

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN  
MUJERES DE 13 A 30 AÑOS EN LA VISIÓN DE JOKIN DE IRALA ESTÉVEZ

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:  
SANTIBÁÑEZ GÓMEZ MARÍA GUADALUPE

ASESORA DE TESIS:  
LIC.EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN .2019



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.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN  
MUJERES DE 13 A 30 AÑOS EN LA VISIÓN DE JOKIN DE IRALA ESTÉVEZ

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

SANTIBÁÑEZ GÓMEZ MARÍA GUADALUPE

ASESORA DE TESIS:

LIC.EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN .2019

## **Agradecimientos**

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

El amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupaban mis padres por mi avance y desarrollo de esta tesis, es simplemente único y se refleja en la vida de un hijo. Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, a mi madre Rafaela por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. A mi padre Gabino por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor. Gracias a Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia, gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto, gracias a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es la vida y lo justa que puede llegar a ser; gracias a mi familia por permitirme cumplir con excelencia en el desarrollo de esta tesis. Gracias por creer en mí y gracias a Dios por permitirme vivir y disfrutar de cada día. No ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Les agradezco, y hago presente mi gran afecto hacia ustedes, mi hermosa familia.

La vida es hermosa, y una de las principales características de esta hermosura es que la podemos compartir y disfrutar con quienes amamos, podemos ayudar y guiar a muchas personas si ellas lo permiten, pero también podemos ser ayudados y guiados durante nuestra vida; por esto mismo, mediante estos agradecimientos de tesis, quiero exaltar la labor de mis amigas Mariel Monserrat, Blanca Daniela que han estado en los momentos difíciles de mi vida, ayudarme cuando lo más necesite y no dejarme sola, que a pesar de algunas diferencias estuvimos más juntas que nada quiero agradecer por su amistad y amor incondicional gracias Dios por poner en mi camino personas extraordinarias y puedo decir que amigos se cuentan con los dedos de la mano. Gracias

## **Dedicatoria**

A mis padres, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su Fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mis hermanos, tíos y amigos

Gracias a todos mis familiares que me resulta muy difícil poder nombrarlos en tan poco espacio, sin embargo, ustedes saben quiénes son. A mis maestros. Gracias por su tiempo, por su apoyo, así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional, en especial a la Srita Martita por la paciencia y por compartir sus sabios conocimientos, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional. A mis amigas. Que gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino y que, hasta el momento, seguimos siendo amigas. A la Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a la facultad de Licenciatura en enfermería y obstetricia que me dieron la oportunidad de formar parte de ellas. ¡Gracias!

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
2 MARCO TEÓRICO .....	3
2.1 VIDA Y OBRA .....	3
2.2 INFLUENCIAS.....	4
2.3 HIPÓTESIS .....	5
2.4 JUSTIFICACIÓN.....	5
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
2.6 OBJETIVOS.....	6
2.6.1 OBJETIVO GENERAL.....	6
2.6.2 OBJETIVO ESPECÍFICO .....	6
2.7 MÉTODOS.....	7
2.8 VARIABLES.....	7
2.9 ENCUESTA Y RESULTADO .....	7
3 PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	13
3.1 GENERALIDADES.....	13
3.2 PLANIFICACIÓN FAMILIAR: PREVENCIÓN EFICAZ CONTRA LA ALTA MORTALIDAD.....	14
3.3 PLANIFICACIÓN FAMILIAR: PREVENCIÓN EFICAZ Y SEGURA.....	15
3.4 DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD.....	16
3.5 BENEFICIOS PARA LA SALUD DE LA MADRE .....	16
3.6 RIESGOS DEL EMBARAZO FRENTE A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	17
3.7 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y EL PARTO .....	17
3.8 PROBLEMAS DE SALUD DE LA INFANCIA Y EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO .....	18
4.1 ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO .....	20
4.1.1 GENITALES INTERNOS.....	20
4.1.2 TESTÍCULOS O GÓNADAS MASCULINAS.....	20
4.1.3 CONDUCTOS EXCRETORIOS DE LOS TESTÍCULOS .....	20
4.1.4 CONDUCTOS DEFERENTES.....	20
4.1.5 CONDUCTOS EYACULADORES.....	21

4.1.6 URETRA -----	21
4.1.7 GLÁNDULAS SECRETORAS -----	21
4.1.8 VESÍCULAS SEMINALES -----	21
4.1.9 PRÓSTATA -----	21
4.1.10 GLÁNDULAS BULBOURETRALES O DE COWPER -----	22
4.2 GENITALES EXTERNOS -----	22
4.2.1 PENE -----	22
4.2.1 ESCROTO -----	22
4.2.2 GLÁNDULA BULBOURETRAL (DE COWPER) -----	23
4.2.3 PREPUCIO -----	23
4.3 ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO -----	23
4.3.1 URETRA -----	23
4.4 ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO -----	23
4.4.1 GENITALES INTERNOS -----	23
4.4.2 ÚTERO -----	23
4.5 POSICIONES UTERINAS -----	24
4.6 ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS INTERNOS -----	25
4.6.1 OVARIOS -----	26
4.6.2 TROMPAS DE FALOPIO -----	27
4.6.3 VAGINA -----	27
4.7 GENITALES EXTERNOS O VULVA -----	28
4.7.1 LABIOS MAYORES -----	28
4.7.2 LABIOS MENORES -----	28
4.7.3 CLÍTORIS -----	28
4.7.4 GLÁNDULAS DE BARTHOLIN* -----	28
4.7.5 CONDUCTOS DE SKENE* -----	29
4.7.6 VESTÍBULO VAGINAL -----	29
4.7.7 HIMEN -----	29
4.8 ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS EXTERNOS -----	29
4.8.1 MONTE DE VENUS -----	29
4.8.2 VULVA -----	29
4.8.4 ABERTURA URINARIA -----	31

4.8.5 VESTÍBULO VAGINAL -----	31
4.8.6 MEATO URINARIO -----	31
4.8.7 PERINEO -----	31
<b>5 MAMAS -----</b>	<b>31</b>
5.1 CONCEPTO -----	31
5.2 ENDOCRINOLOGÍA -----	32
5.2.1 HORMONAS. -----	33
5.2.2 HORMONAL -----	33
5.2.3 FISIÓLOGIA DEL CICLO SEXUAL FEMENINO -----	33
5.3 EL HIPOTÁLAMO Y LA HIPÓFISIS -----	34
5.3.1 EL HIPÓTALAMO -----	34
HIPÓFISIS -----	34
5.3.2 HORMONAS DEL LÓBULO POSTERIOR O NEUROHIPÓFISIS -----	34
5.3.3 HORMONAS DEL LÓBULO ANTERIOR O ADENOHIPÓFISIS -----	34
5.3.4 HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (BFE) -----	34
5.3.6 PROLACTINA (HORMONA LUTEOTRÓPICA) -----	35
5.4 CICLO MENSTRUAL -----	36
5.4.1 CONCEPTO -----	36
5.4.2 FASE PROLIFERATIVA O FOLICULAR -----	37
5.4.4 FASE MENSTRUAL -----	37
5.5 FASE MENSTRUAL -----	37
5.6 PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR -----	38
5.6.1 EXÁMEN GINECOLÓGICO -----	38
5.6.2 EQUIPO -----	39
5.7 COLOCACIÓN Y RITMO DEL ESPÉCULO VAGINAL -----	41
5.7.1 OBJETIVO -----	41
5.7.2 RECOMENDACIONES -----	41
5.8 EQUIPO NECESARIO PARA COLOCAR EL ESPECULO VAGINAL -----	41
5.8.1 PROCEDIMIENTO -----	41
5.9 TÉCNICA DE TOMA DE MUESTRA ESTUDIO CITOLÓGICO -----	42
5.9.1 CERVICO-ÚTERINO O PAPANICOLAOU (PAP) -----	42
5.9.2 OBJETIVO -----	42



5.9.3 RECOMENDACIONES -----	42
5.10 EQUIPO NECESARIO PARA TOMAR UN PAPANICOLAOU-----	44
5.11 PROCEDIMIENTO-----	44
5.11 EXÁMEN DE MAMAS -----	46
5.11.1 OBJETIVO-----	46
5.11.2 PERIODICIDAD DEL EXÁMEN -----	46
5.11.3 RECOMENDACIÓN-----	47
5.11.4 EQUIPO -----	47
5.11.5 PROCEDIMIENTO PARA EL EXÁMEN DE LA MAMA -----	47
5.11.6 PROCEDIMIENTO DEL AUTO EXÁMEN -----	48
5.12 LAS SIETE SEÑALES DE AVISO DEL CÁNCER -----	49
6 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS -----	49
6.1 CLASIFICACIÓN -----	49
6.2 REVERSIBLES O TEMPORALES-----	49
6.3 IRREVERSIBLES O PERMANENTES -----	50
6.3.1 EFICACIA -----	50
6.4 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SELECCIÓN DE UN MÉTODO ----	51
7 REPERCUSIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE -----	56
7.1 MATERNIDAD EN SOLTERÍA-----	56
7.3 ADOPCIÓN-----	60
7.4 ABORTO EN ADOLESCENTES Y TIPOS DE ABORTO -----	61
7.4.1 LEGAL -----	61
7.4.2 ILEGAL-----	62
7.4.3 TERAPÉUTICO -----	62
7.4.4 AMENAZA DE ABORTO -----	62
7.4.5 ABORTO EN EVOLUCIÓN (INMINENTE, EN CURSO) -----	62
7.4.6 INEVITABLE-----	62
7.4.7 DIFERIDO -----	62
7.4.8 HABITUAL O DE REPETICIÓN-----	62
7.4.9. INCOMPLETO-----	63
7.4.10 COMPLETO O CONSUMADO-----	63
7.4.11 SÉPTICO INFECTADO -----	63

<b>7.5 PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE</b>	<b>63</b>
<b>7.6 PREVENCIÓN PRIMARIA</b>	<b>64</b>
<b>7.6.1 EMBARAZOS NO DESEADOS</b>	<b>65</b>
<b>7.7.1 EDUCACIÓN SEXUAL EN LAS ESCUELAS</b>	<b>69</b>
<b>7.8 PREVENCIÓN SECUNDARIA</b>	<b>69</b>
<b>7.10 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	<b>70</b>
<b>7.10.1 CLAMYDIA</b>	<b>72</b>
<b>7.10.2 SÍFILIS CONCEPTO</b>	<b>72</b>
<b>7.10.3 CRECIMIENTO Y TRANSMISIÓN</b>	<b>72</b>
<b>7.10.4 GONORREA CONCEPTO</b>	<b>73</b>
<b>7.10.5 CONDILOMA ACUMINADO CONCEPTO</b>	<b>74</b>
<b>7.10.6 HERPES GENITAL</b>	<b>74</b>
<b>7.10.7 SIDA</b>	<b>74</b>
<b>7.11 PREVALENCIA</b>	<b>75</b>
<b>7.12 PREVENCIÓN</b>	<b>76</b>
<b>7.12.1 PRIMARIA</b>	<b>76</b>
<b>7.12.2 SECUNDARIA</b>	<b>76</b>
<b>8 CONCEPTO DE ANTICONCEPCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	<b>76</b>
<b>9 CONCLUSIÓN</b>	<b>89</b>
<b>10 BIBIOGRAFÍA</b>	<b>91</b>
<b>10. 1. BÁSICA</b>	<b>91</b>
<b>10.2 COMPLEMETARIA</b>	<b>100</b>
<b>11 GLOSARIO</b>	<b>101</b>

## **INTRODUCCIÓN**

Debido a los riesgos sociales y económicos y a las repercusiones sobre la salud pública que tienen el embarazo temprano y el contagio de Infecciones de transmisión sexual (ITS) entre la población joven, es necesario conocer qué saben y cuáles son las prácticas y actitudes de las (os) jóvenes acerca de la Planificación Familiar, con el fin de diseñar estrategias de educación y comunicación tendientes a promover en esta etapa de la vida comportamientos saludables. Hoy en día el contexto de atención a los adolescentes ha cambiado debido a una legislación que los protege y les da el derecho de recibir la atención adecuada en temas de sexualidad y Salud Reproductiva, (LOPNA). Aunque todavía hay temas en discusión en la Ley, la atención en Planificación Familiar y en Salud Reproductiva en general, se les está brindando en algunos centros de salud. Pero es importante conocer cuál es la opinión que tienen los adolescentes, sobre todo los que solicitan atención en el sector salud, sobre la Planificación Familiar y sus componentes. En este contexto se desarrolló esta investigación, que tiene como objetivo brindar orientación y atención oportuna y eficaz a las personas o parejas que voluntariamente soliciten planificar su familia.

Simultáneamente existen razones biológicas y sociales para el aumento del riesgo en estos cuatro tipos de embarazo. La edad, la paridad y el espaciamiento de los nacimientos alteran la capacidad de la madre para sobre llevar el embarazo en forma segura y para proporcionar las condiciones biológicas óptimas para el feto que se está desarrollando. Una vez que nace el niño, estos mismos factores influyen en la capacidad de la familia para alimentar y cuidar al recién nacido, al tiempo que se ocupa de los niños mayores.

Los métodos anticonceptivos han ido evolucionando según las necesidades de la población, por lo que es necesario que la enfermera comunitaria posea conocimientos actualizados que potencien su capacidad de actuación ante la población susceptible, ya que el asesoramiento anticonceptivo la elección libre del método por parte del usuario/a, lo que determina su posterior grado de implicación.

Existe un gran abanico de métodos anticonceptivos, tanto hormonales como de barrera o intrauterinos, los cuales deben adaptarse a las necesidades y estado de salud de la mujer, recayendo en esta última la elección del anticonceptivo más apropiado. Para ello es fundamental un adecuado asesoramiento y seguimiento enfermero que además de basarse en la actualización de conocimientos promueva la salud sexual y reproductiva.

La amplia gama de métodos de planificación familiar disponibles en la actualidad permite a los programas de salud ofrecer un método apropiado para evitar cada uno de los tipos de embarazo de alto riesgo.

El rol educativo del profesional de enfermería u obstetricia no termina con la aceptación de un método de parte de la persona interesada. Continúa con la orientación detallada sobre el uso del método, posibles efectos colaterales y señales de peligro para el método seleccionado.

Los resultados de este estudio constituyen un punto de partida para llevar a cabo intervenciones dirigidas a las instituciones y al personal de enfermería donde se ofrece asesoría en planificación familiar a hombres y mujeres, por medio de las cuales se establezcan directrices institucionales e interinstitucionales que permitan el adecuado suministro de elementos e insumos, se establezcan herramientas de apoyo para la realización de una asesoría humanizada en donde sea prioritario el conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se centre el accionar según las necesidades y prioridades del paciente y se le dedique el tiempo suficiente para brindar una asesoría completa y de calidad. De esta manera se obtendrá una mayor satisfacción del usuario, mayor adherencia al programa y por tanto una disminución en la tasa de embarazos no deseados.

## **2 MARCO TEÓRICO**

### **2.1 VIDA Y OBRA**

Nacido en San Juan de luz (Francia) de padres de Bilbao. Realicé mi educación primaria en el Ateneo de Manila (Filipinas) donde residí ocho años y mi educación secundaria en San Juan de Luz (Francia) donde obtuve el Baccaalaureat C (Ciencias y Físicas). Según iba avanzando en la carrera de medicina en la Universidad de Navarra (Pamplona), crecía con más fuerza mi ilusión por incidir de manera muy directa en los aspectos tanto educativos como estructurales relacionados con la salud de las poblaciones. Por esta razón, inicié mi formación reglada tanto en el área de la medicina preventiva y salud pública como en las tareas propias del ámbito universitario en medicina. El currículum vitae presentado, y que se resume a continuación, abarcan mi formación y los 24 años de experiencia docente e investigadora en centros universitarios nacionales e internacionales desde mi Licenciatura en Medicina y Cirugía en 1985 hasta la actualidad.

#### **FORMACIÓN ACADÉMICA**

Es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra. Realizó un Master de Salud Pública en la Universidad de Dundee (Escocia) en 1987; obtuvo el grado de Doctor en Medicina en la Universidad de Navarra en 1990 y, en el año 2000, un segundo doctorado en Salud Pública en la Universidad Estadounidense de Massachusetts. En la actualidad, tras obtener, por oposición en la Universidad de Murcia, el grado de Profesor Titular de Universidad en Medicina Preventiva y Salud Pública, trabaja en la docencia e investigación de las asignaturas de Epidemiología General, Reproducción Humana y Medicina Preventiva en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Es también profesor de dos asignaturas del Master de Matrimonio y Familia del Instituto de Ciencias de la Familia de la Universidad de Navarra y es responsable del curso de doctorado de Epidemiología Clínica. El Dr. Irala tiene amplia experiencia docente en universidades tanto españolas como Americanas y participa activamente en varios proyectos de investigación financiados por entidades públicas y privadas. Es evaluador de proyectos de investigación españoles y americanos. Trabaja en el

campo del conocimiento de la fertilidad, educación sexual y afectiva de los jóvenes y la orientación familiar desde 1983. Es experto en métodos de Planificación Familiar Natural, fue miembro de la Junta Directiva Europea de la ONG "Instituto Europeo de Educación Familiar" con sede en Bruselas de 1997 al 2003 y es actualmente tesorero de la Asociación Española de Profesores de Planificación Familiar Natural (RENAFER).

## **2.2 INFLUENCIAS**

Evaluador de proyectos de investigación en convocatorias públicas nacionales: Proyectos de Investigación Instituto de salud Carlos III (9 años)

Proyectos de Investigación de Tecnologías sanitarias (1 año); Evaluación de proyectos de Investigación Clínica Independiente Instituto de salud Carlos III (1 año).

Evaluador de proyectos de investigación en convocatorias públicas internacionales: proyectos financiados por el Gobierno de El Paso Texas (2 años). Miembro Consultor de la National resource Persons network of the Office of Minority Health resource center (USA) (1 año).

Colaboración con los Centers for Disease Control (CDC de Atlanta, USA) para la elaboración de "estudios de casos epidemiológicos" (1 año). Asesor para el grupo de representantes de la red ALFA de la Latin American Centre of Health Research (1 año).

Revisor para las revistas Medicina Clínica, revista gestión Clínica y Sanitaria, Gaceta Sanitaria, Revista Clínica Española, JAMA (Journal of the American Medical Association), PAHO (Panamerican Health Organization Journal)

### **2.3 HIPÓTESIS**

El papel que desempeña la enfermera en la intervención sobre la planificación familiar es de suma importancia para llevar un control adecuado y seguro para el logro de ésta y así ser tomada en cuenta la edad de la paciente.

### **2.4 JUSTIFICACIÓN**

El cómo y el por qué las adolescentes a temprana edad se embarazan sin tener un conocimiento adecuado sobre la planificación familiar, su condición económica, estilo de vida y sólo se embarazan sin analizar el riesgo que pueda tenerse durante el proceso gestar y por ende no llevan un control adecuado sobre cuántos hijos planean tener.

### **2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La sexualidad se ha inscrito en el territorio de lo social, la cultura y el lenguaje, por lo que se puede decir que en una dimensión fundamental de la naturaleza humana, no puede ser reducida puramente al coito o a la genitalidad. En cada época ha existido el interés en el comportamiento sexual de la población, principalmente en las interrelaciones sexuales y sus consecuencias, que preocupan a países en desarrollo como es el caso del nuestro donde los adolescentes inician actividad sexual a una temprana edad y sin usar métodos anticonceptivos adecuados, aunque ellos refieran conocerlos. La mayoría de las jóvenes en nuestros países está iniciando la vida sexual a temprana edad, y una cantidad considerable ha tenido tres o más compañeros sexuales antes de los 18 años. Además, la inmensa mayoría de las relaciones sexuales ocurre sin ninguna protección anticonceptiva y en situaciones poco aptas para la sexualidad. Estas jóvenes se exponen a una serie de riesgos que pueden perdurar a lo largo de la vida, producto de una vida sexual apresurada, inestable y poca responsable, típica de una persona que, aunque ya cuenta con un cuerpo adulto, todavía carece de una mentalidad adulta. En la historia las mujeres y los hombres han querido ser capaces de decidir cuándo tener un hijo, los anticonceptivos se han usado en una forma u otra desde hace miles de años a lo largo de la historia humana y la prehistoria. La planificación familiar ha sido practicada siempre en todas las sociedades debido a factores sociales, códigos

políticos, o religiosos que requieren las personas para “Ser fecundos y multiplicados”. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Entre las razones presentadas por las mujeres para no usar anticonceptivos hay dos que claramente limitan su derecho a controlar su fecundidad, la ausencia de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, cuáles son, cómo se usan y dónde conseguirlos y la oposición del esposo a la planificación familiar. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se define a la planificación familiar como un proceso tendiente a armonizar la reproducción humana en el nivel familiar de acuerdo con las necesidades de salud y bienestar de la familia, para ello contamos en la actualidad con mecanismos para evitar un embarazo no deseado, los denominados métodos anticonceptivos.

## **2.6 OBJETIVOS**

**2.6.1 OBJETIVO GENERAL:** lograr el bienestar social económico y cultural del núcleo familiar, para llevar a cabo ésta se requiere del uso de métodos anticonceptivos los que son herramienta o procedimientos que se usan con el fin de impedir la fecundación.

**2.6.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:** brindar orientación y atención oportuna y eficaz a las personas o parejas que voluntariamente soliciten planificar su familia

Comprender el concepto de planificación familiar voluntaria como acción de salud, analizando los factores que puedan ser influidos por el espaciamiento de los hijos.

Reforzar los conocimientos anatómicos y fisiológicos de los órganos reproductores, enfatizando su importancia en planificación Familiar.

Comprender la correcta aplicación de las técnicas específicas de planificación familiar.

Reforzar los conocimientos relacionados con los métodos anticonceptivos reversibles e irreversibles.



## 2.7 MÉTODOS

Determinar el conocimiento y el uso de los métodos de planificación familiar en las mujeres de 13 a 30 años realizando la recolección de información sobre métodos de planificación familiar

Ante la necesidad de información sobre intervenciones que puedan optimizar el acceso y uso de métodos anticonceptivos modernos en localidades de bajos recursos, se realizó una revisión bibliográfica. Esta representa el soporte del problema de estudio, de donde se rescata la calidad y la profundidad en relación con los aportes y tendencias en la optimización de la oferta de dichos métodos.

Este proceso empleó como guía el manual de la OMS que incluye, entre otros aspectos, clarificar el problema, formular las opciones, identificar las consideraciones potenciales de implementación, el sistema de salud actual.

## 2.8 VARIABLES

1:- Variable dependiente: métodos anticonceptivos, estado civil,

Variable independiente: mujeres

2:-variable dependiente: escolaridad, número de hijos, edad paridad satisfecha

Variable independiente: mujeres, método anticonceptivo

## 2.9 ENCUESTA Y RESULTADO

PREGUNTA	SI	NO
1.¿Ha tenido relaciones sexuales?		
2.¿Ha estado embarazada alguna vez (o su pareja)?		
3.¿Usa Ud. (O su pareja) algún método anticonceptivo? (En caso de que la clienta esté embarazada—¿Estaba Ud. o su pareja usando algún método anticonceptivo antes de quedar embarazada?)		

4.¿Ha oído hablar alguna vez sobre las píldoras de anticoncepción de emergencia o del día después?		
5.¿Durante el último año (recientemente), ha recibido información sobre anticoncepción de emergencia en este centro?		
6.¿Alguna vez ha usado Ud. (O su pareja) píldoras anticonceptivas de emergencia?		
7. A partir de lo que sabe sobre anticoncepción de emergencia, ¿Cree Ud. Que en caso de necesidad la usaría alguna vez o que la recomendaría a alguna amiga o familiar?		
8. ¿La enfermera de la consulta al dirigirse a ti, lo hizo llamándote por tu nombre?		
9. En tu opinión ¿el lenguaje utilizado por la enfermera es claro y preciso?		
10. Durante la consulta ¿la enfermera te dio la oportunidad de que te expresaras?		
11. ¿Crees que la información suministrada por la enfermera es la que necesitabas?		
12. Al demandar la atención ¿crees que la respuesta de la enfermera fue la más adecuada?		
13. Durante la consulta ¿observaste buena disposición de la enfermera para brindarte la atención?		
14. ¿Crees que el tiempo para recibir la atención fue justo?		
15. ¿Crees que la atención fue dada oportunamente?		
16. Las fechas de los controles sucesivos son muy distanciadas		
17. La enfermera de la consulta mostró interés por resolver los problemas planteados		
18. La enfermera te brindo asesoría sobre las formas de impedir la concepción		

19. La enfermera de la consulta te asesoró sobre el método anticonceptivo elegido y aceptado por ti		
20. Recibiste orientación de la enfermera acerca del uso continuo del método anticonceptivo elegido		

## RESULTADOS

**Tabla 1. Distribución de los adolescentes según grupos de edades y sexo**

Grupos de edades	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
12-14	16	20	23	28.8	39	48.8
15-17	11	13.7	22	27.4	33	41.1
18-20	5	6.3	3	3.8	8	10.1
Total	32	40	48	60	80	100

**Tabla 2. Distribución según nivel de escolaridad**

Nivel de escolaridad.	No.	%
Primaria	39	48.8
Secundaria básica	21	26.2
Técnico medio	12	15
Pre-universitario	8	10
Total.	80	100

**Tabla 3. Vías por la que han escuchado hablar sobre los anticonceptivos**

Vías de información	No.	%
Profesores	41	51.2
Medios de difusión	18	22.2
Personal de salud	13	16.2
Padres	8	10
Total	80	100

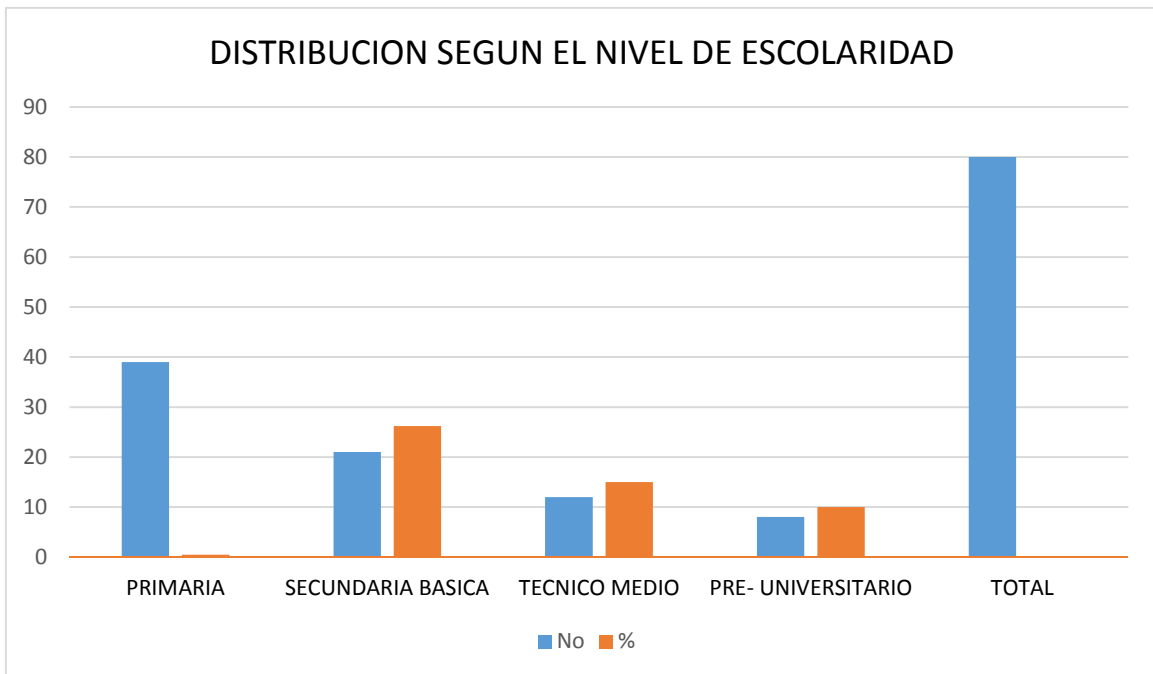
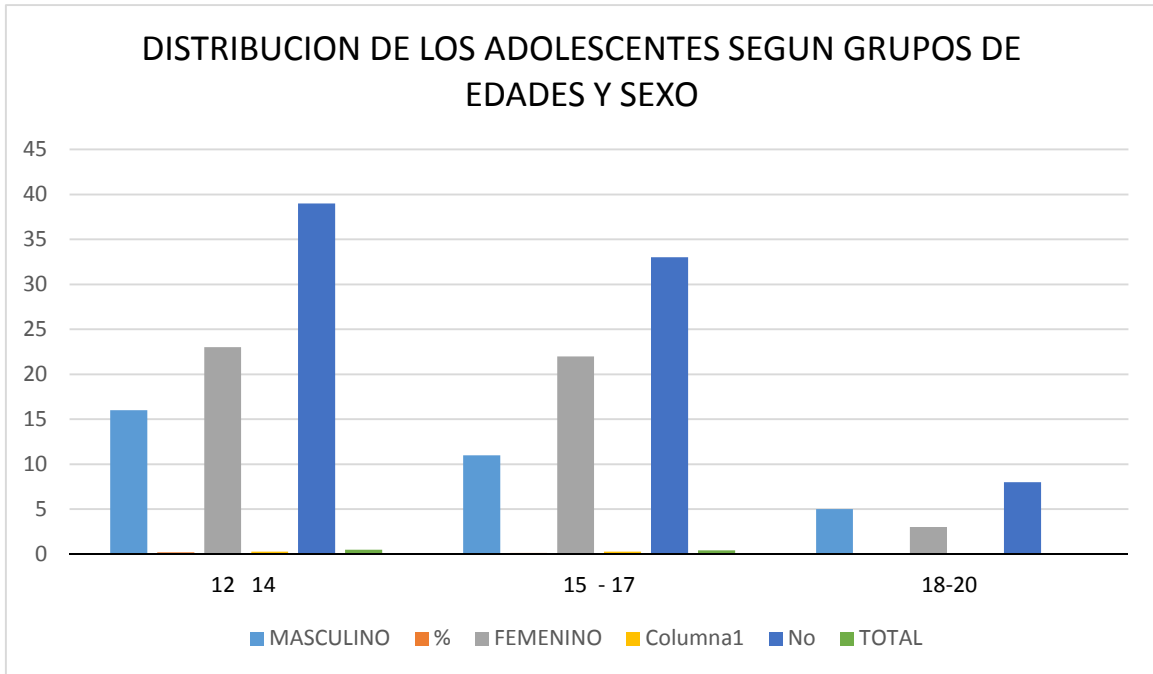
**Tabla 4. Nivel de conocimiento relacionado con que fin se deben utilizar los métodos anticonceptivos**

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	17	21.3	76	95
Inadecuado	63	78.7	4	5
Total	80	100	80	100

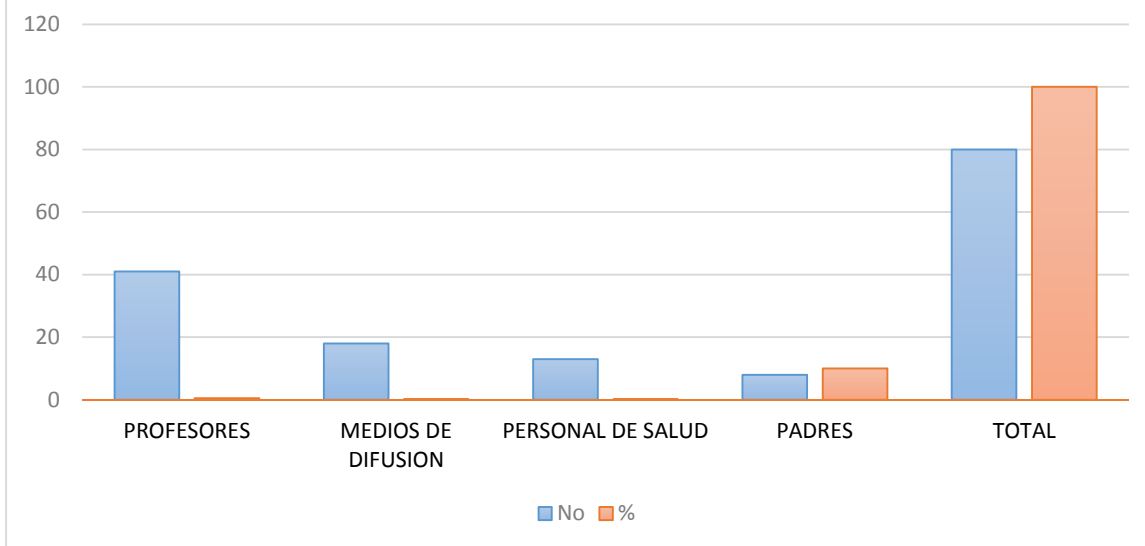
**Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre quienes deben utilizar los métodos anticonceptivos**

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	47	58.8	78	97
Inadecuado	33	41.2	2	3
Total	80	100	80	100

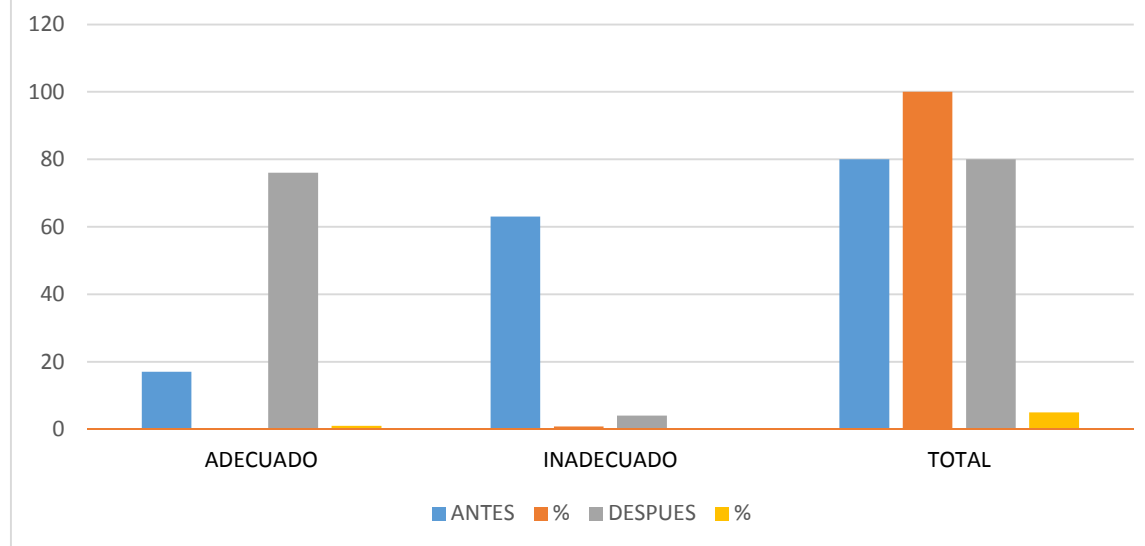
## 2.10 GRAFICADO Y EXPLICACIÓN

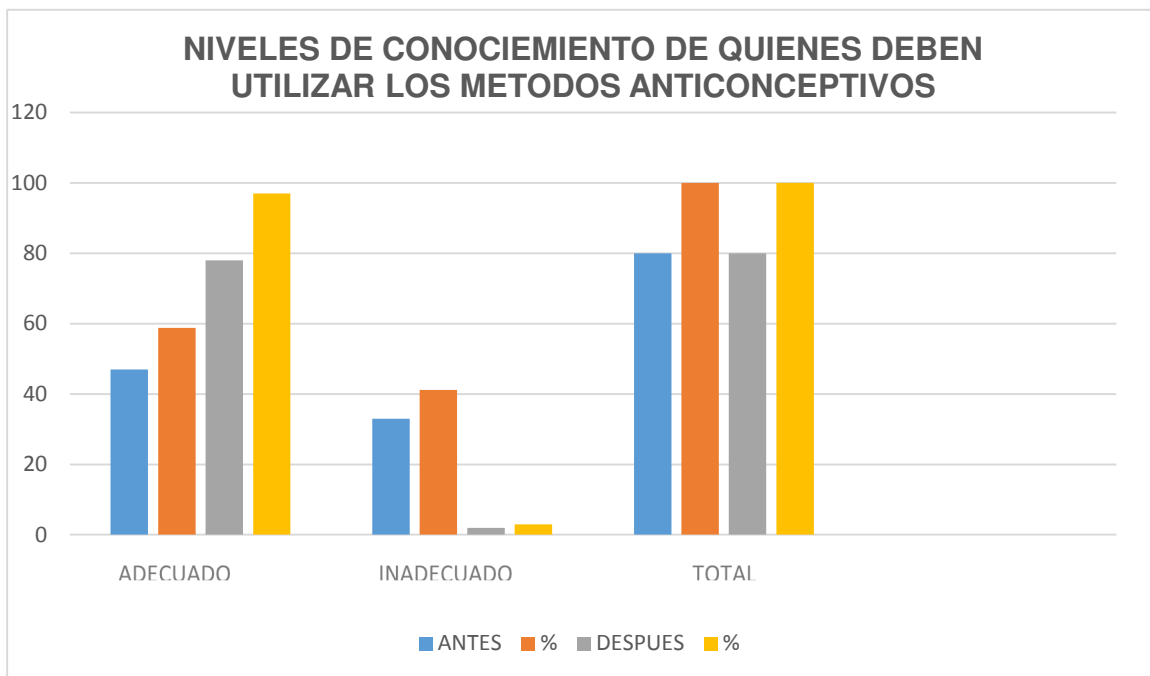


### VIAS POR LAS QUE HAN ESCUCHADO HABLAR SOBRE LOS ANTICONCEPTIVOS



### NIVEL DE CONOCIMIENTO RELACIONADO CON QUE FIN SE DEBEN UTILIZAR LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS





En las siguientes graficas se observó que las mujeres no llevan un adecuado uso de los métodos anticonceptivos para una buena planificación familiar

### 3 PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

#### 3.1 GENERALIDADES

La meta de salud para todos en el año 2,000 constituye un desafío a los gobiernos, organizaciones privadas, profesionales de la salud y a todas las comunidades. A largo plazo, una mejor salud exige muchos cambios, desde una mayor educación y mejor nutrición, hasta la ampliación de unos servicios médicos. Todo esto es fundamental para la atención primaria de salud, tal como define la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Pero a corto plazo, los servicios bien estructurados, que tratan algunos problemas específicos de salud, pueden realizar cambios significativos en la salud de las poblaciones pobres y del sector rural. Se pueden planear servicios seleccionados de atención primaria y de salud que:

Atiendan importantes problemas de salud, Sean eficaces. Sean seguros para uso general. Satisfagan la demanda local. Puedan ser proporcionados a través de

sistemas de suministro que lleguen hasta la población rural y las comunidades pobres y se ajusten a los recursos disponibles.

Varios servicios de asistencia sanitaria pueden cumplir con estos requisitos e incluir: Rehidratación oral para la diarrea infantil, tratamiento antialérgico, inmunizaciones contra las enfermedades de la niñez, tratamiento contra los parásitos y programas de planificación familiar.

Los programas de planificación familiar atienden importantes problemas de salud en la población que comprende la mujer en la edad fecunda y los niños menores de 13 años. Este grupo representa cerca del 70% de la población de la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Además, es un grupo afectado por tasas elevadas de morbilidad y mortalidad.

### **3.2 PLANIFICACIÓN FAMILIAR: PREVENCIÓN EFICAZ CONTRA LA ALTA MORTALIDAD**

La planificación familiar puede reducir eficazmente las tasas de mortalidad materna e infantil al disminuir el número de embarazos de alto riesgo. Pruebas obtenidas en todo el mundo indican que las tasas más elevadas de mortalidad materna e infantil se registran en cuatro tipos específicos de embarazo:

- Embarazos antes de los 18 años
- Embarazos después de los 35 años
- Embarazos después de cuatro o más niños
- Embarazos con menos de dos años de espaciamiento.

En realidad, los riesgos crecen gradualmente a medida que aumenta la edad de la madre, se incrementa el número de partos o se acorta el intervalo entre los nacimientos. En la práctica la combinación de estos cuatro tipos de embarazo de alto riesgo es más importante que cualquiera de ellos considerado por separado. Por ejemplo, en los países en desarrollo las mujeres mayores generalmente tienen también muchos hijos, de modo que sus embarazos caen dentro de dos categorías de alto riesgo igualmente las mujeres con familias numerosas suelen tener varios



partos muy seguidos. También las mujeres que se casan muy jóvenes pueden tener partos muy seguidos antes de llegar a los 20 años.

Estos grupos de mujeres que se exponen a riesgos dobles debieran ser objeto de especial cuidado en los programas de atención primaria de salud, con miras a reducir la mortalidad materna e infantil.

Simultáneamente existen razones biológicas y sociales para el aumento del riesgo en estos cuatro tipos de embarazo. La edad, la paridad y el espaciamiento de los nacimientos alteran la capacidad de la madre para sobre llevar el embarazo en forma segura y para proporcionar las condiciones biológicas óptimas para el feto que se está desarrollando. Una vez que nace el niño, estos mismos factores influyen en la capacidad de la familia para alimentar y cuidar al recién nacido, al tiempo que se ocupa de los niños mayores.

### **3.3 PLANIFICACIÓN FAMILIAR: PREVENCIÓN EFICAZ Y SEGURA**

La amplia gama de métodos de planificación familiar disponibles en la actualidad permite a los programas de salud ofrecer un método apropiado para evitar cada uno de los tipos de embarazo de alto riesgo. Por ejemplo: los anticonceptivos orales y los condones y los espermaticidas son particularmente apropiados para posponer el primer embarazo y espaciar los partos, mientras que la esterilización voluntaria es altamente eficaz en el caso de parejas mayores que no desean más hijos.

Los métodos modernos de planificación familiar son seguros. En algunos métodos tales como el condón, los espermaticidas y la planificación familiar por métodos de fertilidad consciente el único riesgo importante es de un embarazo accidental. Otros métodos pueden plantear riesgos, muchos de los cuales pueden reducirse siguiendo pautas sencillas. Considerando todos los métodos, la planificación familiar es mucho más segura que el embarazo y parto

Algunos métodos proporcionan beneficios que van más allá de la planificación familiar. Los condones y espermaticidas evitan la propagación de las enfermedades de transmisión sexual. Los anticonceptivos orales realicen algunos problemas menstruales y ayudan a proteger contra la enfermedad inflamatoria pélvica, el

cáncer de la membrana uterina, el cáncer de los ovarios, la anemia y la artritis reumatoide.

### **3.4 DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD**

La reducción del número de embarazos de alto riesgo, lograda en gran parte a través de la planificación familiar ha disminuido considerablemente la mortalidad en muchos países.

Se han salvado vidas de niños y madres. Pero en muchos otros países se podrían evitar numerosas muertes si la planificación familiar fuese más difundida.

### **3.5 BENEFICIOS PARA LA SALUD DE LA MADRE**

La planificación familiar proporciona importantes beneficios para la salud de la mujer. En especial, la planificación familiar puede ayudar a las mujeres a evitar los cuatro tipos de embarazo de alto riesgo. Como se señaló estos embarazos de alto riesgo son los siguientes:

1. Embarazos antes de los 18 años
2. Embarazos después de los 35 años
3. Embarazos después de cuatro o más hijos
4. Embarazos muy seguidos.

Estos embarazos aumentan el riesgo de que se presenten hemorragias o hipertensión arterial, dos de las causas más comunes de muerte materna.

Además, los embarazos numerosos y seguidos deterioran la salud y la nutrición de la madre. La planificación familiar es importante para la salud de cualquier mujer que tiene problemas serios antes del embarazo que se verían agravados como consecuencia de la gravidez. Entre éstos se cuentan la hipertensión arterial, las afecciones cardíacas, la diabetes y otras enfermedades crónicas, así como también la anemia aguda. Todas estas afecciones exigen el diagnóstico preciso y el control médico sistémico además de la planificación familiar, para evitar el embarazo. Si una mujer no desea tener más hijos, la planificación familiar le permite evitar por completo los riesgos del embarazo y del parto.

### **3.6 RIESGOS DEL EMBARAZO FRENTE A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

El empleo de los métodos de la planificación familiar puede evitar muchas muertes maternas. En contraste con ello los riesgos de los métodos de la planificación familiar son insignificantes en la mayoría de los casos. Estimaciones basadas en los datos más recientes a partir de estudios de los países desarrollados determinan que el embarazo y el parto en general son mucho más peligrosos que el empleo de anticonceptivos.

Solamente el uso de anticonceptivos orales por mujeres mayores de 35 años de edad y que son fumadoras es más peligroso que el embarazo y el parto.

### **3.7 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y EL PARTO**

Algunos patrones de procreación son más peligrosos para la vida y la salud de la madre porque están asociados con complicaciones obstétricas capaces de poner en peligro la vida. En los países en desarrollo tres problemas obstétricos son los responsables de la mayoría de las muertes maternas: Hemorragias, hipertensión inducida por el embarazo y sepsis. La HEMORRAGIA (sangrado) es mucho más común en mujeres mayores con muchos hijos. La HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO (conocida también como preeclampsia o si va acompañada por convulsiones, eclampsia) afecta en especial a las mujeres nulíparas y a las mayores con muchos hijos. La SEPSIS (infección), si bien no está relacionada directamente con la edad materna o la paridad, puede acompañar cualquiera de las complicaciones del parto. Con la planificación familiar, las mujeres pueden evitar los embarazos que probablemente causen estas condiciones.

### **3.8 PROBLEMAS DE SALUD DE LA INFANCIA Y EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO**

Los niños también son sujetos a problemas ocasionados por el embarazo de alto riesgo. Los embarazos que ocurren antes de que la mujer cumpla 18 años y después de los 35 años, en familias de más de cuatro hijos o con un espaciamiento de menos de dos años, pueden dar origen a una variedad de problemas de salud.

1. Bajo peso al nacer.
2. Nutrición deficiente durante la niñez.
3. Episodios frecuentes de enfermedades infecciosas.
4. Crecimiento físico y desarrollo más lentos.
5. Mayor riesgo de anomalías congénitas.
6. Menor inteligencia y rendimiento escolar más bajo.

Existen razones tanto biológicas como sociales que explican estos riesgos. Desde el punto de vista biológico, el bajo peso al nacer probablemente sea el problema más importante. Los embarazos antes de que la madre haya alcanzado plena madurez, el envejecimiento de la madre y los embarazos numerosos o muy seguidos, puede minar la capacidad física de la mujer para sustentar al feto que está creciendo, lo que redundará en bajo peso al nacer. Desde el punto de vista social, el problema radica en determinar en qué medida recibe el niño cuidado materno y participa de los recursos familiares. Las madres muy jóvenes pueden no estar dispuestas a asumir las innumerables responsabilidades que entraña el cuidado de los recién nacidos y los niños. Por otro lado, en una familia numerosa, con hermanos muy seguidos un recién nacido puede recibir tan sólo una pequeña proporción del cuidado materno, comida, espacio, atención durante las enfermedades y demás

### **3.9 EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y DE OBSTETRICIA Y LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

La responsabilidad educativa del profesional de enfermería y de obstetricia en el área de la planificación familiar es grande, teniendo la mujer y su pareja el derecho

a conocer todo lo relacionado con la planificación familiar para tomar decisiones informadas sobre el intervalo entre los nacimientos y el número de hijos a procrear. Los profesionales de enfermería y de obstetricia tienen la responsabilidad de conocer a fondo los factores contribuyentes al embarazo de alto riesgo y los medios disponibles para evitar estos embarazos para poner a la disposición de cada pareja una información completa y veraz. De esta manera cumple con su rol de velar por la salud de las personas, apoyando a la vez el deseo casi universal de las parejas de procurar las mejoras condiciones de vida para su familia. La salud de la madre y de sus hijos es una de las condiciones primordiales para este bienestar familiar.

#### **4 APARATOS REPRODUCTORES MASCULINO Y FEMENINO**

Una de las funciones más importantes de los seres vivientes es la reproducción, capacidad que permite la manutención de la especie a través de los tiempos. En la especie humana, la reproducción depende de la fusión de las células masculina y femenina destinadas a tal efecto y que son denominadas espermatozoide y óvulo, respectivamente.

El aparato reproductor masculino está compuesto por genitales internos que constan de testículos, sus conductos excretorios que incluyen los epidídimos, conductos deferentes, conductos eyaculadores y uretra, y por glándulas secretoras que son las vesículas seminales, la próstata y las glándulas bulbouretrales. Los genitales externos son: pene y escroto

El aparato reproductor femenino está compuesto por genitales internos y externos. Los genitales internos incluyen útero, ovarios, trompas de Falopio y vagina, y los genitales externos, o vulva, y las mamas.

## **4.1 ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO**

**4.1.1 GENITALES INTERNOS:** Son los principales órganos del sistema reproductor masculino. Producen las células espermáticas y las hormonas sexuales masculinas. Se encuentran alojados en el escroto o saco escrotal, que es un conjunto de envolturas que cubre y aloja a los testículos en el varón.

### **4.1.2 TESTÍCULOS O GÓNADAS MASCULINAS**

Son dos glándulas ovoides de color blanco azulado, de 4.5 cm. de longitud, 2.5 cm. de ancho y 3.0 cm. de alto. Inician su desarrollo en la cavidad abdominal del embrión. Están suspendidos por el cordón espermático y contenidos en el escroto. Su superficie lisa está recubierta por una capa rugosa, fibrosa y poco espesa. El interior de la glándula está constituido por canalillos muy finos y superpuestos que se apilatan y se dirigen hacia el polo superior y el borde posterior de la glándula. Cada testículo se compone de gran número de túbulos Seminíferos. En estos conductos seminales se elaboran las células germinativas masculinas, llamadas espermatozoides. Entre los canales se encuentran las células de Leydig que elaboran la hormona masculina denominada testosterona.

### **4.1.3 CONDUCTOS EXCRETORIOS DE LOS TESTÍCULOS**

Epidídimos: Son dos tubos contorneados de 6 a 7 cm. de largo cada uno, situados sobre la porción superior y borde lateral de cada testículo, originados en el canal de W'olff. Están formados por el apilatanamiento de los conductos seminales cubriendo el polo superior del testículo. Continúan a lo largo del borde posterior hasta llegar al polo inferior, donde su terminación se prolonga directamente por un canalillo muy fino y largo que se denomina conducto deferente, que comienza a la altura del polo inferior de cada testículo que sigue un tortuoso trayecto.

### **4.1.4 CONDUCTOS DEFERENTES**

Es la continuación de cada epidídimo. Es de color azulado y su longitud total alcanza de 35 a 45 cm., siendo la primera parte de su trayecto intraescrotal. Se encuentra por detrás del testículo y se dirige oblicuamente hacia arriba y hacia adentro, hasta el conducto inguinal, en el que penetra tras haber pasado más a 11' del pubis. Durante este trayecto, por encima del testículo, es acompañado por las arterias y

las venas epidídimo-testiculares, con las cuales se forma el cordón del que está suspendido el testículo. Este cordón es perceptible bajo la piel en la parte superior del escroto y comunica el epidídimo con el conducto eyaculador.

#### **4.1.5 CONDUCTOS EYACULADORES**

Son dos túbulos de corta longitud que atraviesan la próstata y terminan en la uretra en donde se abren y vacían su contenido.

#### **4.1.6 URETRA**

Es una. Estructura tubular que conduce orina desde la vejiga hacia el exterior del cuerpo. También sirve como pasaje para los espermatozoides desde la glándula prostática hasta el exterior del mismo. Mide de 14 a 20 cm. de longitud.

#### **4.1.7 GLÁNDULAS SECRETORAS**

Las glándulas secretoras o de Tyson en el cuerpo humano son descritas como glándulas sebáceas modificadas ubicadas más frecuentemente en el surco balano prepucial, a pares a los costados del frenillo o en la zona de unión del prepucio con el glande: cuello del pene, corona del glande y capa interna del prepucio. Sus células son responsables de algunos componentes del esmegma; pueden ser seboreicas y tienden a desaparecer o perder visibilidad con la edad.

#### **4.1.8 VESÍCULAS SEMINALES**

Son dos sacos contorneados en forma de ampollas, situados en posición vertical a lo largo de la porción inferior de la cara posterior de la vejiga, directamente por delante del recto. Secretan un líquido viscoso componente del semen que es el vehículo en el cual se transportan los espermatozoides en la eyaculación.

#### **4.1.9 PRÓSTATA**

Órgano único, que es atravesado por los conductos eyaculadores, está situado debajo del orificio uretral interno, tiene la forma y tamaño de una castaña, con la extremidad estrecha hacia abajo. Es grisácea, lisa, elástica y mide 3 cm. de longitud, 4 cm. de ancho, y 2.5 cm. de espesor. Está formada de tejido glandular y muscular, constituido por túbulos que se comunican con la uretra por pequeñísimos orificios. Secretan un líquido viscoso y alcalino que se vierte en la uretra' y que ayuda a

mantener la movilidad y vitalidad de los espermatozoides. Su reacción alcalina neutraliza el medio ácido de la uretra que es inadecuado para los espermatozoides.

#### **4.1.10 GLÁNDULAS BULBOURETRALES O DE COWPER**

Son órganos de forma ovoide y tamaño de un guisante que se encuentran a un lado y otro de la uretra. Sus conductos desembocan en la uretra, produciendo un líquido alcalino, el cual junto con el que proviene de las vesículas seminales ayuda a neutralizar la acidez de la uretra.

### **4.2 GENITALES EXTERNOS**

#### **4.2.1 PENE**

El pene posee una estructura engrosada en la sección distal, denominada glande, que participa en forma importante en la excitación sexual del hombre. La capa externa del pene se repliega sobre el glande para formar el prepucio el que está sujeto a la parte inferior de este por un ligamento denominado frenillo. Consta de dos cuerpos cavernosos y de un cuerpo esponjoso que contiene la uretra, separados entre sí por tejido eréctil, rodeados de tejido fibroso y piel lisa. El tejido eréctil contiene muchos senos venosos que se distienden con sangre durante la estimulación sexual, permitiendo la erección. Las funciones del pene son llevar el semen hasta la vagina de la mujer y permitir la eliminación de la orina. El pene en reposo tiene de 10 a 11 cm. de largo y 8 a 9 de circunferencia. El pene en erección mide de 15 a 16 cm. de longitud y de 10 a 12 cm. de circunferencia.

#### **4.2.1 ESCROTO**

Es un saco cubierto de piel delgada, sensible y de coloración más o menos oscura que esta recubierta por una pilosidad, por lo general poco abundante, surcada por finos pliegues horizontales. Dentro de la bolsa escrotal se encuentran los testículos. Su función consiste en proteger los testículos y mantenerlos a temperatura más baja que lo normal del cuerpo.



#### **4.2.2 GLÁNDULA BULBOURETRAL (DE COWPER)**

También conocidas en la terminología clásica como glándulas de Cowper, son dos glándulas exocrinas del sistema reproductor masculino humano. Estas pequeñas glándulas se encuentran debajo de la próstata y su función es segregar un líquido alcalino que lubrica y neutraliza la acidez de la uretra antes del paso del semen en la eyaculación.

#### **4.2.3 PREPUCIO**

El prepucio es la extensión de la suave capa de piel que rodea el pene, que sirve para cubrir y proteger el glande, la cabeza del pene.

El prepucio es un repliegue cilíndrico de piel, que por la cara externa presenta epitelio queratinizado (prepucio externo) y por la cara interna que está en contacto con el glande es una mucosa de epitelio menos queratinizado (prepucio interno).

### **4.3 ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO**

#### **4.3.1 URETRA**

Conducto de expulsión de la orina que previamente está almacenada en la vejiga. También permite el paso del semen desde la vesícula seminal hacia el exterior.

### **4.4 ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO**

**4.4.1 GENITALES INTERNOS:** Estas partes son internas; la vagina es el canal que comunica con los órganos externos en la vulva, que incluye los labios genitales, el clítoris y el meato de la uretra. La vagina está unida al útero a través de la cérvix, mientras que el útero está unido a los ovarios vía las trompas de Falopio.

#### **4.4.2 ÚTERO**

Es un órgano muscular hueco, en forma de pera que se encuentra en la cavidad pélvica., entre la vejiga urinaria y el recto. Mide 7.5 cm. de longitud y 5 cm. de ancho -parte del esqueleto, sino que esta sostenido en su posición en la cavidad pélvica por los ligamentos redondos, útero-sacros, cardinales y anchos.

El útero está constituido por una porción superior o cuerpo y una inferior o cuello. El cuerpo está constituido por:

Endometrio o mucosa que tapiza toda la cavidad uterina, destinado a la anidación del huevo fecundado, y experimenta cambios cíclicos bajo el estímulo de las hormonas ováricas. Consta de dos capas, la funcional, que es superficial y que se descama mensualmente, cuando el ovulo no es fecundado, produciéndose la menstruación. La basal que es profunda, fuertemente adherida al miometrio que regenera la capa funcional después de cada menstruación.

Miometrio o capa media, de fibra muscular lisa que da al útero la capacidad para contraerse y distenderse durante el embarazo.

Perimetrio o capa serosa externa, que cubre todo el cuerpo uterino y llega hasta donde comienza el cuello.

El cuello o cérvix uterino mide alrededor de 2.5 cm. de largo. La inserción vaginal divide al cuello en dos segmentos: el supra vaginal y el intra vaginal. El cérvix es de forma cilíndrica y es la región del cuello que se observa con el espéculo. En la múltipara el orificio cervical externo tiene la forma de una hendidura estrellada debido a los desgarros en los partos, y en la nulípara el orificio es ovalado.

El cérvix posee glándulas denominadas criptas cervicales que segregan una secreción mucosa debido al estímulo del estrógeno.

#### **4.5 POSICIONES UTERINAS**

En la mujer adulta el útero está suspendido en el centro de la excavación pelviana, con el cuerpo en la hemipelvis anterior y el cuello en la hemipelvis posterior. A esta posición normal del útero, en la cual el cuello forma con el cuerpo un ángulo abierto hacia delante de 70 a 100 grados, se le ha denominado Anteversoflexión•.

Existen distintos tipos de variedades de la estética uterina que dependen de modificaciones, por ejemplo, de la posición cuando el útero no ocupa el centro de la excavación pelviana.

#### **4.6 ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS INTERNOS**

Endometrio Miometrio Perimetrio

Cuello del Útero

Vagina: La vagina es un conducto fibro muscular elástico, que forma parte de los órganos genitales internos de la mujer, y se extiende desde la vulva hasta el útero. La apertura externa vaginal puede estar parcialmente cubierta por una membrana llamada himen. La vagina se extiende desde dicha apertura hasta el cérvix (cuello uterino). La vagina permite las relaciones sexuales y el parto; además canaliza el flujo menstrual, que ocurre periódicamente como parte del ciclo menstrual. Útero no presenta su cuerpo en la hemipelvis anterior y el cuello en la posterior. De la flexión, cuando ha variado el ángulo que forma el cuerpo con el cuello.

Las principales modificaciones de la versión son la anteversión, en que el fondo se acerca al pubis y el cuello al sacro; la retroversión, en que el cuerpo está en la hemipelvis posterior y el cuello en la anterior; y lateroversión, en que el fondo uterino está en la hemipelvis derecha (dextroversión) o izquierda (sinistroversión).

Clasificaciones de posición son la anteposición, cuando el útero ocupa la hemipelvis anterior; la retroposición, cuando ocupa la hemipelvis posterior; y la lateroposición cuando está desplazado a la derecha (dextroposición) o a la izquierda (sinistroposición).

Las principales modificaciones de flexión son la hiperanteflexión, en la que se ha disminuido la amplitud del ángulo de anteflexión; la retroflexión, en que el ángulo entre el cuerpo y el cuello mira hacia atrás; y lateroflexión, en que el ángulo cérvico corporal se abre a la derecha (dextroflexión) o a la izquierda (sinantroflexión).

#### **4.6.1 OVARIOS**

Son dos órganos glandulares en forma de almendra. Después de la pubertad presentan una superficie irregular debido a la prominencia de los folículos de De Graaf, de los cuerpos amarillos y las depresiones de las cicatrices de los folículos rotos. Son de forma elíptica, achatada, de color blanco grisáceo y de consistencia firme, están situados a cada lado del útero detrás del ligamento ancho y de las trompas uterinas. Están adheridos al útero por un ligamento corto llamado ligamento útero-ovárico.

El extremo externo del ovario se une a la trompa por medio de la franja o fimbria ovárica. Cada ovario mide unos 4 cm. de largo por 2 cm. de ancho y 1 cm. de grosor.

El ovario este constituido por una zona central o medular muy rica en vasos sanguíneos y nervios y una zona periférica o cortical que contiene los folículos en desarrollo.

Al nacer, los ovarios contienen varios miles de folículos primordiales, alrededor de 300.000, agrupados cerca de la periferia del órgano; sin embargo, la inmensa mayoría no se desarrolla por lo que sufren atrofia, solo una cuarta parte de los folículos primordiales duración después de la pubertad, período en el cual los ovarios crecen y están muy vascularizados. A medida que el folículo se va desarrollando se acerca a la superficie del ovario, abombando progresivamente la zona cortical, rompiéndola y liberándose la célula germinal, la cual completa su desarrollo fuera del ovario. Este proceso de liberación de la célula germinal se denomina ovulación.

Después de la ovulación se forma un coágulo sanguíneo en el lugar del folículo roto, que da origen al cuerpo lúteo o amarillo, persistiendo durante 14 días si no hay embarazo, degenerándose posteriormente en un cuerpo fibroso denominado cuerpo albicans o blanco.

Los ovarios además de producir, desarrollar y expulsar los óvulos maduros también secretan dos hormonas: Estrógeno y Progesterona.

#### **4.6.2 TROMPAS DE FALOPIO**

Son dos conductos, derecho e izquierdo, que se extienden desde el ángulo superior del útero hacia el ovario del mismo lado, siguiendo una dirección transversal hasta el polo inferior del ovario, y se sitúan entre las bojas del ligamento ancho. Miden de 10 a 14 cm. de largo, en su lugar de origen en el útero son muy estrechas, pero se ensanchan progresivamente hasta terminar en su extremo del lado del ovario, - en una dilatación en forma de embudo que se llama pabellón cuya base está provista de franjas denominadas fimbrias. Una de las franjas, la más grande, se une con el extremo externo del ovario. El orificio uterino de la trompa es tan pequeño que mide alrededor de 0.1 cm. de diámetro.

La trompa se divide en cuatro porciones, la porción intramural que se inserta en la musculatura uterina, la porción ístmica que mide 3 a 4 cm., la porción ampollar que mide 7 a 8 cm. y la porción infundíbulo que tiene la forma de un embudo y termina en las fimbrias.

La trompa está constituida por tres capas: la externa derivada del peritoneo, la media compuesta de dos capas, una superficial de fibras musculares longitudinales y otra profunda de fibras musculares circulares y la capa interna o mucosa cubierta por un epitelio ciliado.

Las trompas de Falopio tienen por función, recoger el vestíbulo de la superficie del ovario y transportarlo al útero y avanzar los espermatozoides del útero hacia los ovarios. La fecundación ocurre en el interior de la parte externa del tercio medio de la trompa. Si el óvulo no es fecundado rápidamente sufre desintegración y desaparece.

#### **4.6.3 VAGINA**

Es un tubo musculo membranoso, susceptible de colapsarse o dilatarse, situado por delante del recto y por detrás de la vejiga. Es de un color rosado mide 7.5 cm. de largo y se extiende desde el cuello del útero hasta la vulva. Posee una mucosa interna y una capa muscular de tejido liso, de manera que la vagina no tiene glándulas, por lo que carece de productos secretorios. Es Lubricada por las secreciones de las glándulas del cérvix. Es el órgano de la cúpula en el que son

liberados los espermatozoides durante las relaciones sexuales, siendo además el canal del parto y da paso a la menstruación. Posee contractibilidad activa, debido a sus capas musculares, la interna circular y la externa longitudinal. Las arrugas son repliegues de la mucosa, que al desaparecer en el momento del parto favorecen el agrandamiento de la vagina. El medio ambiente de la vagina es ácido, la mayor parte del tiempo y actúa como mecanismo protector contra las bacterias.

## **4.7 GENITALES EXTERNOS O VULVA**

### **4.7.1 LABIOS MAYORES**

Son dos dobleces longitudinales prominentes de la piel que contienen grasa, músculo y glándulas sebáceas. Se unen en la porción anterior para formar el Monte de Venus, el labio está cubierto de piel y vello pubiano. Hacia atrás termina en una masa de tejido adiposo que se denomina horquilla•.

### **4.7.2 LABIOS MENORES**

Son dos dobleces más pequeños de piel que se encuentran entre los labios mayores. Están aplanados transversalmente y formados por un epitelio escamoso, que contiene glándulas sebáceas. Sus extremos anteriores se reúnen con la línea media en donde forman el prepucio del clítoris; su longitud media es de 4 cm.

### **4.7.3 CLÍTORIS**

Es un órgano único y medio, situado en la parte superior y anterior de la vulva. Está constituido por tejido eréctil que contiene vasos y nervios cubiertos de epitelio sensitivo que despierta el deseo sexual al ser estimulado. Se encuentra parcialmente cubierto por el prepucio que se forma en la unión de los labios menores.

### **4.7.4 GLÁNDULAS DE BARTHOLIN\***

Son glándulas secretorias, cuyos cuerpos están situados en las partes profundas de los labios mayores y menores. Secretan líquido que tiene el propósito de lubricar. La cantidad y constitución de su secreción están bajo la dependencia de los impulsos nerviosos provocados por la excitación sexual.

#### **4.7.5 CONDUCTOS DE SKENE\***

Son conductos localizados en la parte lateral y detrás del meato uretral. Estos conductos no tienen ninguna función fisiológica de mayor importancia.

#### **4.7.6 VESTÍBULO VAGINAL**

Es una pequeña región triangular, limitada en ambos lados por los labios menores, por delante se encuentra el clítoris. Los orificios uretral y vaginal, así como los orificios de los conductos de las glándulas de Bartholino se encuentran situados en el vestíbulo vaginal.

#### **4.7.7 HIMEN**

Es un tabique membranoso que se inserta en el límite del conducto vaginal y bulbar, obliterando, en parte, el orificio inferior de la vagina. Sus restos se denominan carúnculas himenales.

### **4.8 ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS EXTERNOS**

#### **4.8.1 MONTE DE VENUS**

En las mujeres, el mons pubis forma la porción anterior de la vulva. Se divide en los labios mayores, a cada lado del surco conocido como la hendidura pudenda, que rodea los labios menores, el clítoris, la uretra, la abertura vaginal y otras estructuras del vestíbulo vulva.

#### **4.8.2 VULVA**

La vulva (cuyo plural en latín es vulvae y su plural en español es «vulvas») es el conjunto de los órganos sexuales primarios externos de los mamíferos hembras. Está constituida por el monte de Venus, los labios y el clítoris. En anatomía humana, en contraposición con la anatomía animal, la parte más externa de la vagina o vestíbulo bulbar pertenece también a la vulva. Desde allí, la vagina conduce al útero y la uretra hacia la vejiga. Los órganos sexuales de otros grupos de animales, como los nematodo, también pueden ser denominados análogamente como vulva; sin embargo se diferencian por completo de la vulva de los mamíferos.

### 4.8.3 LABIOS MAYORES LABIOS MENORES

Los labios mayores: son los que le confieren a la vulva su forma ovalada típica. En la parte superior se unen por encima del capuchón del clítoris y en la parte inferior, se unen en el periné o perineo.

Los labios mayores varían de mujer a mujer, en algunas es grueso y cubre por completo los labios menores y el introito de la vagina y en otras mujeres es delgado y casi no hace prominencia.

El periné es una zona fibromuscular localizada entre la vagina y el ano. Está poblada por numerosas terminaciones nerviosas, por lo que algunas mujeres pueden disfrutar las caricias en la zona. El ano está fuera de la vulva pero; sin embargo, para algunas mujeres, el ano es parte importante de su sexualidad, siendo a veces más sensibles que la vulva.

### LOS LABIOS MAYORES

Se localizan dentro de los labios mayores y rodean el introito vaginal. En la mujer que no ha parido, cubren por completo el introito y protegen la entrada de vagina y el orificio de la uretra. Luego de varios partos, los labios se mantienen separados y permiten ver el introito vaginal.

Los labios menores tienen su punto de encuentro por encima y por debajo del clítoris, conformando la siguiente anatomía:

- **Capuchón del clítoris.** Es porción de los labios menores que cubre el clítoris por encima, tiene la forma de una caperuza.
- **Frenillo del clítoris.** Es la porción que se une por debajo del clítoris.

A pesar de estar cubierto por fuera con un tejido que se parece a la piel, carece de vello y glándulas de sudor. En condiciones normales, tiene un color similar al de la piel por fuera; y rosado, típico de las mucosas, por dentro. Los labios menores



constituyen la estructura que más varía de mujer a mujer, pueden ser muy pequeños o muy voluminosos, estar ocultos por los labios mayores o sobresalir hacia afuera.

#### **4.8.4 ABERTURA URINARIA**

La uretra es el conducto por el que pasa la orina en su fase final del proceso urinario desde la vejiga urinaria hasta el exterior del cuerpo durante la micción. La función de la uretra es excretora en ambos sexos y también cumple una función reproductiva en el varón al permitir el paso del semen desde las vesículas seminales que abocan a la próstata hasta el exterior, es decir, este conducto es compartido por el sistema urinario y el reproductor.

#### **4.8.5 VESTÍBULO VAGINAL**

El orificio vaginal o introito vaginal es la abertura formada por el borde constrictor del himen.

#### **4.8.6 MEATO URINARIO**

Es la terminación de la uretra, orificio por donde se expulsa la orina. Está situado entre el clítoris y el orificio vaginal.

#### **4.8.7 PERINEO**

Representa la cara externa del suelo de la pelvis, revestida de piel, va desde el arco del pubis hasta el ano, con sus músculos y tejido fibroso subyacentes.

### **5 MAMAS**

#### **5.1 CONCEPTO**

Son dos glándulas que tienen por función secretar la leche que servirá de, alimento al hijo durante los primeros meses de vida. Están situadas delante de los músculos pectorales a cada lado del esternón, en el espacio comprendido entre la 2a. y 6a. costilla, se extienden del borde del esternón hacia la parte media de la axila.

La mama tiene forma hemisférica y está cubierta por piel. En el punto medio de su cara convexa se levanta una gruesa papila llamada pezón, en el cual se hallan los

orificios excretores de los conductos galactóforos. El pezón está rodeado por una pequeña zona de piel más oscura que se denomina areola.

Las glándulas túbulo alveolares, están unidas por tejido conjuntivo para formar los lóbulos, 15 a 20 en cada mama, cada uno de los cuales tiene su propio conducto excretor. Antes de llegar a la base del pezón, se dilata y forma el seno o poro galactóforo en donde se acumula la leche durante el período de la actividad glandular. Cada conducto galactóforo se abre por medio de un orificio en la punta del pezón. Los lóbulos están subdivididos en lobulillos, los cuales representan los túbulos terminales del conducto, situados en una red de tejido areolar fibroso que contiene grasa en abundancia.

Posee una rica red vascular que proviene de las ramas torácicas de las arterias axilar y mamaria. El aumento de tamaño de las mamas durante la pubertad se debe a la acción del estrógeno. Durante el embarazo la formación y secreción de leche están reguladas por la prolactina.

Torácica

De Montgomery

Terminación axilar del seno

Túbulo

Alveolar

Conductos Galactóforos \ Senos Galactóforos

## **5.2 ENDOCRINOLOGÍA**

LAS GLÁNDULAS endocrinas

Las Glándulas Endocrinas

Hipotálamo

Hipófisis Paratiroides tiroides

Ovario

Glándula suprarrenal Placenta (mujeres embarazadas solamente)

### **5.2.1 HORMONAS.**

Endocrinología es el estudio de las glándulas endocrinas, las cuales entregan sustancias orgánicas al torrente circulatorio, que son capaces de provocar, efectos fisiológicos a distancia, en otros tejidos del organismo. Estas sustancias se denominan

Las principales glándulas endocrinas son: hipófisis, tiroides, paratiroides, células de los islotes pancreáticos, suprarrenales y las gónadas (glándulas sexuales), ovarios y testículos, en diferente. Ubicaciones.

### **5.2.2 HORMONAL**

La secreción de hormonas por las glándulas endocrinas se puede provocar de varias maneras. Algunas glándulas vierten sus secreciones en respuesta a estímulos nerviosos de ciertas arterias del encéfalo, por lo que se dice que está bajo control NERVIOSO. La actividad de otras está controlada por la concentración de alguna sustancia de la sangre, a este tipo de regulación se le denomina control finalmente, el aumento de la actividad de una glándula puede influir directamente en la actividad de otra. Dieha relación se denomina control por LIBERACION RECIPROCA o retroalimentación ya que las hormonas producidas por la segunda glándula inhiben o estimulan la actividad de la glándula interna

### **5.2.3 FISIÓLOGIA DEL CICLO SEXUAL FEMENINO**

El funcionamiento hormonal de la mujer se caracteriza por ser epitelio En que participan una serie de estructuras encefálicas que influirán la producción de hormonas especialmente femeninas por los ovarios.

La más importante de estas estructuras es la hipófisis o glándula Maestra ya que vierte hormonas a la corriente sanguínea, que a su vez estimula a las dos glándulas para que se produzcan las hormonas específicas que participan en el ciclo sexual femenino. La hipófisis es del tamaño de un guisante, se aloja en la silla turca del esfenoideas, y está techada por la capa meníngea de la duramadre, excepto donde su tallo se une al encéfalo. Está formada por dos lóbulos que son: el lóbulo posterior

Neurohipofisis y el lóbulo anterior, Adenohipófisis, secretando cada lóbulo hormonas diferentes.

### **5.3 EL HIPOTÁLAMO Y LA HIPÓFISIS**

**5.3.1 EL HIPÓTALAMO:** Parte del encéfalo situada en la zona central de la base del cerebro que controla el funcionamiento del sistema nervioso y la actividad de la hipófisis

**HIPÓFISIS:** Glándula de secreción interna del organismo que está en la base del cráneo y se encarga de controlar la actividad de otras glándulas y de regular determinadas funciones del cuerpo, como el desarrollo o la actividad sexual.

#### **5.3.2 HORMONAS DEL LÓBULO POSTERIOR O NEUROHIPÓFISIS**

Este lóbulo secreta dos hormonas que son: la Vasopresina o Pitresina con su factor más importante que es la hormona Antidiurética (ADH) y la hormona Oxitocina que actúa sobre la musculatura lisa de la pared del útero, induciendo el inicio del parto, provocando sus contracciones y la involución uterina después del parto. En la glándula mamaria actúa en los alvéolos de ésta, haciendo que la leche pase a los conductos galactoferos. Su secreción se estimula por la succión del niño en el pezón

#### **5.3.3 HORMONAS DEL LÓBULO ANTERIOR O ADENOHIPÓFISIS**

Este lóbulo secreta varias hormonas, interesándonos especialmente las que actúan sobre las gónadas, por lo que se les llama GONADOTROFINAS. El nombre y efecto de cada una de ellas son los siguientes:

##### **5.3.4 HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (BFE)**

En la mujer, causa un aumento del crecimiento de las células foliculares que rodean a la célula huevo u óvulo en el ovario. Las células foliculares a su vez, secretan estrógeno u hormona femenina.

En el hombre, esta hormona del lóbulo anterior estimula inicialmente la espermatogénesis en las células de las gónadas masculinas o testículos.

### **5.3.5 HORMONA LUTEINIZANTE (HL)**

En la mujer, produce el crecimiento y el mantenimiento de las células ováricas que secretan las hormonas femeninas estrógeno y progesterona. La hormona luteinizante (HL) provoca la ovulación o liberación de la célula germinativa del ovario.

En el hombre, estimula las células intersticiales que producen la hormona masculina o testosterona.

### **5.3.6 PROLACTINA (HORMONA LUTEOTRÓPICA)**

En la mujer embarazada, produce el crecimiento del sistema de conductos en la glándula mamaria. También continúa la secreción ovárica de hormonas femeninas que fue iniciada por la HL al actuar sobre el cuerpo amarillo.

Un ciclo sexual femenino se inicia con la producción de factores estimulantes por el hipotálamo, los que, al actuar sobre la hipófisis, serían los responsables de la producción de hormonas hipofisarias denominadas GONADOTROFINAS. En la mujer son dos: la hormona folículo estimulante (HFE) y la hormona luteinizante (HL).

La hormona folículo estimulante (HFE) tiene por función estimular el crecimiento y maduración de los folículos en la corteza del ovario, basta llevar a uno de ellos a su máxima madurez. Es decir, hasta constituir un folículo de De Graff.

La hormona luteinizante (m.) tiene por función actuar sobre el folículo de De Graaf produciendo su ruptura y liberación consiguiente de la célula germinativa denominada óvulo. El mismo que estaría destinado a unirse con un espermatozoide para generar un nuevo individuo.

A medida que aparecen en la circulación cantidades crecientes de hormona folículo estimulante (EFE) hipofisaria, se produce el crecimiento del folículo en el ovario y estos folículos son responsables de la producción de la hormona ovárica denominada ESTROGENO. Cuando el folículo llega a su máximo desarrollo, también la cantidad de estrógeno es máxima, produciéndose una "cumbre" de ellas. Estas estimulan en la hipófisis la liberación de hormona luteinizante (HL). Este estímulo responde al concepto de RETROALIMENTACION POSITIVA. Una vez

liberada la hormona luteinizante (HL) por la hipófisis, ésta inducirá el fenómeno de la ovulación en el ovario. Después de ella las estructuras en el órgano, células de la teca y granulosa externa, se transformarán en un órgano de secreción interna que se denomina cuerpo lúteo o cuerpo amarillo y que es responsable de la producción de otra hormona ovárica llamada PROGESTERONA.

Tanto la producción de hormona folículo estimulante (HFE) como de la hormona luteinizante (HL) son reguladas por los niveles circulantes de las hormonas ováricas. Los estrógenos son los responsables de la inhibición por un mecanismo de RETROALIMENTACION NEGATIVA de la hormona folículo estimulante (HFE) hipofisaria. La progesterona producida por el cuerpo lúteo, después de la ovulación, es la responsable de la inhibición de la hormona luteinizante (aL) hipofisaria.

De esto se desprenden dos hechos que tendrían importancia en la comprensión de los mecanismos de acción de algunos anticonceptivos hormonales, que son la acción inhibidora de los estrógenos sobre la hormona folículo estimulante (HFE) y la acción inhibidora de la progesterona sobre la hormona luteinizante (HL).

Este ciclo de eventos tiene una manifestación también a nivel de endometrio, siendo estimulado en diferente forma por los estrógenos y la progesterona, lo que determina el llamado ciclo menstrual.

## **5.4 CICLO MENSTRUAL**

### **5.4.1 CONCEPTO**

El ciclo menstrual comprende una serie de cambios regulares que de forma natural ocurren en el sistema reproductor femenino (especialmente en el útero y los ovarios) los cuales hacen posible el embarazo o la menstruación, en caso de que el primero no tenga lugar. Durante este ciclo se desarrollan los gametos femeninos (óvulos u ovocitos).

En este ciclo se observan normalmente 3 fases:

#### **5.4.2 FASE PROLIFERATIVA O FOLICULAR**

Dura aproximadamente 10 días. Cuando cesa la menstruación el endometrio se adelgaza y sus glándulas son rectas, cortas y estrechas. En el ovario el folículo está madurando y éste produce el estrógeno que provoca el crecimiento del endometrio y lo vuelve grueso y denso. Generalmente en un ciclo regular de 28 Mas el óvulo se libera del folículo entre el día 12 al día 16, dando lugar a la ovulación. Los restos del folículo se convierten en cuerpo amarillo.

#### **5.4.3 FASE SECRETORIA O LÚTEA**

Esta fase dura aproximadamente de 13 a 14 días y en ella el endometrio bajo la influencia de la hormona del cuerpo amarillo, progesterona, continúa su crecimiento. Las glándulas crecen y se vuelven muy activas. Si no hay embarazo, el cuerpo amarillo involuciona, cesando la producción hormonal y por lo tanto desapareciendo el estímulo sobre el endometrio, el cual al no tener sustentación hormonal se descama produciéndose la tercera fase del ciclo.

#### **5.4.4 FASE MENSTRUAL**

Esta fase ocurre en ausencia de embarazo y tiene una duración de 3 a 7 días, caracterizándose por la descamación del endometrio con el sangramiento consiguiente.

En el esquema siguiente se demuestra gráficamente la interrelación que existe entre la hipófisis, el ovario y el endometrio durante el ciclo menstrual. Vemos como la hipófisis por medio de la hormona folículo estimulante (EFE) estimula el crecimiento del folículo hasta madurar, produciéndose así la ovulación por medio de la hormona luteinizante (HI,).

#### **5.5 FASE MENSTRUAL**

Podemos apreciar las tres fases del ciclo: menstrual (comienza el día uno) proliferativa (comienza el día 5) y secretora (comienza el día 14), que abarca los 28 días del ciclo viendo claramente cómo se lleva a cabo la actividad ovárica, iniciándose el crecimiento del folículo desde que se inicia la menstruación hasta

llegar al día 13 en el que el folículo alcanza su madurez total. A la par que se van dando los cambios en las glándulas del endometrio con las características descritas anteriormente en las distintas fases, se observa también como al llegar el día 14, se produce la ovulación o sea el rompimiento del folículo con la consiguiente salida del ovulo iniciándose el desarrollo del cuerpo lúteo hasta su desaparición al final de la fase secretora.

Inmediatamente, vemos la interrelación que existe entre las hormonas ováricas y el endometrio durante el ciclo menstrual, pudiendo apreciar los cambios que se dan en las glándulas de éste. Los cambios que se dan en el folículo, hacen que se liberen las hormonas ováricas que son estrógeno y la progesterona, las cuales "alcanzan los niveles deseables que hacen crecer al endometrio y luego lo mantienen para que solamente se desarrolle adecuadamente para recibir el Óvulo fecundado. Si esto no ocurre estas glándulas mueren y se produce la menstruación'

## **5.6 PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Dentro de los procedimientos que se realizan en enfermería encontramos los siguientes:

### **5.6.1 EXAMEN GINECOLÓGICO**

Este examen se realiza en las pacientes que acuden a una revisión como parte del protocolo de revisión para un control adecuado sobre las prevenciones de enfermedades considerando como tal lo siguiente:

- **OBJETIVO**

Explorar los genitales femeninos externos e internos.

- **RECOMENDACIONES**

Prepare su equipo con anticipación.

Utilice iluminación adecuada.



Explique el procedimiento a la usuaria, comuníquese con ella, respete su pudor.

Compruebe evacuación de la vejiga y del recto.

Realice limpieza genital si es necesario.

Lubrique sus guantes, si es necesario, en presencia de una vagina estrecha. (Si piensa realizar una muestra para estudio citológico no debe usar lubricación, solo agua destilada o agua hervida si el caso lo precisa).

### **5.6.2 EQUIPO**

- Guantes estériles
- Especulo vaginal bivalvo estéril
- Lubricante
- de pie cuello de ganso Luz o lámpara, clínica Sabana
- Cubeta con agua jabonosa para material sucio
- Procedimiento
- Coloque a la consultante en posición ginecológica, cubriéndole el abdomen y los muslos con una sábana clínica.
- Realice lavado simple de manos.
- Colóquese los guantes estériles
- Lubrique sus dedos índice y medio si es necesario.
- Observe: constitución, distribución del vello pubiano, presencia de masas, irritaciones, erosiones, flujos coloración de los genitales externos.
- Separe los labios mayores y menores con los dedos índice y pulgar de la mano libre y observe las características del introito vaginal, uretra, himen o carúnculas. Solicite a la consultante que puje para observar la presencia de recto cele o cistocele.
- Introduzca los dedos índice y cordial o medio por el introito vaginal. Palpe a través de la pared anterior de la vagina la uretra para verificar presencia de secreción de las glándulas vestibulares menores. Palpe las glándulas de

Bartholino para detectar aumento de tamaño, dolor o presencia de secreciones.

- Continúe introduciendo los dedos por el conducto vaginal haciendo presión hacia la pared posterior de la vagina para relajar el perineo. Solicite a la consultante, que contraiga y relaje la vagina para apreciar la tonicidad muscular. Palpe la vagina en todo su contorno.
- Localice el cuello uterino (el cérvix) y diagnostique su posición, tamaño, consistencia, forma, dilatación y movilidad.
- Palpe los fondos de saco anterior, posterior y laterales buscando la presencia de dolor, engrosamiento o masas.
- Coloque su mano libre sobre el hipogastrio, en el punto medio entre el ombligo y la sínfisis pubiana, para evaluar las características del útero y completar exploración de los anexos.
- Localice el cuerpo uterino y determine: consistencia, sensibilidad y movilidad.
- posición, forma, tamaño,
- Explore los anexos, los cuales normalmente NO se deben de palpar. Busque engrosamientos, masas y dolor.
- Retire suavemente sus dedos de la vagina•.
- Coloque el espéculo según técnica
- Observe las características de vagina; fondo de saco y cuello uterino.
- Realice el procedimiento indicado.
- Retire el espéculo según técnica.
- Lávese las manos.
- Registre su actividad en la papelería correspondiente e informe a la consultante.

## **5.7 COLOCACIÓN Y RITMO DEL ESPÉCULO VAGINAL**

### **5.7.1 OBJETIVO**

Observar las características de la vagina, fondos de saco y cuello uterino o eventualmente realizar algún procedimiento clínico.

### **5.7.2 RECOMENDACIONES**

- Prepare el instrumental estéril necesario para realizar el procedimiento.
- Utilice -iluminación adecuada.
- Explique el procedimiento a la usuaria, comuníquese con ella, respete su pudor.
- Compruebe evacuación de la vejiga y recto.
- Realice limpieza de los genitales externos, si-es necesario•
- Evite el uso de lubricantes cuando es necesario tomar muestras para pruebas de laboratorio.
- Al insertar y retirar el espéculo, solicite a la usuaria pujar, para relajar el perineo.
- NO haga presión con el espéculo sobre la uretra y clítoris para evitar causar dolor, ya que son áreas muy sensibles.
- El instrumental utilizado debe ser sumergido en agua jabonosa para su posterior lavado.

## **5.8 EQUIPO NECESARIO PARA COLOCAR EL ESPECULO VAGINAL**

- Guantes estériles
- Espéculo vaginal bivalvo estéril
- Lubricante

### **5.8.1 PROCEDIMIENTO**

- Coloque a la consultante en posición ginecológica.
- Cuide su pudor cubriéndole para que se relaje.
- Realice lavado simple de manos.,
- Coloque guantes estériles según técnica.

- Con una mano separe los labios mayores y menores para visualizar el introito vaginal.
- Con la otra mano tome el espéculo con las valvas plegadas.
- Coloque el espéculo a través de la vagina, con suavidad, de modo que los bordes de las valvas queden simétricamente en relación a la línea vertical del introito.
- Introdúzcalo hasta el fondo de la vagina presionando la pared posterior de modo que las valvas queden en -contra con la pared anterior y posterior de la vagina
- Abra lo suficiente el espéculo para visualizar ampliamente.
- Fije la apertura de las valvas con el tornillo del espéculo.
- Efectué el procedimiento indicado.
  - Suelte o afloje el tornillo del espéculo.
- Retire el espéculo girándolo suavemente, retomando la posición de introducción.
- Dé las indicaciones a la consultante de acuerdo a la actividad que usted realizó.
- Lávese las manos. p. Registre su actividad en la papelería correspondiente e infórmele a la consultante.

## **5.9 TÉCNICA DE TOMA DE MUESTRA ESTUDIO CITOLÓGICO**

**5.9.1 CERVICO-ÚTERINO O PAPANICOLAOU (PAP):** La prueba de Papanicolaou, también llamada citología vaginal, es una exploración complementaria que se realiza para diagnosticar el cáncer cervico-uterino.

### **5.9.2 OBJETIVO**

Tomar muestra de células del cuello uterino (cerviz) con las cuales se puede detectar el cáncer cervico-uterino.

### **5.9.3 RECOMENDACIONES**

- El Papanicolaou se debe tomar a toda mujer con o sin vida sexual activa, una vez al año, salvo otra indicación.

- Debe citar a la consultante con las siguientes indicaciones: sin menstruación; veinticuatro horas antes de tomar la muestra no debe haberse realizado duchas vaginales; no debe haber tenido relaciones sexuales; ni debe haberse introducido en la vagina óvulos para. tratamiento de flujo, o métodos anticonceptivos químicos o de barrera.
- Previo a la toma de muestra realice un interrogatorio a la usuaria de acuerdo al formulario de Papanicolaou.
- Prepare el equipo necesario para este procedimiento.
- Utilice iluminación adecuada.
- Explique el procedimiento a la usuaria, comuníquese con ella, respete su pudor.
- Compruebe evacuación de la vejiga y del recto.
- Realice limpieza de los genitales externos si es necesario.
- La muestra debe tomarse antes de realizar el examen ginecológico
- El especulo no debe estar lubricado, solo humedecido en agua destilada o agua hervida si fuera necesario.
- En presencia de flujos abundantes tome el Papanicolaou y dé tratamiento de acuerdo al criterio clínico y resultado de Papanicolaou.
- En presencia de hemorragia, de ser posible postergue la toma de muestra hasta cuando ya no exista sangramiento. Si no es posible posponerla presione con una torunda estéril el área del cérvix sangrante antes de tomar la muestra. Anote en la papelería la presencia de sangre en el momento de tomar la muestra.
- Al depositar la muestra en la laminilla, extiéndala suave y uniformemente evitando que queden grumos.
- El Papanicolaou bien fijado puede durar sin alteraciones hasta 30 o más días, siempre que esté alejado de un ambiente de contaminación. Si, está expuesto a un ambiente húmedo puede haber formación de hongos que dificulten el diagnóstico citológico.
- Lo ideal es enviar las muestras de Papanicolaou lo más pronto posible al laboratorio.

## 5.10 EQUIPO NECESARIO PARA TOMAR UN PAPANICOLAOU

- Guantes estériles
- Espéculo vaginal bivalvo estéril
- Hisopo o espátula de Ayre
- Pera de goma, hisopo, cepillo, espátula o pipeta de vidrio
- Laminilla o porta objetos
- Lápiz duro (punta de diamante)
- Fijador: alcohol etílico al 97% para fijar, ya sea por nebulización o sumersión.
- Agua estéril o solución salina

## 5.11 PROCEDIMIENTO

- Coloque a la consultante en posición ginecológica.
- Realice lavado simple de manos.
- Escriba el nombre de la consultante sobre el extremo de la laminilla o porta objetos.
- Coloque guantes según técnica.
- Coloque espéculo sin lubricante según técnica (humedézcalo en agua estéril si es necesario) y visualice cuello.
- Efectúe la toma de la muestra del endocervix usando la pipeta de vidrio, pera de goma, el hisopo o la espátula. Extiéndala en el centro de la laminilla suavemente, en forma horizontal o circular.
- Tome otro hisopo o espátula y efectúe la toma de muestra del ectocervix y fondo de saco, extiéndala suavemente en la misma laminilla. al lado de la muestra anterior.
- Fije la muestra lo más rápidamente posible para que no se reseque
- Rotule la muestra.
- Retire el especuló, según técnica.
- Lávese las manos. 1. Registre su actividad en la papelería correspondiente.

NOTA: Se puede humedecer ligeramente el hisopo para la toma de muestra del Papanicolaou con agua estéril o solución salina, para evitar que el algodón del cual está fabricado el hisopo absorba completamente la secreción vaginal.

La conducta clínica a seguir, de acuerdo al resultado del Papanicolaou, depende de las normas existentes a ese respecto en cada servicio de salud.

Clasificación del Papanicolaou y Conductas a Seguir:

- Grupo de frotis citológicos sin alteraciones patológicas.
- La repetición del examen dependerá del momento en que se tome la muestra:
  - Intermensual Repetir después de un año de tomada la muestra.
  - Embarazo. Repetir la muestra 40 días después del parto.
  - Puerperio. Repetir después de un año de tomada la muestra.
  - Extra atrofia. Después de los 45 años; repetir muestra en 6 meses.
  - Tele atrofia. Después de los 45 años; repetir muestra en 6 meses.
- Grupo de frotis citológicos con alteraciones patológicas (cambios inflamatorios) específicos o inespecíficos.
- Inflamación no específica ligera o moderada, repetir Papanicolaou después de un año.
- Inflamación no específica severa, repetir Papanicolaou después de 3 meses.
- Tricomoniasis vaginal severa, repetir Papanicolaou después de tratamiento específico.
- candida Albicans, repetir Papanicolaou después de tratamiento específico.
- Herpes, repetir Papanicolaou después de tratamiento.
- Radiación, repetir Papanicolaou después de tratamiento.

Grupo de frotis citológicos mostrando neoplasia intraepitelial del cuello (NIC). (DISPLASIA).

1. NIC grado 1, tratar el factor irritativo, y repetir Papanicolaou después de 3 meses.

2. NIC grado 11, tratar el factor irritativo y repetir Papanicolaou después de 3 meses.

3. NIC grado III, repetir Papanicolaou tan pronto como sea posible y derivar a especialista de Patología Cervical.

D. Grupo de frotis citológicos con cambios de malignidad.

- Sospechoso de Carcinoma, pero conclusivo, repetir Papanicolaou inmediatamente y derivar a especialista de Patología Cervical.
- Carcinoma epidermoide micro invasivo, repetir Papanicolaou inmediatamente derivar a especialista de Patología Cervical.
- Carcinoma epidermoide invasivo, repetir Papanicolaou inmediatamente y derivar a especialista de Patología Cervical
- Adenocarcinoma del endocervix; según el caso, el patólogo dará indicaciones.
- Adenocarcinoma del endometrio según el caso, el patólogo dar indicaciones.

## **5.11 EXÁMEN DE MAMAS**

### **5.11.1 OBJETIVO**

Examinar minuciosamente las mamas para detectar patología, incluso cáncer mamario lo más antes posible y de esta manera tratarlo a tiempo.

### **5.11.2 PERIODICIDAD DEL EXÁMEN**

- Efectuado en la clínica:
- A todas las mujeres en la primera consulta.
- Como parte del examen clínico anual.
- Cuando la consultante refiera molestias.
- Efectuado por la misma persona:
- Por lo menos una vez al mes, 3 a 4 días después del periodo menstrual.



### **5.11.3 RECOMENDACIÓN**

Explique todo el procedimiento a la consultante y vaya enseñándole los pasos a seguir para lograr adiestramiento en auto examen de mamas.

### **5.11.4 EQUIPO**

Una almohada pequeña y una sábana.

### **5.11.5 PROCEDIMIENTO PARA EL EXÁMEN DE LA MAMA**

- Informe a la consultante aérea del examen.
- Indíquelo que se descubra totalmente la región torácica.
- Realice lavado simple de manos.
- Coloque a la consultante en posición sentada, con los brazos relajados a cada lado del cuerpo, con buena iluminación.
- Colóquese frente a la consultante.
- Observe tamaño, forma, simetría, cualquier arruga o depresión (piel de naranja) o cualquier cambio a nivel de los pezones.
- Busque los mismos signos anteriores haciéndole elevar los brazos por detrás de la cabeza.
- Coloque a la consultante en posición decúbito dorsal o supino con la almohada pequeña debajo del hombro izquierdo y con la mano izquierda debajo de la cabeza.
- Cubra a la consultante con una sábana de la cintura hacia abajo.
- Ubíquese al costado derecho de la consultante.
- Haga una división imaginaria del seno en cuadrantes.
- Con los dedos de la mano derecha juntos y extendidos, palpe la mama izquierda comenzando por el cuadrante superior interno, luego el cuadrante inferior interno. Palpe con firmeza y con movimientos circulares para apreciar: consistencia, existencia de zonas dolorosas, nódulos o masas, si éstos son fijos o móviles. Exprima cualquier secreción del pezón y note la consistencia de ésta y la presencia o ausencia de secreción acuosa, láctea o sanguinolenta.

- Haga que la consultante coloque ambos brazos extendidos a los costados del cuerpo y palpe el cuadrante superior externo e inferior externo. Posteriormente, palpe la axila contra la pared pectoral y sobre la clavícula izquierda en la base del cuello investigando anormalidades de los ganglios linfáticos.
- Antes de seguir adelante haga repetir a la consultante este examen sobre el seno izquierdo y la axila correspondiente.
- Ubíquese al costado izquierdo de la consultante.
- Repita todo el procedimiento en la mama derecha.
- Lávese las manos.
- Informe a la consultante el resultado de su examen.
- Registre su actividad en la papelería correspondiente. Si existen anormalidades, establezca la ubicación, de acuerdo al cuadrante, complete la descripción con un diagrama y envíe a la consultante a un servicio de salud especializado.

#### **5.11.6 PROCEDIMIENTO DEL AUTO EXÁMEN**

Cuando es efectuado por la misma persona ella realizará una inspección frente a un espejo, seguido por una palpación de los senos. Primero, la mujer debe mirarse los senos en el espejo con los brazos a los lados. Luego; debe seguir observando los senos mientras sube los brazos sobre la cabeza. Debe ver si uno u otro seno muestra algún cambio no usual en su tamaño o en su forma. Después debe poner las manos sobre sus caderas presionando hacia abajo y observando si nota algo diferente en sus senos. Debe observar si hay cambios en la piel tales como manchas rojas, hinchazón o protuberancia en cualquier parte del seno, o un área escamosa o con llagas en el pezón.

La segunda parte del auto examen es la más importante. La mujer debe acostarse boca arriba sobre una cama o una superficie plana. Debe poner una almohada pequeña o una toalla doblada debajo de su hombro derecho y debe colocar el brazo derecho detrás de la cabeza. Debe usar la mano izquierda para examinar el seno derecho.

Es importante mantener los dedos planos y unidos. De vez en cuando le ayudará el imaginarse que su seno es una esfera de un reloj. Empiece a las 12:00. Suavemente hará presión alrededor hasta llegar de nuevo a las 12:00. Debe recorrer cada parte de cada seno. Cuando haya terminado, pondrá la almohada debajo del hombro izquierdo, el brazo izquierdo detrás de la cabeza y usará su mano derecha para examinar el seno izquierdo.

## **5.12 LAS SIETE SEÑALES DE AVISO DEL CÁNCER**

- Cambios en el funcionamiento habitual de los intestinos o la vejiga
- Una llaga que no cicatriza
- pérdida anormal de sangre o de flujo
- Dureza o abultamiento en el seno o en otra parte.
- Indigestión o dificultad en tragar
- Cambios en. una verruga o en un lunar
- Tos o ronquera persistente.

Es importante informarle al consultante sobre estas señales de peligro cuando se le dé la explicación del auto-examen.

## **6 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Son aquellos procedimientos, medios o acciones cuya finalidad es evitar un embarazo no deseado.

### **6.1 CLASIFICACIÓN**

Los métodos anticonceptivos se clasifican como:

### **6.2 REVERSIBLES O TEMPORALES**

- Métodos Tradicionales
- Coito Interrumpido o Lactancia Materna
- Reconocimiento de la Fecundidad
- Calendario (Ogino-Knaus) o Temperatura Basal u ovulación o Billings o Sintotermico

- Físicos o de Barrera
- Diafragma Vaginal o Condón o Preservativo
- Químicos
- Jaleas o Espumas o Tabletas
- Dispositivos Intrauterinos
- Inertes: Asa de Lippe o Activos: T De Cobre
- Hormonales
- Orales o Parenterales o Implantes (Capsulas Subcutáneas)
- Cremas Esponjas Supositorios eficacia de Esta fórmula da en 100 mujeres que Según el número de forma siguiente.

### **6.3 IRREVERSIBLES O PERMANENTES**

- Esterilización
- Femenina o Ligadura de Trompas o Masculina o Vasectomía

#### **6.3.1 EFICACIA**

Entre las características de los diferentes métodos que son de interés a la pareja que desea planificar la familia, el grado de protección o seguridad que ofrece cada uno es de suma importancia. Existen dos tipos de eficacia o efectividad:

- Teórica o intrínseca. Se refiere al mayor o menor grado de protección que ofrece un método anticonceptivo utilizado en condiciones ideales, sin omisión ni error en su técnica de uso.
- Clínica o Práctica. Es el mayor o menor grado de protección que ofrece un método anticonceptivo en condiciones de uso real de la pareja, considerando las circunstancias de la vida diaria.

Basta mediados de la década de los 60, se calculaba la métodos anticonceptivos aplicando la Fórmula de Pearl. Como resultado el número de embarazos que se presentan usan determinado método anticonceptivo durante un año. Embarazos encontrados se clasificaban los métodos de la siguiente manera:

- EXCELENTE: 0 a 5 embarazos por cada 100 años mujer.

- BUENA: 6 a 10 embarazos por cada 100 años mujer o REGULAR.: 11 a 20 embarazos por cada 100 años mujer.
- MALA: 21 a 30 embarazos por cada 100 años mujer o PESIMA: 31 o más embarazos por cada 100 años mujer.

Entre parejas fecundas que no usan métodos anticonceptivos el índice de Pearl es de 90 embarazos por cada 100 años mujer.

Desde entonces se descubrieron imperfecciones importantes en la Fórmula de Pearl que tienen el efecto de exagerar la eficacia de muchos de los métodos. La falla queda en mezclar los embarazos que suceden entre usuarios nuevos durante el primer año de uso del método con las de mujeres, que tienen mucha experiencia con el método. El índice de embarazos entre "mujeres con experiencia en el uso de un método es mucho menor que el de las principiantes. La mujer que lleva varios años usando un método tiene "más confianza en s misma, conoce mejor el método, y hasta pueda ser menos fecunda con el tiempo.

La técnica que más se utiliza hoy se llama la técnica de "Tablas de Vida." El porcentaje de falla según estudios de "Tablas de Vida" indica los resultados de observaciones de ciclos de la mujer que usa el método anticonceptivo durante el primer año de uso del mismo. Las cifras nos ofrecen una respuesta a la pregunta: "De cada cien mujeres que usan el método anticonceptivo, cuántas quedaran embarazadas durante el primer año de uso"

Es importante recordar que las investigaciones nos indican que ninguna de las técnicas actuales para describir la eficacia de los anticonceptivos es perfecta. Al prescribir un método anticonceptivo conviene recordar siempre que el mejor método es aquel con el cual la pareja se siente mejor y como por consiguiente este será usado de manera correcta y eficaz.

#### **6.4 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SELECCIÓN DE UN MÉTODO**

La cuestión de eficacia es generalmente una de las más importantes para la pareja que desea utilizar un método anticonceptivo. Sin embargo, hay otros factores

determinantes que tienen que ser considerados en la selección del método más apropiado para cada pareja.

**Inocuidad.** La posibilidad de efectos secundarios o de complicaciones como resultado del uso de uno u otro método es una preocupación común. Desafortunadamente, los rumores y mitos sobre los efectos de los métodos son mucho más difundidos entre la población que la información correcta. Bien sea cierto que ningún anticonceptivo carece totalmente de efectos indeseables, los riesgos de uso de métodos, ausencia de contraindicaciones, han sido muy exagerados. Para la pareja que tiene muchos temores, es importante aclarar el grado real de riesgo que puede presentar los diferentes métodos, tanto como el riesgo mayor que enfrenta la mujer durante el embarazo.

**Aceptabilidad.** Fuera de la posibilidad de efectos secundarios, existen una variedad de factores psicológicos que merecen consideración en la selección de un método. El hombre que está convencido que el condón disminuye el placer sexual no es un buen candidato para el uso de este, método. De igual forma, la mujer que se alarma por irregularidades menstruales puede tener dificultades con las inyecciones. Los métodos vaginales de barrera son poco aceptables a mujeres que rechazan la manipulación necesaria para colocarlos. Y, la aceptación de la abstinencia periódica por ambos miembros de la pareja es indispensable para las parejas que desean usar esta forma de control de fecundidad para evitar el embarazo.

**Actividad Sexual.** La frecuencia de relaciones sexuales y el número de parejas son factores que también influyen en la selección de un método. La joven con múltiples parejas sexuales corre el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual, y por lo tanto no es una buena candidata

Para el DIU. Por lo contrario, la mujer que tiene relaciones sexuales infrecuentes puede preferir el uso de métodos locales a la toma diaria de píldoras.

**Otros Factores.** Otros factores que intervienen en la selección de un método son:

- El costo
- Acceso a atención médica en caso de complicaciones

- Factores socio-culturales
- El deseo de espaciar los embarazos o de evitarlos completamente.

El rol de la enfermera u obstetras en la selección de un método para la persona interesada no se trata de dar información. Debería además apoyar al consultante en el proceso de toma de decisiones, analizando los factores señalados y otros según el caso. De igual forma la enfermera u obstetra puede plantear las preguntas del cuestionario durante el transcurso de la entrevista con la consultante sobre el método que desea usar.

El uso de los métodos anticonceptivos en la actualidad se ve afectado a pesar de los cambios culturales y de los avances en distintos ámbitos en nuestra sociedad, desde aspectos culturales, incluyendo la conquista de una mayor autonomía por parte de la mujer sobre su cuerpo, y la toma de decisiones de los jóvenes para utilizar anticonceptivos y así evitar la posibilidad de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, pero siguen existiendo tabúes sobre la sexualidad que afectan a la mayor parte de los sectores sociales, el embarazo adolescente y las relaciones sexuales son tratados con dificultad por los padres y los educadores, mismos que carecen de educación necesaria lo que provoca la ausencia de una educación formal de la sexualidad lo que facilita la distorsión y las dudas de la vida sexual tanto en el adolescente como en el adulto. Las relaciones sexuales de las mujeres y de los hombres se desarrollan bajo diferentes circunstancias. Se desarrollan bajo vivencias emocionales compartidas y responden a necesidades básicas; no obstante, se expresan con lenguajes emocionales distintos, diferentes códigos y matices, diversas expresiones o significado, prioridades y jerarquías. La sexualidad para hombres y mujeres es expresada de diferentes maneras, en las cuales se encuentran los roles sociales, los valores y la información que existe entre los pares, en la cual se ven involucradas las dudas y los mitos sobre la sexualidad que persisten en los jóvenes y son arrastrados hasta la edad adulta. Con la llegada de la adolescencia, los jóvenes pasan más tiempo en contextos extra familiares, principalmente en el grupo de iguales, y se implican más en los mismos, la influencia del grupo de iguales puede ser positiva o negativa.

Los jóvenes no poseen información suficiente y/o de calidad acerca del uso de los métodos anticonceptivos, de cómo deben protegerse de los embarazos no deseados y de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), a menudo los padres y las madres se sienten incómodos al hablar con sus hijos de cuestiones sexuales y los jóvenes obtienen información en gran parte incorrecta de otros jóvenes de su misma edad indica que los jóvenes de 15 a 29 años tienen en promedio su primer noviazgo a los 15 años de edad. El 55% manifiesta haber tenido relaciones sexuales y la primera de ellas ocurrió en promedio, alrededor de los 18 años. Del total de jóvenes que reconocen estar teniendo relaciones sexuales, 48% no usa anticonceptivos. La Organización Mundial de salud (OMS, 2011) hace mención, sobre las jóvenes embarazadas y los riesgos de dar a luz un niño prematuro o con bajo peso al nacer.

Los hijos de las jóvenes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas jóvenes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad. Que durante la adolescencia, la familia sigue siendo uno de los contextos de desarrollo más importantes para los adolescentes y, como tal, ejerce una notable influencia en la adopción de actitudes y en la toma de decisiones por parte de los jóvenes. El conocimiento de los métodos anticonceptivos para los jóvenes, es prácticamente universal pero existe una amplia brecha entre el conocimiento y el uso de anticonceptivos.

La falta de información, o bien, la adquisición de conocimientos erróneos sobre la existencia de anticonceptivos, así como la ausencia de asesoría, la consejería deficiente, la postura de algunas religiones, las barreras para conseguir los métodos anticonceptivos por inexistencia de servicios, los costos, las diferencias culturales y lingüísticas y la inequidad de género representan factores particularmente importantes para el inadecuado uso de anticonceptivos que las relaciones sexuales premaritales entre los jóvenes se están dando también a edades más tempranas, mientras que la edad de casamiento está aumentando, alargando de esta manera el lapso de fecundidad no marital, por lo que están expuestos a embarazos no



planeados por más tiempo. Frecuentemente los hombres no son sensibles a las necesidades de las mujeres en materia de salud sexual y de reproducción. Es preciso que los hombres aprendan a asumir responsabilidad en cuestiones de sexualidad y comprendan los riesgos que enfrentan las mujeres a raíz de prácticas tradicionales prejudiciales, iniciación sexual demasiado precoz y numerosos compañeros sexuales de ella o de su cónyuges: dado que los hombres dominan los puestos de poder, tienen una función fundamental que desempeñar en cuanto a eliminar las desigualdades de género. Este trabajo evaluó el conocimiento que tienen los jóvenes respecto a los métodos anticonceptivos, así como identifico si existen diferencias entre el género en relación al conocimiento de anticonceptivos. La Educación para la Salud juega uno de los papeles fundamentales para que las dudas y los mitos que existen en los temas de la sexualidad no afecten el desempeño futuro de los jóvenes. De aquí se deriva la necesidad de emprender acciones educativas en las cuales se involucren de una manera activa, y decidida a los padres, maestros y personal relacionado con la salud pública. La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fenómeno de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no solo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamiento de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud. Por ello es de suma importancia la labor que tiene el educador para la salud respecto a la salud sexual, ya que podemos motivar a los jóvenes al conocimiento de los métodos anticonceptivos y a su correcto uso, para que al iniciar una vida sexual adquieran habilidades que les permitan tomar decisiones oportunas y que favorezcan a su vida.

## **7 REPERCUSIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE**

Cuando el embarazo de la joven se descubre o se hace saber los adultos, habitualmente sus padres, toman partido de inmediato en la situación con actitudes, la mayoría de las veces, de acogimiento y comprensión si bien en algunas ocasiones la primera reacción es de violencia y rechazo. Según diferentes estudios hasta un 22% de las jóvenes embarazadas sufre algún tipo de violencia durante su proceso de embarazo, siendo, en la mayoría de las ocasiones, el agresor un miembro de la familia.

Cuando la decisión que la joven y/o su entorno familiar adoptan es la de continuar con el embarazo, hay que tener presente que los riesgos o complicaciones de carácter obstétrico y médico son pequeños comparados con los problemas sociales y económicos que, además, pueden tener efectos, a largo plazo, sobre la salud de la adolescente.

Una vez tomada la decisión de continuar con el embarazo la joven tiene tres alternativas.

### **7.1 MATERNIDAD EN SOLTERÍA**

Esta alternativa posibilita, más fácilmente que las otras, el desarrollo de las capacidades de la joven, habiéndose constatado que aquellas adolescentes que permanecen solteras llegan a alcanzar una mayor autosuficiencia económica y un mayor desarrollo sociocultural.

Ahora bien, esta alternativa no solventa la situación de ilegitimidad social que conlleva la maternidad en soltería y puede ser objeto, en determinados estratos sociales, de actitudes discriminatorias hacia la joven y su entorno.

Otro de los problemas que se le puede presentar a la joven embarazada es el hecho de quedar sin casa por abandono, forzoso o voluntario, del hogar familiar, lo que añade complejidad al desarrollo de su gestación.

## 7.2 MATRIMONIO

Es obvio que la gran mayoría de los matrimonios son impuestos por los padres que, de esta manera, creen solucionar el problema dándole legitimidad social. La joven adolescente que no está preparada para ser madre tampoco lo está para ser esposa y, posiblemente, se va a casar con otro adolescente todavía inmaduro que tampoco lo está para ser padre y esposo. No resulta difícil aventurar que la situación no es la más adecuada para completar el desarrollo psicológico y personal de ambos y que el nuevo estado civil no va a hacer, sino agravar la situación que dio lugar al embarazo.

En el caso de las jóvenes que se embarazan, prácticamente todas, abandonan sus estudios para integrarse en el nuevo núcleo familiar hipotecando, de esta manera, su desarrollo y futuro. El matrimonio conlleva, además, el riesgo de un nuevo embarazo, ahora ya socialmente admitido, que representa el agravamiento de los problemas económicos, educativos y de relación afectiva que el primero trajo consigo.

Suele ocurrir, además, que los hijos de estos matrimonios alcanzan un desarrollo socioeconómico y personal menor que los de madres de mayor edad, propiciando una situación que se caracteriza por:

- clase social baja,
- absoluta dependencia económica
- falta de apoyo de las estructuras sociales

Éstos son los factores que determinan el embarazo adolescente y al no corregirse condicionan que más del 50% de las jóvenes adolescentes que se embarazan sean, a su vez, hijas de mujeres que fueron madres adolescentes.

Teniendo en cuenta los datos anteriormente descritos hay que seguir preocupándose, y mucho, del futuro de las madres adolescentes. A comienzos de la década de los 70, en EEUU, el embarazo era la primera causa de que las adolescentes abandonaran la escuela antes de terminar sus estudios. Una joven madre debe ejercer el papel de madre al mismo tiempo que el de estudiante,

duplicando, en muchas ocasiones, su actividad, lo que le exige una madurez psicológica y personal que todavía no ha alcanzado por lo que no deben de sorprendernos los estudios que demuestran que son pocas las adolescentes embarazadas que posteriormente logran buenos resultados en sus estudios.

### **7.2.1 RESPUESTA SEXUAL HUMANA**

Cuando hay estimulación sexual y no satisfactoria, el cuerpo experimenta una serie de cambios físicos y psicológicos. Cómo y cuáles son, tienen que ver con lo que se denomina ciclo de respuesta sexual, suele dividirse en varias fases Tales como: excitación, meseta, orgasmo, resolución y periodo refractario. El pulso y la respiración se aceleran, los músculos se contraen y se produce un aumento de la presión arterial, algunas mujeres y también los hombres experimentan un aumento y endurecimiento de los pezones. Lo que más destaca en el hombre, en esta etapa de la excitación, es la erección del pene como consecuencia de la vaso construcción, esto es cuando fluye la sangre rápidamente hacia los tejidos esponjosos peneanos, produciendo un aumento de tamaño y endurecimiento del órgano. El escroto se agranda igualmente, por lo que la piel de la bolsa escrotal se alista, los testículos crecen y comienzan a elevarse. La duración de la fase de excitación puede oscilar entre unos minutos o una media hora y en ella se pueden dar retrocesos que inhiban el proceso de excitación, pero proseguirá. Cuando la excitación alcanza un máximo, se pasa a lo que se llama la etapa de meseta, esta etapa es en realidad una prolongación de la anterior, en la que la excitación alcanza niveles muy altos. Está se inicia con el llamado rubor sexual, una especie de enrojecimiento producido por alteraciones subcutáneas, que se dan en la mayoría de las mujeres y en un porcentaje menor de hombres, en la zona superior del abdomen, y después se extiende rápidamente por los senos, pecho, cuello, glúteos, espalda, brazos, piernas y rostro. En las mujeres si la etapa de la meseta es larga, la lubricación vaginal disminuye. El cérvix y el útero son desplazados hacia arriba y los labios mayores se aplanan, crecen y tienden a separarse. Si la mujer ha tenido ya hijos pueden aumentar hasta dos o tres veces su tamaño. Por otro lado, los labios menores o internos se agrandan tomando un color rojo encendido, indicio de que el

orgasmo se aproxima; el clítoris aumenta de tamaño, quedando oculto por los labios internos, por lo que puede parecer más pequeño. En los hombres esta fase tiene una duración muy variable. En aquellos hombres con problemas de control de eyaculación esta etapa es muy corta, pero existen individuos que han aprendido a controlar el orgasmo para poder retardar esta etapa y constituye el momento más satisfactorio del acto sexual, siendo el orgasmo un final que puede o no darse. Las transformaciones genitales son el resultado de la vasoconstricción de los tejidos donde el pene alcanza sus máximas dimensiones en cuanto a longitud y circunferencia, haciéndose visible un obscurecimiento del glande; se da un crecimiento en los testículos, que continúan elevándose a medida que progresa la excitación. Es frecuente que en esta etapa las glándulas de Cowper segreguen un fluido transparente que lleva en poca cantidad esperma vivo, llamado líquido preseminal, que se vierte por la uretra; es importante conocer este hecho porque, en ocasiones, si no se está utilizando ningún anticonceptivo, la mujer puede quedar embarazada aunque el hombre no haya eyaculado. El orgasmo es la etapa en que se liberan las tensiones sexuales acumuladas durante la etapa anterior. Fisiológicamente el orgasmo se experimenta como una respuesta de todo el organismo a la excitación sexual a través de una serie de contracciones centradas principalmente en la región genital y anal. El orgasmo masculino suele coincidir con la eyaculación, que es la expulsión del semen a través de la uretra del pene gracias a una serie de contracciones musculares y sentidas de forma muy placentera. Justo antes de eyacular, se experimentan unas sensaciones conocidas como punto de inevitabilidad eyaculatoria o punto de no retorno que avisan, que ya no hay vuelta atrás y que la eyaculación es inminente. La respuesta orgásmica femenina se desencadena a partir de las contracciones involuntarias, rítmicas y simultáneas de la musculatura perivaginal, del útero y del esfínter anal, acompañadas de intensas sensaciones de placer, muchas mujeres experimentan varios orgasmos consecutivos en un mismo encuentro erótico, sea consigo misma y/o con su pareja; es lo que se denomina respuesta multiorgásmica la etapa de retorno al estado normal, la cual se conoce como la etapa de resolución todos los órganos retornan a su estado de reposo. Durante la etapa posterior al orgasmo, en las mujeres la

estimulación del clítoris, los pezones o la vagina pueden resultar molesta o irritante para algunas mujeres, pero para otras puede ser placentera porque están de nuevo preparadas para responder sexualmente. También explica que en los hombres la erección disminuye en dos etapas, en primer lugar, se da una pérdida parcial de la erección, posteriormente el flujo sanguíneo de los genitales retorna lentamente a sus niveles básicos de “no excitación”. Los testículos se empequeñecen y vuelven al interior del escroto, separándose del cuerpo, salvo en el caso de proseguir la estimulación sexual. El rubor sexual va disminuyendo sobre la piel mojada. Posteriormente viene la etapa de refractario, es un espacio de tiempo para recuperarse, durante el cual es fisiológicamente imposible tener otro orgasmo o eyacular de nuevo esto para los hombres. La duración de esta etapa de recuperación varía mucho en cada individuo y de un hombre a otro: desde unos minutos a varias horas, conforme el hombre va haciéndose mayor, la etapa de refractario se va alargando. Consecutivamente, se da un periodo de calma que algunas parejas aprovechan para manifestarse ternura, charlar o simplemente dormir. Por otro lado el cuerpo, su vivencia, la imagen corporal están íntimamente relacionados con el autoconocimiento, la autoestima y por lo tanto, influirá de forma notable en la manera en la que vivamos nuestra sexualidad, el placer y el disfrute. Parte fundamental del autoconocimiento es la relación del cuerpo y el mundo emocional. El cuerpo nos da pistas, nos acerca, nos permite indagar en nuestro universo sentimental, a través de las sensaciones, de las tensiones, de la posición que tomamos, nuestro lenguaje no verbal es el lenguaje del cuerpo; la tristeza, la impotencia, la alegría, el bienestar se refleja en él. Aprender a escucharnos, tomar conciencia de nuestras emociones nos da la posibilidad de acercarnos a nuestras necesidades reales lo que nos motiva, lo que nos frustra, lo que nos da vergüenza. Aceptarnos tal y como somos nos da la libertad de ser.

### **7.3 ADOPCIÓN**

Constituye la tercera de las alternativas cuando se decide no interrumpir la gestación y, probablemente, es la más compleja por cuanto puede generar angustia y culpabilidad. Algunos autores han demostrado que las mujeres jóvenes que dan

a luz solteras y dejan a su hijo en adopción presentan mayores dificultades de personalidad que las que decidieron abortar. Existe, además, un trastorno psicológico sostenido que persiste varios años después. Los padres de una adolescente que deja su hijo en adopción presentan, en ocasiones, una sensación de vergüenza, pena y dolor que suele mitigarse cuando la hija acaba casándose y queda nuevamente embarazada. La adolescente que ha abandonado su criatura muchas veces tiene sensaciones similares, siendo bastante frecuente que muchos años después del abandono sigan lamentando su decisión y preguntándose cómo estará ahora su hijo.

#### **7.4 ABORTO EN ADOLESCENTES Y TIPOS DE ABORTO**

La adolescente que está embarazada se enfrenta a una dura prueba al tener que tomar una decisión, la de interrumpir su embarazo para la que, probablemente no esté emocionalmente madura.

Esta inmadurez junto con el temor a descubrir su situación hace que en adolescentes se produzcan un número excesivo de abortos del segundo trimestre. Suele ser frecuente que las adolescentes que demandan una consulta por un posible embarazo refieran que están embarazadas de menos tiempo que el real.

El aborto de acuerdo a su forma de inicio se puede clasificar como:

**Aborto espontáneo:** cuando se produce por un mecanismo natural sin que se realice ninguna maniobra o intervención medicamentosa o instrumental para terminar la gestación.

**Aborto inducido o provocado:** se efectúa deliberadamente utilizando una o varias maniobras o procedimientos con la única intención de facilitar la expulsión del producto. En esta categoría se incluyen los siguientes tipos:

##### **7.4.1 LEGAL**

Se realiza al amparo de la ley cuando este procedimiento es aceptado en la legislación de un país.

#### **7.4.2 ILEGAL**

Es un aborto inducido que se realiza en forma clandestina, generalmente en condiciones sanitarias deficientes y casi siempre por personas con instrucción baja.

#### **7.4.3 TERAPÉUTICO**

Es la terminación de un embarazo cuando existen complicaciones maternas que amenazan su vida. La mayoría de las veces se confunde con el aborto legal, pero en este caso, las indicaciones médicas predominan.

El aborto según sus formas clínicas se clasifica en:

#### **7.4.4 AMENAZA DE ABORTO**

Este es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo. Es el cuadro clínico caracterizado por la aparición antes de las 20 semanas de gestación de dolor hipogástrico y lumbosacro tipo cólico, sangrado transvaginal escaso, orificio cervical externo permeable.

#### **7.4.5 ABORTO EN EVOLUCIÓN (INMINENTE, EN CURSO)**

Es aquel que como consecuencia de la actividad uterina (contracciones uterinas, intermitentes y progresivas) ha producido modificaciones cervicales irreversibles (borramiento y dilatación), presencia o no de sangrado, de origen endouterino de magnitud variable.

#### **7.4.6 INEVITABLE**

Está caracterizado porque en ausencia de modificaciones cervicales se produce ruptura del saco amniótico, o pérdida de la vitalidad ovular, o sangrado profuso que compromete la vida de la paciente.

#### **7.4.7 DIFERIDO**

Es aquel en que se presenta la muerte y retención del producto de la concepción dentro de la cavidad uterina y este no se expulsa en un periodo de 4 semanas o más.

#### **7.4.8 HABITUAL O DE REPETICIÓN**

Se considera aquel que ha sucedido en forma espontánea en 3 o más ocasiones consecutivas o bien 5 o más de forma intercalada con embarazos normales.



#### **7.4.9. INCOMPLETO**

Es la expulsión de una parte del producto de la concepción y el resto se encuentra dentro de la cavidad uterina. Es una de las modalidades de terminación de cualquiera de las formas clínicas del aborto descritas anteriormente.

#### **7.4.10 COMPLETO O CONSUMADO**

Es la expulsión total del producto de la concepción. Constituye una de las modalidades de terminación de cualquiera de las formas clínicas del aborto anteriormente descritas.

#### **7.4.11 SÉPTICO INFECTADO**

En aquel caso en que se agrega una infección de origen endo-úterino a cualquiera de las formas clínicas del aborto.

### **7.5 PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE**

Resulta evidente que el embarazo es consecuencia de las relaciones sexuales, pero hay que señalar que el embarazo adolescente es mucho más probable allí donde se les niega la anticoncepción a los jóvenes y donde no se les ofrece información sobre la sexualidad y sus consecuencias.

El embarazo y la maternidad en la adolescencia son fenómenos que afectan la salud sexual, la salud reproductiva y el bienestar de las mujeres jóvenes, sus familias y comunidades, así como al desarrollo de un país, dados los múltiples efectos en los campos de la salud física, psicosocial y en los campos políticos, económicos y sociales que interfieren no solo en la calidad de vida y salud de los y las adolescentes y sus familias, sino también al colectivo en general.

La clave de la prevención del embarazo está en garantizar que adolescentes y jóvenes tengan participación real, no sólo en cuanto a sus derechos sexuales y derechos reproductivos, sino también dentro de la sociedad y la economía del país.

La maternidad juvenil tiene una mayor representación en comunidades pobres, reproduce el ciclo de pobreza y tiene como consecuencia para la sociedad una alta

pérdida de población con posibilidades de educación y productividad, lo que finalmente repercute en la exclusión social. La exclusión se expresa en las dificultades para la continuidad educativa, la inserción en el mercado laboral y la obtención de suficientes recursos económicos para continuar el curso de vida. Otros determinantes del embarazo adolescente son la aceptación social y cultural del mismo en algunas comunidades, especialmente en condiciones de alta vulnerabilidad social, donde se constituye en un factor que ayuda al reconocimiento social o a la compensación afectiva de las madres adolescentes.

En contextos de desplazamiento forzado, la violencia estructural está asociada al embarazo adolescente. La residencia en zonas rurales y, adicionalmente, la pertenencia a grupos étnicos negros y de población indígena, son también determinantes en la presentación del embarazo adolescente.

Los factores protectores reconocidos desde la evidencia científica como efectivos son la educación integral para la sexualidad y el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva.

Una de las estrategias claves de la prevención es la anticoncepción moderna. Los y las adolescentes como parte de su Derecho a la salud sexual y salud reproductiva, tienen derecho a solicitar consejería y además recibir la provisión del método que elijan. Las adolescentes menores de 13 años embarazadas, que decidan la interrupción, se les deben garantizar ese Derecho sin imponer ningún tipo de barrera.

## **7.6 PREVENCIÓN PRIMARIA**

Supone la base de la prevención y procura actuar sobre los factores de riesgo que favorecen u originan la aparición del problema. Al analizar las causas del embarazo adolescente, y conscientes de que hay factores difíciles de modificar (estado socioeconómico), debe proponerse una actuación dirigida a implementar los programas de educación sexual y mejorar la accesibilidad de los jóvenes a los métodos anticonceptivos.

### **7.6.1 EMBARAZOS NO DESEADOS**

El embarazo no deseado (también denominado embarazo no previsto, no querido, no planeado, no planificado, inesperado, imprevisto o inoportuno) es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos pre coitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo. Ante un embarazo no deseado y atendiendo a los principios de salud reproductiva de la OMS, puede continuarse con la gestación y llevar a término el embarazo o, si la legislación vigente del país o territorio lo contempla, practicar una interrupción voluntaria del embarazo o aborto inducido, ya sea mediante un aborto con medicamentos o un aborto quirúrgico, dependiendo del periodo de gestación y siempre con la asistencia sanitaria adecuada. En todo el mundo, el 38% de los embarazos son no deseados; unos 80 millones de embarazos no deseados cada año de un total de 210 millones de embarazos en todo el mundo. Consecuencias de los embarazos no deseados Las consecuencias de los embarazos no deseados, además de psicológicas, sociales y económicas son las siguientes:

- Aborto inducido (aborto con medicamentos o aborto quirúrgico)
- Mortalidad materna
- Mortalidad infantil
- Enfermedades derivadas del embarazo y el parto.

La existencia de un altísimo número de embarazos no deseados en el mundo origina la práctica de alrededor de 42 millones de abortos inducidos por año, y unos 34 millones de nacimientos no deseados. Mortalidad materna Más de un tercio de las muertes se debieron a problemas relacionados con el embarazo o el parto, pero la mayoría (64%) fue por complicaciones fruto de la práctica de abortos inseguros.

La mayoría de las muertes ocurrieron en las regiones menos desarrolladas del mundo, donde no se dispone de planificación familiar y los servicios de salud reproductiva apenas existen. Prevención de embarazos no deseados. Desde siempre, la sexualidad ha estado ligada a la reproducción, sobre todo para las

mujeres, casi sin derecho al placer y sin posibilidades de elegir su maternidad. Actualmente, los métodos anticonceptivos permiten la posibilidad de elegir de manera responsable el deseo de tener o no tener hijos/as, cuántos y en qué momentos. El tener un hijo /a es algo tan serio e importante, que no debería ser cuestión de suerte, sino cuando realmente se desee y se esté preparado/a para ello. Mientras tanto, hay que ser lo suficientemente maduros/as y consecuentes en las conductas sexuales como para ponerlos medios necesarios para evitarlo.

Todo ello se hace más patente en la adolescencia, que es donde más altos índices de embarazos no deseados hay. Y es que las estadísticas apuntan a que la mayoría de las/os adolescentes no usan ningún tipo de medidas de protección en sus primeros contactos sexuales; a ello hay que añadir el que acuden cada vez más a estas primeras experiencias sexuales con muy poca información acerca de su cuerpo y de su sexualidad, piensan: a mí no me va a pasar". Es decir, no existe la percepción de riesgo.

Un embarazo no deseado en la adolescencia tiene una serie de consecuencias negativas y situaciones de gran ansiedad, tanto para el chico como para la chica. Una vez que una joven se ha quedado embarazada de manera involuntaria, tome la decisión que tome, está expuesta a una multitud de consecuencias negativas no sólo orgánicas, sino también psicológicas, educativas, culturales, sociales.

Para intentar solucionar algunos de estos problemas y no llegar a situaciones extremas, habría que, no sólo darán información a todas/os las/os jóvenes sobre las medidas anticonceptivas existentes, sino también trabajar con ellos/as sus recursos y sus habilidades, es decir, proporcionar una adecuada educación sexual.

Estos riesgos no son únicamente el embarazo no deseado, también están las Enfermedades de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA, y aquellas frustraciones, decepciones, desengaños que pueden estar presentes en las relaciones sexuales y amorosas. Algunos/as jóvenes no utilizan medidas de protección. Existe una serie de factores que influyen en la no-utilización de métodos anticonceptivos en algunos/as joven, como son:

- Características de las relaciones afectivas y sexuales
- Influencia del grupo de iguales.
- Falta de información.
- Falta de habilidades personales y sociales.
- Factores morales o ideológicos.
- Factores de personalidad

No reconocerse como persona sexualmente activa. Visión negativa de la sexualidad y de la anticoncepción: percibir que son más los inconvenientes que las ventajas. Los chicos piensan que la responsabilidad de la Prevención la educación sexual no debe centrarse solamente en la prevención de riesgos: " Vivir la sexualidad como una realidad positiva, decidiendo libremente, dentro de un contexto de relaciones éticas y respetuosas con los demás, entre las posibilidades (placer, comunicación, afecto, procreación...) que ésta ofrece. Aunque la información es necesaria, no es suficiente para que los jóvenes se comporten de manera saludable: hay que modificar actitudes y enseñar habilidades.

La adolescencia es una época que sólo se recuerda feliz, cuando se ha pasado y estamos en plena madurez, e incluso puede añorarse, simplemente porque la hemos olvidado. No hay que olvidar que etimológicamente, adolescencia quiere decir padecimiento. Encontrarse a sí mismo de nuevo es la difícil tarea en la que está inmerso todo adolescente. Por ello es imprescindible saber cuáles son:

- Pre pubertad: Comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, como vello pubiano y en axilas, aumento de las mamas, etc..
- Pubertad propiamente dicha, que comienza en el chico con el cambio de voz, la primera eyaculación y en la chica con la primera regla o menarquía.

Los límites de edad entre los que nos manejamos, varían mucho, la media de aparición de la pubertad es de 13 años para la chica, y 14 para el chico. Como ven en esto como en la aparición del lenguaje, ganamos nuevamente las mujeres. Estos límites varían mucho y pueden considerarse como límites extremos de los 10 a los 15 años la aparición de la menarquía en la chica, y entre los 11 y 17 para los chicos.

Cambios psicológicos Además de estos cambios fisiológicos que son conocidos y aceptados por la mayoría de los padres por poca que sea su información, se producen otros cambios psicológicos, que son considerados como normales:

Crisis de oposición, en cuanto a la necesidad que tienen de autoafirmarse, de formar un yo diferente al de sus padres a los que han estado estrechamente unidos hasta ahora, con necesidad de autonomía, de independencia intelectual y emocional.

Desarreglo emotivo: a veces con la sensibilidad a flor de piel y otras en las que parece carecer de sentimientos. Es por eso que un día los hijos sorprenden con un abrazo a los padres y otro día rechazan cualquier muestra de cariño.

Imaginación desbordada: un mecanismo de defensa ante un mundo para el que no están preparados es el de soñar e imaginar cosas que transformen su realidad. Ellos pueden cambiar el mundo, hacerlo mejor.

Narcisismo: Se reconoce al adolescente cuando comienza a serlo, simplemente por las horas que le dedica al espejo. Le concede una importancia extrema a su físico: puede lamentarse por un grano en la nariz, obsesionarse por la ropa, por estar gordos o delgados. Quieren estar constantemente perfectos aunque su visión de la estética no tenga nada que ver con la nuestra.

## **7.7 PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL**

Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y deber de educar, en materia de sexualidad, a sus hijos. La consecuencia de este hecho es que hasta el 57% de los padres no hablan de temas de sexualidad con sus hijos y que hasta el 50% de éstos obtienen información sobre esta materia de sus amigos o medios de comunicación.

La sociedad, en su conjunto, puede tener derecho a preservar unos valores éticos y culturales que le han sido transmitidos y considere que no debe facilitar información a los jóvenes, creyendo que los adolescentes no deben tener relaciones sexuales y, por ello, no necesitan información o bien que la información pueda suponer un aliento a mantener relaciones sexuales.

Las actitudes de ciertas sociedades modernas han demostrado lo erróneo de esta presunción poniendo de manifiesto que el fenómeno habitual es el contrario: a mayor educación e información sexual menor tasa de embarazo adolescente.

### **7.7.1 EDUCACIÓN SEXUAL EN LAS ESCUELAS.**

Otras experiencias similares llevadas a cabo en Holanda o en EEUU han demostrado que el hecho de proporcionar consejo anticonceptivo a los jóvenes no parece promocionar, de forma significativa, el inicio de las relaciones sexuales entre los no activos, si bien aumenta, significativamente, el empleo de métodos anticonceptivos entre los sexualmente activos.

Mejora de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos

Esta debe ser una responsabilidad que asumamos los profesionales sanitarios considerando, además, que no es suficiente con prescribir un determinado método sino que también, hay que dialogar e informar, faceta en la que los jóvenes no encuentran la respuesta esperada para sus necesidades.

Los servicios tradicionales de Planificación Familiar han jugado un importante papel en la prevención del embarazo adolescente, pero todavía queda mucho por hacer. Debemos innovar estos servicios, para reducir el impacto social desfavorable de la fertilidad adolescente, dotándolos de nuevas estrategias de captación, relación y responsabilidad.

### **7.8 PREVENCIÓN SECUNDARIA**

El embarazo adolescente necesita una mayor atención sanitaria para prevenir y tratar las incidencias que lo complican haciendo especial énfasis en los programas de Educación Sanitaria, puesto que se ha demostrado que las jóvenes embarazadas acogidas en los programas de Educación Prenatal presentan una menor incidencia de morbi-mortalidad, materna y perinatal y utilizan más los métodos anticonceptivos después del parto.

## **7.9 PREVENCIÓN TERCIARIA**

Es responsabilidad de la Administración proveer y garantizar los recursos necesarios a las madres adolescentes para que las repercusiones, a corto, medio y largo plazo, de su maternidad sean lo menos graves posibles. Son necesarias políticas comunitarias de acogida a estas madres que posibiliten la continuación de sus estudios y formación, de forma que alcancen el desarrollo socioeconómico que les corresponde. La mejora de las condiciones socioeconómicas es uno de los caminos más importantes para resolver este espinoso problema.

## **7.10 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

A partir de los años 60 y como consecuencia de profundos cambios socioculturales, se produjo un notable incremento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Estadísticas actuales muestran que la población con mayor riesgo de enfermar de cualquiera de las ITS son los adolescentes y jóvenes adultos heterosexuales entre 14 y 24 años de edad.

Se estima que el 80 % de las personas con SIDA tienen entre 20 y 30 años, lo que significa que contrajeron la enfermedad cuando eran adolescentes.<sup>7</sup> Cada año se registran unos 340 millones de nuevos pacientes con infecciones de transmisión sexual en personas de entre 15 y 49 años de edad. Si bien esas infecciones son, en su mayoría, susceptibles de tratamiento, muchas no son diagnosticadas ni reciben tratamiento debido a la falta de servicios accesibles. Las ETS que no han recibido tratamiento son una de las principales causas de infertilidad, la cual afecta a entre 60 millones y 80 millones de parejas en todo el mundo.

Se considera que la población joven es la mayormente afectada por las infecciones de transmisión sexual y se estima que las actitudes son modificables con la adquisición de conocimientos positivos, al ser los adolescentes potenciales perceptores y emisores a su vez de los conocimientos adquiridos. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen un grupo de afecciones que se caracterizan por transmitirse a través de las relaciones sexuales, constituyendo



factores de riesgo la selección inadecuada de la pareja, y los cambios frecuentes de ésta entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta una gran preocupación por el marcado aumento que se observa en el número de enfermedades de transmisión sexual y ha dado orientaciones sobre esta situación a las autoridades de salud para combatir estas enfermedades, por constituir un escenario propicio para la infección por el VIH/SIDA. 7

El incremento observado en estas enfermedades va aparejado a diferentes factores que han contribuido a su ascenso, entre los que se destacan, cambios en el comportamiento sexual y social debidos a la urbanización, industrialización y facilidades de viajes, los cambios en la mentalidad referente a la virginidad, la tendencia actual a una mayor precocidad y promiscuidad sexual aparejado a una menarquia cada vez más temprana y a patrones de machismo que imperan en algunos países del mundo.

Los adolescentes tienen como características propias la falta de control de los impulsos, la ambivalencia emocional, los cambios emotivos y de la conducta, además que su maduración sexual, cada vez más temprana, los lleva a la búsqueda de las relaciones sexuales como inicio de su vida sexual activa. Estas características los condicionan a mantener comportamientos arriesgados y los expone a ser víctimas comunes de las ETS, lo cual se agrava por la falta de conocimientos reales acerca de éstas.

El control epidemiológico de las enfermedades de transmisión sexual se basa fundamentalmente en la prevención, detección y tratamiento de los pacientes y sus contactos. El médico de atención primaria es uno de los principales educadores sobre conductas de riesgo y sexo seguro, con la idea de la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Recordar que la simple utilización de profilácticos previene la transmisión de las mismas, que tratar la sífilis en una embarazada previene la sífilis congénita (con 40% de mortalidad) y que la vacunación contra la Hepatitis B en neonatos es una medida hoy día considerada por salud pública .

### **7.10.1 CLAMYDIA**

La infección es causada por un parásito intracelular la *Chlamydia trachomatis* que es la causa de distintos cuadros clínicos: uretritis no gonocócica y epididimitis en los varones, cervicitis, salpingitis, perihepatitis y síndrome uretral en las mujeres. La infección puede también afectar al recién nacido en su paso por el canal del parto siendo la causa de conjuntivitis, neumonía y otitis en el neonato. En un porcentaje importante de pacientes se asocia a la infección gonocócica.

### **7.10.2 SÍFILIS CONCEPTO**

También conocida como chancro duro. Es una enfermedad de transmisión sexual es muy contagiosa y se transmite por la relación sexual o por el contacto de la cavidad oral con los genitales afectados. El mayor riesgo se encuentra en la población de jóvenes sexualmente activos.

AGENTE CAUSAL *Treponema pallidum*,

### **7.10.3 CRECIMIENTO Y TRANSMISIÓN**

La bacteria causante de esta enfermedad necesita un ambiente tibio y húmedo para sobrevivir, por ejemplo, en las membranas mucosas de los genitales, la boca y el ano. Se transmite cuando se entra en contacto con las heridas abiertas de una persona infectada. Esta enfermedad tiene varias etapas: la primaria, secundaria, la latente y la terciaria (tardía). En la etapa secundaria es posible contagiarse al tener contacto con la piel de alguien que tiene una erupción en la piel causada por la sífilis.

### **SÍNTOMAS**

Etapa primaria: el primer síntoma es una llaga en la parte del cuerpo que entró en contacto con la bacteria. Estos síntomas son difíciles de detectar porque por lo general no causan dolor, y en ocasiones ocurren en el interior del cuerpo. Una persona que no ha sido tratada puede infectar a otras durante esta etapa.

Etapa secundaria: surge alrededor de tres a seis semanas después de que aparece la llaga. Aparecerá una erupción en todo el cuerpo, en las palmas de las manos, en

las plantas de los pies o en alguna otra zona. Otros síntomas posibles son: fiebre leve, inflamación de los ganglios linfáticos y pérdida del cabello.

Etapa latente: si no es diagnosticada ni tratada durante mucho tiempo, la sífilis entra en una etapa latente, en la que no hay síntomas notables y la persona infectada no puede contagiar a otras. Sin embargo, una tercera parte de las personas que están en esta etapa empeoran y pasan a la etapa terciaria de la sífilis.

Etapa terciaria (tardía): esta etapa puede causar serios problemas como, por ejemplo, trastornos mentales, ceguera, anomalías cardíacas y trastornos neurológicos. En esta etapa, la persona infectada ya no puede transmitir la bacteria a otras personas, pero continúa en un periodo indefinido de deterioro hasta llegar a la muerte.

#### **7.10.4 GONORREA CONCEPTO**

Es una infección venérea, la mujer tiene un mayor riesgo de contagio que el varón durante una relación sexual (contacto) con una persona infectada.

AGENTE CAUSAL *Neisseria Gonnorrhoeae*

#### **CRECIMIENTO Y DISEMINACIÓN**

Esta bacteria puede crecer y multiplicarse fácilmente en áreas húmedas y tibias del aparato reproductivo, incluidos el cuello uterino, el útero y las trompas de Falopio en la mujer, y en la uretra en la mujer y en el hombre. Esta también puede crecer en la boca, en la garganta, en los ojos y en el ano. SÍNTOMAS En la mujer:

- Secreción vaginal inusual
- sangrado vaginal inusual
- dolor en la parte inferior del abdomen

La mujer infectada puede no tener síntomas o presentar ligeras molestias al orinar o flujo.

En el hombre:

- Dolor al orinar • secreción uretral purulenta

En el varón transcurren dos a tres días después del contacto sexual antes de que se presenten los síntomas.

#### **7.10.5 CONDILOMA ACUMINADO CONCEPTO**

Es una enfermedad infecciosa, que se transmite por vía sexual, aunque también puede contagiarse en piscinas, baños, saunas.

AGENTE CAUSAL VPH (virus del papiloma humano)

CRECIMIENTO Se presenta en la piel de las zonas genitales en forma de verrugas. Las lesiones son apreciables a simple vista o se pueden diagnosticar por observación de tejidos con un microscopio SÍNTOMAS Algunos de los síntomas más importantes que sugieren la presencia de virus del papiloma humano son irritaciones constantes en la entrada de la vagina con ardor y sensación de quemadura durante las relaciones sexuales (se denomina vulvodinia), pequeñas verrugas en el área ano-genital: cérvix, vagina, vulva y uretra (en mujeres) y pene, uretra y escroto (en varones). Pueden variar en apariencia (verrugas planas no visibles o acuminadas sí visibles), en número y en tamaño, por lo que se necesita un especialista para su diagnóstico. Aparecen alteraciones en el Papanicolaou, lo que refleja que en el cuello del útero hay lesiones escamosas intraepiteliales (zonas infectadas por VPH que pueden provocar cáncer).

#### **7.10.6 HERPES GENITAL**

Su incidencia ha ido aumentando en los últimos años de forma preocupante sobre todo por no existir un tratamiento erradicador de la enfermedad como por el riesgo de transmisión al recién nacido en su paso por el canal del parto. Hasta el 90% de los casos son producidos por el virus herpes tipo II.

#### **7.10.7 SIDA**

CONCEPTO Es una enfermedad que afecta a las personas que han sido infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

AGENTE CAUSAL El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) AFECTACIÓN Ataca a los linfocitos T-4, que forman parte fundamental del sistema inmunitario del ser humano. Como consecuencia, disminuye la capacidad de respuesta del

organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otro tipo de infecciones TRANSMISIÓN Sexual, al contacto de secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona.

Parenteral, transfusiones de sangre, través de jeringuillas infectadas Vertical (de madre a hijo), durante el embarazo mediante la placenta o durante el parto y la lactancia, SÍNTOMAS

- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Malestar general
- Depresión
- Infertilidad
- Vómito
- Diarrea

### **7.11 PREVALENCIA**

Las tasas de incidencia de las ETS siguen siendo altas en la mayor parte del mundo, a pesar de los avances de diagnóstico y terapéuticos que pueden rápidamente hacer que los pacientes con muchas ETS se vuelvan no contagiosos y curar a la mayoría. En muchas culturas, las costumbres sexuales cambiantes y el uso del anticonceptivo oral han eliminado las restricciones sexuales tradicionales, especialmente para las mujeres y, sin embargo, tanto los profesionales de la salud como los pacientes tienen dificultades para tratar abierta y sinceramente los problemas sexuales. Adicionalmente, la difusión mundial de bacterias drogo resistentes (ej., gonococos resistentes a la penicilina) refleja el uso erróneo de antibióticos y la extensión de copias resistentes en las poblaciones móviles. El efecto de los viajes se hace más evidente con la difusión rápida del virus del sida (HIV-1) de África a Europa y al continente americano a finales de la década de 1970.

## **7.12 PREVENCIÓN**

### **7.12.1 PREVENCIÓN PRIMARIA**

Educación Sexual, práctica de sexo seguro, en lo posible relaciones sexuales con pareja estable libre de infección, vigilancia de la higiene personal, consulta periódica al médico especialista para exámenes genitourinarios de control (especialmente en personas trabajadoras sexuales), conocimiento y práctica de las medidas de bioseguridad.

### **7.12.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA**

Detección precoz de la afección y tratamiento inmediato del enfermo y sus contactos sexuales cercanos, seguido de la notificación y búsqueda de los demás contactos sexuales que constituyen el racimo de ese paciente considerado como índice.

## **8 CONCEPTO DE ANTICONCEPCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Definición de anticoncepción y planificación familiar Anticoncepción es el término que se utiliza para designar las técnicas orientadas a evitar el embarazo. Se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes (Secretaría de Salud, 1994). La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos.

Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (OMS, 2013). Con la anticoncepción se evitan los embarazos y es parte de la planificación familiar, son términos que se usan de manera indistinta, la finalidad de ambas es prevenir o controlar el número embarazos, empleando métodos naturales o artificiales.

La OMS (2013), está trabajando para promover la planificación familiar mediante la preparación de directrices apoyadas en datos científicas sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos y los servicios mediante los cuales se ofrecen; la preparación de normas de calidad y la precalificación de los productos

anticonceptivos; y la ayuda a los países para que introduzcan, adapten y apliquen estos instrumentos para satisfacer sus necesidades.

Los programas de planificación familiar son parte fundamental de la salud materna infantil, contemplada de gran importancia dentro de los contenidos programáticos de la estrategia de Atención Primaria de Salud, señalada como política para alcanzar la Meta de Salud para Todos en el año 2000. El Personal de Enfermería como parte integral del equipo de Salud contrae un alto grado de responsabilidad para alcanzar los objetivos trazados para tal situación. Ante la necesidad de corroborar el buen funcionamiento y desarrollo del programa de Planificación Familiar y la colaboración de Enfermería en el mismo; el presente trabajo pretende identificar la manera que influye la orientación que el individuo recibe por parte de Enfermería y los medios de comunicación social en la percepción de eficacia de los métodos anticonceptivo y como llevar una adecuada planificación familiar.

Es conocido que los programas de Planificación Familiar han contribuido a disminuir las tasas de natalidad, mejorar el bienestar familiar en los aspectos de salud, económicos y sociales. Sin embargo; aunque la población mundial utiliza sus métodos para espaciar el nacimiento de sus hijos y decidir de manera libre, responsable e informada el número de hijos que desee tener la pareja, aún existen personas en edad reproductiva usando algún método anticonceptivo inadecuado, auto recetado o recomendado por familiares o amistades, o bien no se interesa por planificar la familia debido a que desconocen o conocen parcialmente los métodos anticonceptivos, referencia observada por la autora a través de la experiencia adquirida en la participación de los programas mencionados.

Esta razón ha despertado interés por indagar si la información que los posibles usuarios reciben del personal de Enfermería y los medios de comunicación social sobre el programa de Planificación Familiar, tiene alguna influencia en la actitud de la no utilización de métodos anticonceptivos a pesar de que objetivamente parecen requerirlos, determinando que la investigación se llevaría a cabo en una población con niveles socio económicos y de escolaridad bajo.

## Objetivos globales de la planificación familiar

- Evitar embarazos no deseados.
- Regular los intervalos entre embarazos
- Decidir el número de hijos en la familia.
- Regular el tiempo en que ocurren los nacimientos en relación con las edades de los padres.
- Facilitar los nacimientos deseados para mujeres con problemas de fecundidad.
- Evitar el embarazo cuando agravaría una enfermedad peligrosa presente.
- Brindar a los portadores de enfermedades genéticas la opción o posibilidad de evitar el embarazo

Beneficios de la planificación familiar Planificación familiar es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales. También se incluye dentro de la planificación familiar la educación de la sexualidad, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento antes de la fecundación, durante el embarazo y el parto, así como el tratamiento de la infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida como la fecundación. Los beneficios de la planificación familiar son:

- Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres
- Reducción de la mortalidad de los menores de un año
- Prevención de la infección por el VIH y el SIDA
- Poder de decisión y una mejor educación
- Disminución del embarazo de adolescentes



- Menor crecimiento de la población (OMS, 2013).

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

Prácticas o conductas sexuales típicas del adolescente La sexualidad se encuentra presenta a lo largo de la vida del ser humano, sin embargo, en la adolescencia es donde se vive y manifiesta de manera diferente en relación a cómo se expresa en otras etapas de la vida.

En este periodo surgen sensaciones e impulsos que se encuentran relacionados con los cambios biológicos que enfrentan todos los adolescentes, los cambios hormonales provocan que se tengan deseos y fantasías eróticas, que se quiera experimentar placer físico a través del propio cuerpo y del cuerpo de otros, especialmente en la adolescencia empiezan a desarrollarse relaciones humanas diferentes hacia una persona en especial, que van evolucionando con el tiempo.

La atracción física, el amor, el reconocimiento de las cualidades, la tolerancia de los defectos y el impulso sexual, pueden llevar a la pareja a buscar una mayor intimidad y entrega que puede culminar en relaciones sexuales. El ejercicio de la sexualidad tiene que ver con la atracción afectiva que se siente por la pareja; puede llegar a ser como el lenguaje de comunicación recíproca entre los dos. En ella intervienen los valores, principios y convicciones de carácter moral e incluso religioso, que varían según los diversos grupos de la sociedad.

Los púberes y adolescentes además de concentrarse en su aspecto externo, tienen que aprender cosas nuevas sobre sus propios cuerpos, esto mediante la inspección física y la exploración. Muchos de los adolescentes pasan horas examinando sus genitales, a veces con la ayuda de un espejo de mano, otras (especialmente en el caso de los varones) con la ayuda de una cinta métrica o regla para comprobar las dimensiones exactas.

Las adolescentes tienden a inspeccionarse las mamas muy detalladamente, a preocuparse por las diferencias de tamaño entre ambas, la presencia o ausencia de vello alrededor de la aureola, la prominencia de los pezones, la forma y tamaño de dichos órganos. La inspección física se extiende generalmente a la exploración física, y los adolescentes de ambos sexos experimentan para saber qué sienten con las diversas formas de tocarse y qué clase de respuestas produce cada una. En el proceso de aprendizaje del propio cuerpo no es igual para todos los adolescentes, pero probablemente existen pocos adolescentes varones que en un momento u otro no hayan intentado ponerse un preservativo mientras se hallaban en la intimidad de su propia habitación, sólo para “ver cómo es”. De forma similar, la mayoría de las chicas han intentado probablemente meterse algún objeto en la vagina para averiguar qué sensación producía.

Este tipo de aprendizaje lleva finalmente a intentos más deliberados de conseguir excitación sexual. Los adolescentes quieren descubrir simplemente cuánto y cuán rápidamente pueden excitarse, cómo integrar sus fantasías con sus respuestas físicas. Todo esto es en parte una forma de autodescubrimiento, de llegar a sentirse cómodos con el propio cuerpo y sus reacciones. El aprendizaje acerca del propio cuerpo no sólo tiene lugar cuando los adolescentes están solos también ocurre cuando tocan o con tocados por los demás, besan o son besados, se desnudan o ven cómo se desnuda otro.

Las relaciones sexuales son parte del ejercicio de la sexualidad, son un lenguaje de comunicación entre dos personas, se refiere a conductas en las que existe penetración del pene en la vagina. Las relaciones sexuales tienen distintas finalidades. Las más comunes son las de dar y recibir placer, en encuentro amoroso entre dos personas y la reproducción de la especie. En el artículo de conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia, realizado por Espada, Quiles y Méndez (2003), se revisaron las investigaciones sobre conductas sexuales adolescentes las cuales son:

a) Masturbación: tanto el auto estimulación, como la masturbación de la pareja son prácticas muy extendidas entre los adolescentes. Entre jóvenes estudiantes cerca de la mitad se masturban con frecuencia de una o más veces por semana.

b) Sexo oral: los estudios con adolescentes indican que más de la mitad de los sujetos han tenido alguna práctica de sexo oral.

c) Coito vaginal: entre chicas y chicos sexualmente activos, el 100 % ha tenido alguna relación con penetración vaginal.

d) Coito anal: esta práctica, es una de las que conlleva mayor riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Embarazo en las adolescentes El embarazo en cualquier edad es un hecho biopsicosocial muy importante, pero que en la etapa adolescente podría atentar contra el bienestar de la madre a nivel salud, y es preocupante puesto que acarrea graves problemas médicos que pueden presentar altas tasas de mortalidad materna, perinatal y neonatal, sin olvidar el impacto que produce a nivel psicológico y sociocultural, el costo a nivel personal, educativo y familiar.

El embarazo de adolescentes se relaciona con tres factores: elementa las probabilidades de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo no deseado. En familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre, y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, también se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente. Se puede definir el embarazo adolescente como la gestación de mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente independientemente de su edad ginecológica (Ruoti, 1994).

Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente:

1. Factores de riesgo individuales: menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar

2. Factores de riesgo familiares: disfunción familiar, antecedentes de madres o hermanas embarazadas en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

3. Factores de riesgo sociales: bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

Los adolescentes a esta edad ya conocen los riesgos del embarazo y su prevención, y al pertenecer a un ambiente carente de afecto, atención y bienestar, los induce a buscarlo en sus novios, en otras ocasiones son presionados por la pareja para mantener relaciones sexuales sin protección alguna, arriesgándose a un embarazo o a una enfermedad de transmisión sexual.

Entre los adolescentes únicamente una quinta parte de las mujeres y la mitad de los varones usaron algún método anticonceptivo en la primera relación sexual el inicio de la vida sexual se ubica a los 18.3 en promedio; más temprano para los hombres que para las mujeres, y la edad promedio de la primera relación fue a los 13 años.

El intervalo entre la madurez reproductiva biológica (menarca), cada vez más temprana y la aceptabilidad social de la unión (matrimonio) cada vez más tardía, expone a los adolescentes a una etapa prolongada de riesgo reproductivo y social.

El embarazo en la adolescencia aumenta las posibilidades de desnutrición y mortalidad materna e infantil y está relacionado con la deserción escolar de las adolescentes y jóvenes. Es por ello que, la atención a la salud sexual y reproductiva de esta población debe armonizarse con las acciones del sector educativo, así como con las estrategias de combate a la pobreza y las encaminadas a lograr la igualdad de oportunidades y la equidad de género.

Datos y cifras sobre el embarazo en la adolescencia Según datos presentados por Consejo Estatal de la Población COESPO, el 13 de julio del 2013:

- A nivel mundial, cada año, unos 16 millones de las adolescentes de entre 15 y 19 años de edad dan a luz. En 9 de cada 10 de esos casos, ya están casadas.
- Las complicaciones del embarazo y el parto siguen siendo la principal causa de defunción de las adolescentes de 15 a 19 años de edad en los países de ingreso bajo y mediano.
- Las niñas, adolescentes y las jóvenes también están sujetas a altos niveles de morbilidad y mortalidad como resultado del aborto realizado en condiciones precarias e insalubres. Según se estima que en 2008 hubo en los países en desarrollo tres millones de abortos realizados en malas condiciones que afectaron a mujeres de 15 a 19 años de edad.
- Las muertes perinatales son 50% más altas entre hijos/as de madres adolescentes que entre madres de 20 a 29 años.
- Los riesgos de un embarazo en la adolescencia están fuertemente asociados con las desigualdades, la pobreza y la inequidad de género. La probabilidad de morir por un embarazo en menores de 15 años es 5 veces mayor que en las mujeres adultas, en tanto que para las mujeres de 15 a 19 años la probabilidad es de 2 a 1.
- Las adolescentes tienen un limitado acceso a los anticonceptivos y también un limitado uso. En los países en desarrollo, considerados en su conjunto, un 22% de las adolescentes (de 15 a 19 años de edad) que están casadas o en una unión utilizan anticonceptivos, en comparación con un 61% del conjunto de mujeres casadas de 15 a 49 años de edad.
- En México, de acuerdo a datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, la proporción de mujeres jóvenes que tienen una vida sexual activa ha aumentado de una de cada cinco en 1987, a cerca de una de cada tres en 2009.
- La ENADID 2009, revelo que seis de cada diez mujeres adolescentes no hacen uso de ningún método anticonceptivo durante su primera relación sexual. Los datos

evidencian que la edad promedio al uso del primer método anticonceptivo generalmente es posterior al primer hijo.

- En México, de acuerdo con los datos del Censo de 2010, siete de cada 10 mujeres de 15 años o más tuvieron al menos un hijo nacido vivo. Del total de mujeres de 15 a 19 años, sólo el 12.4% han tenido descendencia, a diferencia del 57.2% de las jóvenes de 20 a 29 años de edad.

La educación de la sexualidad requiere la intervención pluridisciplinaria en el aprendizaje. Con el fin de que el educando asimile los instrumentos para su desarrollo desde diversas perspectivas: de lo fisiológico a lo social, pasando por cada una de las materias instrumentales básicas y capacitar para utilizar ese saber en el crecimiento personal. Promover que el alumno tome conciencia de lo importancia que tiene su sexualidad, del lugar que ocupará y ocupa en su vida. De hacerse así, la acción educativa lograría proveer seguridad para el dominio del conocimiento adquirido. Con ellos no caería en una vía de dominio y control de seres humanos.

El objetivo principal de la educación de la sexualidad es lograr que cada persona integre de un modo armónico y positivo esta dimensión. Dentro del conjunto de su personalidad y de sus relaciones. Para que sea un factor de crecimiento, maduración y bienestar. En este sentido la educación apunta a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Los objetivos específicos de la educación sexual se delinearán de acuerdo a las edades, desde el jardín de niños hasta el último año de la escuela secundaria.

Así mismo los niveles terciarios y universitarios de las carreras de la salud, la educación y las ciencias sociales también deberían incluir en sus programas la temática de la sexualidad, para que sus graduados puedan realmente transmitir salud sexual a sus asistidos.

El tema de la educación sexual en México ha dependido de cada gobierno, se ha construido gradualmente y ha tenido grandes aportaciones. Los temas que se imparten son la reproducción, anatomía, y métodos anticonceptivos; dejando a un

lado el erotismo, los derechos sexuales y el ejercicio de la sexualidad. Para que la educación de la sexualidad fuese impartida por parte de la escuela se ha pasado por dificultades y reformas educativas.

La Secretaría de Educación Pública (SEP) emprendió una reforma educativa en 1974, y fue introducida formalmente la educación sexual, por medio de libros de texto en escuelas primarias y secundarias. En 1976, el Consejo Nacional de Población (CONAPO), inició cursos y conferencias sobre temas sexuales con el Programa Nacional de Educación Sexual. En 1992, el plan y los programas de la educación secundaria sufrieron una reforma global, donde se propuso establecer la congruencia y continuidad con el aprendizaje obtenido en la primaria, en 1993, se declaró como obligatoria a la escuela secundaria como última parte de la denominada educación básica. En 2006, se hizo la Reforma Integral de la Educación Secundaria (RIES), donde el contenido temático que se les imparte a los alumnos referentes a la sexualidad, es en Ciencias I o Biología, en donde sólo se han incorporado los siguientes subtemas:

- 1). Sexualidad humana y salud: Anatomía y menstruación.
- 2). Análisis de las cuatro potencialidades humanas: Enfoque sistémico de la sexualidad.
- 3). La importancia de tomar decisiones informadas para una sexualidad responsable, segura y satisfactoria: salud sexual (Infecciones de transmisión sexual).
- 4). La importancia de decidir cuándo y cuántos hijos tener: salud reproductiva (métodos anticonceptivos). En México, una gran variedad de organizaciones no gubernamentales se dedica a temas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Una primera división puede establecerse entre aquellas organizaciones dedicadas exclusivamente a la población adolescente (como Cora), de aquéllas que tenían programas de planificación familiar o prevención del sida para la población en general, pero que incorporaron dentro de la organización algunos programas

específicos para adolescentes. En cuanto al tipo de acciones que desarrollan, algunas brindan servicios médicos y educativos, y otras se han especializado en información, educación y capacitación.

Algunas organizaciones no tienen programas específicos para adolescentes, pero el tipo de acciones que desarrollan incluyen a los jóvenes. Otras organizaciones se han especializado en la defensa de derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva, aunque no específicamente de los adolescentes y varias organizaciones vinculadas a prevención de VIH/SIDA. Entre los programas desarrollados por las ONG, destaca Gente Joven, que comenzó en 1981. Es un programa de joven a joven. Su objetivo es que los jóvenes cuenten con adecuada y suficiente información para tomar decisiones bien informadas respecto a la salud sexual y reproductiva. No desalienta ni fomenta las relaciones sexuales sino que promueve la propia decisión del joven. Opera en distintos ámbitos: en escuelas, en la comunidad y centros de trabajo. Además de dar orientación a los jóvenes, forman multiplicadores.

Los multiplicadores contribuyen al programa incorporando nuevos jóvenes, brindando información y repartiendo condones. Por otra parte, cuenta con una red de apoyo de servicios (médicos, psicológicos) para referir a los jóvenes. Una parte importante del programa es el desarrollo de materiales de difusión en cuya elaboración participan los jóvenes (películas, videos, audiovisuales, libros, folletos, carteles). Ha sido también capacitadora de los profesionistas de instituciones de salud pública y privada, de escuelas, y de otras ONG.

Se encuentra en la vanguardia en cuanto al tipo de métodos anticonceptivos que provee a los jóvenes, habiendo introducido al país en 1999 la anticoncepción de emergencia. Resalta el alcance nacional de la organización, que cubre tanto áreas urbanas como rurales. La sexualidad es parte fundamental de cada persona, el como la integre, conozca y desarrolle, repercutirá directamente en su personalidad y en sus relaciones sociales, es necesario contar con educación sexual en todas las edades del desarrollo, principalmente durante la adolescencia, paso importante de



crecimiento y maduración, y prevenir consecuencias no deseadas limitantes para una vida adulta.

La Enfermería Comunitaria es punto importante de contacto con la población, sus casos, metas y estrategias para la Salud del individuo deben ser aplicados tomando como base la extensión de la cobertura y encontrando la motivación necesaria para lograrlo satisfactoriamente. En la actualidad, se cuenta con todo el apoyo de las autoridades gubernamentales. Por lo tanto se considera necesario conocer la participación de este personal de salud en el desarrollo y funcionamiento de los programas de salud; uno de ellos de incumbencia en este estudio es el de Planificación Familiar tomando en cuenta la manera en que perciben los individuos la eficacia de los métodos anticonceptivos de Planificación Familiar, las necesidades de cada familia en los aspectos económicos, afectivos y de salud, así como las políticas de nuestros gobiernos. La Organización Mundial de la Salud al jerarquizar los principales problemas para el propósito fundamental de acción: Salud para Todos en el Año 2000, reitera que son esenciales mejores alimentos, viviendas, saneamientos, educación y que es menester extender los servicios de salud a las zonas rurales y a los barrios pobres urbanos.

El prevenir enfermedades es más eficiente y menos costoso que curarlas. El programa de Planificación Familiar se implementó dentro de la salud materno infantil, por considerar que al planificar los hijos se contribuye a disminuir las elevadas tasas de morbi-mortalidad en el binomio madre e hijo. El comité de expertos de salud materno infantil de la Organización Mundial de la Salud, observó que la Planificación Familiar puede; "ejercer una influencia favorable en la salud, el desarrollo y el bienestar familiar y tiene efectos muy importantes en las madres y los niños" coadyuva en la salud de la mujer al permitirle tener los hijos cuando esté mejor preparada y en condiciones físicas para ello; de igual manera en la salud de los hijos; al ayudar a la madre a espaciar sus nacimientos, de esta forma podrá brindar una mejor atención a su familia.

El futuro de un país y la humanidad, depende de sus niños; necesitan ser sanos, sobrevivir los primeros días de su existencia y de los primeros años cuando son

especialmente vulnerables, para que crezcan y se conviertan en adultos saludables y capaces. Para lograrlo requieren de buenos alimentos, buena higiene, educación y atención médica para su desarrollo. Necesitan madres sanas y familias que puedan prestarles cuidados y atención integral: por lo tanto la salud de las mujeres y los niños es parte importante de la salud nacional. Millones de niños han sido inmunizados contra enfermedades mortales y millones de mujeres han recibido mejor atención durante el embarazo y parto. Estos avances han contribuido a disminuir los índices de mortalidad materna infantil, sin embargo aún queda mucho por hacer. Para el desarrollo y aplicación del programa de Planificación Familiar, la participación del personal de salud es imprescindible; se identifica al personal de Enfermería, como promotor, difusor y ejecutor del programa, además de punto de contacto inicial entre las instituciones de salud y la comunidad.

De ahí la necesidad de que durante el desarrollo de sus actividades deba transmitir la orientación de los programas de salud en forma adecuada, considerando los factores que en un momento dado pueden generar cambios en las creencias y juicios de valores erróneos de cada individuo, sobre todo relacionados con la Planificación Familiar.

El personal de Enfermería de acuerdo a los teóricos de esta profesión, tiene la responsabilidad de contribuir con otros profesionales de la salud a optimizar el bienestar físico, mental y social del individuo, familia y comunidad: Para tal situación, su participación en los programas de salud es de gran importancia, además de que es quien se encuentra en contacto más frecuente con la comunidad.

En las últimas décadas el personal de Enfermería ha sido de legado en algunas de sus funciones que le han sido otorgadas a los médicos; esto tal vez ha sucedido porque Enfermería se mantenía enclaustrada en su enfoque clínico rutinario, sin aspiraciones de superación que demostraran sus capacidades.

Actualmente han surgido cambios en el desarrollo de sus funciones; hoy en día grupos de Enfermería están pugnando por demostrar el profesionalismo de sus acciones y capacidades, prueba de ello. El resultado de la presente investigación está dirigido a retroalimentar las funciones que desempeña el personal de

Enfermería en los programas de salud, entre los que se encuentra el desarrollo y ejecución de los programas de Planificación Familiar.

Así mismo servirá para determinar la orientación que deberá brindar a las personas en edad reproductiva, potenciales de ingresar al programa de Planificación Familiar para que con confianza seleccionen el método adecuado a sus necesidades y las de su familia.

## **9 CONCLUSIÓN**

La planificación familiar es muy importante en la vida de la pareja porque nos da la oportunidad de decidir voluntariamente el número de hijos que deseamos tener.

La función educativa del profesional de enfermería u obstetricia tiene una importancia especial dentro del servicio de planificación familiar. Siendo un servicio voluntario, es el paciente el que tiene el derecho de tomar una decisión libre acerca del uso de los métodos anticonceptivos. Necesita tener una información completa acerca de los métodos para poder tomar esta decisión, y necesita recibir esta información en un ambiente de confianza que le permita discutir temas delicados y aclarar sus dudas sin pena o temor al rechazo.

La Planificación Familiar favorece a las familias de escasos recursos económicos a poder decidir la cantidad de hijos que podrán tener y brindarles todas las atenciones y comodidades que lo requiera.

La cantidad y tipo de información que necesita cada paciente varía de acuerdo con sus circunstancias. El rol educativo del profesional de enfermería u obstetricia es ajustar la orientación al caso, facilitando y apoyando al usuario en el proceso de toma de decisiones y en la solución de problemas que se presentan con el uso del método elegido.

Hay varios factores que intervienen en la selección de un método anticonceptivo. Entre estos se encuentran: la efectividad del método; el estado de salud de la mujer y su familia; el deseo de embarazos futuros; la conveniencia del método; la cooperación del conyugue la edad; y factores religiosos o socio-culturales. El profesional de enfermería deberla tomar en cuenta no solo la variedad de métodos

disponibles, sino también los factores nombrados y otros, como mitos y rumores, que pueden influir en la decisión del usuario.

En este sentido, el impulso para la extensión de la planificación familiar se ha desarrollado a partir de dos criterios: por un lado, la salud y el bienestar del individuo, y por otro, las consecuencias de las altas tasas de crecimiento de la población.

La planificación familiar satisface necesidades tanto en el ámbito individual como en el colectivo. El concepto de planificación familiar se basa en el derecho de los individuos y las parejas a regular su fertilidad y está fundamentado en las áreas de la salud, los derechos humanos y la demografía.

A pesar de la evolución en las políticas y los programas de planificación familiar en todo el mundo, existen grandes áreas geográficas en las que todavía no se cumplen las necesidades mínimas en este sentido.

Aunque el desarrollo de los medios tecnológicos para el control de la fertilidad ha sido inicialmente lento, en los últimos años se han producido grandes avances en este área debido al interés creciente por el tema y a un aumento de los recursos científicos. Las técnicas anticonceptivas modernas buscan la interrupción del proceso de la concepción actuando a nivel del óvulo, del espermatozoide, de la fertilización y de la implantación.

Existen diversos tipos de métodos anticonceptivos en función del lugar de acción en la interrupción del proceso, aunque un método puede tener más de un mecanismo de acción. En la evaluación de los distintos métodos disponibles en la actualidad y la elección del "anticonceptivo ideal", en cada caso concreto deben ser tenidos en cuenta conceptos tales como la eficacia anticonceptiva, seguridad de los anticonceptivos, aceptabilidad, así como factores individuales relacionados con las necesidades y las características particulares del usuario.

El rol educativo del profesional de enfermería u obstetricia no termina con la aceptación de un método de parte de la persona interesada. Continúa con la

orientación detallada sobre el uso del método, posibles efectos colaterales y señales de peligro para el método seleccionado.

En cada visita subsiguiente del usuario, sea de control por motivo de molestias, es importante repasar las indicaciones sobre el uso del método, determinar si el usuario aún está satisfecho con el método, y discutir alternativas si fuese indicado.

## **10 BIBIOGRAFÍA:**

### **10. 1. BÁSICA**

- Anticonceptivos Hormonales Inyectables: Aspectos Tecnicos y de Inocuidad Organizacion Panamericana de la Salud. Publicacion Cientifica, No. 429, 2010.
- Asociacion Americana de Salud Publica, O.P.S., Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre, Undecima Edicion, 2010.
- Barcelona, Delia R.; Bautista, Paulina; Bogue, Donald J. Anticoncepcion. Manual Sobre Metodos de Planificacion Familiar, Ch1cag~, Illinois; Social Deve10pment Center. EE.UU,2011.
- Benson, Ralph C. Manual de Ginecologia y Obstetricia, Mexico, D.F., 1981.
- Burkman, R. T. "The Women's Health Study Association between Intrauterine Device" and Pelvic Inflammatory Disease. Obstetrics and Gynecologz. 57:269, 2011.
- Castellanos, Gustavo. Desarrollo de la Conducta Sexual Asociacion Guatemalteca de Educacion Sexual A.G.E.S. Guatemala, C.A.
- CENPAFAL Planificacion Familiar Natural Bogota, Colombia 2012.
- eohen, Jean. Enciclopedia de la Vida Sexual Editorial Argos Vergara S.A. Barcelona, Espana, 1981. 9. Corsan, s. ;Derman, R.; and Tyrer, L. Control de la Fertilidad Editorial Little, Brown, Inc., EE.UU., 2013.
- Diccionario de Especialidades Farmaceuticas 16 a Edicion C.A.D., p. 593 Centro America Dominicana, 2011.

- Dienhart, Charlotte M. Anatomía y Fisiología Humana 2da. Edición Centro Regional de Ayuda Técnica.
- Dickinson, R. L. Human Sex Anatomy. Baltimore Williams and Wilkins.
- Edelman, D.A. et al; "Pelvic Inflammatory Disease and the Intra Uterine Device: A Causal Relationship. "International-Journal of Gynecology and Obstetrics, 17:504, 2012.
- Espinoza, J. C. Control de la Natalidad CENPAFAL Bogotá, Colombia, 2010.
- Gally, Esther. Sexualidad Humana y Planificación Familiar, México Editorial Pax-México 2013.
- Greenblatt, R. B. El Desarrollo de Un Nuevo Anticonceptivo Oral Trifásico Los Estudios del Simposio Específico del X Congreso Mundial de Fertilidad y Esterilidad. Madrid, Julio, 2011.
- Guttmacher, A. F. Y otros, Anticoncepción, Fertilidad y Amor Buenos Aires, Editorial Paidós, 2010.
- Guyton, Arthur C. Fisiología Humana 3ra. Edición en Español México. Editorial Interamericana, S.A., 2010.
- Hatcher, Robert et al; Tecnología de la Contracepción 2da Edición en Español Irvington Publishers, B.E.U.U., 2010.
- Hatcher, Robert et al; . Contraceptive Technology 13th Edition. Irvington Publishers, E.E.U.U., 2010.
- Información Científica Tratamiento de la Candidiasis, Bayer 4ta. Edición, 2010.
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá Seminario de Promoción de la Lactancia Materna, Dirigido a Enfermeras y Trabajadores Sociales de las Áreas de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. . Centro Regional de Documentación sobre Nutrición Materno-Infantil, Lactancia y Destete Guatemala, 2010.
- Katohadounam, Herant; Lunde, Donald. Las Bases de la Sexualidad Humana Compañía Editorial Continental S.A. Méjico, 2010.
- Keller, Paul J. Trastornos Hormonales en Ginecología, Suiza Edición Roche, 2010.

- K1mber, Manual de Anatomía y Fisiología. Prensa Medica Mexicana, 2010.
- K1einman, Ronald L. - Manual de P1anificacion Familiar para Medicos Editado por I.P.P.F., 2010.
- K1einman., Ronald L. Manual de P1anificacion Familiar para Parteras y Enfermeras Editado por I'P.P.F., 2010.
- Langman, Jan. Embriología Medica 2da Edieion en Espano1, Meneo Editorial Interamerleana S.A., 2010.
- Manual de Entrenamiento para el Instituto de Maestros de Instructores del Metodo de la Ovulaeion Fundaeion para la Familia de las Americas, Inc., 2010.
- Masters y Johnson. Respuesta Sexual Humana, Little, Brown & COi Massachusetts, 2010.
- McCarthy, Barry. 1.0 Que Aun No Sabes Sobre el Sexo (Para Hombres). Editorial Pax-Mexico, 2010.
- McC8.ry, James. Sexualidad Humana 3ra Edieion Editorial del Manual Moderno S.A. Meneo, 2010.
- Novak Joies, Jones. Gineeo1ogia 8&. Edieion Editorial Interamericana Meneo, Octava Edieion, 2010.
- Onetto, Enrique. Elementos Basieos de Sexualidad Impreso por Asociaeion Chilena de Proteeeion de la Familia Santiago, Chile,2010.
- Organizacion Panamericana de la Salud Anticonceptivos Orales, Aspectos Teenieos y de Inocuidad Publ1eaeion Cientifia NO 28.
- Ory, H. W., Forrest, J. D. and Lineo1n R. ~king Choices." Evaluating Hea1th Risks and Benefits of Birth Control Methods. N.Y. Alan Guttmacher Institute, 2010.
- Ostergard, Donald. Manual de Gineco-obstetricia Meneo, Editorial Pax-Meneo, 2010.
- P1anned Parenthood Federation of America !UD Use: Medical Standards and Guidelines (Part 2, Sec. IV), New York, 2010.
- Population Crisis Committee/Draper Fund Guia de los Metodos Modernos de Anticoncepcion liash!ngton, D.C., EE. oo.

- Population Reports: Informes Medicos. "Abstinencia Periodica." Serie I, Numero 1, Junio, 2010.
- Population Reports: Informes Medicos. "Abstinencia Periodica." Serie I, Numero 3, Julio 2010.
- Population Reports: Informes Medicos. "Anticonceptivos Orales," Serie A, Numero 6, Mayo, 2010.
- Population Reports: Informes Medicos. "Dispositivos Intrauterinos," Serie B, Numero 1, Diciembre, 2010.
- Population Reports: Informes Medicos. "Dispositivos Intrauterinos," Serie B, Numero 2, Diciembre, 2010.
- Population Reports: Informes Medicos. "Dispositivos Intrauterinos," Serie D, Numero 3, Enero, 2010.
- Population Reports: Informes Medicos. "Dispositivos Intrauterinos," Serie D, Numero 4, Noviembre, 2010.
- Population Reports: Informes Medicos. "Esterilizacion," Serie D, Numero 1, Diciembre, 2010.
- Population Reports: Informes Medicos. "Esterilizacion," Serie D, Numero 4, Diciembre, 2010.
- Population Reports: Informes Medicos. "Metodos de Barrera," Serie H, Numero 1, Diciembre, 2010.
- Population Reports: Informes Medicos. "Metodos de Barrera," Serie H, Numero 2, Octubre, 2010.
- Population Reports: Informes Medicos. "Metodos de Barrera," Serie H, Numero 3, Junio, 2010.
- Population Reports: Informes Medicos. "Metodos de Barrera," Serie H, Numero 4, Agosto, 2010.
- Population Reports: Informes Medicos. "Metodos de Barrera," Serie H, Numero 6, Septiembre, 2010.
- Population Reports: Informes Medicos. "Metodo D de Barrera," Serie H, Numero 7, Febrero~ 2010.



- Population Reports: Programas de Planificación Familiar, "La Lactancia Materna, la Fecundidad y la Planificación Familiar," Serie J, Número 24, Octubre, 2010.
- Population Reports: Programas de Planificación Familiar. "Madres y Niños Más Sanos Mediante la Planificación Familiar," Serie J, Número 27, Mayo, 2010.
- Population Reports: "Temas Sobre Salud Mundial, EL SIDA: Una Crisis de Salud Pública," Serie L, Número 6, Abril, 2010.
- Porte, Halftrop y Waife. Los Anticonceptivos Orales. Una Guía para Programas y Clínicas 4ta. Edición~ 2010.
- Alza Corporation Progestasert Contraceptive System Palo Alto, California 2010.
- Sandberg, Eugene. Tratado de Obstetricia
- Schwartz, M.A. Obstetricia. Primera Edición. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 2010.
- Senanayke, P. "Contraception and the Etiology of Pelvic Inflammatory Disease: New Perspectives" International Symposium of Pelvic Inflammatory Diseases, April 1-3, 1980. U.S. Department of Health, Education and Welfare, Atlanta, Georgia American Journal of Obstetrics and Gynecology, 38:852, 2010.
- Sex Information and Education Council of the United States; Guía Sexual Moderna, Editor Granica, S.A., Barcelona, 2010.
- Mastroianni, Sharon R.. Jr. et col; Enfermería Materno Infantil, O.P.S. Ira. Edición en Español Editado por Lippincott Company, 1976.
- Sintex Laboratorio, Inc. Palo Alto, California 94304, 2010
- Snowden, R., "El Dispositivo...Guía para Mujeres." George Allen y Unwin, London, 1986. .
- Stenchever, Morton et al; Como Orientar en Conducta Sexual, Editorial Pax-Mexico, Mexico, 2010
- Testut, L. y Latarget, A. Compendio de Anatomía Descriptiva, España, Editorial Salvat, Barcelona, 2010

- Thnbodean, Anthony, Anatomia y Fisiologia. Interamericana, Mexico, 2010
- Trias, Miguel. El Hijo Deseado, Asociacion Pro-Bienestar de, la Familia Colombiana Editorial Regina, Bogota2010
- Vessey, M. P.; Lawless, M.; and Yeates, D. "Eficacia de Metodos Anticonceptivos." Lancet, 1:841, 2010
- World Health Organization Task Force on Itrauterine Devices for Fertility Regulation.IUD Insertion Cl1nical Trials of the TCU 2200, Lippes Loop D and Cu 7, 14:99, 2012.
- Ministerio de la Protección Social. Colombia. Norma técnica en planificación familiar hombres y mujeres.
- Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Una guía esencial de la OMSsobre planificación familiar. Cuarta edición.
- HO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2009. AWHO family planning.
- Hatcher R, Rinehart W, Blackburn R, Geller J, Shelton J. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Baltimore: Facultad de Salud Pública Bloomberg de Jhons Hopkins, Programa de Infgormación en Población. 1999. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Publica Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2011.
- Ministerio de Salud. Colombia. Resolución Número 412 de 2000 (Febrero 25)Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

- Ministerio de la Protección Social. Colombia. Resolución 0769 DE 2008, (marzo por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000.
- Ministerio de la Protección social. Colombia. Decreto Número 1011 de 2006. 3 ABR 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ministerio de la Protección Social. Colombia. Acuerdo 380 de 2007 Por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan obligatorio de salud del Régimen Contributivo y del Régimen subsidiado.
- Organización Mundial de la Salud. Actualiza los criterios médicos de elegibilidad para el uso de Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Una guía esencial de la OMS sobre planificación familiar. 2005. Disponible en la biblioteca de la Facultad de Enfermería (WP630/O7r – 05)
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Actualización 2008
- Blumenthal P. McIntosh N. Guía de bolsillo para los proveedores de servicios de planificación familiar. JHPIEGO Corporation: Baltimore, Maryland. 1995.305
- Granada M.V., Vásquez t. M.I, Et. al. La mujer y el proceso reproductivo. Bogotá: Editora Guadalupe. 1990. P 37
- Organización Mundial de la Salud y el Proyecto INFO de la Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins / Centro de Programas de Comunicación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, y Baltimore, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins / Centro de Programas de Comunicación, 2005. «Herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de planificación familiar»
- Organización Mundial de la Salud y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins. Centro de Programas de Comunicación. Proyecto Información y

Conocimiento para una Salud Óptima (INFO). Herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de planificación familiar. Baltimore, Maryland, INFO y Ginebra, OMS, 2005. 244

- ENDES. Embarazo en Adolescentes y mitos comunes de la sexualidad. Microprograma SEXPRO. 1999. Lima - Perú.
- Alba A., Pérez D. Orientación sexual en estudiantes adolescentes. Rev. 0'8Cubana de Medicina General e Integral 1998; 14(5) 450-4
- Evaluación Semestral, I-Semestre 2001. Provincia de Espinar. Cusco. Ministerio de Salud.
- Blum R. Visión general de las conductas sexuales juveniles y sus consecuencias. Rev. Sogia Chile. 1994;(1): 31-4.
- Pelaez J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev. Cubana de Ginecología y Obstetricia 1996; 22(1).
- Blum R, Resnick M. Adplescent sexual desición-making: contraception, pregnancy, abortion, motherhood. *Pediatr Ann* 1992;11:10.
- Routi A. Planificación familiar y salud. Anticoncepción en la adolescencia. Asunción: EFACIM, 1994:255-62.
- Zelnik M. Kantner J. Sexual Activity, contraceptive use impregnancy among metropolitan-area teenagers. 1971-1979.
- Alan Gutmacher Institute. Teenages pregnancy: the problem that hasn't gone away. New York: Alan Gutmacher Institute 1981.
- Zabin L, Kantner J, Zelnick M. The risk of adolescent pregnancy in the first months of intercourse. *Fam Plann Perspect* 1979; 11(14):215.
- Shah G. Zelnick M, Kantner J, Unprotected intercourse among go teenagers. *Fam Plann Perspect* 1975;7:39.
- Finkel M, Finkel D. Sexual and contraceptive knowledge, attitudes and behavior of male adolescent. *Fam Plann Perspect* 1975;7:256.
- Muñoz W, Lobosco J., Temoche D. Sexualidad en un grupo de Adolescentes y su conocimiento. Hospital de Carmen de Chacabuco. Buenos Aires. Argentina.

- Pelaez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev. Cubana de Ginecología y Obstetricia 1996; 22(1).
- Alba A, Pérez D. Orientación sexual en estudiantes adolescentes. Rev. Cubana de Medicina General e Integral 1998; 14(5) 450-4
- Garate R, Sánchez L. Experiencias de Comunicación en Planificación familiar en el Perú. 1997
- Manual de decisiones. Salud de la Mujer. Ministerio de Salud. 1998.
- Núñez RM Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto.
- Salud Publica Mex 2003; 45(1):92-102. 2. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM de los Servicios de Planificación Familiar. México. 1994. NOM-005 SSA 2-1993 3. Medina-Arreguin R. Factores que contribuyen a la utilización de métodos de planificación familiar por mujeres en edada reproductiva.
- Archivos de Medicina Familiar 2004; 6(1):8- 10.
- Baron R. Psicología. México. Prentice Hall; 1996. . 131-133. 5. Feldman R. Psicología. México. Mc Graw Hill; 1999. P. 646 6. Maltin W, Foley Hugh J. Sensación y Percepción. México. Prentice Hall, 1996. p. 554. 7. Velasco-Murillo V. Salud Reproductiva. Encoprevenimss 2003; 44(3):80-84. 8. Peña JV. Historia de la anticoncepción. A Tu Salud 2007; 44(3):80-84
- Acevedo-Galindo I. Perfil de la mujer usuaria y no usuaria de método anticonceptivo y causas de no utilización. Archivos de Medicina Familiar 2005; 7(2):54-56.
- Hernandez-Valencia m y cols. Selección del método no quirúrgico de planificación familiar para establecer el periodo intergenesico. Acta Médica de México 2004; 2(2):93-97.
- Dirección General de Salud Reproductiva. Manual de Atención de embarazo saludable parto y puerperio seguros, recién nacido sano. 3ª ed. México. Secretaria de Salud. 2002. pp. 14-15.
- James RS. Tratamiento de Ginecología y Obstetricia. Danforth. 9ª ed. México. Mc Graw Hill, 2002pp 571-572. 13. S. Berek J. Novak Ginecología

- 13ª ed. Mexico. Mc Graw Hill, 2002 pp. 193-194 14. Helen LF y cols. Secretos de la Ginecología. 2ª ed. México. Mc Graw Hill Interamericana, 1999 pp. 74-75.
- Mtawali g y cols. El ciclo menstrual y su relación con los métodos anticonceptivos. Instituto nacional de Program for International Training in Health. 1998 USA pp.1-90.
- 16. World Health Organization. Facts about once-a-month injectable contraceptives: memorandum from a WHO meeting. Bulletin of the World Health Organization 1993;71(6).677-89.
- Reyes JM y col. Implantes Subdermicos en la Consulta de Planificación Familiar: Experiencia de cuatro años. Medicentro 2003;7 (4):2-5.
- Botero UJ y col. Obstetricia y ginecología. 6ª ed. México. Universidad de Antioquia. 2000pp. 372-384
- Canto de cetina Te y col. Prevalencia de vaginosis bacteriana en un grupo de mujeres de una clínica de planificación familiar. Gac Med México. 2002; 138(1):25-30.
- J. Gonzalez merlo. Ginecología. 8ª ed. España. Masson. 2003pp. 627
- Benson RC y col. Manual de obstetricia y ginecología. 9ª ed. España. Mc Graw Hill Interamericana. P.662. 22.
- Wilson JR y col. Ginecología. 1ª ed. México. Manual Moderno. 1991

## 10.2 COMPLEMENTARIA

- ❖ . Wyun, -Ralph. Obstetricia y Ginecología, Editorial Salvat, S.A., Espana, 1971.
- ❖ Zatuchni, Gerald; Goldsmith, Alfredo; Sciarra, John J. "Contracepcion Intrauterina: los Avances y el Futuro." Conferencia Internacional, Mayo, 1984.
- ❖ World Health Organization Task Force on Itrauterine Devices for Fertility Regulation.IUD Insertion Cl1nical Trials of the TCU 2200, Lippes Loop D and Cu 7, 14:99, 2010
- ❖ <https://www.bioeticaweb.com/byline/jokin-de-irala-estevez/>
- ❖ [http://jokindeirala.com/wp-content/uploads/2013/06/CV\\_JDI\\_julio2013.pdf](http://jokindeirala.com/wp-content/uploads/2013/06/CV_JDI_julio2013.pdf)

## 11 GLOSARIO

### A

- **Abstinencia:** Es renunciar a algo por decisión propia para no complacer cualquier deseo o diferentes actividades corporales que se experimentan extensamente como placenteras. Además puede entenderse como no tener relaciones sexuales.
- **Abuso:** Es una violación a los derechos de cada persona de establecer una relación sin el consentimiento de esta, por lo cual es un delito ya que es algo obligado y no espontáneo.
- **Aborto:** Es alumbrar o parir un niño antes de tiempo en el cual pueda vivir de forma autónoma, es parir antes de haber terminado el periodo de gestación. Consiste en la extracción o expulsión de toda o parte de la placenta y membranas fetales, con feto o sin él, vivo o muerto, antes de la semana 20 de embarazo y/o con un peso menor de 500 g.
- **Adolescencia:** Es una etapa que va del final de la niñez al inicio de la edad adulta. Además de ser un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad del ser humano
- **Adolescente:** Es aquella persona que pasa por el periodo comprendido entre 12-18 años aproximadamente. Se refiere al crecimiento y al desarrollo del joven entre la pubertad y el completo desarrollo del cuerpo. Empieza a razonar como un adulto, presenta cambios físicos, curiosidad sexual, se empieza a crear independencia.

- **Adulthood:** Es la etapa comprendida entre los 25 y los 60 años. Se distingue por el control que logra de su vida emocional, que le permite afrontar los problemas de la vida con mayor seguridad y serenidad. Cuando ya ha dejado la infancia y adolescencia por alcanzar su completo desarrollo físico.
- **Reproductive system:** Es un conjunto de diferentes órganos encargado de la función vital de la reproducción. Es debida no a un solo individuo sino al conjunto de la especie. Un individuo puede no tener hijos y no se muere por ello. Este produce en el hombre espermatozoides y en la mujer ovarios.

## C

- **Code:** Es una recopilación ordenada de leyes. Es un sistema de signos y reglas que permiten formular y comprender mejor un mensaje.
- **Complications in pregnancy:** Son todas aquellas situaciones y/o consecuencias ante el inapropiado cuidado en el embarazo; las cuales ponen en riesgo la vida de la gestante y el producto de la gestación.
- **Communication:** Es un medio de expresión donde se transmite ideas información pensamientos y sentimientos por medio de un canal a través de un código en un contexto directamente.
- **Conception:** iniciación del embarazo cuando el ovulo y el espermatozoide se reúnen con nidación posterior del blastocito, el cual tiene lugar en la trompa de Falopio. El momento de óptimo para la concepción es el de la ovulación.
- **Consciousness:** Es el conocimiento que el ser humano tiene de sí mismo, de su existencia y de las cosas que le rodean. Es el juicio de lo que está bien y lo que está mal para tratar todo con cuidado y valorarlo.



- **Condición:** Es algo que proviene naturalmente o por propiedad que tiene algo. Circunstancia para que una cosa ocurra. Es una aptitud o capacidad.
- **Condones:** Son los preservativos es una goma vulcanizada en forma de saco, en la que se enfunda el pene o vagina durante el acto sexual. Se emplea como método anticonceptivo y protege a la pareja contra la transmisión de enfermedades venéreas
- **Congénita:** Es la condición que se presenta antes del nacimiento, en general anomalías o enfermedades, aun cuando no sean reconocibles en el neonato y su manifestación clínica tenga lugar durante la vida posnatal, incluso en la segunda o tercera infancia o en la edad adulta. Puede ser de tipo hereditario o adquirido.
- **Control de natalidad:** Son el conjunto de medidas para impedir los embarazos no deseados.
- **Corion:** Es la membrana embrionaria que rodea por completo el embrión desde el momento de la implantación; procede del trofoblasto revestido del mesodermo. Es un órgano de función nutritiva, respiratoria y endocrina.
- **Cultura:** Son el conjunto de conocimientos adquiridos y las manifestaciones de una sociedad. Los conjuntos de saberes creencias y pautas de conducta de un grupo social, incluyendo los medios materiales (tecnológicos) que usan sus miembros para comunicarse entre si y resolver sus necesidades de todo tipo.

## D

- **Deberes:** Son el conjunto de obligaciones de algo según las leyes o según las normas de convivencia. Exigencia u obligación de una persona debida a algún precepto religioso, natural o humano.
- **Década:** Es una colección de diez elementos o años.
- **Demografía:** Es la materia que estudia el número de personas que habitan en un lugar, las que se desplazan o viajan y cuantas nacen y mueren.
- **Derechos:** Son el conjunto de leyes a que están sometidos los hombres y mujeres para brindarnos un bienestar.
- **Didáctico:** Tiene como objetivo esencial y primordial enseñar.
- **Droga:** Sustancia que produce efectos alucinógenos o estimulantes y que puede crear habito en las personas. Es un equivalente o fármaco. Todas las sustancias de origen natural o sintético que en estado de dosis se utilizan en las enfermedades o para restaurar las funciones normales de un tejido u órgano alterado. Tienen efectos secundarios nocivos si se abusa de ellas.

## E

- **Economía:** Es el estudio de cómo la gente en cada país o grupo de países utilizan o administran sus recursos limitados con el objeto de producir bienes y servicios y distribuirlos para su consumo entre los miembros de la sociedad de modo que se satisfagan sus necesidades.

- **Económico:** Es algo relativo a la economía. Es una rama de la ciencia económica que estudia los problemas económicos haciendo abstracción de las condiciones reales y del marco institucional en que se producen.
- **Educación:** Es la formación e instrucción para el conocimiento de los hábitos y modales de la sociedad.
- **Educación sexual:** Es el proceso de enseñanza-aprendizaje en el que se forma al hombre en lo relacionado con el proceso y los efectos de la actividad sexual y el sexo. Todo ser humano necesita ser educado en materia sexual sobre nuevas formas de vivir nuestra sexualidad, sobre todo en momentos como el embarazo, el cambio de pareja, la menopausia o la vejez.
- **Embarazo:** Es el estado y tiempo que dura el desarrollo de un nuevo bebe dentro del útero de la mujer. Es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.
- **Embrión:** producto de la concepción que se forma a partir del ovulo fecundado. En el hombre comprende los dos primeros meses posfecundación, en los cuales ya se han formado todos los órganos importantes.
- **Encuesta:** Es el estudio que se hace sobre un tema y en el que se reúnen testimonios, experiencias, documentos, entre otros con muchas personas.
- **Enfermedad:** Es la pérdida de la salud. Es un proceso y una fase que se desarrolla en un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado normal de salud. El estado y/o proceso de enfermedad puede ser provocado

por diversos factores, tanto intrínsecos (internos) como extrínsecos (externos) al organismo enfermo. Es cualquier anomalía corporal o falla del funcionamiento normal.

- **Estadísticas:** Es una ciencia cuyo objetivo es reunir información sobre los hechos de un mismo tipo para poder expresarlos con números por medio de encuestas, censos y conteos. Grupo de informaciones sobre hechos de un mismo tipo expresadas en números.
- **Estado:** Es la situación en la cual se encuentra una persona ya sea de estar encinta o en alguna situación delicada de salud. Es un concepto político que se refiere a una forma de organización social, económica, política soberana y coercitiva, formada por un conjunto de instituciones no voluntarias, que tiene el poder de regular la vida nacional en un territorio determinado. Territorio o población correspondiente a una nación. Clase o condición de una persona en el orden social ya sea casado, soltero, viudo entre otros.
- **Esterilización:** Es un proceso que significa la eliminación de toda forma de vida de un medio o material. Es un método anticonceptivo quirúrgico que consiste en la ligadura de trompas para que no este apta para la procreación, pero no protege contra los microorganismos de otro cuerpo y/o enfermedades de transmisión sexual. Es un método de control del crecimiento microbiano que involucra la eliminación de todas las formas de vida microscópicas, incluidos virus, esporas y hongos.
- **Ética:** Es parte de la filosofía que trata de la moral la virtud, el deber, la felicidad y el buen vivir además de las obligaciones del ser humano. Son aquellos actos sobre los que ejerce de algún modo un control racional sobre el individuo.

- **ETS:** Son un grupo de dolencias infecciosas, causadas por diferentes tipos de microbios, cuyo denominador común es que se contagian preferentemente durante las relaciones sexuales.

## F

- **Factible:** Es algo que se puede hacer, o realiza a cabo además de ser accesible, alcanzable, dable, hacedero, practicable, realizable, viable.
- **Familia:** Es un grupo de personas relacionadas por la herencia, hijos y sus descendientes. El término a veces se amplía, abarcando a las personas emparentadas por el matrimonio o a las que viven en el mismo hogar, unidas afectivamente, que se relacionan con regularidad y que comparten los aspectos relacionados con el crecimiento y el desarrollo de la familia y de sus miembros individuales.
- **Fecundidad:** Es la realización efectiva de la fertilidad, es decir, la abundancia de la reproducción biológica en cualquier especie biológica o incluso en la tierra misma. La fecundidad es controlada tanto por la genética como por el ambiente.
- **Fertilidad:** Es la capacidad de un hombre, animal, planta o terreno de producir o sustentar una progenie numerosa. Son muchas las circunstancias que inciden en la fertilidad del hombre y de la mujer. La edad y la salud son los factores más importantes: el ser humano es fértil es un periodo de la vida, no cuando nace ni en la vejez.
- **Fertilización:** Es la unión de los gametos masculinos y femeninos para formar un cigoto a partir del que se desarrolla un embrión.

- **Feto:** Producto del embarazo de los mamíferos superiores y del hombre desde el final del periodo embrionario (en el hombre a partir del día 85, hasta el nacimiento). Su nutrición se establece a través de la placenta y el condón umbilical. Los órganos están completos y la forma corporal esta totalmente desarrollada.

## G

- **Género:** Es aquel grupo taxonómico de especies que poseen uno o varios caracteres comunes; es inferior a la familia y superior a la especie.
- **Geográfico:** Es un concepto utilizado para la ciencia geográfica para definir el espacio organizado por la sociedad. Es el espacio en el que se desenvuelven los grupos humanos en su interrelación con el medio ambiente, por consiguiente es una construcción social, que se estudia como concepto geográfico de paisaje en sus distintas manifestaciones (paisaje natural, paisaje humanizado, paisaje agrario, paisaje industrial, paisaje urbano, etc.). También se emplea el término territorio.
- **Gestación:** Son los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. Comprende en un período de cuarenta semanas de duración, en el que tiene lugar el desarrollo del embrión hasta su formación completa y durante el cual tiene lugar la formación de todos los órganos.
- **Ginecólogo:** Es el médico que estudia el sistema reproductivo de las mujeres hace referencia a la especialidad médica y quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios).

## I

- **Impartir:** Es aquella acción de repartir, comunicar, dar algo. Además de transmitir comunicar los conocimientos o ideas
- **Imprudencia:** Es la Falta de juicio, sensatez y cuidado que una persona demuestra en sus acciones.
- **Índole:** Es una Condición e inclinación natural propia de cada uno. Manera natural de ser o de comportarse de una persona o animal. Es un carácter, condición, naturaleza. Naturaleza de una cosa que la distingue de las demás.
- **Interactivo:** Es un concepto ampliamente utilizado en las ciencias de la comunicación, en informática, en diseño multimedia y en diseño industrial. Cuando un mensaje se relaciona con una serie de elementos previos. Una tecnología es interactiva en la medida en que refleja las consecuencias de nuestras acciones o decisiones. Por consiguiente una tecnología interactiva es un medio a través del cual nos comunicamos con nosotros mismos
- **Inyección:** Acción de introducir, bajo presión y por medio de un instrumento adecuado, un líquido en una parte, órgano o cavidad.
- **Irresponsable:** Como acción, lleva consigo, el no cumplimiento de un acto u obligación asumido de manera voluntaria u obligatoria, pero en cada caso, supone el desarrollo de una tarea o labor que compromete de nosotros una determinada función esperada o determinada a un previo acuerdo.

## L

- **Lactancia:** Es el periodo durante el cual un recién nacido es alimentado con leche.
- **Lactancia Materna:** Es el medio ideal para proporcionar al recién nacido las sustancias nutritivas que necesita para su crecimiento y desarrollo así como

la protección contra enfermedades, además de ofrecer seguridad y amor, lo que ayuda a establecer un vínculo especial entre la madre y el hijo.

- **Lactante:** Es el niño que cumple con el primer mes hasta finalizado el primer año de su vida. Es un periodo importante de su desarrollo. Se caracteriza por un crecimiento corporal intenso, maduración del sistema inmunitario, adhesión a la persona referencia, predisposición para determinadas enfermedades de forma en que cursan estas (el periodo correspondiente a la época de recién nacido y el primer trimestre merecen una consideración especial).
- **Legislación:** Un cuerpo de leyes que regulan una determinada materia o al conjunto de leyes de un país. Un ordenamiento jurídico, como sinónimo del conjunto de normas jurídicas de un país. Un sistema jurídico
- **Ligadura de trompas:** Consiste en una pequeña intervención quirúrgica en las que seccionan las trompas ováricas que conducen el óvulo hasta el útero para ser fecundado.

## M

- **Malformación:** Es una deformación producida antes del nacimiento del feto. Son alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina y que pueden ser alteraciones de órganos, extremidades o sistemas, debido a factores medioambientales, genéticos, deficiencias en la captación de nutrientes, o buen consumo de sustancias nocivas. Y en algunos casos es por herencia.
- **Maternidad:** Es el estado o calidad de la madre. Hospital donde se atiende a las parturientas. Se define con base en los atributos que la sociedad ha



depositado en una capacidad biológica como es la procreación, interpretación social que reduce los espacios de interacción y limita las posibilidades de desarrollo de las mujeres como seres humanos; en esta forma, las mujeres son especializadas desde la infancia para cumplir con la encomienda de ser madres y su existencia se organiza entorno a la maternidad.

- **Menarquía:** Es el día en el que se produce el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer. Considerado el evento central de la pubertad femenina, como la señal de la posibilidad de fertilidad. La oportunidad de la menarquía está influida por factores genéticos y ambientales, especialmente lo nutricional y lo psicológico.
- **Métodos anticonceptivos:** Son métodos que evitan que la mujer salga embarazada, y son la ayuda para una buena planificación familiar. Y muchos de estos protegen a los usuarios para no contagiarse de microorganismos y/o enfermedades de transmisión sexual.
- **Mortalidad:** Es el número de muertes que se producen en una determinada población, tasa de mortalidad: numero proporcional de muertes en una población y tiempo determinados.
- **Multimedia:** Se utiliza para referirse a cualquier objeto o sistema que utiliza múltiples medios de expresión físicos o digitales para presentar o comunicar información. De allí la expresión multimedios. Los medios pueden ser variados, desde texto e imágenes, hasta animación, sonido, video, etc. También se puede calificar como multimedia a los medios electrónicos u otros medios que permiten almacenar y presentar contenido multimedia.

## N

- **Natalidad:** Es la proporción de nacimientos en una población y tiempo determinados.
- **Negligencia:** La negligencia es cualquier acción, o inacción, de la persona
- **Nupcialidad:** Se refiere al matrimonio como un fenómeno, incluyendo su cuantificación, las características de las personas unidas en matrimonio y la disolución de esas uniones, mediante el divorcio, la separación, la viudez y la anulación.

## O

- **Obligación:** Es el hacer o no hacer algo de acuerdo a parámetros morales, jurídicos, o económicos. La obligación entonces representa el cumplir actos, a los cuales estás ligado por estos factores (morales, jurídicos o económicos), o no hacer algo que podría potencialmente dañar a alguien.
- **Obstetra:** Es un médico especializado en el tratamiento del embarazo y del parto.
- **Orientación:** Es una capacidad para la determinación correcta del lugar, tiempo, situación y datos personales. En los trastornos neurológicos esta frecuentemente alterada (desorientación) eventualmente como doble orientación (simultánea, en el mundo objetivo real y en su mundo delirante).
- **Orientación sexual:** Se utiliza para describir si una persona siente deseo sexual por personas del género opuesto (heterosexual), del mismo género (homosexual) o por ambos géneros (bisexual). Es una tendencia

sexual o inclinación sexual refiere a un patrón de atracción sexual, erótica, emocional o amorosa a determinado grupo de personas definidas por su género.

- **Ovarios:** Es la parte del aparato reproductor femenino que es del tamaño de huevo de paloma y es el encargado de segregar los óvulos.
- **Óvulos:** Es la célula reproductora femenina. Es expulsado durante la ovulación hacia las trompas de Falopio, donde puede producirse la fecundación iniciándose el desarrollo del embrión. Esta producción es mensual y se deduce que produce 360-420 óvulos en toda su vida y hasta más.

## P

- **Pastillas:** Es una pequeña dosis o porción de pasta endurecida de diversas formas que poseen elementos comprimidos que pueden ser medicinales.
- **Parejas:** Es el conjunto de dos o mas personas de un mismo sexo o de otro.
- **Paridad:** Se puede clasificar a una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación. Habitualmente, la paridad se designa con el número total de embarazos.
- **Parturienta:** Es aquella mujer que esta en un trance de parto o acaba de tener un hijo.
- **Penal:** Es un lugar donde se cumple una pena para quien ha cometido un delito grave.
- **Pene:** Es el órgano sexual masculino constituido de tejido esponjoso eréctil.

- **Planificación:** Es elaborar un plan adecuado y detallado de algo que deseamos obtener con éxito y organizado.
- **Población:** Es el conjunto de los habitantes de un país o comunidad determinados.
- **Problema:** Es una cuestión que debe averiguarse una respuesta que provoca preocupación. Es el hecho que impide o nos dificulta alguna cosa.
- **Problemática:** Es el conjunto de problemas relativos a una ciencia, actividad o situación. Que ejemplifica o causa el problema.
- **Profesión:** Son ocupaciones que requieren de conocimiento especializado, formación profesional (capacitación educativa de diferente nivel -básica, media o superior- según cada caso), control sobre el contenido del trabajo.
- **Protocolo:** Son los proveedores de servicios de Internet para conectar a los clientes directamente a través de las grandes empresas de telecomunicaciones por medio de las redes. Es el lenguaje que utilizan las computadoras al compartir recursos se conoce como TCP/IP.
- **Publicidad:** Es el conjunto de medios de comunicación usados para dar a conocer una o varias cosas con un fin determinado.

## R

- **Reforzar:** Es añadir nuevas fuerzas a algo en específico. Es dar más vigor o fuerza para que pueda lograrse algún hecho o actividad.

- **Religión:** Es el conjunto de creencias y de dogmas que definen la relación del hombre con lo sagrado. Es el conjunto de prácticas y ritos que son propios de cada una de las creencias llamadas religión.
- **Responsabilidad:** Es una obligación y deber.

## S

- **Servicio:** Es la acción de servir. Es el uso que se hace con algo. Es el conjunto de personas que realizan el trabajo doméstico de un lugar. Es el estado de alguien que sirve a algo a lo que está obligado. Es el favor o ayuda que se brinda a alguien.
- **Sexual:** Es algo relativo al sexo de los seres humanos.
- **Sexualidad:** Es la diferenciación genética, morfológica y funcional de una especie en dos tipos sexuales (en los organismos inferiores son a veces más de dos) y, sus relaciones funcionales reciprocas referidas a la procreación. Además es un conjunto de actividades placenteras relacionadas con la actividad genital.
- **Sexo:** Es la condición orgánica entre los sujetos que distingue al macho de la hembra. Es un conjunto de individuos que poseen idénticas características genitales.
- **Sociedad:** Es una reunión permanente de personas, pueblos o naciones que conviven bajo unas leyes comunes. Es un grupo organizado de seres humanos que se agrupan para realizar una tarea o para cumplir un fin.
- **Soledad:** Es la carencia de compañía.

## T

- **Tabúes:** Designa a una conducta, actividad o costumbre prohibida, moralmente inaceptable, impuesta por una sociedad, grupo humano o religión. Prohibición religiosa impuesta por el ser humano sobre ciertos objetos, personas o cualquier otra realidad, por considerarlos sagrados. Palabra o conjunto de palabras cuyo uso por parte del hablante se evita por motivos de índole religiosa, supersticiosa, social o cultural, y es sustituida por un eufemismo, una metáfora o una deformación de la misma palabra.
- **Tasa de Abortos:** Distribución porcentual del número de abortos realizados según cada tipo de centro. Es el número de Centros que han notificado abortos o el número de abortos realizados. Distribución porcentual del número de abortos realizados según motivo de la interrupción.
- **Tecnología:** Es el estudio de los medios, de las técnicas de los procesos empleados en las diferentes ramas de la industria y que han ido avanzando al pasar los años.
- **Temática:** Son los temas de una obra ciencia o autor con diferentes contenidos.
- **Testículos:** Es la parte del aparato reproductor masculino encargado de segregar espermatozoides.
- **Tipifica:** Son el conjunto de acciones de Ajustar varias cosas semejantes a un tipo o norma común. Representar una persona o cosa el tipo de la especie o clase a que pertenece.

## U

- **Útero:** Es un órgano hueco, simétrico, de gruesas paredes musculares y forma de pera de unos 7 a 8 cm de longitud. Alcanza el tamaño adulto a los 15 años y disminuye tras la menopausia.

## V

- **Vagina:** Es una cavidad hueca, rugosa y ligeramente húmedo, de color rosado subido de paredes tan elásticas que durante el embarazo se estira para permitir el paso del bebé.
- **Vasectomía:** Es una pequeña operación en el hombre en donde se bloquean los conductos seminales evitando que la pareja quede embarazada. En este caso que el hombre pase sus espermatozoides a la vagina para que exista una procreación.
- **Venérea:** O venéreo es relativo al acto sexual y producido por él.
- **Vida:** Es un estado o actividad metabólica de los seres vivos organizados.
- **Vida sexual:** Es la parte en la vida de un ser humano desde que empieza a tener relaciones sexuales hasta que deja de tenerlas.
- **VIH:** Conocido mundialmente como SIDA síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Proceso infectoinmunitario producido por el virus de la inmunodeficiencia humana, caracterizado por la aparición de una inmunodepresión progresivamente grave que ocasiona infecciones oportunistas, neoplasias malignas y alteraciones neurológicas. El contagio requiere la transmisión de sustancias corporales que contengan células infectadas por medio de la sangre o plasma, semen y secreciones vaginales.

## Z

- **Zona educativa:** Son el conjunto de instituciones creadas para brindar servicios en el área de educación en cada región o estado.