas. Sin embargo, el estirón es un hecho tardío en la pubertad masculina en contraste con el crecimiento femenino, relativamente temprano. [14]

El crecimiento testicular se inicia alrededor de los 11 ½ años de edad, solo unos meses después que la elevación mamaria en las niñas. Durante el año de crecimiento testicular, se inicia el aumento del tamaño del pene, va presidido por la aparición del vello púbico en la base del pene, y se sigue del crecimiento del vello axilar, el crecimiento testicular completo puede ocurrir a cualquier edad entre los 13 y 17 años el aumento del pene en tamaño y grosor se inicia normalmente entre los 10 y 14 años de edad. (Figura 13)

[14] Prevención del Embarazo no Planeado en Adolescentes 2012 Consultado (3 de agosto del 2015) disponible: www.salud.gob.mx pág. 17-44



Figura 13. Desarrollo de los y las adolescentes.

[14] Prevención del Embarazo no Planeado en Adolescentes 2012 Consultado (15 de agosto del 2015) disponible www.salud.gob.mx pág. 17-44

3.5 ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES DE LA SEXUALIDAD DE LOS/LAS ADOLESCENTES.

(Adolescencia y Sexualidad).

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad. Para satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales. De estos grupos resalta por su importancia la familia, considerada como el núcleo primario y fundamental para promover la satisfacción de las necesidades humanas básicas, y sobre todo de los hijos quienes por su carácter dependiente ahí encuentran respuesta a sus carencias. En ella reciben la educación necesaria para transformarse en adultos independientes.

En épocas anteriores, los hijos vivían en su familia con un rol claramente determinado por su sexo, el varón sería el sustituto del padre y la mujer ayudaría en las tareas domésticas. Cuando dejaban de ser niños, se les consideraba adultos y desempeñaban el papel que tenían asignado.

Con la llegada de la industrialización, la familia sufrió transformaciones al pasar a vivir a los centros urbanos. El padre se integra como trabajador a la fábrica y la madre es la encargada de cuidar el hogar y a los hijos. Por su parte los hijos no tienen una función social definida, sino que, llegado el momento, requieren integrarse a la vida productiva de la sociedad, pero el acceso al papel de adulto (a) no se consigue mediante un rito de iniciación, sino que será un proceso lento y difícil sin embargo socialmente no es niño (a) pero tampoco tiene un lugar en el mundo de los adultos, pasando un largo tiempo antes de que se le permita insertarse en la vida productiva y ser autosuficiente. La resolución de la adolescencia se da cuando los y las jóvenes han logrado definir una manera de pensar, sentir y actuar más o menos estable que les permite autonomía personal y adaptación social.

La adolescencia es el periodo crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo y asumen para sí funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propia.

Durante la adolescencia los jóvenes se identifican más claramente con su sexo y consolidan su identidad de género al observar los roles que desempeñan los adultos como hombre o mujer. Esta identificación incluye comprender y aceptar la propia existencia como hombre o mujer así como los roles, valores, deberes y responsabilidades propios de ser hombre o mujer.

Nuevas relaciones sociales se establecen entre los adolescentes y adultos tanto dentro como fuera de la familia. Así mismo surge la capacidad de pensamiento abstracto, la atracción sexual, la respuesta sexual, los sentimientos eróticos y amorosos propios de los adultos, se define la preferencia sexual y se inicia la búsqueda de pareja.

Hablar de sexualidad no es equivalente a coito y reproducción, no significa descarga del impulso sexual, tampoco se refiere al impulso sexual aislado, ni únicamente a la expresión social de masculinidad o femineidad. Sexualidad es la expresión integral del ser humano en función de su sexo vinculado a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Sexualidad y reproducción se encuentran unidos a las condiciones culturales que determinan los roles que han de jugar los hombres y mujeres. [14]

[14] Prevención del Embarazo no Planeado en Adolescentes 2012 Consultado (12 septiembre del 2015) disponible: www.salud.gob.mx pág. 17-44

3.6 ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE.

Desde el punto biológico del ser humano es un ser sexuado. La existencia de los órganos genitales no solo determina la asignación de sexo. El concepto de sexualidad ha traspasado los límites de la genitalidad han incluido las distintas conductas tanto individuales como sociales que las personas adoptan para resolver su vida sexual.

Los seres humanos poseemos órganos sexuales diferenciados para hombre y mujer, la tendencia es aceptar la existencia de sexualidad desde el nacimiento. Sin embargo, las opiniones difieren sobre todo a nivel sexual, biológicamente está demostrado que tal madurez es consecuencia de la influencia del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas lo cual trae aparejado cambios corporales y psicológicos.

Durante este periodo las mujeres manifiestan cambios característicos como crecimiento de los senos, aparición de vello púbico, y la primera menstruación. En los hombres se hace evidente el cambio de voz, surge vello púbico y se producen las primeras emisiones de esperma. Estas manifestaciones, entre otras, anuncian el inicio de la madurez sexual cuya consecuencia natural es la capacidad reproductiva.

Los cambios biológicos durante la adolescencia adquieren su significado especial para la vida y la sexualidad de los y las jóvenes, puesto que representan la nueva realidad que han de vivir como adultos, tanto en un aspecto físico como psicológico.

El impulso sexual es intenso durante la adolescencia, en el varón, la urgencia por la satisfacción es apremiante y está vinculada a la emisión de semen. A lo largo del día el varón presenta erecciones erráticas y sensibilidad circunscrita al pene.

Por la noche experimenta eyaculaciones ligadas o no a sueños eróticos. Las eyaculaciones espontaneas, con o sin erección, durante el día son menos frecuentes y generalmente están asociadas a situaciones de ansiedad.

En cuanto a la mujer, experimenta periodos de gran tensión circunscrita a los genitales, con el aumento en el grosor de los labios menores, el clítoris y secreciones vaginales.

Para el hombre la capacidad de sentir un orgasmo depende en gran medida de la presencia de semen en las glándulas seminales, y la eyaculación es la única forma de satisfacer sus impulsos sexuales.

La mujer puede experimentar placer erótico a través de la fantasía y el afecto, es por tanto más fácil que puedan postergar la satisfacción sexual a través del coito, ocupando la fantasía un lugar importante en la vida de las jóvenes.

3.7 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE.

Durante la adolescencia la capacidad física, sexual, imaginativa, intelectual y crítica funcionan con mayor intensidad que en cualquier otro momento de la vida. Es tiempo de cambios diversos e intensos. Las alteraciones hormonales y emocionales pueden exagerarlo todo. El sentimiento infantil de un nuevo día pleno de diversión y alegría se transforma en emociones y sentimientos nuevos, muchas veces confusos y entremezclados.

Los adolescentes ya no piensan a partir de los objetos reales y de la realidad conocida, si no que ahora son capaces de crear objetos ideales, de imaginar situaciones que no existen, al menos dentro de su experiencia, intentan dominar la realidad con las teorías, sin embargo en muchas ocasiones confunde lo posible con lo real, la ubicación dentro de la realidad se dará más adelante a partir de la vida en el mundo de los adultos.

Encontramos dos formas de pensamiento uno mágico, que intenta controlar y cambiar al mundo de forma más real, el primero intenta modificar la realidad a partir de la fantasía, el segundo se conecta con la realidad a través de hipótesis que son puestas a prueba en la realidad. Hacia el final de la adolescencia los y las adolescentes comúnmente logran establecerse en la realidad social.

Los adolescentes pueden pensar de forma abstracta, el contenido de sus pensamientos esta matizado por su experiencia infantil. El periodo previo de dependencia que ha vivido sigue dominando su vida.

No ha tenido la oportunidad de experimentar por sí mismo la consecuencia de sus actos. La familia ha estado al pendiente de guiar y dirigir la conducta.

LA FANTASÍA CUMPLE VARIAS FUNCIONES:

- Sustituye una experiencia real pero inaccesible o temida.
- Sirve de preparación para la posterior relación real.
- Le permite al joven reconocer sus respuestas sexuales y en general es una forma de experimentar su sexualidad sin riesgos y de manera controlada.

Muchas adolescentes se ven ante la situación de sentirse “usadas” es decir que su pareja prometió que estaría con ella para convencerlas de tener relaciones sexuales y posteriormente abandonar la relación, en muchas de las ocasiones estas adolescentes quedan embarazadas , confrontando súbitamente la realidad.

Iniciar relaciones íntimas, amistosas o el noviazgo, es una tendencia natural en la búsqueda de pareja y de relaciones sexuales. Cada persona es diferente en cuanto a la forma y edad de iniciar las relaciones sexuales. Sin embargo, la elección hecha se ve fuertemente influida por las presiones sociales y de grupo, en vez de obedecer las necesidades y deseos personales.

Superada la etapa de la adolescencia los y las jóvenes se iniciaran en la vida adulta al sentir confianza, ejercer su autonomía y definir quiénes son y que desean, las ventajas los preparan para entrar en verdaderas relaciones íntimas con su pareja. En caso de no madurar, la desconfianza, baja autoestima, temor a la iniciativa o a la expresión y a la dependencia los coloca en situaciones de desventaja, puesto que están menos preparados para establecer relaciones íntimas. Pueden desearlas, pero carecer de la seguridad y habilidades necesarias para establecerlas, sintiendo tristeza soledad y frustración. [14]

[14] Prevención del Embarazo no Planeado en Adolescentes 2012 Consultado (18 de septiembre del 2015) disponible: www.salud.gob.mx pág. 17-44

3.8 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS PROPIAS DE LA ADOLESCENCIA.

Las tensiones psicológicas pueden inferir con el goce del período adolescente, e incluso afectar la adaptación normal a su papel adulto.

- Sensación de no aceptación por parte de la familia y la sociedad.
- Percepción de falta de afecto por parte de sus seres queridos.
- Preocupación por lograr integrar su propia personalidad.
- Necesidad de búsqueda de objeto o sujeto para amar.
- Afirmación de la sexualidad.
- Demostración de su potencial sexual.
- Rebelión contra lo establecido.
- Deseo de sentirse y ser considerado como adulto.
- Gozar de los beneficios sociales y sexuales del adulto sin responsabilidades.

3.9 PRINCIPALES FENÓMENOS SOCIALES RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD.

El género, es una forma de comprender como se organiza y funciona una sociedad a partir de las diferencias biológicas que presentan hombres y mujeres, organización en la que tradicionalmente se ha promovido un modelo de hombre y mujer en el que sus funciones son jerárquicas y excluyentes.

Las diferencias sociales entre hombres y mujeres, la masculinidad y la feminidad, así como las conductas inherentes a ello, no son naturales, se derivan de la manera en cómo cada cultura legitima sobre un hecho biológico (la diferencia de los genitales externos), una valoración desigual para los hombres y mujeres, generando una relación de subordinación por parte de la mujer al hombre. Esta forma de entender la relación social entre hombres y mujeres se denomina género.

EL ENFOQUE DE GÉNERO CUBRE TRES ELEMENTOS: La asignación de género (hombre o mujer), la identidad de género (convicción de ser hombre o mujer), y el rol de género (el papel que se ha de jugar en la vida). Estos elementos determinan en gran medida la futura actuación de las personas en sociedad. [14]

[14] Prevención del Embarazo no Planeado en Adolescentes 2012Consultado (25 de septiembre del 2015) disponible: www.salud.gob.mx pág. 17-44

- **LA ASIGNACIÓN DE GÉNERO:** Se refiere a la rotulación como hombre o mujer que realizan las personas que tienen contacto el o la recién nacido(a), con base en la apariencia de los genitales externos. A partir de ello, la familia y la sociedad se encargaran de educarlo (a) en función de este señalamiento. Al mismo tiempo, la educación recibida se expresara mediante el rol de género.
- **EL TERMINO DE GÉNERO:** Se emplea para hacer referencia al conjunto de expectativas de comportamiento consideradas como apropiado para las personas que poseen un sexo (órganos sexuales). El rol se constituye con el conjunto de normas, valores y prescripciones que dicta la sociedad definiendo el comportamiento masculino y femenino.
- **IDENTIDAD DE GÉNERO:** Es la convicción personal de ser hombre o mujer lo cual conlleva la demanda social de comportarse como tal para corresponder como la idea de masculinidad o feminidad que se maneja a nivel sociocultural. La identidad de género estructura la vida de el/la niño(a) en forma de sentimientos, actitudes, manera de pensar y relacionarse, empleo, etc. El ejercicio de la sexualidad se asume como un derecho que debe ejercerse de manera informada, con responsabilidad y en condiciones de autonomía y equidad, sin dominio, violencia o imposición. [14]

3.10 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES.

- **MADUREZ FÍSICA Y COGNOSCITIVA:** La edad de la menarquía se ha ido adelantando, mientras que las condiciones sociales, con alargamiento del período de estudios, dificultades para conseguir vivienda, hacen que hasta una edad avanzada, la mayoría de los jóvenes no se emancipen de su familia.
- **PERCEPCIÓN DE INVULNERABILIDAD:** El sentimiento de inmortalidad, el estar protegidos de las consecuencias desfavorables, que pueden ocurrir a otros , pero no a ellos, forma parte de las características normales de la adolescencia y favorece las conductas arriesgadas.

[14] Prevención del Embarazo no Planeado en Adolescentes 2012Consultado (25 de septiembre del 2015) disponible: www.salud.gob.mx pág. 17-44

- **TENDENCIA A IMITAR EL MODELO DE CONDUCTA SEXUAL DEL ADULTO:** En la actualidad es frecuente utilizar el sexo con fines comerciales en los medios de comunicación, lo que induce a la práctica sexual y transmite una imagen alterada de la conducta sexual, basada en la violencia, el sexo como diversión y el sexo sin culpabilidad.
- **LIBERTAD SEXUAL:** La libertad sexual de la que gozan los y las adolescentes en la sociedad favorece al inicio muy precoz de la actividad sexual, se ha comprobado que tanto la educación en un ambiente familiar muy permisivo, como en una familia con normas muy rígidas o autoritarias conduce a una mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales. Los hijos de padres modernos en cuanto a sus pautas educativas y que dosifican la libertad de acuerdo con la edad de sus hijos, son los que inician más tarde las relaciones sexuales. [15]

Por otro lado, se ha observado una asociación entre inicio precoz de relaciones sexuales en la adolescencia (menores de 15 años) y una mayor incidencia de problemas ginecológicos y psicosociales en la vida adulta es decir actitud negativa hacia su propio cuerpo, conductas fuera de norma rebeldía, fracaso en los estudios entre otros.[16]

[15] Prevención del Embarazo no Planeado en los Adolescentes 2012(25 de septiembre del 2015) disponible: www.salud.gob.mx pág. 17-44

[16] Campos Guillermo Covarrubias, "Política Social, Educación y Salud en México.

3.11 AMBIENTE FAMILIAR DEL ADOLESCENTE.

El desarrollo de la personalidad, de la cual forma parte la sexualidad, influyen inicialmente en la orientación, consejería, enseñanzas y actitudes, todo ser humano, desde su nacimiento, trae caracteres secundarios que definen su sexo y lo hacen expresar su sexualidad desde temprana edad.

El ambiente en el que se desarrolle moldeará su conducta y su actitud sexual. Con influencias positivas, su sexualidad será adecuada a su personalidad.

Los roles masculinos y femeninos en tiempos remotos eran diferenciados porque desde pequeños a los varones se les trataba como hombrecitos y a las mujeres como mujercitas, la educación y su formación asignaban al varón al trabajo y la guerra y a la mujer para las labores domésticas y matrimonio.

La decisión del adolescente para iniciar su vida sexual, comienza cuando se siente atraído por alguien esto dependerá de parámetros como los son, expectativas sobre el nivel de estudios es decir los adolescentes que piensan ir a la universidad retrasan más tiempo su primera relación sexual, sus actitudes y valores respecto a su sexualidad, pueden a su vez estar influenciados por las actitudes familiares y culturales.

Las actitudes sexuales de la mujer están más influenciadas por factores familiares (comunicación con los padres, y participación de estos en la educación sexual), mientras que en los varones está más influenciada por factores individuales (edad, religión y autoestima). [17]

[17] Salud Prevención del Embarazo en Adolescentes2001 (5 de octubre del 2015) disponible: www.salud.gob.mx

CAPÍTULO IV.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en una seria preocupación en la salud debido a la mayor incidencia de resultados deplorables como lo es el aborto, así como en el aspecto psicosocial por las consecuencias adversas que tiene sobre la adolescente y sus familiares. Muchos factores contribuyen a un alto número de adolescentes embarazadas por ejemplo; la fantasía de la familia ideal, utilización del embarazo como vínculo de ingreso en el mundo adulto, como a la solución de los conflictos de la escuela y del hogar.

Estudios sobre la salud mental en adolescentes han demostrado que la autoestima es un factor relevante en el desarrollo de los aspectos de personalidad, adaptación social y emocional, una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas, timidez y ansiedad social. La autoestima influye sobre los aspectos importantes de la vida tales como la adaptación a situaciones nuevas, nivel de ansiedad, aceptación de otros, rendimiento escolar, relaciones interpersonales, consumo de drogas y embarazo precoz.[18]

En la actitud de la adolescencia respecto al embarazo se ve influido por la etapa que está cursando; pues las implicaciones psicológicas son diferentes tanto al inicio del embarazo y a la experiencia de ser madre.

Cada adolescente que enfrenta el problema de un embarazo precoz, tienen una manera individual de reaccionar ante el impacto que esto determina. En la adolescencia temprana generalmente niega la realidad de su embarazo, tiende a aislarse y tiene comportamiento depresivo, esto origina consulta obstétrica tardía lo que aumenta los riesgos en su embarazo.

En México los factores relacionados con el embarazo en adolescentes, se ha asociado con las características familiares, como la comunicación intrafamiliar deficiente, nivel socioeconómico bajo, características individuales como autoestima y escolaridad baja, así como carencias de información acerca de los métodos de planificación familiar para evitar el embarazo no deseado y el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

[18] Embarazo Adolescente UNFPA CONAPO2014 (15 de octubre del 2015) disponible: pdf www.CONAPO.com

Dadas las características propias de la adolescencia, el embarazo en adolescentes es considerado de alto riesgo debido a que antes de los 15 años el desarrollo físico no está consolidado, lo que repercute tanto en la madre como el niño.

Los riesgos de enfermedad y muerte para la madre adolescente y su hijo son mayores mientras más joven es la madre en especial cuando el cuidado de la salud es inferior a lo ideal. Un embarazo no deseado generalmente conduce también a la búsqueda de un aborto inducido que en el caso de las adolescentes sin experiencia y avergonzadas probablemente lo realizan cuando el embarazo está avanzado y esto conlleva a mayores riesgos para la salud, la fecundidad futura, la vida de la joven particularmente si se realiza de forma clandestina.

El embarazo en adolescentes o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente, entre la adolescencia inicial o pubertad-comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de las jóvenes. [19]

El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de la población adolescente, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo, si bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, este debe de hacerse con responsabilidad para uno mismo la pareja y los hijos presentes y futuros. [20]

[19] embarazo Precoz 2013(25de octubre del 2015) disponible: pdf [http/ONU.com.mx](http://ONU.com.mx)

[20] Revistas de Enfermería2016 (30 de octubre del 2015) (CIBERE) disponible: www.enfermeria.com

4.1 MADRE ADOLESCENTE:

Los cambios que genera un embarazo se suman a los cambios psicosociales de la etapa adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia y aislamiento), por lo tanto se producen temores, desequilibrio emocional, depresión, angustia, somatizaciones, intentos de aborto y en ocasiones el suicidio.

Algunas de las adolescentes contemplan como la alternativa el aborto, de decidirlo, enfrentarían problemas económicos, morales, biológicos.

En México es frecuente que la madre adolescente asuma la responsabilidad a menudo con apoyo de su familia de origen, el nacimiento puede generar confusión de roles familiares, los abuelos asumen el papel de padres y la madre prácticamente se relaciona como la hermana mayor de su hijo.

En la sociedad, la maternidad precoz a menudo está asociada con el aumento de la fecundidad durante la vida reproductiva de las mujeres. Esto conduce a un crecimiento de la población más rápido que obstaculiza el desarrollo socioeconómico, por otro lado la familia y la sociedad requieren encontrar formas para ayudar a los adolescentes a sostener a sus hijos.[21]



[21] Rojas j, (2007) consecuencias de un embarazo adolescente (8 de noviembre del 2015) disponible: <http://abcdelbebe.com>

4.2 PATERNIDAD ADOLESCENTE:

La paternidad adolescente, centrándose en la figura del padre, históricamente ha sido menos conocido y comprendido para el caso de la mujer, por ende ha provocado que el hombre tenga menos conciencia de su función reproductiva y asuma menos responsabilidades. Es un tema lleno de contradicciones y escasamente difundido, lo que genera desorientación y desamparo. Padre proviene del latín páter; varón o macho que ha engendrado. La paternidad es el proceso psicoactivo por el cual un hombre realiza tareas, protege, provee y cría a cada uno de sus hijos, ser padre es contribuir a la procreación, es tener comportamiento, rol las funciones pero también ser proclamado padre por un niño.

La paternidad vinculada a la responsabilidad es un elemento constitutivo de la identidad masculina adulta, el concepto de paternidad equivale a la responsabilidad y no a la fecundidad, la responsabilidad se entiende como proveer bienestar a la familia. [22]

4.3 PATERNIDAD E IDENTIDAD MASCULINA:

La adolescencia es un periodo de muchos cambios emocionales y personales, transformaciones en todos los niveles con los que se interactúa, cambia la familia, los amigos, de tal forma que se configura un proceso de cambios en donde se va dando el paso a la autonomía y comienza a tomar una posición con respecto al mundo y lo que pasa alrededor.

Los amigos juegan un papel importante y primordial en los adolescentes, combinan ideas e ideales con prácticas de consumo (alcohol y drogas) sus lazos afectivos son muy estrechos, buscan y se esfuerzan en actividades comunes, que todo el grupo comparte para seguir perteneciendo al mismo.

En el campo de la sexualidad los adolescentes juegan un papel de libertad sin restricciones, lo que se espera de él es que permanezca soltero y sin hijos, pero cuando se presenta un embarazo, el adolescente debe de asumir nuevos roles para los cuales no se encuentra preparado. La paternidad constituye la finalidad de la identidad masculina, su estado pleno, y una mayor solidez. Cuando un hombre es padre puede decir que es “un verdadero hombre”.

[22] Olovarria J. (2001) Paternidad adolescente. México (20 de noviembre del 2015) <http://www.scielo.cl/scielo.pdf?pid>.

disponible:

4.4 PATERNIDAD VS MACHISMO.

El machismo en la adolescencia es un tema de mucha preocupación de ello depende que en un futuro las oportunidades sean igualitarias tanto para hombre como para mujeres.

El machismo es una costumbre inculcada que va de generación en generación hasta nuestros días considerando a la mujer como inferior al hombre, es difícil de erradicar.

Es importante que los adolescentes aprendan que los roles de género deben ser equitativos para evitar la discriminación de unos u otros mientras su identidad y pensamientos terminan de formarse los hombres pueden ser propensos al fenómeno machista.

Sin embargo es de suma preocupación que el machismo aún se presente en los adolescentes, esta presencia evita una convivencia entre las mujeres y hombres, además de que en los hombres se debe desprender el pensamiento de superioridad que puede llevarlo a pensar que ellos son los mejores y pueden denigrar a la mujer.

4.5 PATERNIDAD VS PROYECTO DE VIDA.

La paternidad se vivencia como un reordenamiento de la vida e identidad de los adolescentes, el proyecto de vida es un elemento central en la etapa que se encuentran los adolescentes, se comienza a delinear el futuro y empiezan a elaborar ideas respecto de lo que esperan y desean hacer, por tanto este concepto es esencial al momento de referirnos a la paternidad, pues siempre se va a ver afectado por el hecho de ser padre.

Para la elaboración de un proyecto de vida, los adolescentes se ven influenciados por el entorno más cercano (la familia), enfatizando aspectos relacionados con la educación, el trabajo, además existen ciertas tareas del desarrollo, que son parte del ciclo vital que se ven afectadas con el hecho de convertirse en padre.

La forma en que los adolescentes alteran su proyecto de vida, depende de cierta forma de las ideas y las actitudes que estos tengan, pues la paternidad podría estar insertada en este proyecto en forma no tan lejana, no obstante siempre genera una

reestructuración de planes, esta reestructuración implica adelantar, suspender o atrasar situaciones planeadas en el proyecto de vida.

En los adolescentes destacan una serie de pérdidas producto de ser padres tempranamente principalmente de libertad y la sensación de restricciones, por lo tanto los jóvenes concuerdan en que la paternidad afecta el proyecto de vida, en el sentido que se abandonan los estudios al asumir la paternidad, se produce un cambio importante en la vida unido a un cambio en la etapa del ciclo vital.

4.6 ACTITUDES HACIA LA PATERNIDAD ADOLESCENTE:

Frente al hecho de la paternidad, todo padre adolescente debe tomar decisiones como casarse, convivir con su pareja, dejar sus estudios y buscar trabajo en algunos casos, lo que sin duda trae consecuencias no solo para él y su familia de origen, si no para su pareja y su hijo, todo depende de la forma como afronte este nuevo hecho en su vida y la actitud que tenga hacia esto.

Las actitudes que se observan en estos casos son: evasión, negación y aceptación.

EVASIÓN: Los padres adolescentes son afectados de manera importante por la situación de paternidad, intentando evadir su responsabilidad, esta evasión puede ocurrir por miedo a asumir, o por no sentir compromiso afectivo importante con su pareja adolescente.

Los hombres adolescentes fracasan en no poder completar su enseñanza secundaria entrando en el mundo adulto con pocas o ninguna experiencia laboral, la creencia está en que un estudiante adolescente que ha embarazado a su pareja debe de buscar un empleo ya que su propio sentido de la responsabilidad le indica que esto demuestra ser buen padre.

En nuestra cultura y sobre todo en nuestra sociedad, los estereotipos que circulan en torno a la paternidad adolescente y el rol que desempeñan los varones, es muy cerrada y machista, ellos no quieren hacerse cargo de la paternidad y por ende evaden la responsabilidad.

[23] Embarazo en Adolescentes Paternidad Adolescentes (25 de noviembre del 2015) disponible: www.gufajuvenil.com/adolescentes/adolescencia.htm 2010

Cuando un adolescente se enfrenta a la paternidad en ella también esta propenso a pasar por varias situaciones y escenarios, en algunos casos ellos evaden la responsabilidad del nuevo ser y las reacciones van desde la ira hasta la frustración, no aceptan su nuevo rol y sienten la presión familiar y social.

El adolescente varón se enfrenta a un dilema ante su paternidad, sabe que el hecho se ha consumado y lo que temía es real. Ante él se presenta una serie de reacciones, preguntas y emociones las cuales tiene que asumir, muchos consideran que sus proyectos de vida se han caído y su realización personal se ve truncada.

NEGACIÓN:

El adolescente también puede negar su paternidad, esto puede ser producto de relaciones pasajeras, falta de afecto a su pareja, estos casos pueden ser muy conflictivos debido a la confusión con la que se dio la relación de la pareja, el riesgo al que se expuso el adolescente y por tanto la consecuencia de que es un embarazo no deseado.

ACEPTACIÓN:

Existen adolescentes que se sienten responsables y quieren participar en el desarrollo del embarazo y luego ser padres activos, sintiéndose comprometidos en el apoyo afectivo y económico de su pareja e hijo, sienten felicidad y asumen la responsabilidad, sin embargo la manera de asumir su paternidad estará influida por su situación socioeconómica, cultural y familiar.

4.7 EL PADRE ADOLESCENTE Y SU ENTORNO SOCIAL:

Ante la paternidad de los adolescentes se deben tomar en cuenta los factores protectores y de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna.

Los jóvenes que enfrentan una paternidad temprana deberían de recibir un apoyo afectivo no discriminatorio, tanto de los profesionales de salud, como del sector educativo y el núcleo familiar, que en la mayoría de los casos es inesperada.

Para un adolescente, una familia afectiva, un dialogo fluido con un adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio, son factores de protección que ayudaran al joven a tener una actitud positiva y tomar decisiones adecuadas.

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el hombre adolescente, para ser padre, especialmente porque en la cultura que se da la maternidad adolescente, es muy común que los hombres se desliguen de su papel y los hijos pasen a ser criados por las mujeres o abuelas.

Esta exclusión del varón provoca en el sentimiento de aislamiento, agravado por juicios descalificatorios por parte de la familia o amistades como “con que se va a mantener seguro no es tuyo no es la primera vez que queda embarazada que precipitaran su aislamiento [23]



[23] Guía Juvenil paternidad adolescente (20 de noviembre del 2015)
disponible: www.guíajuvenil.com/adolescentes/adolescencia.htm 2010

4.8 REPERCUSIONES PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO NO PLANEADO DURANTE LA ADOLESCENCIA.

La sexualidad es inherente al ser humano, durante la adolescencia la sexualidad es de gran significado, se vincula con la forma de vida de las y los adolescentes y con la problemática de salud que se presenta en ellos, como embarazos no planeados ni deseados e infecciones de transmisión sexual.

El nacimiento de un hijo, cuando es planeado y deseado es un acontecimiento que llena de orgullo y alegría los futuros padres, sin embargo cuando no es planeado genera temores de cómo enfrentarlo, por los cambios que este hecho puede generar sobre el proyecto de vida, los adolescentes deben enfrentar las posibles respuestas de la pareja, la familia, los amigos y las instituciones, la posibilidad de abandono de la escuela, la ruptura con el o la compañera , el matrimonio forzado, la salida del círculo de amigos y finalmente la responsabilidad que implica tener un hijo.

Los adolescentes no se encuentran completamente preparados para asumir tal responsabilidad. Las consecuencias del embarazo y la crianza se relacionan con aspectos no solo de salud sino también psicológicos, socioeconómicos y demográficos, sus efectos pueden reflejarse sobre la joven madre, el hijo, el padre adolescente, las familias y la sociedad.



4.9 COMPLICACIONES EN UN EMBARAZO ADOLESCENTE:

El embarazo en la adolescencia está asociado con un mayor índice de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el bebé, el organismo de la adolescente tiene necesidades para su propio desarrollo en las que puede interferir la gestación, tiene riesgos como lo son:

- Mal nutrición.
- Retraso en el crecimiento óseo.
- Atonía uterina.
- Desproporción céfalo pélvica (DCP).
- Amenaza de parto pretermo.
- Ruptura prematura de membranas (RPM).
- Placenta previa.
- Pre eclampsia.
- Parto prematuro.
- A nivel psicológico la adolescente se encuentra en una etapa de inmadurez, que hace que acuse más el rechazo, sienta vergüenza y sufra problemas de adaptación o de falta de apoyo emocional, ya que por lo general no tiene pareja, o la relación no está consolidada.

4.10 COMPLICACIONES PARA EL HIJO DE LA MADRE ADOLESCENTE:

- Bajo peso al nacer.
- Retraso de crecimiento intrauterino.
- Muerte perinatal (muerte de cuna)
- Recién nacido pre-terminó.
- Malformaciones congénitas.
- Labio y paladar hendido.
- Anencefalia.
- Meningocele.
- Mielomeningocele. [24]

[24] Revista médicas Latinoamericanas (2 de diciembre del 2015)
Médicas Latinoamericanas.

disponible: www.medigraphic.com/inper Revistas

CAPÍTULO V

EMBARAZO ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA MUJER EN EL EMBARAZO.

5.1 EMBARAZO: Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el producto a término.

5.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y ANATÓMICOS.

Tras la fecundación, todo el organismo se prepara para el largo proceso durante el cual tendrá que alojar al feto y cubrir sus necesidades metabólicas.

De forma fisiológica, el organismo materno sufre modificaciones anatómicas y funcionales que le permiten, crear un espacio en el que el feto se desarrolle adecuadamente, y prepararse para el momento del parto y el postparto, en el que tendrá que amamantar al neonato.

Las modificaciones tanto físicas como psicológicas, que suceden durante la gestación, tienen la consideración de fisiológicas aunque sin duda suponen una severa alteración orgánica, siendo fundamental para los profesionales de la salud conocer cada una de las transformaciones que suceden para poder acompañar a la mujer adecuadamente en este periodo de su vida y actuar precozmente en el momento en que estas rocen lo patológico.

Durante este período todo el organismo se ve afectado tanto anatómica como fisiológicamente en un proceso de adaptación a la nueva situación que se presenta en la mujer.[25]

5.3 MODIFICACIONES CIRCULATORIAS.

Todas las modificaciones que sufre el sistema circulatorio tienen por objetivo principal asegurar la circulación placentaria para que el feto pueda recibir el oxígeno y los nutrientes que necesita.

[25] Océano Centrum Manual de Enfermería Adaptaciones del embarazo Pág. 584, 596.

El aumento de la volemia, puede llegar a ser hasta de un 50%, induce un aumento del gasto cardiaco; la tensión arterial y la frecuencia cardiaca permanecen dentro de los límites normales, aumentando ligeramente la frecuencia en el último trimestre de la gestación.

Los trastornos más frecuentes que podemos encontrar son:

EDEMA: Los edemas están propiciados por los cambios electrolíticos (sodio y potasio) y por el aumento de la presión venosa en los miembros inferiores, debido principalmente a la dificultad del retorno venoso por la compresión que el útero ejerce sobre las venas cava inferior e iliacas.

Cuando los edemas son generalizados (incluyendo manos y cara), no ceden con reposo y se acompañan de proteinuria e hipertensión arterial se encuentra en una situación de alerta al ser esta la triada clásica que precede a la aparición de un cuadro convulsivo tónico-clónico conocido como eclampsia, que probablemente debutara cuando la tensión arterial adquiriera valores lo suficientemente elevados.

La eclampsia es un cuadro convulsivo de alta gravedad que puede incluso acabar con la vida del feto.

HIPOTENSIÓN: La tensión arterial en la mujer gestante se mantiene, por lo general, dentro de los límites de la normalidad.

Aparece con frecuencia el denominado “síndrome de hipotensión en decúbito supino” que se produce como consecuencia de la compresión del útero sobre la vena cava inferior. La fuerza de gravedad hace que el útero comprima la vena cava, al estar la mujer en decúbito supino provocando un cuadro de palidez, mareo, frialdad e hipotensión que mejora de inmediato al cambiar de posición.

La progesterona, producida en grandes cantidades por la placenta, tiene un efecto vasodilatador al actuar sobre la fibra lisa lo que puede en ocasiones provocar la aparición de lipotimias.

VARICES: La dificultad del retorno venoso por la compresión que ejerce el útero sobre la cava inferior y las iliacas, sumada a la acción de la progesterona, puede provocar varices en los miembros inferiores (con menos frecuencia en la vagina y la vulva) y también hemorroides.

El objetivo de enfermería es fomentar entre las gestantes los ejercicios circulatorios, promoviendo el uso de medias de compresión, recomendando dormir o descansar con los pies elevados y usar calzado cómodo. [25]

5.4 MODIFICACIONES HEMATOLÓGICAS:

El volumen globular aumenta durante el embarazo, este incremento se produce sobre todo por el aumento de plasma, lo que genera una situación de hemodilución, con un hematocrito disminuido (hasta el 35%) y una hemoglobina en los límites normales (11.5-12gr/dl). En el embarazo hay modificaciones de los principales factores de coagulación provocadas por las hormonas; estrógeno y progesterona. Estos cambios conducen a una hipercoagulabilidad que garantiza una rápida hemostasia en la superficie de adhesión de la placenta. Cuando el parto está próximo aparecen aumentados los factores de coagulación en previsión de hemorragias y también el número de leucocitos.

5.5 MODIFICACIONES DEL APARATO URINARIO.

En el embarazo existen una serie de modificaciones tanto de orden funcional como morfológicas, evidentemente no afectan el funcionamiento normal de aparato urinario pero es vital conocerlas para evitar confusiones posteriores.

La estimulación hormonal que aparece durante el embarazo tiene como resultado la dilatación tanto de la pelvis renal como de ambos uréteres probablemente la hormona responsable será la progesterona que comienza su formación hacia la décima semana.

Los trastornos que aparecen con más frecuencia en el embarazo con relación al aparato urinario son:

- **POLIURIA:** Secreción y emisión abundante de orina, el aumento de la volemia condiciona un aumento de la función renal que tiene como consecuencia el aumento de la diuresis.
- **POLAQUIURIA:** Emisión anormal frecuente de orina, no necesariamente acompañada de poliuria, la compresión del útero contra la vejiga provoca un aumento del número de micciones diarias.
- **NICTURIA:** Emisión de orina más abundante o frecuente por la noche que durante el día, durante el descanso nocturno se descomprime la presión sobre la cava provocando un incremento de la función renal durante ese tiempo, lo que origina la Nicturia.
- **GLUCOSURIA:** Presencia de glucosa en la orina que excede las cantidades normales (150 mg/24h) el aumento de la filtración glomerular es el responsable de que se pueda reabsorber adecuadamente toda la glucosa que se filtra, apareciendo el excedente en la orina excretada.
- **PIELONEFRITIS:** Inflamación del riñón o la disminución del tono uretral facilita el reflujo vesicouretral, dando lugar a Pielonefritis.

5.6 MODIFICACIONES DE LA PIEL.

En el tercer trimestre suelen aparecer las denominadas estrías, su número depende del caso así como de la longitud y anchura de cada mujer, su localización es más frecuente en abdomen, nalgas y mamas.

Existe también un aumento en la pigmentación de la piel, el aumento de pigmentación se da por aumento de la hormona hipofisaria que a su vez estimula a los melanocitos.

5.7 MODIFICACIONES DE LAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS.

- **PÁNCREAS:** Existe una serie de modificaciones que conlleva a una mayor sensibilidad a la insulina a dosis más bajas de glucosa. La concentración de insulina basal esta elevada en la segunda mitad del embarazo.
- **GLÁNDULAS SUPRARRENALES:** Existe un aumento de las cifras de cortisol en el plasma. Al estar a una proteína denominada transcortina. Por lo tanto no existe sintomatología asociada debido a la asociación con dicha proteína.
- **OVARIOS:** Las modificaciones más importantes son: aumento de la vascularización del ovario, aparición del cuerpo lúteo gravídico, su función hormonal es la responsable del mantenimiento de la gestación, aparición de folículos atrésicos ya que durante el embarazo no se produce ovulación.

5.8 MODIFICACIONES DEL APARATO DIGESTIVO.

En el aparato digestivo pueden aparecer varios trastornos como lo son; náuseas, vómitos, malestar a primeras horas de la mañana, estreñimiento y hemorroides.

Las causas de las náuseas y los vómitos suelen ser muy variadas, aunque existe un componente hormonal que es fundamental. La gonadotropina coriónica es muy elevada en el primer trimestre del embarazo, donde se produce una exacerbación de este cuadro, a partir del segundo trimestre del embarazo alrededor de la semana 12 de gestación suele desaparecer.

Existe un componente psicológico, ya que muchas mujeres gestantes asocian los vómitos y las náuseas a olores, al estrés.

[25] Océano Centrum Manual de Enfermería Adaptaciones del embarazo Pág. 584, 596.

El estreñimiento es otro proceso que aparece durante el embarazo, entre las causas del estreñimiento destacan; la disminución del peristaltismo en los intestinos delgado y grueso, aumento en la absorción de agua y sodio en el colon (eses secas).

Las hemorroides son producidas por el propio estreñimiento, así como por la compresión del útero que impide un adecuado transito venoso.[25]

5.9 MODIFICACIONES DEL APARATO RESPIRATORIO:

Entre las principales modificaciones destacan; el consumo de oxígeno esta aumentado durante el embarazo, aproximadamente un 25% , el volumen residual esta disminuido, la capacidad inspiratoria esta aumentada, el volumen respiratorio circulante aumenta de una manera muy evidente, la aparición de la disnea en la mujer embarazada se puede cifrar en un 60- 70 % de las mismas, la causa principal se relaciona con la percepción que ellas tienen de su hiperventilación como un hecho anómalo, la ventilación por minuto suele estar en aumento en un 40%.

5.10 MODIFICACIONES EN EL CUELLO UTERINO:

El epitelio de revestimiento suele ser el que sufre más cambios, el número de partos es un factor pre-disponente en la aparición de cáncer de cérvix por los cambios asociados a los embarazos. Figura 14[25]

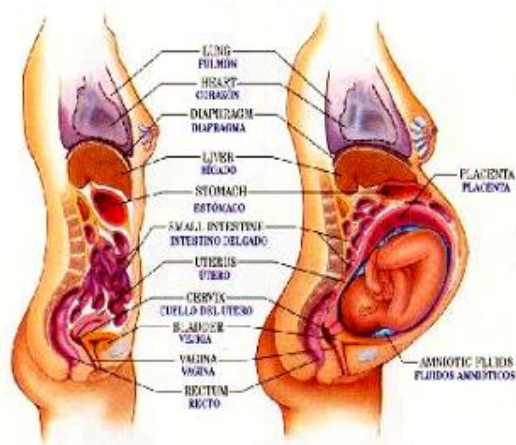


Figura 14

[25] Océano Centrum Manual de Enfermería Adaptaciones del embarazo Pág. 584, 596.

CAPITULO VI

CUIDADO ENFERMERO.

6.1 EVOLUCIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO.

La evolución del cuidado enfermero, está ligado al concepto de salud-enfermedad caracterizado por cada época histórica.

Las cuatro etapas del cuidado enfermero descritas son las siguientes:

1ª) Etapa doméstica: La vida se centra alrededor de la mujer y abarca desde las primeras civilizaciones a la caída del imperio romano.

2ª) Etapa vocacional del cuidado: Se fundamenta desde el origen del pensamiento cristiano, momento en el que el concepto de salud-enfermedad toman un valor religioso, hasta el final de la edad moderna.

3ª) Etapa técnica del cuidado: Se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del siglo XX y se caracteriza principalmente por la lucha contra la enfermedad. En este periodo, las personas encargadas de prestar los cuidados adquieren un papel auxiliar del médico.

4ª) Etapa profesional del cuidado: La enfermería se consolida como disciplina y como profesión, siendo el eje central el cuidado de la salud de la población comprende las últimas décadas del siglo XX hasta la actualidad.

6.2 CUIDADOS A LA SALUD.

Se produce el desarrollo de los Servicios Nacionales de Salud y la práctica asistencial se ejerce de acuerdo a las políticas sanitarias estatales.

Los Servicios de Salud comienzan a disponer de numerosos métodos diagnósticos y terapéuticos requieren cada vez más profesionales especializados.

A finales de la década de 1970 se empiezan a establecer modelos de salud y en cuanto la atención sanitaria, que hasta ese momento era fundamentalmente hospitalaria, se va enfocando hacia otras áreas de interés, la promoción y prevención de la salud.

Instituciones para el cuidado; el hospital toma la función curativa, compartiendo esta con la atención de auxilio a los pobres.

El hospital se convierte por otro lado, en elemento central en la prestación de asistencia sanitaria y por otro lado, en elemento central en la prestación de asistencia sanitaria y por otro, toma una función docente e investigadora, donde los estudiantes realizan su aprendizaje teórico, práctico y clínico.

6.3 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.

Históricamente han existido diferentes definiciones con relación al cuidado durante el desarrollo de la humanidad, en todas las sociedades, los cuidados han estado y siguen orientados hacia la vida, no hacia la muerte, hacia todo lo que hace vivir, hacia todo lo que permite vivir. Los cuidados están vinculados a esta necesidad de garantizar la continuidad de la vida, mientras que los tratamientos con los cuales los cuidados se confunden, se refieren a la lucha contra la muerte causada por la enfermedad, a la limitación de los efectos de la enfermedad, a la reparación de las lesiones orgánicas generadoras por la enfermedad y/o por accidentes, así como a la reparación de las alteraciones funcionales y de las deficiencias que conllevan.

El cuidado ocurre en los seres, a partir de ellos y a través de ellos, coexistiendo la naturaleza, donde sus estructuras pueden ser pensadas, ya que están presentes en su organización, en sus dominios biológicos, antropológicos, psicológicos, sociológicos y en general en su vida cotidiana.

Considerar la naturaleza de cuidar (ontología) y su conocimiento (epistemología) como premisas que orientan la teoría de enfermería y su posterior aplicación en los diversos escenarios en los que se desarrolla el personal de enfermería hace relevante el análisis del ser y el hacer la profesión.

El cuidar y el cuidado se constituyen en el hacer de la enfermería, como una dimensión con actitudes y estrategias formales e informales visibles sentidas y percibidas que configuran la práctica del ser.

En enfermería el término cuidado se ha empleado de manera creciente desde la década de los sesenta del siglo pasado hasta nuestros días, el cuidado humano representa para la profesión “su objeto epistémico de estudio” es decir, el cuidado profesional de las necesidades humanas, las vivencias y respuestas que la persona

obtiene alrededor de la búsqueda de la realización de tales necesidades, así el objeto de cuidado es también sujeto con corporalidad y espiritualidad.

Entender la naturaleza de los cuidados de enfermería requiere situarse en el contexto que les da todo su sentido, su significado real; el contexto de la vida, con mayor exactitud el contexto del proceso de vida y de muerte al que el hombre y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia.

Cuidar es un acto de vida, en el sentido que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida permitir que esta continúe y se reproduzca.

Según Colliere, en su libro Promover la Vida (1993) menciona que cuidar son todas las acciones que realizan las enfermeras con la intención que los individuos desarrollen al máximo sus capacidades para mantener, conservar la vida y permitir que esta continúe considerando sus derechos y sentimientos.

El cuidado profesional es la esencia de la disciplina de enfermería, el cual tiene como fin cuidar integralmente al ser humano en condiciones de salud enfermedad mediante enseñanzas de cuidado, sustentadas en un conocimiento teórico-práctico científico y humanístico para la conservación y mantenimiento de la vida.

Existe una diferencia entre la naturaleza de los cuidados que tienen por objeto asegurar la vida diaria, y los que se centran en la enfermedad, que a menudo se proporciona excluyendo al que vive.

Se han mantenido dos tipos de cuidados de la naturaleza:

CARE: Los cuidados de costumbre y habituales que se relacionan con las funciones de conservación de continuidad de la vida, representa a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reapropiándola de energía, en forma de alimentos, agua, calor, luz o naturaleza afectiva o psicosocial, están basados en todo tipo de hábitos, costumbres y creencias a menudo se contribuye la vida de un grupo, nace todo ritual, toda una cultura que programa y determina lo que se considera bueno o malo para conservar la vida.

Los cuidados representan este conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida tales como son beber, comer, evacuar ,asearse, levantarse,

moverse, desplazarse, así como todo lo que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser , formando y manteniendo la imagen del cuerpo, las relaciones , estimulando los intercambios con todo aquello fundamental para la vida.

CURE: Los cuidados de curación se relacionan con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida, entre los cuales son:

- **El hambre;** es decir, la falta de recursos en energía alimentaria para mantener las funciones vitales.
- **La enfermedad.**
- **El accidente.**
- **La guerra.**

En determinadas circunstancias, es necesario utilizar además de los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, cuidados de curación, es decir, todo aquello que exige el tratamiento de la enfermedad. Estos cuidados se van a añadir a los cuidados habituales.

Los cuidados de curación tiene por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atacar sus causas, los cuidados centrados en el hombre en relación con su entorno se han polarizado en las sociedades occidentales, cada vez en las enfermedades, comprometiendo un proceso de análisis que ha aislado las causas orgánicas y las causas físicas, dejando de lado las causas socioeconómicas.

Cuando prevalece el Cure sobre el Care, se aniquilan progresivamente todas las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que le hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan las fuentes de energía vital, sean de la naturaleza que sean, esto puede llegar hasta un deterioro irreversible.

En la actualidad el cuidado de la salud se encuentra enmarcado en un contexto social, cultural, económico y político, de los que derivan las denominadas políticas de salud. Estas son fundamentalmente diseñadas por instancias gubernamentales que buscan disminuir costos de atención hospitalaria y no siempre corresponden a las necesidades sociales sentidas y manifestadas por los usuarios de los servicios de salud en nuestro país.

6.4 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN Y DISCIPLINA.

Desde la edad media se acepta que la profesión se relaciona con las creencias, los valores, la fe, los cuales dan una orientación vocacional y de servicio, a partir del siglo XVIII, Dinwall enfatiza que las ocupaciones se refieren a trabajos comunes que requieren ciertas habilidades manuales, diferenciándolas de las profesiones, el carácter moral es distintivo junto a una respetable reputación pública y se demanda honradez de quienes la profesan. Según la definición de la real Academia de la lengua Española, profesión proviene del latín “*professio-onis*” acción y efecto de profesar, empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el cual percibe una retribución.

En el campo de enfermería según Colliere, la práctica de los cuidados inicialmente los cuidados eran encomendados a las mujeres, las cuales tenían una función destacada en el grupo social que van desde las mujeres consagradas, matronas, curanderas, nodrizas y ensalmadoras. Estas prácticas se basan en un conocimiento empírico, dominio de la naturaleza. La botánica, los alimentos y los procesos fisiológicos del conocimiento, crecimiento y la muerte.

Con el surgimiento del cristianismo, las prácticas de los cuidados se han visto influenciadas por los principios de caridad, amor al prójimo, la humildad y la sanación del alma, a través de las buenas obras, dedicándose así a la atención a los pobres y marginados.

Enfermería como profesión es una vocación, inclinación o disposición a ejercer una disciplina o carrera. Por lo general la profesión recurre a la ciencia y a otras fuentes del conocimiento pero tiene bien definidos y clasificados los conocimientos propios.

Criterios para identificar una profesión:

- Es intelectual; se basa en conocimientos.
- Es práctica y dinámica; conlleva responsabilidad profesional.
- Es académica; requiere de un periodo relativamente extenso de formación.
- Tiene habilidad técnica basada en principios generales.
- Tiene bases éticas que norman la práctica.
- Tiene organización interna; pugna por mejorar el servicio.
- Tienen autonomía; el control se genera con elementos propios de regulación.
- Es eminentemente social; por la calidad del servicio.

Enfermería es una profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas, por lo que se ha considerado a la enfermería como :

ARTE; requiere y cuenta con un conjunto de habilidades, que depende del sello personal de quien las realice.

CIENCIA; requiere de los conocimientos de la propia disciplina, se dice que la enfermera posee un cuerpo cognoscitivo uniforme y sistemático relativo a hechos o verdades, su desarrollo teórico conceptual se lleva a la práctica, pero todavía no trabaja de forma sistemática, ordenada y consensual para buscar, confirmar y calificar nuevos conocimientos.

PROFESIÓN; la enfermera requiere de conocimiento y apoyo de las ciencias físicas, biológicas, sociales y médicas, no obstante debe demostrar que la caracterizan como identidad profesional.

En el siglo XX se identifican dos orientaciones de la práctica de enfermería:

Esta orientación se centra en el modelo médico, vista como una auxiliar de las prácticas curativas, en instituciones cada vez más especializadas donde se atienden a enfermos y con el avance de la ciencia médica y la tecnología, se van orientando los cuidados al manejo de instrumentos y realización de técnicas y procedimientos lo cual se hace un eje de formación y dominio de la enfermería.

La otra orientación está centrada en el conocimiento teórico que justifica y da sustento a la disciplina; trata de buscar bases científicas que la fundamenten; por lo cual se empieza un proceso de constitución teórica y metodológica, que al igual que otros saberes obtienen la categoría de ciencia.

Enfermería como disciplina; conjunto de conocimientos rigurosos y semánticos sobre determinada materia, en donde se explica, describe y analizan conocimientos ordenados y sistemáticos, interrelacionados con otras áreas disciplinares pero con independencia de ellas.

La enfermería ha evolucionado como disciplina científica posee dos dimensiones ciencia y aplicación de los descubrimientos científicos a los sistemas de cuidado su práctica se basa fundamentalmente en su propio conjunto de conocimientos emanados de la ciencia.[26]

[26] Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social PP. 137-147.

CAPÍTULO VII

INTERVENCIONES DE LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LAS Y LOS ADOLESCENTES.

7.1 PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

El embarazo no planeado en los adolescentes es producto de la falta de información sobre los anticonceptivos, el sexo sin protección, la falta anticonceptiva o el uso incorrecto de anticonceptivos. Se asocia también a prácticas de riesgo como el alcoholismo y la drogadicción, el embarazo adolescente contribuye al crecimiento de la población y en tanto lo haga de manera desmesurada, puede constituirse en un factor negativo para el bienestar presente o futuro de la sociedad y por lo tanto definirse como un problema público legítimo. La falta de educación sexual, la prevención y comunicación con los padres son las principales causas de un embarazo precoz, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSyN) 2012 reporto que la tasa de embarazo en adolescentes entre 12 y 19 años fue de 79 por cada mil mujeres, se estima que 695 mil adolescentes han estado embarazadas alguna vez.

Para cubrir las necesidades de educación y prestación de servicios a los y las adolescentes, la Licenciada en Enfermería y obstetricia requiere poseer las habilidades y sistemas necesarios para hacer frente a los problemas y restricciones que obstaculizan la implantación de estrategias, el reto de la Licenciada en Enfermería y Obstétrica, es brindar atención y educación para la salud a la población adolescente, entre los grupos que carecen del acceso por factores culturales, económicos u otras barreras que obstaculizan el acceso a la información y/o servicios de salud, y aquellos que cuentan con vías de acceso pero que no utilizan dichos servicios.

Aún los programas más exitosos han enfrentado dificultades para llegar a ciertos grupos de la población. [27]

[27] Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 consultado (15 de diciembre (2015) disponible: ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_sint_ejec-24pdf

7.2 NIVELES DE PREVENCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define tres niveles de prevención como objeto de la medicina del trabajo: prevención primaria, secundaria y terciaria, que suponen técnicas y objetivos diferentes, al unir el criterio del conjunto salud-enfermedad, según sea el estado de salud del individuo, grupo o comunidad a las que están dirigidas.

7.2.1 LA PREVENCIÓN PRIMARIA: Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978)

Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a disminuir la exposición del individuo a un factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978) [28]

[28] Artículos de Enfermería consultado (18 de Julio 2016) disponible
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003

7.2.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

IDENTIFICAR EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS Y LOS ADOLESCENTES PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO.

Evaluar la información con la que cuentan los adolescentes y poderlos clasificar en tres niveles de conocimiento: amplio, medio y bajo.

La educación sexual, es un proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman de manera formal e informal, conocimientos, actitudes y valores respecto a la sexualidad en todas sus manifestaciones, que van desde los aspectos biológicos hasta los relacionados con la reproducción, el erotismo, la identidad y las representaciones sociales. [29]

Los adolescentes antes de la intervención educativa por parte del personal de salud, seleccionaban como método anticonceptivo, el preservativo masculino. Una vez aplicada la orientación por parte de la enfermera, los adolescentes incrementan sus conocimientos sobre los tipos de anticoncepción teniendo como segunda opción los anticonceptivos orales. [30]

ASESORAMIENTO: Es un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades problemas o sentimientos, para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y relaciones interpersonales.

- Establecer una relación basada en la confianza y el respeto.
- Demostrar empatía, calidez y sinceridad.
- Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad.
- Proporcionar información objetiva.
- Utilizar herramientas de valoración (papel y lápiz, cinta de audio, internet o ejercicios escritos).

[29] Artículos de Enfermería consultado (18 de Julio 2016) disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-031920120002000008s interactivos con otras personas).

[30] Artículos de Enfermería consultado (19 de Julio 2016) disponible http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000100009.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: ECONOMÍA Y EMBARAZO

El profesional de enfermería debe de estar capacitado sobre los temas de mayor relevancia en la sociedad como lo es la economía de ser necesario brindara información basada en los problemas económicos que le conllevan al adolescente, en caso de tener un embarazo precoz tomando en cuenta los posibles gastos que contraería como lo son : Estudios de laboratorio, ultrasonidos, consultas prenatales, consultas pediátricas, pañales, medicamentos, ropa del bebe, ropa del embarazo formulas, mamilas, alimentos de la familia, hospitalización, transporte como se señala en la revista de salud pública en cuba que las consecuencias económicas y sociales de la maternidad prematura van más allá de los jóvenes. Los altos costos que esta genera vienen acompañados de otros problemas como son la violencia y la pobreza. Al analizar esta situación desde una perspectiva social se puede apreciar que esos costos son más altos que su equivalente en una prevención efectiva.

Las madres adolescentes se enfrentan a problemas sociales y económicos que generalmente motivan la deserción escolar en un gran número de ellas, por falta de apoyo emocional y económico de la familia o del contexto social donde viven. El embarazo durante la adolescencia puede cambiar la vida y el futuro de la madre, el padre, el hijo y sus familias. Tener hijos antes de los 20 años puede limitar la capacidad de los padres para terminar sus estudios o conseguir un trabajo.

El embarazo y parto durante la adolescencia traen aparejados altos costos emocionales, sociales, financieros y para la salud de las madres adolescentes y sus hijos.

Es frecuente vivir sentimientos de ambivalencia ante un embarazo no deseado, debido a que la maternidad es altamente valorada en nuestra cultura; por lo que puede vivirse como una carga y, al mismo tiempo, como una valoración de la autoestima al pasar a ser madre y cobrar mayor importancia entre la familia o las amistades. Pero traer una hija o hijo al mundo, supone una importante carga económica, que puede convertirse en un mecanismo de reproducción de la pobreza cuando no se tienen los recursos económicos para ello (GDF, 2008).

Con respecto a lo dicho anteriormente Climent (2001) señala que, algunas características que puede presentar el adolescente que se enfrentan un embarazo en la adolescencia y que tienen repercusión en el proyecto de vida son:

Han abandonado los estudios. Debido a que adquieren una responsabilidad en la cual se requieren ingresos económicos, que no les permite continuar con un proyecto de vida realizado.

Tiene dificultades para hacer planes a futuro y bajas expectativas con relación a éste. Al no continuar con sus estudios disminuyen las posibilidades de ascender en un empleo o de tener más ingresos económicos, sus metas a corto plazo se concentran en solventar gastos de primera necesidad [31].

En México, desde hace algunos años se sabe que la maternidad temprana ocurre con mayor frecuencia en estratos socioeconómicos bajos, y existe cada vez mayor evidencia de que no es únicamente el embarazo temprano el que limita las posibilidades de estas adolescentes, sino las restricciones preexistentes en sus vidas. La construcción social de género, la falta de educación sexual integral, el poco acceso a métodos anticonceptivos y las pocas oportunidades económicas contribuyen a la explicación de este fenómeno [32].

[31] artículos de Enfermería consultado (20 de julio del 2016) disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3466201300050001

<http://sexualidad-asertiva.blogspot.mx/2009/12/embarazo-en-la-adolescencia-y-proyecto.html>

[32] Artículos de Enfermería consultado (21 de Julio del 2016) Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200008

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES: CONCIENTIZAR, CAMBIOS PERSONALES RESPONSABILIDAD, TOMA DE DECISIONES CONCIENTIZACIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA Y PREVENCIÓN DEL EMBARAZO

Según la revista cubana de Enfermería, en la mayoría de los casos la concepción del embarazo no es deseada, y todos estos procesos de cambios que se producen durante la atención a la gestante adolescente involucran al equipo de salud, entre los cuales se precisa como principal prestador de cuidados el profesional de enfermería. Por tanto, es necesario que el mismo esté debidamente preparado para enfrentar este reto, al ser la adolescencia un grupo de población vulnerable, derivado de cambios como las relaciones sexuales precoces y desprotegidas que adolecen de una adecuada orientación desde la familia. [33]

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES: CONCIENTIZAR, CAMBIOS PERSONALES RESPONSABILIDAD, TOMA DE DECISIONES CONCIENTIZACIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA Y PREVENCIÓN DEL EMBARAZO)

El embarazo en la adolescencia trasciende la responsabilidad de ambos sexos en lo concerniente a la afectación de relación de pareja. Puede, además, perturbar la dinámica familiar, partiendo de conflictos derivados del evento causal, como por ejemplo, consecuencias orgánicas, psicológicas, educativas, sociales y económicas asociadas, ante la decisión de consumir el acto del aborto.

Las relaciones sexuales se ven fuertemente influidas por presiones sociales y de grupo, en vez de obedecer las necesidades y deseos personales, en caso de no madurar, la desconfianza, baja autoestima coloca a los adolescentes en situaciones de desventaja, puesto que están menos preparados para establecer relaciones íntimas, pueden desearlas, pero carecer de la seguridad y habilidades necesarias para establecerlas. [34]

[33] Revista de Enfermería consultada (21 de Julio del 2016)
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/225/103>

[34] Revista de enfermería consultada (21 de Julio de 2016) Disponible en
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/225/102>

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN AUTOESTIMA Y RELACIONES PERSONALES SANAS.

La autoestima es una necesidad humana vital, dada por una evaluación que hace el individuo de sí mismo; es la porción afectiva del yo, que juega un papel relevante en la vida personal, profesional y social del individuo, favoreciendo la propia identidad, la autoestima elevada puede contribuir al éxito, de forma tal que si el adolescente desarrolla una buena dosis de autoestima, es decir, si tiene una autoestima elevada puede aprender más eficazmente, comunicarse y desarrollar relaciones mucho más gratas así como dar mayor conciencia a su vida. Es por esta razón que la familia del adolescente debe ofrecer formas positivas de control para favorecer una autoestima elevada.

Una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas, timidez y ansiedad. La autoestima influye en aspectos sociales e impacta sustancialmente en las adolescentes y esto directamente en los embarazos a temprana edad. Estos embarazos se cursan generalmente con baja autoestima y depresión, esta última varía en función del período de gestación; durante los primeros meses de gestación se elevan los niveles de depresión y ansiedad, durante el segundo período disminuye, sin embargo, durante este trimestre es cuando comienza a tener lugar los cambios físicos y la futura madre debe aceptar esos cambios y afrontar la nueva situación, afrontamiento que suele ir acompañado de respuestas de ansiedad y conductas depresivas. [35]

[35] Autoestima y Depresión en Adolescentes Embarazadas consultada (22 de Julio del 2016) Disponible en <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-042.pdf>

Según Haney y Durlak (1998) la autoestima es la idea que tiene el adolescente sobre sí mismo y el respeto que siente, los adolescentes tienen una buena autoestima, se tratan con respeto, atienden sus necesidades las defienden y conocen sus derechos.

Una parte importante de la autoestima es la auto aceptación, esto significa que el adolescente reconoce y admite todas sus variables, tanto como positivas y las negativas. Para producir mejoras en los inestables juicios negativos que de sí mismos realizan los adolescentes. [36]

PROYECTO DE VIDA

La adolescencia es el período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo y asumen para sí funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propia.

Es preocupante el número de mujeres adolescentes que resultan embarazadas, pues cambia su proyecto de vida, en muchas ocasiones se ve truncado su proyecto de desarrollo personal deseable, para afrontar con mayor éxito los retos como mujeres del siglo XXI. [37]

[36] Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de Intervención 2012 consultado (22 de Julio del 2016) disponible en <http://www.ijpsy.com/volumen12/num3/337/autoestima-en-la-adolescencia-analisis-ES.pdf>

[37]Estrategia para la Prevención del Embarazo en Adolescentes consultada (20 de julio de 2016) disponible en <http://www.finanzas.gob.mx/contenido/2016/BIII.%20MARCO%20PROGRAM%C3%81TICO%20PPTAL.%202016/1.%20PROGRAMAS%20ESPECIALES%202016/PREVENC.DE%20EMBARAZO%20EN%20ADOLESC.pdf>

La revista de psicología de la Universidad de Colombia, destaca que el embarazo de una adolescente se inserta en un complejo proceso de transformación individual que influye en la elaboración de su identidad, la construcción de bases para su proyecto de vida, las relaciones con el mundo y, por tanto, la redefinición de sus lazos familiares y el reconocimiento de las opciones y restricciones que la sociedad ofrece, los riesgos son mayores si la adolescente no recibe apoyo de la pareja y de las familias incluso cuando la unión forzada detiene la ampliación de sus experiencias sociales y el desarrollo de destrezas para la autonomía.

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/ las jóvenes.

EL ESTUDIO COMO PROYECTO DE VIDA.

En todo el territorio nacional, el fenómeno del embarazo en adolescentes es un tema de relevancia que nos ocupa actuar de manera seria, responsable y coordinada. Y es que las implicaciones que se generan a partir de los embarazos juveniles son multidimensionales incidiendo en temas de salud, educación, de población y sociales, con lo que no sólo se impacta a los adolescentes, sino a su entorno y a su proyecto de vida y relaciones familiares. [38]

La familia y la sociedad inciden sobre los proyectos de vida, tomando en cuenta que las opciones disponibles son condicionadas socioculturalmente, es decir que existen fuertes relaciones entre el origen social, el sexo del individuo y su educación, en distintos contextos familiares y sociales surgen los proyectos de vida en los que están presentes imágenes de género en torno de la sexualidad, la familia y el rol de la mujer. [39]

[38] estrategia para la Prevención del Embarazo en Adolescentes consultada (23 de julio del 2016) disponible en <http://www.finanzas.gob.mx/contenido/2016/BIII.%20MARCO%20PROGRAM%C3%81TICO%20PPTAL.%202016/1.%20PROGRAMAS%20ESPECIALES%202016/PREVENC.DE%20EMBARAZO%20EN%20ADOLESC.pdf>

[39] Contexto familiar y social consultado (26 de Julio del 2016) disponible en www.redalyc.org/pdf/269/26900106.pdf.

Navarro (2007), define un Proyecto de Vida como “un esquema que facilita el logro de las metas de los individuos, ya que en él se describe lo que el adolescente quiere llegar a ser y obtiene los resultados que deseaba obtener”. Es la dirección que una persona marca para su propia existencia, la elección de ciertas direcciones y la exclusión de otras, lo que puede generar un conflicto existencial y llevar a un estado de indecisión. Por lo tanto, un proyecto de vida es la forma de planear a futuro las cosas soñadas y anheladas para la vida. Es el camino para lograr la autorrealización.

Es en este momento de la vida el adolescente es capaz de tomar su propias decisiones, muchas de las cuales pueden marcar o determinar definitivamente sus vidas, en el período actual sienten que deben tomar la vida en sus propias manos, proyectarla hacia delante y tomar serias decisiones), en la elaboración de un proyecto de vida en la adolescencia, debe considerar aspectos tales como: el entorno y conocimiento de la persona; la búsqueda de información para satisfacer las inquietudes y posibilidades que los rodean para alcanzar las metas propuestas y la flexibilidad que no debe faltar, pues los seres humanos poseen múltiples intereses, habilidades y la capacidad de rectificar, además los resultados no dependen sólo de la persona, sino del apoyo de la familia y de la pareja al definir un proyecto de vida, señala Pick (2008), las personas podrán defender lo que piensan, sus intereses y formarse un carácter menos vulnerable al medio, para lograr sus proyectos de vida, señala el autor, las adolescentes deben tomar en cuenta sus fortalezas, para vencer el miedo y la angustia de tener un hijo a temprana edad y las complicaciones que esto conlleva, si no se tiene la preparación emocional y académica de una vida adulta.

Que las adolescentes embarazadas y madres adolescentes, no interrumpan su proyecto de vida, según Pick (2008), va a estar determinado por el apoyo que brinda la familia, su autoconcepto del yo, su satisfacción materna y el empuje de sacar a su hijo adelante, autodeterminación por lograr sus metas propuestas, toma de decisiones, entre otras.

No obstante, Carvallo y Elizondo (2008) afirman: La maternidad en la adolescencia, crea en las adolescentes conflicto, angustia y ansiedad. Ven que muchos de sus anhelos, sueños y expectativas para el futuro se desvanecieron, porque deben dejar la vida que tenían para poder asumir la responsabilidad de criar y cuidar al nuevo ser. La mayoría de estas abandonan los estudios y deben dedicarse a labores poco apropiadas, porque no tienen la preparación o formación académica para ejercer un trabajo digno, que le genere los ingresos necesarios para la crianza de su bebé y de ellas mismas. En definitiva, sus proyectos de vida se truncan.[40]

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS ASPECTOS DE EDUCACIÓN PARA PREVENIR EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:

Una de estas etapas de gran trascendencia para la vida humana es la adolescencia, la cual se caracteriza, como el período de transición entre la niñez y la edad adulta. Se evidencia que la adolescencia no ocurre de inmediato, ni está determinada sólo por los cambios de la pubertad, sino que constituye un lento proceso de aprendizaje que lleva implícito diversas transformaciones.

Para que la educación y la enseñanza sean desarrolladoras deben cumplir una serie de condiciones:

Deben tener en cuenta el desarrollo ya alcanzado, no para detenerse en él, ni para adaptarse a éste, sino para comprender cuál debe ser el próximo paso a seguir, a donde conducir el desarrollo, modelándolo hacia el futuro.

- La licenciada en Enfermería debe de resolver la contradicción entre lo que niños y adolescentes desean aprender y lo que debe aprender de acuerdo a las exigencias de la sociedad.
- La enfermera facilita la información que considera necesaria para los adolescentes; no puede limitar su ritmo y alcance a los del desarrollo del sujeto, se deben aprovechar las posibilidades del desarrollo y las potencialidades del sujeto.

[40]Embarazo en la Adolescencia y Proyecto de vida consultado (26 de julio del 2016) disponible en [http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2327%20\(2\).pdf](http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2327%20(2).pdf)

Aprovechar la capacidad de aprendizaje propia de cada comunidad: Para ello los trabajadores de la salud involucrados en esta propuesta de intervención deberán adoptar, técnicas de transmisión y conocimiento a las que la comunidad esté acostumbrada, tales como análisis de problemas de la vida diaria, la discusión informal en grupo o el relato de cuentos e historias, entre otros, a partir de sus fortalezas para actuar en las debilidades.

Necesidades de aprendizaje sobre la prevención del embarazo en la adolescencia.

- Participación comunitaria (Personal de salud) en el trabajo de educación y promoción para la salud.
- Causas, riesgos y complicaciones del embarazo en la adolescencia.
- Orientación clara sobre una conducta sexual responsable.
- Alteraciones durante el desarrollo de los caracteres sexuales en la adolescencia.
- Orientación sobre la conducta a seguir ante un embarazo no deseado.
- Necesidad de una correcta comunicación de los adolescentes con las familias y la escuela.
- Preparación de la comunidad para realizar una adecuada orientación hacia la prevención del embarazo en la adolescencia, de modo que se articulan las diferentes organizaciones de masas e instituciones sociales.
- Vías y métodos que propicien una adecuada comunicación entre los diferentes factores en aras de prevenir desde el entorno comunitario el embarazo en la adolescencia. [41]

[41] Revista electrónica de Pedagogía consultada (27 de Julio del 2016) Disponible en <http://www.odiseo.com.mx/correo-lector/propuesta-intervencion-educativa-para-prevenir-embarazo-adolesc>

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN ANTICONCEPCIÓN EN LOS ADOLESCENTES.

Durante el proceso de selección de algún recurso anticonceptivo para adolescentes, es importante recordar que la enfermera cuenta con los conocimientos técnicos necesarios; requiere proporcionar la consejería necesaria con un lenguaje sencillo, claro y veraz; es fundamental lograr empatía con los/las adolescentes, e identificar sus necesidades, sobre todo en el proceso de información, finalmente requiere de habilidad para lograr un compromiso de seguimiento y control. Es importante identificar no sólo las necesidades orgánicas de los adolescentes, sino también las de tipo emocional, económico, educativo y sus valores. Toda consulta de planificación familiar de primera vez, debe incluir la apertura del expediente clínico. A través de un buen interrogatorio se posibilita evaluar las condiciones de salud previa al uso de los anticonceptivos. El contenido de la historia clínica requiere enfocarse hacia el empleo de algún método anticonceptivo, para detectar elementos de riesgo que pudieran contraindicar su uso. En la exploración física se realizará en un ambiente profesional y de manera ética, reconociendo y haciendo valer los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente. Previo a cualquier procedimiento el profesional de enfermería informara del por qué y para qué del mismo, así como obtener el consentimiento de el/la adolescente; en caso de que no se pueda realizar por cualquier motivo debe diferirse para otro mejor momento. Hay que garantizar que el/la adolescente haya comprendido el uso correcto o empleo del recurso seleccionado (incluyendo los posibles efectos colaterales o qué hacer en caso de olvido), enfatizando la necesidad de continuidad en su uso. No olvidar hacer la invitación al/la joven para acudir a los servicios en caso necesario, y motivar y convencer siempre para el seguimiento y control. En la selección de todo método anticonceptivo debemos garantizar el consentimiento informado de los/las adolescentes, en el caso de opciones permanentes recabar la firma o impresión dactilar.

Además es necesario identificar y satisfacer las necesidades individuales, las dudas, inquietudes, expectativas, etc.

Es necesario revisar junto con los/las jóvenes las ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones, poniendo énfasis en la forma correcta de uso, como en el caso del condón; así como en la necesidad de acudir a consulta para la prescripción de aquellos productos hormonales que requieren control y seguimiento.

La Licenciada en Enfermería y Obstetricia propiciara que los adolescentes hagan un buen uso de los métodos anticonceptivos hormonales orales llevando a cabo una buena consejería, mencionando la responsabilidad del uso en forma consistente y consciente para así poder garantizar la efectividad. Es importante que la Licenciada en Enfermería y Obstetricia resalte en los jóvenes que estos recursos anticonceptivos no los protejan contra las enfermedades de transmisión sexual, reconociendo que tienen riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual y propiciar el uso de otros recursos preventivos como empleo del condón, además de pastillas anticonceptivas.

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR TEMPORALES:

Métodos hormonales orales: son métodos temporales y se encuentran en 2 presentaciones los combinados (Estrógeno y Progestina) y los que solo contienen progestina. Su efectividad se limita al ciclo durante el cual son utilizados con una tasa de efectividad del 99%.

Métodos hormonales inyectables: métodos hormonales de larga duración y se dividen en 2 presentaciones los combinados (Estrógeno y Progestina) y los que solo contienen predestina. Estos métodos tienen una tasa de efectividad del 99%, siendo aplicados en sus diferentes modalidades tanto mensuales, bimestrales o trimestrales.

Hormonales subdérmicos: método anticonceptivo de larga duración con un tiempo de vida de 3 años, consiste en una capsula de progestágeno (Etinilestradiol) que debe insertarse por debajo de la piel en la cara interna del brazo, tiene una tasa de efectividad anticonceptiva de 99% y debe ser colocada por profesionales de salud que estén familiarizados con el método.

Dispositivos intrauterinos: anticonceptivo de larga duración con un periodo de utilidad que varía de 4 a 5 años, el DIU medicado y hasta por 10 años, para el dispositivo de cobre, la efectividad de estos métodos varia del 95 al 99% para el DIU de Cobre y en un 99% para el DIU medicado.

Métodos de barrera: los preservativos forman parte de los métodos temporales de barrera los cuales tienen la finalidad de prevenir tanto los embarazos no deseados como las enfermedades de transmisión sexual. El condón masculino es un dispositivo elaborado de látex, cerrado por un extremo conteniendo un receptáculo para almacenar el semen eyaculado, y abierto en el extremo opuesto. El condón femenino es una funda transparente, blanda y resistente hecha de poliuretano, con dos anillos de plástico uno en cada extremo.

Estos métodos brindan protección anticonceptiva del 79 al 98% con uso correcto y frecuente, la duración de la protección anticonceptiva es limitada al tiempo de utilización 57 correcta del método. El condón femenino, al igual que el condón masculino, es desechable y su utilidad se limita a un solo coito.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EDUCACION SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES

Con respecto a este rubro el objetivo de enfermería es Fortalecer conocimientos y comportamientos saludables con respecto al ejercicio de la Sexualidad. En el proceso educativo de la sexualidad la enfermera debe involucrar a los padres de familia, pareja y maestros, además de permitir que los jóvenes participen en el desarrollo de modelos educativos (carteles, teatro, etc.). Mediante esto, los adolescentes pueden contar con el conocimiento y apoyo necesarios para decidir por sí mismos, de manera responsable, sobre su comportamiento sexual

La Licenciada en enfermería promoverá actitudes y comportamientos más saludables, Las intervenciones de enfermería en programas de educación sexual coadyuvan a disminuir prácticas de riesgo y promueven el auto cuidado sexual del adolescente. Es fundamental la educación en sexualidad escolar, la cual busca entregar a niños, niñas y personas jóvenes, el conocimiento, las competencias y los valores que les permitan asumir responsabilidad sobre su vida sexual y social.

Una educación en sexualidad planteada desde un enfoque integral, con énfasis en prevención del embarazo adolescente, ITS, VIH/SIDA, está relacionada con un comienzo más tardío de la actividad sexual, un menor número de parejas sexuales y un uso más amplio y sistemático del preservativo. Además, contribuye a mejorar las actitudes hacia las personas que viven con VIH y puede reducir el estigma y la discriminación.

A pesar que está probado que el temprano acceso a la información en sexualidad es la mejor estrategia, no solo de impedir las ITS, embarazos no planeados, abortos inseguros, violencia. [42]

Los padres de familia y docentes como redes de apoyo, favorecen en el adolescente el acercamiento a temas sexuales; sin embargo, la educación de la sexualidad como parte del aprendizaje social en la mayoría de los casos no es la más objetiva, oportuna y mucho menos responde a las necesidades del adolescente, por lo que no se garantiza un cambio de conducta y mucho menos la aportación de conocimientos que le son necesarios para conservar y mejorar su salud y fomentar el autocuidado. [43]

[42]Prevención de Embarazo no Planeado en Los Adolescentes
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>

[43] Intervenciones de Enfermería en Programas de Sexualidad consultado (27 d Julio del 2016) disponible en http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol4/INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA.pdf

La educación sexual, como proceso necesario y constante, es impartida por diferentes redes de apoyo social como la familia, escuela, religión, amigos, medios de comunicación e instituciones de salud. La comunicación y la calidad de las relaciones familiares son fundamentales para que los jóvenes se enfrenten a situaciones de la vida personal y en el ámbito de la sexualidad. Situación diferente en un estudio, ya que a pesar de que la mayoría de los adolescentes manifestó que la educación sexual que reciben en el hogar proviene de los padres de familia, en las intervenciones de enfermería se identificó a través de la observación que los adolescentes reciben información más no educación sexual, transmitida a través del método tradicional, es decir, de mitos, prejuicios y estereotipos, uso constante del deber ser, de las mentiras, el regaño y el silencio.

La planificación familiar tiene como propósito contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante:

- a. Prevención
- b. Orientación-consejería
- c. Atención general y específica. [44]

Los adolescentes reconocen que existe insuficiente información sobre sexualidad y necesitan de la educación sexual para poder anticiparse a los factores de riesgo y evitar conductas que puedan poner en peligro su salud sexual y que los conduzcan a conductas de autocuidado. [45]

Es frecuente vivir sentimientos de ambivalencia ante un embarazo no deseado, debido a que la maternidad es altamente valorada en nuestra cultura; por lo que puede vivirse como una carga y, al mismo tiempo, como una valoración de la autoestima al pasar a ser madre y cobrar mayor importancia entre la familia o las amistades. Pero traer una hija o hijo al mundo, supone una importante carga económica, que puede convertirse en un mecanismo de reproducción de la pobreza cuando no se tienen los recursos económicos para ello (GDF, 2008).

[44] Prevención del Embarazo en Adolescentes consultado 30 de julio del 2016) Disponible en <http://www.finanzas.gob.mx/contenido/2016/BIII.%20MARCO%20PROGRAM%C3%81TICO%20PPTAL.%202016/1.%20PROGRAMAS%20ESPECIALES%202016/PREENC.DE%20EMBARAZO%20EN%20ADOLESC..pdf>

[45]Intervenciones de enfermería en Prevención del embarazo en Adolescentes consultado (30 de Julio del 2016) Disponible en http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol4/INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA.pdf

Con respecto a lo dicho anteriormente Climent (2001) señala que, algunas características que puede presentar el adolescente que se enfrenta a un embarazo en la adolescencia y que tienen repercusión en el proyecto de vida son:

Abandono de los estudios: Debido a que adquieren una responsabilidad en la cual se requieren ingresos económicos, que no les permite continuar con un proyecto de vida realizado.

Dificultades para hacer planes a futuro y bajas expectativas, con relación a éste. Al no continuar con sus estudios disminuyen las posibilidades de ascender en un empleo o de tener más ingresos económicos, sus metas a corto plazo se concentran en solventar gastos de primera necesidad.

- Identificar los grupos de riesgo y rangos de edad que se beneficien más de la educación sanitaria.
- Formular objetivos de los programas de promoción a la salud.
- Colocar publicidad atractiva de forma estratégica para llamar la atención de la población.
- Desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de lectura de acuerdo a la población.
- Utilizar conferencias para proporcionar el máximo de información.
- Utilizar debates de grupos y juego de roles.
- Utilizar formación informatizada, televisión, videos interactivos y demás tecnologías para proporcionar información.
- Determinar el apoyo de la familia.

ENSEÑANZA INDIVIDUAL: Planificación puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente.

- Valorar el nivel de conocimientos y comprensión de contenidos.
- Valorar nivel educativo.
- Determinar la capacidad de los adolescentes para asimilar información.
- Potenciar la disponibilidad de la población para aprender.
- Corregir las malas interpretaciones de la información.

ENSEÑANZA RELACIONES SEXUALES SEGURAS: Proporcionar instrucciones acerca de medidas de protección durante las relaciones sexuales.

- Instruir a la población adolescente sobre ETS y concepción cuando sea necesario.
- Información sobre métodos anticonceptivos características, ventajas, desventajas y efectos secundarios.
- Instruir al paciente sobre los factores que aumentan el riesgo de ETS (relaciones sexuales sin protección, aumento de número de contactos sexuales, embarazo no deseado)
- Proporcionar información precisa sobre las implicaciones de tener múltiples parejas sexuales.

ENSEÑANZA DE LA SEXUALIDAD: Ayudar a las personas a comprender las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y desarrollo sexuales.

- Crear una atmosfera de aceptación sin prejuicios.
- Explicar el desarrollo emocional durante la adolescencia.
- Informar a los adolescentes sobre las consecuencias de un embarazo precoz, pobreza, pérdida de educación y oportunidades profesionales.
- Fomentar la responsabilidad de la conducta sexual.
- Informar a los adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos eficaces.
- Explicar accesibilidad a los anticonceptivos y forma de obtenerlos.
- Ayudar a los adolescentes a elegir un anticonceptivo adecuado según corresponda.

FOMENTAR EL DESARROLLO ADOLESCENTE: Facilitar el crecimiento físico, cognitivo, social y emocional óptimo de los individuos durante la transición de la infancia a la edad adulta.

- Crear una relación de confianza con el adolescente.
- Favorecer una conducta sexual saludable.
- Proporcionar anticonceptivos con instrucciones para su uso.
- Fomentar la evitación de sustancias tóxicas (alcohol, cigarro y drogas)
- Facilitar las habilidades de la toma de decisiones.
- Promover las habilidades comunicativas.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS: La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada.

- Apoyo en la toma de decisiones.
- Facilitar el aprendizaje.
- Facilitar la autorresponsabilidad.
- Mejora de la autoconfianza.
- Enseñanza individual.
- Educación para la salud.
- Educación sexual.
- Prevención de adicciones.
- Violencia de género.

7.3 PREVENCIÓN SECUNDARIA: Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos.

“En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. [46]

ASESORAMIENTO:

- Proporcionar información objetiva.
- Proporcionar información acerca de ETS y las implicaciones de tener múltiples parejas sexuales.
- Educación para la salud (planificación familiar y métodos anticonceptivos).
- Prevención de adicciones.
- Violencia de género.

ENSEÑANZA INDIVIDUAL:

- Apoyo en la toma de decisiones.
- Orientación sobre la reincidencia de un embarazo.

ENSEÑANZA SOBRE LA SEXUALIDAD:

- Fomentar la responsabilidad de la conducta sexual.
- Proporcionar información sobre métodos anticonceptivos ideales para la edad basándose en las necesidades y características de cada adolescente

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS:

- Desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de lectura adecuado (trípticos y carteles).
- Animar al adolescente para que se implique activamente en la toma de decisiones.

7.4 PREVENCIÓN TERCIARIA: Se refiere a acciones relativas a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación adecuadas. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes. [47]

CAPÍTULO VIII

MARCO LEGAL.

8.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Los/as prestadoras de Servicios de Salud ofrecen una gama de intervenciones a las personas que atiende. Estas personas tienen el derecho de aceptar o no los servicios y esa decisión debe ser respetada. Este proceso es parte de los procedimientos de los servicios de salud es una obligación de los y las prestadores, al igual que documentar la decisión en forma escrita.

El Consentimiento Informado es uno de los mecanismos más importantes para hacer valer los derechos humanos de las y los usuarios y usuarias en los servicios de salud.

Se basa en el principio bioético del respeto a la dignidad y autonomía de las personas y tiene que ser un proceso esencial y cotidiano de la atención a la salud, tiene como propósito salvaguardar el derecho de las personas para que tomen decisiones de manera libre, voluntaria e informada con respecto a un procedimiento o tratamiento médico

En el área de la anticoncepción, está orientado a favorecer la autodeterminación de mujeres y hombres en cuanto a sus decisiones reproductivas, mediante un proceso de comunicación orientado a responder a sus necesidades y expectativas personales, reproductivas, sociales y de salud. Este proceso de comunicación debe de ser claro, veraz, oportuno y comprensible para favorecer la toma de decisiones, debe registrarse en forma detallada s fin de dejar constancia de la aceptación voluntaria de la conducta de salud propuesta así como asegurar el respeto a la misma.

El Consentimiento Informado está contemplado tanto en la legislación internacional como en el orden jurídico nacional

- **EL OBJETIVO** de firmar un documento, lo que permite asegurar que la información fue suficiente para tomar decisiones.
- La responsabilidad que tiene el personal de salud de proporcionar la información completa e instrucciones sobre el uso del método.

- **EL DERECHO**, que tiene la persona a cambiar su decisión sobre la aceptación del método elegido.

Los y las adolescentes deben participar activamente en el proceso de Consentimiento Informado, considerando en particular lo relacionado con la etapa de diagnóstico y motivación, en la que el resultado de valorar sus expectativas personales y reproductivas será la base para la toma de decisiones. Ellos y ellas tienen derecho a disfrutar de una vida sexual sana, placentera y responsable y tienen derecho a que su vida sexual sea respetada,, esto incluye sus decisiones sobre cuándo y con quien iniciarla, los profesionales de la salud estas obligados a brindar consejería amplia sobre métodos anticonceptivos de uso regular, anticoncepción de emergencia y sobre las medidas para prevenir enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA.[48]

8.2 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO.

El Artículo Cuarto de la constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho a toda persona a la protección de la salud. En respuesta a dicho artículo se ha construido un amplio Sistema Nacional de Salud. Sin embargo este se caracteriza por estar fragmentado en múltiples subsistemas, donde diversos grupos de la población cuentan con derechos distintos. En 2012, aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos no contaba con el acceso en algún esquema de salud.

En 2004 el Seguro Popular inicio con la finalidad de brindar protección financiera a la población no afiliada a las instituciones de seguridad social. Este programa representa un avance en términos de igualdad y protección social de la salud, sin embargo, su paquete de servicios es limitado en comparación con la cobertura que ofrecen actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto De Seguridad Y Servicios Sociales de los Trabajadores Del Estado (ISSSTE).

[48]Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, México, 2000,(15 de Enero 2016) capítulo 8, Artículo 28.

El Sistema De Salud Pública cuenta con una amplia red de atención médica, en ocasiones la falta de respuesta ha propiciado que la población busque la atención en el ámbito privado, la asistencia social e incluso mediante la automedicación. Para lograr mayores niveles de eficiencia y poder atender de mejor manera las necesidades de la población, es necesaria una planeación interinstitucional de largo plazo, una mejor administración de riesgo, así como solidaridad, compromiso y corresponsabilidad entre las instituciones y los diferentes grupos poblacionales. En materia de salubridad el objetivo es asegurar el acceso a los servicios de salud, se busca llevar a la práctica ese derecho constitucional. Para ello, se propone fortalecer la rectoría de la secretaria de salud y promover la integración funcional a lo largo de todas las instituciones que la integran.

8.3 ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN.

- Asegurar el acceso a los servicios de salud.
- Avanzar en la construcción de un sistema nacional de salud universal.
- Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social y laboral.
- Fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria.
- Desarrollar los instrumentos necesarios para lograr una integración funcional y efectiva de las distintas instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.

8.4 NORMA OFICIAL MEXICANA DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (NOM 005-SSA2-1993).

De acuerdo a la Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar, todos los métodos de uso temporal incluyendo los hormonales orales, inyectables y subdérmicos, los dispositivos intrauterinos (DIU), los condones masculino y femenino, el diafragma y los espermicidas, son recomendables para los y las adolescentes. No existe ningún impedimento de orden normativo o legal para su prescripción.

Los métodos anticonceptivos en este tipo de población requieren, tanto para su promoción como para su realización, de un proceso de evaluación integral de la situación reproductiva de salud específica de la o el adolescente que los solicite.

La población adolescente tiene de igual manera que las personas adultas, el derecho a recibir un trato digno y respetuoso así como al proceso de consentimiento informado, no se requiere del consentimiento de los padres para que reciban la información, consejería y el método que elijan.

La planificación familiar constituye una de las materias objeto de la actualización normativa por su importancia de la población y su extensa cobertura. La planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco de salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgo para la salud de las mujeres, los hombres adolescentes, su aplicación es medio para el ejercicio del derecho de toda persona de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número de hijos con pleno respeto a su dignidad.

En materia de planificación familiar el objeto específico de esta norma se pone al alcance de toda la población adolescente con información veraz, oportuna orientación y consejería de calidad, así como métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada adolescente y de cada pareja, de acuerdo a las diferentes etapas del ciclo reproductivo se debe ofertar una diversidad de métodos anticonceptivos desde los naturales hasta aquellos que serán producto de los avances científicos y tecnológicos recientes que hayan demostrado ser efectivos y seguros.

8.5 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993, ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

8.6 CONSTITUCIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, una de las Constituciones más avanzadas del mundo, protege por igual a hombres y a mujeres, contiene garantías individuales, sociales y principios básicos, incluyendo el derecho de cada persona a la protección de la salud. En México el individuo, por el solo hecho de ser persona, tiene derechos que la propia constitución reconoce y protege. Los derechos consignados y su protección, pertenecen a todos los individuos sin distinción de nacionalidad, sexo, edad, raza o creencia. Esos derechos solo pueden ser restringidos o suspendidos en los casos y en las condiciones que la propia constitución señala.

8.7 ARTÍCULO CUARTO CONSTITUCIONAL; indica que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos “La reglamentación de este artículo se encuentra en la ley general de población, y los aspectos específicos de los temas de salud reproductiva en la Ley General de Salud.

8.8 REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE LA POBLACIÓN; específica “Queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación contra la fecundidad subrayando que las “Personas que opten por un método anticonceptivo permanente, las instituciones o dependencias recabaran previamente su consentimiento por escrito”. [49]

[49]Diario oficial de la federación 31/08/1992, capítulo 1, sección 2 artículo 15 párrafo

8.9 LEY GENERAL DE SALUD: Reglamenta el derecho a la protección de la salud descrito en el artículo cuarto constitucional. Las disposiciones de dicha ley son aplicables en toda la república y son de orden público e interés social. En este sentido, se exponen algunos lineamientos en cuanto a la calidad de los servicios que otorgan las diferentes instituciones.

8.10 ARTÍCULO 67 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR ES PRIORITARIA E INCLUYE:

- Información y orientación educativa para las/los adolescentes y jóvenes.
- Información a la mujer y al hombre sobre:

Inconveniencia de embarazo antes de los 20 años de edad, o bien después de los 35, la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número mediante una correcta información anticonceptiva, la cual deber ser proporcionada de manera oportuna, eficaz y completa a la pareja.

8.11 ARTÍCULO 68.- Los Servicios de Planificación Familiar comprenden:

I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de Servicios de Planificación Familiar y Educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población:

II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de Servicios de Planificación familiar.

III. La asesoría para la prestación de Servicios de Planificación Familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.

IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;

V. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar.

VI. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

8.12 ARTÍCULO 69.- La Secretaría de Salud, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud.

8.13 ARTÍCULO 70.- La Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del Programa Nacional de Planificación Familiar que formule el Consejo Nacional de Población, de conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población y de su Reglamento, y cuidará que se incorporen al programa sectorial.

8.14 ARTÍCULO 71.- La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional.”

8.15 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:

- Derecho a la salud.
- Derecho a la vida.
- El derecho a la educación e información.
- Derecho a la privacidad.
- Derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos.
- Derecho a consentir el matrimonio y a la equidad dentro del mismo.
- Derecho a vivir sin discriminación.
- Derecho a no sufrir prácticas que perjudiquen a las niñas y a las mujeres.
- Derecho a vivir sin violencia.[50]

[50]Estrategia nacional de Salud Sexual y Reproductiva (15 de Febrero 2016) disponible:
<http://www.congreso.gob.mx/upload/ley/pdf/84/juventuN2006/pdf>

Conclusiones:

El embarazo en los adolescentes es un problema de salud pública, el cual representa una crisis para las adolescentes embarazadas, para su familia y para el producto, además influye en el desarrollo psicológico y emocional del binomio madre e hijo.

Es imprescindible atender las necesidades de salud y desarrollo de los y las adolescentes para lograr una transición sana a la edad adulta. La sociedad tiene que combatir los factores que favorezcan comportamientos potencialmente nocivos con respecto a las relaciones sexuales.

La Licenciada en Enfermería proporcionara educación para la salud a los adolescentes acerca de la responsabilidad involucrada en la madures sexual y reproductiva, pudiendo vivir de forma tal su sexualidad de manera segura, evitando situaciones inesperadas transformadoras de sus vidas.

El acercamiento de la Enfermera con los adolescente debe hacerse de una manera integral tomando en cuenta, los estilos de vida, la familia, redes de apoyo, aspectos psicosociales, alimentación y sexualidad mediante las oportunidades ofrecidos por la comunidad en la cual se desarrolla. La accesibilidad a servicios básicos y servicios de salud, entre otros determinantes sociales son ejes fundamentales en el desarrollo físico, psicológico y social de los adolescentes.

Y por lo tanto la Enfermería como disciplina debe expandir su campo de acción más allá de lo hospitalario, es importante enfocarse y proyectarse hacia la comunidad, para identificar de una manera anticipada los problemas de salud y así abordar con efectividad estos, por medio de la promoción de la salud y la prevención, reforzando los procesos educativos y no solamente difundiendo información aislada, la vida sexual activa sin protección incrementa el riesgo de embarazos no planeados y no deseados.

GLOSARIO DE TERMINOS

A

Adolescencia: Etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años, (OMS)

Aborto: Proviene del latín “**abortus**”, que a su vez deriva del término “**aborioir**”, por tanto aborto es la interrupción del desarrollo del feto durante el embarazo cuando este no ha llegado a las 29 semanas.

Adrenarquia: Referente al aumento de producción de hormonas sexuales fundamentalmente andrógenos y estrógenos por las glándulas suprarrenales tiene lugar alrededor de los 8 años y forma parte del proceso normal del desarrollo humano.

C

Carcinoma: Tumor maligno que se forma a partir del tejido epitelial de los órganos.

E

Embarazo: Período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto.

Eclampsia: Enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o puerperio , se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma , suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas o presencia de proteínas en la orina.

F

Fecundidad: Se refiere a lo real; es el número de hijos que se tienen.

G

Género: conjunto de personas o cosas que tienen características generales comunes.

H

Hipotensión: Presión excesivamente baja de la sangre en la pared de las arterias.

Hematocrito: Volumen de glóbulos con relación al total de la sangre; se expresa de manera porcentual.

Hemodilución: Dilución de la sangre circulante, caracterizada por la disminución de su peso específico, de su viscosidad de la tasa de las proteínas y del número de glóbulos rojos.

I

Incidencia: Número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

L

Lipotimia: Pérdida repentina y pasajera del conocimiento que se produce por falta de riego sanguíneo en el cerebro.

M

Mortalidad: indicador confiable para medir el nivel de desarrollo de un país la calidad y acceso a servicios sociales y de salud. Además de mostrar la situación que se vive en materia de equidad de género en una sociedad.

Morbilidad materna: se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio por causas relacionadas o agravadas por el embarazo, pero no por razones accidentales.

Menarquia: Aparición de la primera menstruación.

P

Pubertad: Término empleado para identificar los cambios somáticos dados por aceleración del crecimiento y desarrollo, aparición de la maduración sexual y de los caracteres sexuales secundarios no es un proceso exclusivamente biológico si no que está relacionado con factores psicológicos y sociales.

Prevalencia:

Proteinuria:

T

Telarquia: Inicio del desarrollo de la mama usualmente ocurre entre los 8 y los 13 años.

Tónico-clónica: Tipo especial de crisis epiléptica generalizada también denominada crisis de "grand mal" en la que se produce una pérdida de conciencia brusca seguida de rigidez corporal al inicio (fase tónica) y después movimientos rítmicos (fase clónica)

V

Volemia: Término que se refiere al volumen total de sangre circulante de un individuo que es aproximadamente de 5- 6 litros

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.
- [2] OMS (Organización Mundial de la Salud) Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, www.comminit.com/es.
- [3] www.medigraphic.com/pdf/imper/ip-2012/ip121a.pdf
- [4] Departamento de Embriología Proyecto Docente Espermatogénesis 2010/<http://fournier.facmed.unam.mx>
- [5] MONDRAGÓN, Castro Héctor, Obstetricia básica ilustrada, 5° edición, Ed., Trillas. Pág. 20-23.
- [6] Sistema Reproductor Masculino-2.pdf <http://infermeravirtual.com>
- [7] Mondragón C.H “Obstetricia Básica Ilustrada” pág. 11-19
- [8] www.uam.mx/lineauam/lineauam_uni15.htm
- [9] Océano Centrum Manual de Enfermería Reproducción y Sexualidad pág., 534
- [10] <http://guiajuvenil.com>.
- [11] Instituto Nacional de Salud Pública 2009” [http:// Salud Pública de México, http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf](http://Salud Pública de México, http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf)
- [12] Rivera Mendoza M “La sexualidad y su significación en el cuerpo adolescente.
- [13] Prevención del Embarazo no Planeado en los Adolescentes www.salud.gob.mx pág. 17-44
- [14] Campos Guillermo Covarrubias, “Política Social, Educación y Salud en México.
- [15] Salud Prevención del Embarazo en Adolescentes www.salud.gob.mx
- [16] Embarazo Adolescente UNFPA CONAPO PDF www.CONAPO.com
- [17] embarazo Precoz PDF [http/ONU.com.mx](http://ONU.com.mx)

- [18] Revistas de Enfermería (CIBERE) www.enfermeria.com
- [18] Rojas j, (2007) consecuencias de un embarazo adolescente
<http://abcdelbebe.com/node>
- [20] Olovarria J. (2001) Paternidad adolescente. México
<http://www.scielo.cl/scielo.pdf?pid>.
- [21] www.guíajuvenil.com
- [22] www.medigraphic.com/inper
- [23] Océano Centrum Manual de Enfermería Adaptaciones del embarazo Pág. 584, 596.
- [24] Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social PP. 137-147.
- [25] Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, México, 2000, capítulo 8, artículo 28.
- [26] Diario oficial de la federación 31/08/1992, capítulo 1, sección 2 artículo 15 párrafo
- [27] <http://www.congreso.gob.mx/upload/ley/pdf/84/juventuN/pdf>
- [28] http://www.who.int/reproductivehealth/gender/sexual_health.html#4
- [30] Artículos de Enfermería consultado (19 de Julio 2016) disponible
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000100009
- [31] Artículos de Enfermería consultado (20 de julio del 2016) disponible en
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3466201300050001
<http://sexualidad-asertiva.blogspot.mx/2009/12/embarazo-en-la-adolescencia-y-proyecto.html>
- [32] Artículos de Enfermería consultado (21 de Julio del 2016) Disponible en
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200008

- [33] Revista de Enfermería consultada (21 de Julio del 2016) <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/225/103>
- [34] Revista de enfermería consultada (21 de Julio de 2016) Disponible en <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/225/102>
- [35] Autoestima y Depresión en Adolescentes Embarazadas consultada (22 de Julio del 2016) Disponible en <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-042.pdf>
- [36] Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de Intervención 2012 consultado (22 de Julio del 2016) disponible en <http://www.ijpsy.com/volumen12/num3/337/autoestima-en-la-adolescencia-analisis-ES.pdf>
- [37]Estrategia para la Prevención del Embarazo en Adolescentes consultada (20 de julio de 2016) disponible en <http://www.finanzas.gob.mx/contenido/2016/BIII.%20MARCO%20PROGRAM%C3%81TICO%20PPTAL.%202016/1.%20PROGRAMAS%20ESPECIALES%202016/PREVENC.DE%20EMBARAZO%20EN%20ADOLESC.pdf>
- [38] estrategia para la Prevención del Embarazo en Adolescentes consultada (23 de julio del 2016) disponible en <http://www.finanzas.gob.mx/contenido/2016/BIII.%20MARCO%20PROGRAM%C3%81TICO%20PPTAL.%202016/1.%20PROGRAMAS%20ESPECIALES%202016/PREVENC.DE%20EMBARAZO%20EN%20ADOLESC.pdf>
- [39]Contexto familiar y social consultado (26 de Julio del 2016) disponible en www.redalyc.org/pdf/269/26900106.pdf.
- [40]Embarazo en la Adolescencia y Proyecto de vida consultado (26 de julio del 2016) disponible en [http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2327%20\(2\).pdf](http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2327%20(2).pdf)
- [41] Revista electrónica de Pedagogía consultada (27 de Julio del 2016) Disponible en <http://www.odiseo.com.mx/correos-lector/propuesta-intervencion-educativa-para-prevenir-embarazo-adolesc> [42] Prevención de Embarazo no Planeado en Los Adolescentes <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>

[43] Intervenciones de Enfermería en Programas de Sexualidad consultado (27 de Julio del 2016) disponible en http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol4/INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA.pdf

[44] Prevención del Embarazo en Adolescentes consultado 30 de julio del 2016) Disponible en <http://www.finanzas.gob.mx/contenido/2016/BIII.%20MARCO%20PROGRAM%C3%81TICO%20PPTAL.%202016/1.%20PROGRAMAS%20ESPECIALES%202016/PREVENC.DE%20EMBARAZO%20EN%20ADOLESC..pdf>

[45]Intervenciones de enfermería en Prevención del embarazo en Adolescentes consultado (30 de Julio del 2016) Disponible en http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol4/INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA.pdf.

[46]Notas de Enfermería consultado (1 Agosto del 2016) Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003.

[47] Notas de Enfermería consultado (1 Agosto del 2016) disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X20110001000

[48]Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, México, 2000,(15 de Enero 2016) capítulo 8.

Artículo 28.

[49]Diario oficial de la federación 31/08/1992, capítulo 1, sección 2 artículo 15 párrafo

[50]Estrategia nacional de Salud Sexual y Reproductiva (15 de Febrero 2016) disponible: <http://www.congreso.gob.mx/upload/ley/pdf/84/juventuN2006/pdf>