



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CENTRO NACIONAL DE CAPACITACIÓN Y EXCELENCIA
“DR. GIOVANNI PORRAS”

TEMA:

CUÁLES SON LOS FACTORES FAMILIARES
Y CULTURALES RELACIONADOS
CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES
DE 14 A 17 AÑOS EN SANTA MARÍA ZACATEPEC

TESINA PROFESIONAL

PARA OBTENER EL GRADO:
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

MARÍA DEL PILAR QUECHOLAC CUAXILOA

ASESORA:

M.A.S.E. ALICIA CHINO AMADOR

DIRECTOR TÉCNICO DE LA CARRERA:

M. en C. JERÓNIMO RAMÓN BALDERAS RUIZ



HEROÍCA PUEBLA DE ZARAGOZA, 2020



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.

**CENTRO ACADÉMICO Y
CAPACITACIÓN DE EXCELENCIA
“DR. ERNESTO JOVANNI PORRAS”**



**ESCUELA DE ENFERMERIA
CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

TEMA:

**CUALES SON LOS FACTORES FAMILIARES Y CULTURALES
RELACIONADOS CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES
DE 14 A 17 AÑOS EN SANTA MARIA ZACATEPEC**

TESINA:

PARA OBTENER EL TITULO EN LICENCIATURA DE ENFERMERIA

PRESENTA:

María Del Pilar Quecholac Cuaxiloa

CORREO ELECTRONICO:

Airam.qc@outlook.com

PUEBLA, PUE. NOVIEMBRE 2020

Agradecimientos.

Hoy quiero dar las gracias a cada uno de mis maestros por estar conmigo en cada una de mis etapas como estudiante, por estar ahí brindándome sus conocimientos llevándome por el camino del triunfo y ayudarme a ser quien soy ahora, una gran enfermera. Cada una de mis experiencias las llevare en mi corazón y mente porque mi misión es llevar lo que me inspira enfermería humildad y valentía ante las adversidades.

También no quiero olvidar la parte más importante en mi camino, mis padres y hermanas, gracias porque estuvieron ahí cuando más los necesite cuando pensé que ya no podía y ustedes siempre me dieron las armas para seguir adelante.

“Nunca pierdas la oportunidad de comenzar algo sin importar lo pequeño que sea. Pues es maravilloso ver que con frecuencia la semilla de mostaza germina y echa raíces.” Florence Nightingale

Índice

Resumen	7
Introducción	8
Planteamiento del problema.....	10
Hipótesis	11
Objetivo.....	11
Objetivo específico.....	11
Unidad 1. Embarazo	
1.1 Concepto de embarazo.....	14
1.2 Signos y síntomas	14
1.3 Diagnóstico de embarazo	14
1.4 Control prenatal	16
1.4.1 Primer trimestre	16
1.4.2 Segundo trimestre	19
1.4.3 Tercer trimestre	20
1.5 Evaluación del riesgo.....	22
1.6 Determinación inicial de la edad de gestación	23
1.7 Consultas prenatales posteriores.....	24
1.8 Actividad sexual.....	25
1.9 Complicaciones durante el embarazo	25
Unidad 2. Métodos de planificación familiar	
2.1 Métodos de planificación familiar	29
2.2 Factores que afectan la elección de un método anticonceptivo	31
2.3 Anticoncepción reversible de acción prolongada	32
2.3.1 Implante anticonceptivo.....	32

2.3.2 Anticoncepción intrauterina	33
2.4 Anticonceptivos hormonales inyectables e implantales.....	36
2.4.1 Anticonceptivos hormonales.....	36
2.4.2 Anticonceptivos orales combinados.....	37
2.4.3 Anticonceptivos que solo contienen gestágenos	37
2.4.4 Efectos de los anticonceptivos hormonales	38
2.4.5 Beneficios.....	39
2.4.6 Efectos adversos.....	39
2.4.7 Anillo vaginal y parche transdérmico	40
2.5 Anticonceptivos de barrera	41
2.5.1 Preservativo masculino	42
2.5.2 Preservativo femenino.....	43
2.5.3 Esponja nulíparas.....	44
2.5.4 Diafragma.....	45
2.5.5 Espermicidas	46
2.6 Métodos de conocimiento de la fertilidad	48
2.6.1 Método del calendario	48
2.6.2 Método de la temperatura corporal basal	48
2.6.3 Método del moco cervical	49
2.6.4 Método sintotérmico	49
2.6.5 Amenorrea por lactancia	49
2.6.6 Anticoncepción poscoital	49
2.6.7 Anticoncepción posparto	50
 Unidad 3. Sexualidad en la adolescencia	
3.1 Adolescencia	53
3.2 Proceso de la adolescencia- etapas evolutivas.....	55

3.3 Particularidades en las distintas etapas de la adolescencia	57
3.3.1 Adolescencia temprana-pubertad	58
3.3.2 Adolescencia media	62
3.3.3 Adolescencia tardía	64
3.4 Menstruación	68
3.4.1 Fisiología de la menstruación	70
3.4.2 Menarquia	71
3.5 Ciclo menstrual	71
3.6 Educación sexual y actitudes	72
3.7 Dar valor a la diversidad	75
3.8 Fomentar la autonomía	75
3.9 La familia ante las manifestaciones sexuales	76
Unidad 4. Perfil histórico y cultural de la comunidad de Santa María Zacatepec	
4.1 Toponimia	78
4.2 Localización geográfica	78
4.3 Ocupación e ingresos	79
4.4 Características de la vivienda	80
4.5 Demografía	80
4.6 Grupo de riesgo prioritario	82
4.7 Escolaridad	82
4.8 Religión y cultura	83
4.9 Tradiciones y costumbres	84
Conclusiones	85
Fichas bibliográficas	86
Anexos	89

Índice de Figuras

Unidad 1. Embarazo

1.4.1 Primer trimestre figura 1.4.1.....	19
1.4.2 Segundo trimestre figura 1.4.2.....	20
1.4.3 Tercer trimestre figura 1.4.3.....	22
1.6 Determinación inicial de la edad gestacional figura 1.6.....	24
1.8 Actividad sexual figura 1.8.....	26

Unidad 2. Métodos de planificación familiar

2.3.1 Implante anticonceptivo figura 2.3.1.....	32
2.3.2 Anticoncepción intrauterina figura 2.3.2.....	33
2.4.7 Anillo vaginal y parche transdérmico figura 2.4.7.....	40
2.4.7 Anillo vaginal y parche transdérmico figura 2.4.7.1.....	41
2.5.1 Preservativo masculino figura 2.5.1.....	42
2.5.2 Preservativo femenino figura 2.5.2.....	44
2.5.4 Diafragma figura 2.5.4.....	46
2.5.5 Espermicidas figura 2.5.5.....	47

Unidad 3. Sexualidad en la adolescencia

3.3 Particularidades en las distintas etapas de la adolescencia figura 3.3.....	58
3.5 Ciclo menstrual figura 3.5.....	70
3.5 Ciclo menstrual figura 3.6.....	72

Unidad 4 Perfil histórico y cultural de la comunidad de Santa María Zacatepec

4.2 Localización geográfica figura 4.2.....	79
4.3 Ocupación e ingresos figura 4.3.....	80

Resumen

Tipo de investigación: DESCRIPTIVA

El trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo por que describe situaciones y eventos que se investigan, transversal por que los datos se obtiene en un determinado momento.

El universo de estudios son 918 adolescentes hombres y mujeres de 14-17 años de Santa María Zacatepec.

El embarazo adolescente es aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente; la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de la vida que comprende entre los 10 y 19 años. A nivel mundial, una de cada cinco mujeres a los 18 años de edad ya tiene un hijo, pero en las regiones más pobres del planeta la cifra se eleva a una de cada tres mujeres. (OMS 2018)

Introducción

El embarazo en la adolescencia de 14 a 17 años en la comunidad de Santa María Zacatepec, en la cual, el inicio de la actividad sexual es temprana, representa un problema de salud pública por las consecuencias que conlleva, como el embarazo adolescente y el aumento de las infecciones de transmisión sexual.

El embarazo adolescente es aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente; la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de la vida que comprende entre los 10 y 19 años. A nivel mundial, una de cada cinco mujeres a los 18 años de edad ya tiene un hijo, pero en las regiones más pobres del planeta la cifra se eleva a una de cada tres mujeres. (OMS 2018)

En México, cada año se presentan cerca de 70 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, y en las últimas dos décadas, la proporción de nacimientos se ha mantenido estable (entre 17 y 19%). Algunos estudios han señalado que la maternidad en esta etapa de la vida está relacionada con la construcción social de género, falta de educación sexual integral, poco acceso a métodos anticonceptivos, pautas repetitivas en la familia y cultural.

La relación entre las desigualdades socioeconómicas y el proceso salud-enfermedad, ha sido demostrada desde hace ya algún tiempo, conceptualizado por algunos autores como determinantes sociales, por lo que hablar de embarazo en adolescentes, es considerar las implicaciones no solo de orden biológico, sino también psicológico y familiar, pues en algunos contextos, las adolescentes no planean ni desean su embarazo, mientras que en comunidades rurales, de países de ingresos medianos y bajos, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. A partir de lo antes descrito, se ha señalado que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública complejo, por su configuración sociocultural en cada contexto en que el adolescente desarrolla su vida, donde los aspectos económicos y culturales, y las redes sociales y comunitarias, influyen en los modos de entender y actuar de la adolescente antes, durante y después del embarazo, necesitando describir e interpretar las experiencias, desde la

voz de quien la vive, elementos cualitativos que deben ser incorporados en las acciones de prevención y atención del embarazo en adolescentes.

En este sentido la educación de la sexualidad es considerada una necesidad de las sociedades y se refiere al proceso activo que potencia al individuo para el encuentro libre, pleno y responsable del ejercicio de la propia sexualidad, en correspondencia con sus necesidades y las del contexto, garantizando el protagonismo y la capacidad de elegir los límites personales de la sexualidad, así como el respeto hacia las personas con que se relacionan.

Planteamiento del problema

¿Cuáles son los factores familiares y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de 14 a 17 años en Santa María Zacatepec?

El embarazo durante la adolescencia genera un gran impacto en el desarrollo de la comunidad. En los últimos años, el incremento de los índices de maternidad en adolescentes es un motivo de preocupación. Algunas adolescentes no saben cómo evitar el embarazo, es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción o no tienen la información adecuada sobre la sexualidad y cómo manejarla.

Se espera que la presente investigación brinde elementos que contribuyan a consolidar la atención integral de las adolescentes en la prevención y atención del embarazo. El conocimiento permite tomar decisiones trascendentales de manera libre e informada, como posponer el inicio de la actividad sexual y la maternidad. Educar significa dirigir, enseñar para desarrollar competencias intelectuales, conductuales, morales y sociales.

Teniendo en cuenta que el embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud a nivel mundial, por las complicaciones y riesgos que implica para la madre y el niño, así como por su repercusión social considerándose más del 80% como embarazos no deseados o no planificados y provocados por la práctica de las relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos y producto de una relación débil de pareja, y en muchos casos fortuita y ocasional.

De manera que esta investigación analizará dicha problemática enfocándonos a los factores predisponentes que hay en el seno familiar que muestra la falta total de orientación en la sexualidad, el desconocimiento claro de métodos anticonceptivos y la participación limitada de los servicios de salud y sobre todo la intervención de la misma familia. El terreno donde se desarrollan nuestros adolescentes, casi niños, es muy frágil, las tareas para la prevención del embarazo en las adolescentes son la búsqueda de la identidad, que tenga el asesoramiento adecuado en cuanto a la sexualidad saludable en donde pueda entender que tiene derechos y

se respeta su autonomía como adolescente liberándose de mitos y tabúes que solo empeoran las cifras de embarazos.

Hipótesis.

El aumento de embarazos en la adolescencia se ve influenciado por factores familiares, socioculturales y a la carencia de conocimientos que se tienen acerca de lo que es un embarazo a una edad temprana.

Objetivo.

Disminuir embarazos no deseados en las adolescentes de 14 a 17 años en Santa María Zacatepec, Puebla.

Objetivo Específico.

- Determinar la población de adolescentes que se encuentra en la comunidad de Santa María Zacatepec
- Conocer los estilos de vida que llevan las adolescentes y cómo se relacionan en su entorno
- Realizar visita domiciliaria a las adolescentes no escolarizadas y las que no acuden al centro de salud (censo)
- Determinar la prevalencia de factores de riesgo individuales (deficiencia de conocimiento de salud sexual y reproductiva)
- Identificar factores familiares asociados a los embarazos en las adolescentes (pautas repetitivas)
- Delimitar los factores de riesgo culturales (religión, creencias, costumbres)
- Desarrollar programas de educación sexual dirigida a las adolescentes de la comunidad en el centro de salud, en las escuelas y visita domiciliaria
- Programar talleres con enfoque a métodos de planificación familiar en las escuelas de la comunidad (primaria, secundaria y bachiller)

- Dar a conocer los factores de riesgo en un embarazo a temprana edad
- Aplicar una evaluación al término de cada taller para identificar cuál fue el aprendizaje adquirido
- Analizar los resultados de las evaluaciones e identificar cuáles son las deficiencias y eficiencias de los talleres
- Retomar y reforzar las deficiencias encontradas en los resultados de las evaluaciones
- Diseñar un programa de educación sexual dirigido a los padres de familia de dichos adolescentes tomando en cuenta la educación sociocultural de la comunidad
- Realizar modelos del cuidado de enfermería

Unidad 1

Embarazo.

1.1 Concepto de embarazo.

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En éste se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.

1.2 Signos y síntomas.

A menudo, la fisiología normal del embarazo ocasiona signos y síntomas que podrían considerarse patológicos si la paciente no estuviera embarazada. Todos los proveedores sanitarios que atienden a mujeres embarazadas deben estar familiarizados con los cambios que se consideran normales en el embarazo y deben ser capaces de educar a la paciente en este sentido. (Tabla 1,1)

SIGNOS	SINTOMAS
Edema	Cefalea
Náuseas y vomito	Acidez gástrica
Cansancio	Estreñimiento
Lumbalgia	Dolor del ligamento de útero
Palidez de tegumentos	Hemorragia
Calambres	Flujo vaginal
Varices	Infecciones de vías urinarias

Tabla 1.1

1.3 Diagnóstico de embarazo.

En una mujer con ciclos menstruales regulares, la ausencia de una o más menstruaciones tras un periodo de actividad sexual sin métodos anticonceptivos eficaces es altamente indicativa de un embarazo en fase inicial. Con frecuencia, el cansancio, la

náusea/vómito y la mastalgia son síntomas asociados. La exploración física pone de manifiesto un reblandecimiento y un agrandamiento del útero grávido al cabo de 6 semanas o más de la última menstruación normal. Aproximadamente a las 12 semanas de gestación (12 semanas desde la aparición de la última menstruación), en general el útero ya se ha agrandado lo suficiente como para ser palpable en la región inferior del abdomen. Otras observaciones que pueden realizarse en el aparato genital al comienzo del embarazo son congestión y coloración azul de la vagina (signo de Chadwick) y reblandecimiento del cuello del útero (signo de Hegar). Más adelante, aumenta la pigmentación cutánea y aparecen estrías curvilíneas en la pared abdominal, que están asociadas con los efectos de la progesterona y el estiramiento físico de la dermis. La palpación de las partes fetales y la percepción del movimiento y los tonos cardiacos fetales son diagnósticos de embarazo, pero de una edad de gestación más avanzada. La percepción inicial del movimiento fetal por parte de la paciente (que se denomina “primeros movimientos fetales o pateo”) normalmente no se comunica hasta las 16 a 18 semanas de gestación, y con frecuencia hasta las 20 semanas en las primíparas.

El embarazo no puede diagnosticarse tan sólo basándose en los síntomas y los signos subjetivos. Se necesita una prueba de embarazo para confirmar el diagnóstico. Cuando la prueba es positiva y antes de observar actividad cardiaca fetal en la ecografía, el médico y la paciente deben ser conscientes de los signos y síntomas de un embarazo anómalo, entre ellos los asociados con el aborto espontáneo, el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica.

Existen varios tipos de pruebas de embarazo en orina que determinan la gonadotropina coriónica humana (GCh) que se produce en el sincitiotrofoblasto de la placenta en crecimiento. Por lo tanto, la concentración de GCh necesaria para que la prueba sea positiva tiene que ser lo suficientemente alta como para evitar un diagnóstico falso de embarazo. Las pruebas de embarazo en orina habituales de laboratorio dan positivo alrededor de 4

semanas después del primer día de la última menstruación. Las pruebas de embarazo en orina caseras tienen un índice bajo de falsos positivos, pero un índice alto de falsos negativos (p.ej., el resultado de la prueba es negativo aunque la paciente está embarazada). Lo mejor es realizar cualquier prueba de embarazo en orina con una muestra de la primera orina de la mañana, que es la que contiene la concentración más alta de GCh.

1.4 Control prenatal.

Cada gestante normal recibirá un mínimo de 10 controles prenatales por el médico de familia del equipo básico de salud, de éstas, cuatro son interconsultas con el especialista de ginecología y obstetricia del equipo básico de trabajo.

Denominación y frecuencia de las consultas

- Captación del embarazo: antes de las 12 semanas.
- Evaluación: antes de los 15 días de la captación.
- Consulta prenatal: a las 18 semanas.
- Consulta prenatal: alrededor de las 22 semanas.
- Reevaluación: alrededor de las 26 semanas.
- Consulta prenatal: alrededor de las 30 semanas.
- Interconsulta: alrededor de las 32 semanas.
- Consulta prenatal: alrededor de las 36 semanas.
- Consulta prenatal: alrededor de las 38 semanas.
- Interconsulta al término: alrededor de las 40 semanas.

1.4.1 Primer trimestre (las primeras 12 semanas).

Síntomas del embarazo.

Para la mayoría de las mujeres, el primer síntoma del embarazo es la ausencia de la menstruación. Por supuesto, puede haber una amplia variedad de reacciones a este suceso. Para la adolescente que no está casada, o para la mujer casada que siente que ya ha tenido

suficientes hijos, la reacción puede ser negativa (depresión, enojo y temor). Para la mujer que ha estado tratando de concebir durante varios meses, es posible que la reacción sea de dicha y anticipación deseosa. De hecho, existen diversas otras razones por las que una mujer puede tener un retraso en su menstruación o por las que ésta puede no aparecer. La enfermedad o el estrés emocional pueden retrasar la menstruación y, en ocasiones, las mujeres pueden no menstruar sin ninguna razón aparente.

Cambios fisiológicos.

También es cierto que existe la posibilidad de que la mujer continúe experimentando cierto sangrado cíclico o manchado durante el embarazo. Esto no necesariamente es señal de peligro, excepto que en algunos casos es síntoma de un aborto espontáneo. Si la mujer ha estado llevando un registro de su temperatura corporal basal, éste le puede proporcionar una señal muy inicial de que está embarazada. Si su temperatura se eleva de manera brusca cerca del momento en que normalmente ocurriría su ovulación y después se mantiene elevada durante más de dos semanas, digamos, durante tres semanas, las probabilidades de que esté embarazada son bastante altas. El aumento en la temperatura se debe a los altos niveles de progesterona producidos por el cuerpo amarillo y, más adelante, por la placenta. Otros síntomas iniciales del embarazo son sensibilidad en las mamas, una sensación de hormigueo y una especial sensibilidad en los pezones además de náusea y vómito (llamados náuseas matutinas aunque, de hecho, estos síntomas pueden aparecer en cualquier momento del día). Micción más frecuente, sensación de fatiga y una necesidad de dormir más son otras señales tempranas de embarazo.

Cambios psicológicos.

Según un punto de vista, se supone que el embarazo es un periodo de felicidad y calma. Se dice que una satisfacción radiante, el “resplandor del embarazo” emana de la cara de la mujer y que éste es un buen momento para que la fotografíen. Según otro punto de

vista, el embarazo es una época de altas y bajas emocionales. La mujer embarazada pasa de estar muy feliz a la depresión y el llanto, y de regreso.

En general, encontraron que el embarazo no es ni una época de bienestar intenso ni de tumulto emocional exacerbado (Striegel-Moore et al., 2016). Las investigaciones indican que la situación es bastante más compleja de lo que los estereotipos sugieren. El estado emocional de una mujer durante el embarazo, que con frecuencia se evalúa por medio de mediciones de depresión, varía según una multitud de factores. Primero, su actitud hacia el embarazo hace una diferencia; las mujeres que desean el embarazo se encuentran menos ansiosas que las mujeres que no lo desean (Kalil et al., 2015).

Un segundo factor es la clase social. Diversos estudios han encontrado que los bajos ingresos se asocian con la depresión durante el embarazo. Esto puede deberse a la situación económica que estas mujeres enfrentan; así también, es posible que existan más embarazos no deseados entre mujeres de recursos bajos.

Una tercera influencia es la disponibilidad de apoyo social. Las mujeres que cuentan con una pareja que las apoya tienen menores probabilidades de estar deprimidas, tal vez porque la pareja funge como amortiguador ante los sucesos estresantes (Chapman et al., 2016). Durante el primer trimestre, las variables que distinguen a las mujeres embarazadas de las no embarazadas son la náusea asociada con las náuseas matutinas y la fatiga (Striegel-Moore et al., 2016).

La depresión no es inusual durante esta época. Las mujeres que llevaban una vida muy activa antes de embarazarse pueden hallar que la fatiga y la falta de energía son particularmente inquietantes. Existen mayores probabilidades de que se presente una depresión durante el primer trimestre entre aquellas mujeres que estén experimentando otros eventos vitales estresantes, tales como mudarse de casa, cambios en sus empleos, cambios. (Figura 1.4.1)



Figura 1.4.1

1.4.2 Segundo trimestre (semanas 13 a 26).

Cambios fisiológicos.

Durante el cuarto mes, la mujer se concientiza de los movimientos del feto (avivamiento). La mujer se vuelve aún más consciente de su embarazo a causa de su vientre en rápida expansión. Existe una variedad de reacciones ante esto. Algunas mujeres sienten que es un magnífico símbolo de la feminidad y salen corriendo a comprar ropa de maternidad y se la ponen aun antes de que sea necesario. Desaparece la mayoría de los síntomas físicos del primer trimestre, tales como náuseas matutinas, y las incomodidades se minimizan.

Los problemas físicos de este periodo incluyen estreñimientos y sangrados nasales (ocasionados por el aumento del volumen sanguíneo). Es posible que el edema, retención de líquidos e inflamación, sea un problema en cara, manos, muñecas, tobillos y pies; proviene de una mayor retención de líquidos en todo el cuerpo. Aproximadamente a la mitad del embarazo, las mamas, a causa de la estimulación hormonal, esencialmente han completado su desarrollo en preparación del amamantamiento. Comenzando cerca de la decimonovena semana, es posible que un delgado líquido amarillo o ámbar llamado calostro salga de los pezones, aunque todavía no hay leche.

Cambios psicológicos.

Mientras que es posible que el primer trimestre sea relativamente tempestuoso, en especial debido a las náuseas matutinas, por lo general el segundo es un periodo de calma

y bienestar relativos. Han pasado las incomodidades del primer trimestre y las tensiones asociadas con el trabajo de parto y con el parto mismo aún no se han presentado. Disminuye el temor de un aborto espontáneo a medida que la mujer siente los movimientos del feto (Leifer, 2016). Existen menos probabilidades de depresión durante el segundo trimestre si la mujer tiene una pareja o esposo que cohabite con ella (Hobfoll et al., 2015). Esto puede reflejar el impacto de las demandas asociadas con el cuidado de otros niños cuando se está embarazada. Así también, las investigaciones indican que los sentimientos de cuidado o de interés materno por el lactante aumentan progresivamente desde el periodo anterior al embarazo. (Figuras 1.4.2)



Figura 1.4.2

1.4.3 Tercer trimestre (semanas 27 a 38).

Cambios fisiológicos.

Para el tercer trimestre, el útero es muy grande y duro. Cada vez más, la mujer se percata de su tamaño y del tamaño del feto, que se está volviendo cada vez más activo. De hecho, algunas mujeres no pueden conciliar el sueño a causa de sus maromas y eructos. El tamaño extremo del útero ejerce presión sobre otros órganos, lo que ocasiona cierta incomodidad. Hay presión sobre los pulmones, lo que puede causar falta de respiración. El estómago también se oprime y la indigestión se vuelve común. El ombligo se ve empujado

hacia fuera. El corazón se encuentra bajo tensión a causa del considerable aumento en volumen sanguíneo. Durante esta etapa la mayoría de las mujeres siente una disminución de energía. El aumento de peso del segundo trimestre continúa. Una fuente, el Journal of Midwifery and Women's Health, dice que la cantidad de peso aumentado debería encontrarse en un rango entre las 25 y 35 libras, dependiendo del peso de la mujer antes del embarazo.

Las mujeres delgadas deberían subir más de peso, en términos relativos, mientras que las mujeres más pesadas deberían aumentar menos. Al momento del nacimiento, el lactante promedio pesa 7.5 libras; el resto del aumento de peso comprende la placenta (cerca de una libra), el líquido amniótico (cerca de 2 libras), el aumento de tamaño del útero (cerca de 2 libras), el aumento de tamaño de las mamas (1.5 libras) y la grasa y líquido adicionales que la mujer retiene (8 o más libras). Los médicos limitan la cantidad de peso que se aumenta debido a que la incidencia de complicaciones tales como hipertensión y la tensión a la que se somete el corazón son mucho más comunes entre mujeres que aumentan una cantidad excesiva de peso. Así también, el exceso de peso obtenido durante el embarazo puede ser muy difícil de perder después. El equilibrio de la mujer se encuentra ligeramente trastornado debido a la gran cantidad de peso que se ha añadido a la parte frontal de su cuerpo. Puede compensar por esto adoptando el característico caminado "de pato" de las mujeres embarazadas, lo cual puede ocasionar dolores de espalda. En ocasiones, el útero se constriñe de manera dolorosa en las llamadas contracciones de Braxton-Hicks. Éstas no son parte del trabajo de parto. Se piensan que ayudan a fortalecer los músculos uterinos, preparándolos para el trabajo de parto.

Cambios psicológicos.

Los patrones señalados con anterioridad continúan durante el tercer trimestre. El bienestar psicológico es mayor entre aquellas mujeres que cuentan con un apoyo social (con frecuencia en la forma de una pareja o marido que cohabite con la mujer), que tienen

mayores ingresos/pertenecen a la clase media, y que experimentan menos sucesos vitales estresantes concurrentes. (Figura 1.4.3)



Figura 1.4.3

1.5 Evaluación del riesgo.

La evaluación del riesgo es un elemento importante del estudio prenatal inicial. Las preguntas sobre los antecedentes y las afecciones crónicas son importantes para poder identificar a la mujer embarazada con riesgo de complicaciones y para iniciar un plan de tratamiento en el momento apropiado. Además de comprender los riesgos médicos, es importante entender las circunstancias sociales de cada mujer, algunas de las cuales pueden conferir riesgo de complicaciones físicas y emocionales. Hay que preguntar a las pacientes sobre los siguientes aspectos de su estilo de vida que podrían suponer un riesgo y proporcionarles orientación apropiada, si está indicado:

- Interrogar si el embarazo es deseado.
- Barreras para la comunicación.
- Depresión/ansiedad (se debe realizar al menos una vez durante el periodo perinatal).
- Orientación sobre nutrición y aumento de peso.
- Actividad sexual.

- Ejercicio.
- Tabaquismo (cigarrillos, goma de mascar, cigarrillos electrónicos).
- Riesgos ambientales y laborales.
- Alcohol.
- Uso de cualquier medicamento (incluyendo suplementos, vitaminas, plantas medicinales o fármacos sin receta).
- Uso de drogas ilícitas/recreativas/abuso de sustancias (en los padres, su pareja, previas o actuales).
- Violencia doméstica.
- Violencia de la pareja.

1.6 Determinación inicial de la edad de gestación.

Fecha prevista de parto. La edad de gestación es el número de semanas que han transcurrido entre el primer día de la última menstruación (no la supuesta fecha de concepción) y la fecha de parto. El establecimiento de una edad de gestación aproximada y una fecha prevista de parto (FPP) precisas es un componente importante de la primera consulta prenatal.

La regla de Naegele es una manera fácil de calcular la FPP: sume 7 días al primer día de la última menstruación normal y reste 3 meses. En una paciente con un ciclo menstrual ideal de 28 días, la ovulación se da el día 14; por lo tanto, la edad de concepción del embarazo es en realidad 38 semanas. Lo habitual es utilizar el primer día de la última menstruación como punto de partida para la edad de gestación, y se utiliza la edad de gestación, no de concepción. La duración de un embarazo “normal” es de 40 + 2 semanas, y se calcula a partir del primer día de la última menstruación normal (edad menstrual o de gestación). Para establecer una edad de gestación exacta, es crucial la fecha de aparición de la última menstruación normal. (Figura 1.6)

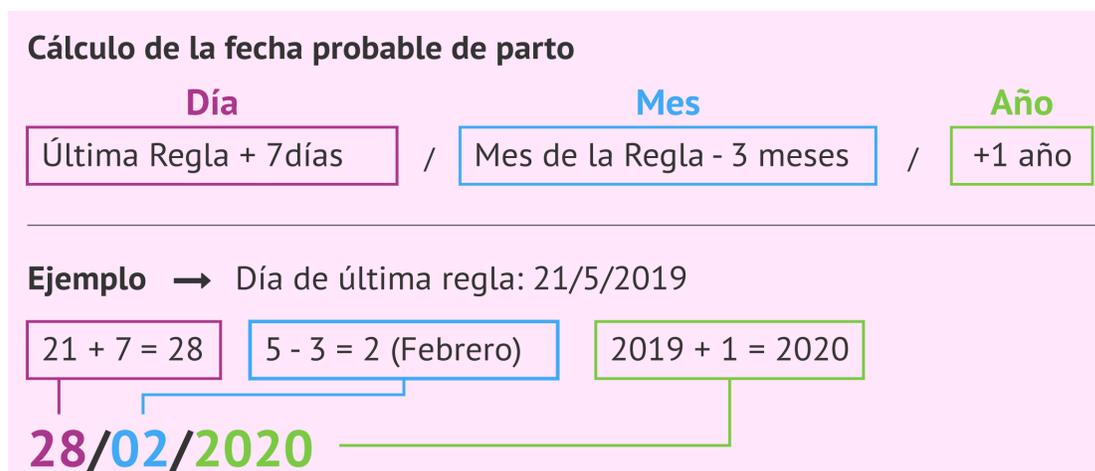


Figura 1.6

1.7 Consultas prenatales posteriores.

La vigilancia habitual de la madre y el feto es imprescindible para identificar las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo y para proporcionar seguridad y apoyo a la madre y a la familia, especialmente en un primer embarazo o cuando los embarazos anteriores han sido complicados o han tenido un desenlace desafortunado.

En una mujer con un embarazo normal, en general las consultas prenatales periódicas se programan a intervalos de 4 semanas hasta las 28 semanas, a intervalos de 2 a 3 semanas entre las semanas 28 y 36, y cada semana a partir de entonces. Normalmente, las pacientes con embarazos de alto riesgo o complicaciones persistentes se visitan con mayor frecuencia, según las circunstancias clínicas. En cada consulta se pregunta a las pacientes cómo se sienten y si tienen algún problema, por ejemplo una hemorragia vaginal, náusea y vómito, disuria o leucorrea. Después de los primeros movimientos fetales, se les pregunta si siguen notándolos y si se mantienen igual o han disminuido desde la última consulta prenatal. La disminución de los movimientos fetales después de alcanzar la viabilidad fetal es una señal de alerta que exige una valoración adicional del bienestar fetal. Cada una de las evaluaciones prenatales comprende las siguientes determinaciones:

- Tensión arterial.

- Peso.
- Datos obtenidos de la exploración obstétrica.
- Medición de altura uterina
- Palpación uterina
- Pruebas de detección

1.8 Actividad sexual.

Las relaciones sexuales no están restringidas durante un embarazo normal, aunque puede que se agradezcan los consejos sobre posiciones más cómodas en las etapas posteriores del embarazo; por ejemplo, lado a lado o la mujer encima. La actividad sexual puede estar restringida o prohibida en ciertas circunstancias de alto riesgo, por ejemplo placenta previa confirmada, rotura prematura de la bolsa o contracciones (o parto) prematuras en el momento actual o en el pasado. Concienciar a la paciente (y a su pareja) sobre las prácticas sexuales seguras es tan importante antes del parto como en la atención ginecológica habitual.

1.9 Complicaciones durante el embarazo.

Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan las condiciones de vida de la mujer, la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad; la situación social, cultural, económica y política; la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud y las condiciones de educación, alimentación y vivienda en un sitio determinado. La prevención de las complicaciones y de la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva. El principal instrumento para lograr este fin es la aplicación del concepto de riesgo reproductivo, que se basa en el enfoque de riesgo.

Se establece así un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para los individuos con bajo riesgo, hasta un máximo necesario para los que tienen alta probabilidad de sufrir en el futuro un daño en su salud.

La vulnerabilidad al daño reproductivo se debe a la presencia de determinadas características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales, económicas o políticas, que interactúan entre sí. Estas características se conocen como factores de riesgo reproductivo. (Figura 1.8)

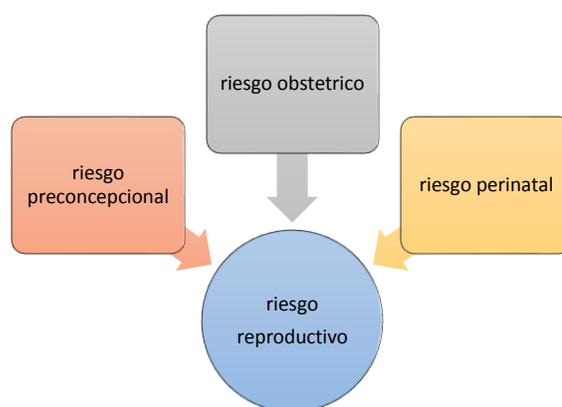


Figura 1.8

No resulta fácil predecir cuál embarazo puede complicarse. Está claro que hay grupos de mujeres que presentan un alto riesgo de desarrollar complicaciones serias durante el embarazo, el parto o el puerperio. El problema es que aún en los grupos de alto riesgo, la mayoría de las mujeres paren sin complicaciones de importancia y, por otra parte, aún en los grupos de bajo riesgo, algunas mujeres desarrollan complicaciones serias.

Es importante que la intervención se realice antes de la concepción, para eliminar, modificar o cuando menos, controlar estos factores de riesgo, sin violentar la voluntad de la pareja. Los elementos fundamentales a tener en cuenta, en esta etapa, son:

- Edad: una gestación implica mayor riesgo cuando la mujer tiene menos de 18 o más de 35 años.
- Paridad: el riesgo es mayor en la primera gestación y después de la cuarta.

- Espacio intergenésico: cuando el intervalo entre las gestaciones es menor de 1 año se incrementa el riesgo.
- Antecedentes obstétricos: el riesgo es mayor cuando existen antecedentes de abortos, nacidos muertos, cesáreas o preeclampsia-eclampsia.
- Otras afecciones: malnutrición, anemia, hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, anemia de hematíes falciformes, cardiopatías, infecciones, insuficiencia renal, hepatopatías, retraso mental, entre otras, aumentan el riesgo.

Unidad 2

Métodos de Planificación Familiar.

2.1 Métodos de planificación familiar.

Más de 50% de todos los embarazos no son planeados, la tasa más alta en los países desarrollados, sin embargo, cada año se ofrecen nuevas opciones anticonceptivas que notifican “mejoras”. Aunque ningún método es efectivo si no se usa correctamente, muchos métodos son bastante confiables. Examinaremos las distintas opciones de anticonceptivos, de la más confiable hasta la menos confiable, y compararemos sus riesgos, beneficios y confiabilidad (su índice de eficacia). Aunque existen varios tipos de anticonceptivos, todos funcionan ya sea inhibiendo el desarrollo o la liberación del óvulo, o bien bloqueando el encuentro del óvulo y el espermatozoide. Este objetivo se consigue mediante diversos mecanismos de acción:

1. Inhibición del desarrollo y la liberación del óvulo (mediante anticonceptivos orales, inyección de progesterona de acción prolongada, parche transdérmico o anillo vaginal anticonceptivos).
2. Creación de una barrera mecánica, química o temporal entre el espermatozoide y el óvulo (mediante preservativo, diafragma, espermicida, anticoncepción intrauterina y conocimiento de la fertilidad). Como mecanismo secundario, los dispositivos intrauterinos (DIU) o implante subdérmico colocados como anticoncepción de emergencia (AE) alteran la capacidad del óvulo fertilizado para implantarse y crecer.

Es importante comprender que el mecanismo de acción del DIU no colocado como anticoncepción de emergencia es a través de cambios en la cantidad y la viscosidad del moco cervical, supresión endometrial, inhibición de la migración y viabilidad de los espermatozoides, cambios en la velocidad de transporte del óvulo y daño o destrucción del óvulo. Cada uno de estos métodos puede utilizarse, por separado o en combinación, para evitar el embarazo, y cada uno de ellos posee sus ventajas e inconvenientes, y sus riesgos y beneficios.

Antes de ayudar a una mujer o una pareja a decidir sobre las opciones anticonceptivas, el médico debe considerar dos cosas: en primer lugar, debe comprender y ser capaz de

explicar (en un lenguaje entendible) el mecanismo de acción farmacológico y fisiológico de todos los métodos anticonceptivos disponibles, además de su tasa de efectividad, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas. En segundo lugar, el médico debe conocer a la paciente y a su pareja lo suficientemente bien como para identificar los valores personales, físicos, religiosos o culturales, que podrían afectar el uso de cada método en cuestión; debe ser capaz de ayudarlos a hacer frente a estas cuestiones mediante la discusión empática y basada en la evidencia, ignorando cualquier sesgo personal. Cuando se llevan a cabo correctamente, estas discusiones permiten que la pareja comprenda las opciones anticonceptivas y que el médico proporcione libremente recomendaciones basadas en la evidencia. De esta forma, puede elegirse un método anticonceptivo apropiado e individualizado, con alta probabilidad de ser utilizado de forma correcta y regular. Visto desde otra perspectiva, la anticoncepción posibilita a la mujer o pareja a formular un plan de salud reproductiva, permitiendo que la concepción sea un evento planificado y no inesperado. Se debe considerar su deseo de tener hijos para poder planificar el momento, el tiempo entre cada hijo y, en última instancia, el número óptimo de niños.

Cuando se comparan todos los métodos anticonceptivos deben considerarse tanto la tasa de falla con el uso habitual (la tasa de falla observada cuando los pacientes usan realmente el método, es decir, teniendo en cuenta los errores de uso que todos cometemos de vez en cuando y el incumplimiento real) y la tasa de falla con el uso perfecto (la tasa de falla inherente del método si el paciente lo usa correctamente 100% del tiempo). A lo largo, las tasas de fracaso se incluirán entre paréntesis (como uso típico/perfecto) en referencia al porcentaje de embarazos no planeados dentro del primer año de uso típico contra el uso perfecto. Al ayudar a una mujer y a su pareja a elegir un método anticonceptivo aceptable y biológicamente apropiado, la brecha entre el índice de fracaso del método y el índice de fracaso típico se reduce al mínimo.

2.2 Factores que afectan la elección de un método anticonceptivo.

Aunque la eficacia es importante en la elección de un método anticonceptivo, otros factores que hay que sopesar comprenden la seguridad, la disponibilidad, el coste y la aceptabilidad y, en algunos casos, la habilidad física de la paciente para utilizar adecuadamente el método. Aunque tendemos a pensar en la seguridad en términos de riesgos importantes para la salud, para muchas pacientes la seguridad también comprende la posibilidad de efectos secundarios. Las mujeres pueden obtener buena información de sitios fiables en la red, pero también hay una gran cantidad de información incorrecta o sesgada que podría complicar la discusión entre el médico y la paciente. Ya que la información correcta permite una buena toma de decisiones, y viceversa, los médicos deben tomarse tiempo para explicar la información que proporcionan a los pacientes.

El cómo y cuándo se utiliza el método también puede determinar la aceptabilidad. Las opciones abarcan desde métodos que dependen del coito (barreras) hasta métodos que coloca el profesional sanitario y que duran hasta 10 años (anticoncepción intrauterina). Algunas mujeres prefieren métodos que ellas controlen. Pueden escoger una preparación diaria oral, mientras que otras consideran que los métodos transdérmico semanal (parche anticonceptivo) o transvaginal mensual (anillo anticonceptivo) son más fáciles de utilizar con éxito. Otras mujeres optan por un método administrado por su médico, como inyecciones, implantes o anticonceptivos intrauterinos. Los métodos que no dependen del paciente o del coito suelen ser más efectivos.

Las decisiones profesionales u otras decisiones vitales además de los planes de procreación futura, pueden influir en el tipo y la duración del método escogido, además de la opinión de los dos miembros de la pareja, de la cual ellos deben asumir las responsabilidades.

Finalmente puede ser relevante la capacidad del método anticonceptivo para proporcionar cierta protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), pero el

médico debe explicar que no es el uso principal que se pretende con la mayoría de los anticonceptivos. Una de las tareas de la atención preventiva más importante es ayudar a las pacientes a comprender que, además del preservativo, los métodos anticonceptivos no ofrecen ninguna protección contra las ITS. El clínico debe ser consciente de todos los factores que podrían influir en la decisión y debe facilitar información objetiva que se adapte a las necesidades de la paciente y su pareja. Todos los médicos deben evitar transmitir sus propios sesgos culturales o religiosos en la discusión.

2.3 Anticoncepción reversible de acción prolongada.

La anticoncepción reversible de acción prolongada (ARAP) puede ofrecer una eficacia anticonceptiva igual o mejor que la esterilización permanente con las ventajas de ser reversible. En ese sentido, son ideales para planificar y espaciar los embarazos. Además, tienen pocas contraindicaciones y los riesgos y efectos secundarios son bajos.

2.3.1 Implante anticonceptivo.

Es una varilla de 4 cm por 2 mm que contiene un progestágeno (etonogestrel) que proporciona 3 años de contracepción. Con una tasa de falla con el uso típico y perfecto de 0.05%, es la forma más efectiva de anticoncepción disponible, incluida la esterilización femenina (0.5/0.5%). El implante funciona principalmente mediante el espesamiento del moco cervical y la inhibición de la ovulación. Figura 2.3.1



Figura 2.3.1

Inserción y retiro.

La inserción es un procedimiento simple de consultorio que requiere anestesia local. Se utiliza un aplicador especial para colocar la varilla “justo por debajo de la piel”. El procedimiento

toma menos de un minuto con una molestia mínima (fig. 2.3.1). La extracción del dispositivo también se realiza en la consulta con anestesia local. Aunque requiere una pequeña incisión (2 mm), también es bien tolerado. Además, se puede colocar un nuevo implante al mismo tiempo para obtener 3 años más de anticoncepción altamente eficaz.

Efectos adversos.

El efecto secundario más frecuente es la hemorragia vaginal irregular e imprevisible que puede persistir incluso después de varios meses de uso.

2.3.2 Anticoncepción intrauterina.

Los anticonceptivos intrauterinos, que también se conocen como DIU o dispositivos anticonceptivos intrauterinos son recomendables para adolescentes, mujeres nulíparas y multíparas pues son uno de los métodos más utilizados y seguros de anticoncepción no permanente en todo el mundo. Sin embargo, este continuo desinterés por los DIU se debe a los primeros tipos de DIU que se asociaron con un aumento de la incidencia de la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) y esterilidad.

Estos dispositivos se retiraron del mercado y los DIU actuales no están asociados con EPI. No obstante, el temor continúa disuadiendo a algunas mujeres y profesionales del uso del DIU a pesar del perfil de seguridad comprobado de los modelos actuales, todos tienen forma de T. Los DIU hormonales liberan una pequeña cantidad de levonorgestrel (DIU-LNG) en el útero (0.2/0.2%), y el DIU no hormonal libera una pequeña cantidad de cobre (DIU-Cu) en el útero (0.8/0.6%). (figura 2.3.2).

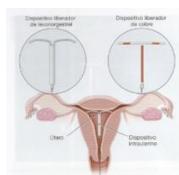


Figura 2.3.2

Colocación.

Lo mejor es introducir el DIU durante la menstruación. Este es un buen momento porque confirma que la paciente no está embarazada y el cuello del útero suele estar ligeramente abierto. Si la introducción no puede realizarse durante la menstruación, puede realizarse en otros momentos del ciclo cuando la paciente vaya a cambiar de método anticonceptivo fiable. Los dispositivos también pueden colocarse en las mujeres lactantes, que, de hecho, presentan una menor incidencia de molestias y hemorragia tras la introducción del dispositivo. (Figura 26.3).

Mecanismo de acción.

Hay tres DIU hormonales (DIU-LNG) que funcionan evitando la unión del espermatozoide y el óvulo engrosando el moco cervical, lo que reduce el número de espermatozoides que entran en la cavidad uterina y crea un entorno uterino desfavorable al adelgazar el revestimiento uterino. Los iones de cobre del DIU de cobre (Cu-DIU) actúan como espermicidas, inhibiendo la motilidad de los espermatozoides y la reacción acrosomal necesaria para la fertilización. Rara vez funciona inhibiendo la implantación y no es un abortivo en el uso normal. El DIU-Cu también se puede usar después del coito como AE. Cuando se usa de esta manera, puede interferir con la implantación.

Efectos adversos.

Un efecto secundario clínicamente importante del DIU-LNG es la disminución de la hemorragia menstrual (de hasta 50%) y la gravedad de la dismenorrea. Aunque los DIU de LNG se asocian con irregularidades menstruales, típicamente periodos más leves o amenorrea, los niveles séricos de progesterona no se ven afectados. El efecto local de la progesterona se emplea para aliviar el dolor relacionado con la endometriosis y la adenomiosis, además para proporcionar protección endometrial en las mujeres que toman hormono terapia sustitutiva y no pueden tomar gestágenosorales. El DIU-Cu se asocia con periodos más intensos y dismenorrea que a menudo resultan en la interrupción. Los DIU de LNG tienen una menor

incidencia de este problema, debido al efecto de los gestágenos sobre el endometrio. Por lo tanto, se puede presentar un aumento del flujo menstrual y dolor en las mujeres que eligen los DIU-Cu en comparación con los DIU-LNG.

Eficacia.

Los DIU disponibles en la actualidad el DIU-LNG de 5 años se aprobó para mujeres con partos, pero también está disponible para mujeres nulíparas (0.2/0.2%). Se comercializan dos DIU-LNG más pequeños para mujeres nulíparas y son efectivos durante 3 años.

Riesgos.

Hay un ligero aumento del riesgo de infección durante los primeros 20 días después de la inserción del DIU. La infección genital que aparece 3 meses o más después de la introducción de un DIU puede considerarse una IT'S adquirida y tratarse en consecuencia. Las mujeres con alto riesgo de padecer IT'S pueden beneficiarse de un cribado antes de la introducción del DIU. Las usuarias asintomáticas con cultivos cervicales positivos de gonorrea o clamidias o con vaginosis bacteriana deben recibir tratamiento de inmediato. El DIU puede dejarse colocado a menos que haya indicios de propagación de la infección al endometrio o las trompas uterinas o fracaso del tratamiento con los antibióticos apropiados. No obstante, puesto que el DIU ofrece una mayor protección frente al embarazo intrauterino que extrauterino, la proporción relativa de embarazos extrauterinos es mayor en la mujer que lleva un DIU que en la mujer que no utiliza anticoncepción. Por lo tanto, en el caso raro de que una mujer con DIU se embarace, ese embarazo tendría un alto riesgo de ser extrauterino. Alrededor de 40 a 50% de las mujeres que se embarazan llevando el DIU tendrán un aborto espontáneo en el primer trimestre.

Debido a este riesgo, hay que ofrecerles la extracción del DIU si el hilo es visible; esto está asociado con un menor índice de abortos espontáneos de 30%. Si el hilo del DIU no es visible, puede realizarse una extracción instrumentada, pero el riesgo de interrupción del embarazo aumenta. Si el DIU no se extrae, puede que el embarazo continúe sin incidentes.

Extracción.

El DIU se extrae simplemente tirando del hilo. Si este no es visible, con frecuencia podrá recuperarse haciendo girar dos aplicadores con punta de algodón en el endocérvix. Si esto no es posible, puede introducirse una sonda fina, buscar el DIU y luego extraerlo con una “pinza para extracción de DIU” o pinzas pequeñas. Si fuera necesario, la guía ecográfica puede ayudar en este proceso. Rara vez el DIU se queda incrustado en la pared uterina y exige una extracción mediante histeroscopia. Todavía es más infrecuente que el DIU perfora el útero y exija una extracción mediante laparoscopia.

2.4 Anticonceptivos hormonales inyectables e implantales.

2.4.1 Anticonceptivos hormonales.

Para muchas mujeres, el “control de la natalidad” es sinónimo de píldoras para el control de embarazo. Sin embargo, las hormonas también pueden utilizarse en muchos otros métodos anticonceptivos, como los preparados hormonales inyectables, el implante hormonal, los dispositivos intrauterinos que contienen hormonas y los parches y anillos anticonceptivos. Los anticonceptivos hormonales tienen muchos beneficios para la salud, entre ellos la reducción del riesgo de padecer cáncer de ovario y de útero, además de proporcionar protección contra la anemia causada por la menstruación. Aunque los métodos anticonceptivos hormonales están asociados con riesgos, para la mayoría de las mujeres el uso de uno de estos fármacos es más seguro que el embarazo. Las tasas de falla del método (uso perfecto) de los anticonceptivos orales, transdérmicos y transvaginales son < 1%. Los métodos hormonales de acción más prolongada (inyecciones, implantes y anticoncepción intrauterina) tienen índices de eficacia equivalentes o incluso superiores a los de la esterilización. Puesto que normalmente los fracasos de los AO (anticonceptivo oral) (tasa de falla con el uso típico de 9%) están relacionados con el olvido de tomarse la pastilla, los fármacos inyectables de acción prolongada, los parches transdérmicos, los implantes, la anticoncepción intrauterina y los anillos vaginales comparten la ventaja adicional de no tener que tomarlos a diario, lo que

reduce errores. Los AO (anticonceptivo oral) no protegen contra las ITS. Hay que informar a las mujeres que utilizan estos métodos de los comportamientos de alto riesgo y de la necesidad de utilizar preservativos para conseguir una protección adicional.

Mecanismos de acción.

La mayoría de los AO son combinaciones de un estrógeno y un gestágeno, aunque existen productos que sólo contienen gestágeno.

2.4.2 Anticonceptivos orales combinados.

Casi todos los preparados de ACO contienen etinilestradiol como componente estrogénico (aunque algunos ahora contienen valeriato de estradiol) y 19-nortestosterona o un derivado de la espironolactona (drospirenona) como componente gestagénico. Su principal efecto es suprimir los factores hipotalámicos liberadores de gonadotropinas con la siguiente supresión de la producción hipofisaria de folitropina (FSH) y lutropina (LH). El componente gestagénico proporciona el principal efecto anticonceptivo y actúa fundamentalmente mediante la inhibición de la secreción de LH y, a su vez, la ovulación. Como efecto adicional, también provoca el espesamiento del moco cervical, la inhibición de la migración espermática y crea un ambiente desfavorable para la implantación, pues ocasiona atrofia endometrial. El componente estrogénico actúa mediante la inhibición de la secreción FSH, evitando así la maduración de un folículo, además de potenciar la acción del gestágeno. El estrógeno proporciona un efecto anticonceptivo moderado adicional y, por lo tanto, aumenta la eficacia de este método. Es importante mencionar que el estrógeno también mejora el control del ciclo al estabilizar el endometrio, lo que provoca ciclos más regulares, permitiendo menos hemorragia intermenstrual (hemorragia no relacionada con el periodo menstrual en una mujer que utiliza ACO), lo que ocasiona mayor satisfacción y apego de la paciente.

2.4.3 Anticonceptivos que sólo contienen gestágenos.

Los anticonceptivos que sólo contienen gestágenos (“mini píldora”) actúan principalmente mediante el espesamiento y la impermeabilización relativa del moco cervical. La

ovulación prosigue con normalidad en 40% de las pacientes que utilizan este tipo de formulación. Los ACO que sólo contienen gestágenos son especialmente útiles en mujeres lactantes y mayores de 40 años. En el primer grupo, el efecto del gestágeno coincide con la inhibición de la ovulación inducida por la prolactina; en el segundo grupo, la menor fertilidad inherente aumenta el efecto del gestágeno. No poseen ningún efecto sobre la calidad o la cantidad de la leche materna ni existe ningún indicio de efectos adversos a corto o largo plazo en los recién nacidos, y las pastillas que sólo contienen gestágeno pueden empezarse a administrar inmediatamente después del parto en la madre lactante. La pastilla que sólo contiene gestágeno también es una buena opción para las mujeres en que están contraindicadas las formulaciones que contienen estrógenos. Debido a las bajas dosis de gestágeno, la mini píldora debe tomarse cada día a la misma hora, empezando el primer día de la menstruación. Si una mujer se retrasa más de 3 h en tomarse la mini píldora, deberá utilizar un método anticonceptivo de refuerzo durante 48 h. La mini píldora al contener sólo gestágeno proporciona un control deficiente del ciclo. Los ACO que sólo contienen gestágenos son buenas opciones para las mujeres que amamantan y con contraindicación para consumir estrógenos, pero su uso debe limitarse, ya que tienen un mecanismo de acción limitado, por lo que su uso debe ser muy consistente.

2.4.4 Efectos de los anticonceptivos hormonales.

La anticoncepción hormonal no sólo afecta al aparato reproductor. Los estrógenos afectan al metabolismo de los lípidos, potencian la retención hidrosalina, aumentan el sustrato de renina, estimulan el sistema del citocromo P450, elevan la globulina transportadora de hormonas sexuales y pueden reducir la antitrombina. Los gestágenos producen piel grasa, estimulan el crecimiento del vello facial y corporal, inducen la relajación del músculo liso y elevan el riesgo de ictericia colestásica. Los nuevos gestágenos —desogestrel, norgestimato y drospirenona— tienen un menor impacto metabólico.

2.4.5 Beneficios.

Los AO poseen muchos efectos beneficiosos. Las menstruaciones son previsibles (para las usuarias de ACO), más cortas y menos dolorosas y, a raíz de esto, el riesgo de anemia ferropénica es menor. Las mujeres que toman AO tienen una menor incidencia de cáncer endometrial y de ovario, enfermedad ovárica y mamaria benigna, e infección genital. Al disminuir la concepción, el riesgo de embarazo ectópico disminuye, junto con las complicaciones de los embarazos intrauterinos no deseados.

2.4.6 Efectos adversos.

En 10-30% de las mujeres que toman ACO en dosis bajas aparece metrorragia intermenstrual durante los primeros 3 meses de uso. Aunque es un síndrome especialmente preocupante, no está asociado con una disminución de la eficacia del anticonceptivo siempre que se cumpla la pauta de toma de las pastillas. El patrón hemorrágico anómalo es el motivo más frecuente de interrupción de la anticoncepción, y hay que informar a las mujeres de que es previsible que se produzcan irregularidades antes de introducir las hormonas. Si aparece metrorragia intermenstrual, el mejor tratamiento es animar y tranquilizar a la paciente. La metrorragia intermenstrual al cabo de aproximadamente 3 meses está asociada con decidualización inducida por gestágeno, con un endometrio poco profundo frágil que está expuesto a rotura asincrónica y hemorragia. Una tanda corta de estrógenos (1.25 mg de estrógenos conjugados durante 7 días), administrada mientras la paciente sigue tomando los ACO, suele estabilizar el endometrio y detiene la hemorragia. Tomar 2 o 3 pastillas cada día no es un tratamiento eficaz para la metrorragia intermenstrual, porque el componente gestagénico predominará y con frecuencia agravará el problema al provocar una mayor decidualización del endometrio. La asesoría cuidadosa sobre la posibilidad de menstruaciones irregulares en los primeros 3 meses de uso es importante para evitar la interrupción en el patrón de sangrado y pueda ser una señal de que “algo está mal”. Aproximadamente 1% de las mujeres que toma ACO en dosis bajas experimenta amenorrea durante el primer año de uso, que puede llegar a

afectar a 5% de las usuarias tras varios años de uso. La eficacia anticonceptiva se mantiene si se cumple la pauta de toma de las pastillas. Puede cambiarse a una píldora con un contenido más alto de estrógeno o puede utilizarse un estrógeno exógeno para inducirla a una prueba.

2.4.7 Anillo vaginal y parche transdérmico.

El parche transdérmico anticonceptivo contiene estrógeno y gestágeno sintéticos y conserva su eficacia durante toda 1 semana (fig. 2.4.7). La paciente debe colocarse el parche en los primeros 5 días de la menstruación y cambiarlo cada semana durante 3 semanas. La cuarta semana no se pondrá el parche para permitir que se produzca una metrorragia de privación. Se recomienda colocar el parche sobre una zona de piel limpia y seca en las nalgas, la cara superior externa del brazo o la parte inferior del abdomen. Hay que tener mucho cuidado al recetar el parche en mujeres que pesan más de 90 kg, debido a su menor eficacia. Los efectos secundarios y las contraindicaciones son parecidos a los de los ACO, aunque investigaciones recientes han revelado un mayor riesgo de trombosis. No obstante, una queja específica respecto al parche es la irritación cutánea provocada por los restos de adhesivo en la zona de aplicación. Figura 2.4.7



Figura 2.4.7

El anillo vaginal anticonceptivo libera una cantidad constante de estrógeno y gestágeno sintéticos al día (fig. 2.4.7.1). Con una eficacia comparable a la de los ACOC, el anillo vaginal está asociado con un mejor cumplimiento debido a que se utiliza una vez al mes. La paciente lo introduce en la vagina al comienzo de la menstruación y lo deja allí durante 3 semanas. La

extracción del anillo se traduce en una metrorragia de privación. El anillo puede permanecer fuera de la vagina durante hasta 3 h, si se desea, sin que su eficacia se vea alterada. Debido a que es incoloro e indoloro, y tiene un diámetro de 5 cm, la mayoría de las pacientes y sus parejas no notan su presencia. Una ventaja del anillo vaginal frente a los ACOc es la menor incidencia de metrorragia intermenstrual. Puesto que las hormonas que están presentes en el anillo vaginal y el parche transdérmico no se absorben a través del aparato digestivo, algunas de las interacciones medicamentosas que se dan con los ACO combinados pueden no ser aplicables en este caso. Aun así, el metabolismo sigue teniendo lugar en el hígado y, por lo tanto, hay que tener mucho cuidado.



Figura 2.4.7.1

2.5 Anticonceptivos de barrera.

Entre los métodos anticonceptivos más antiguos y más utilizados se encuentran los que crean una barrera entre el espermatozoide y el óvulo. Estas barreras comprenden el preservativo, el diafragma y el capuchón cervical. Algunos métodos, como el conocimiento de la fertilidad, pueden considerarse como una barrera de “tiempo” entre el coito y la concepción. Cada uno de estos métodos depende del uso correcto antes o en el transcurso del acto sexual y, por lo tanto, están expuestos a un índice de fracaso más alto que los métodos que no dependen del acto sexual. Esto es el resultado de un uso incoherente o incorrecto, además de la alteración del material de la barrera. Por ejemplo, el látex de los preservativos, el diafragma y el capuchón cervical pueden dañarse por la aplicación de lubricantes de aceite. A pesar de esto, dichos métodos proporcionan una protección relativamente buena, además de ser

económicos y requerir poca o ninguna asesoría médica para su uso. Además, el preservativo proporciona cierta protección contra la transmisión de ITS, entre ellas las infecciones por gonorrea, herpes, clamidias, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y virus del papiloma humano.

2.5.1 Preservativo masculino.

El condón masculino (“goma”, “profiláctico” o “preservativo”) es una cubierta delgada que se ajusta sobre el pene (figura 2.5.1). Viene enrollado en un pequeño paquete y debe desenrollarse sobre el pene antes de usarlo. Puede estar hecho de látex (“goma”) o poliuretano o del tejido intestinal de las ovejas (“piel”). El condón de poliuretano (Avanti, Trojan Supra) es una innovación reciente que es útil para las personas con alergia al látex.



Figura 2.5.1

Colocación.

El condón debe colocarse de manera apropiada. Debe desenrollarse sobre el pene erecto antes de que éste ingrese a la vagina: no sólo antes de la eyaculación, dado que desde mucho antes se pueden haber producido algunas gotas de semen que contienen unos cuantos miles de espermias. También, para ser eficaces en la prevención de ETS, deben colocarse antes de que el pene entre en la vagina. Los condones tienen dos tipos de presentación: aquellos con la punta plana y aquellos con una punta que sobresale, en la que se atrapa el semen. Si se utiliza el condón de punta plana, se debe dejar cerca de $\frac{1}{2}$ pulgada (1.25 cm) en la punta para detener el producto de la eyaculación. Se debe tener cuidado en que el condón no se deslice durante el coito.

Después de que el hombre ha eyaculado, debe detener el borde del condón contra la base del pene mientras se retira. Es mejor retirar el pene poco después de la eyaculación, cuando el hombre todavía tiene la erección, a fin de minimizar el riesgo de derrames.

Efectividad.

En realidad, los condones son mucho más efectivos como anticonceptivo de lo que piensa la mayoría de la gente. La tasa de fracaso para el usuario perfecto es aproximadamente del 2 por ciento. La tasa de fracaso para el usuario típico es cercana al 15 por ciento, pero muchos de los fracasos provienen del uso inapropiado o inconsistente. La FDA controla de manera cuidadosa la calidad de los condones y, por ello, son pequeñas las probabilidades de una falla debido a defectos en el condón en sí. En combinación con una espuma o crema anticonceptiva o un diafragma, el condón tiene una efectividad cercana al 100 por ciento.

Efectos secundarios.

El condón no tiene efectos secundarios, excepto que algunos usuarios son alérgicos al látex. Para ellos, existen condones fabricados de poliuretano u otros plásticos.

2.5.2 Preservativo femenino.

Está fabricado de poliuretano y se asemeja a un globo transparente (figura 2.5.2). Tiene dos anillos, uno en cada extremo. Uno de los anillos se inserta en la vagina de manera muy similar a un diafragma, mientras que el otro se extiende sobre la entrada de la vagina. La parte interna está prelubricada y se puede aplicar mayor lubricación si así se desea. Para utilizarlo, debe dirigirse el pene dentro del condón femenino para que no se deslice entre el condón y la pared vaginal. El condón debe retirarse inmediatamente después del coito, antes de que la mujer se ponga de pie. El anillo externo se cierra y tuerce para mantener dentro el semen. En cada acto sexual debe utilizarse un nuevo condón femenino.



Figura 2.5.2

Cómo funciona.

El condón femenino funciona impidiendo que el espermatozoides entre a la vagina y bloqueando la entrada al útero.

Efectividad.

El condón femenino es nuevo, de modo que tenemos menos datos de su efectividad en comparación con otros métodos. Los datos que tenemos no parecen impresionantes. La tasa de fracaso para la usuaria típica es de 21 por ciento (Hatcher et al., 2015), lo cual es inaceptablemente alto para muchas mujeres. La tasa de fracaso para la usuaria perfecta es de 5 por ciento.

Efectos secundarios.

El condón femenino tiene pocos o ningunos efectos secundarios. Unas cuantas mujeres experimentan irritación vaginal y unos cuantos hombres presentan irritación del pene como resultado de su uso.

2.5.3 Esponja: Nulíparas.

La esponja vaginal anticonceptiva es una esponja pequeña en forma de almohada que contiene spermicida. Tiene un orificio que está diseñado para encajar sobre el cuello del útero y mantenerse en su sitio durante el acto sexual. En el otro lado tiene una lazada para facilitar su extracción. Todos tienen tasas de deslizamiento y ruptura de aproximadamente 3% y, como en el caso del diafragma, se recomienda que permanezcan en su sitio por 6 a 8 h después del

coito. La esponja vaginal sólo está disponible en un único tamaño, lo que puede explicar por qué es más eficaz en la mujer nulípara que en la que ha tenido hijos. La esponja se humedece antes de su introducción y puede utilizarse para varios actos sexuales en un periodo de 24 h. No debe extraerse hasta como mínimo 6 horas después del acto sexual, pero no se recomienda llevarla durante más de 30 horas debido al riesgo de síndrome de choque tóxico.

Efectividad.

Cierta protección contra infecciones de transmisión sexual bacteriana; puede colocarse antes del acto sexual; sin efectos secundarios; baja incidencia de cáncer cervical. Protección limitada contra infecciones de transmisión sexual; aumento de infecciones de vías urinarias. Requiere práctica para ser usado correctamente; puede causar irritación vaginal o cervical.

2.5.4 Diafragma.

El diafragma es un dispositivo pequeño, cubierto de látex y en forma de cúpula. El uso correcto del diafragma implica la aplicación de una vaselina o crema anticonceptiva con espermicida en el centro y a lo largo del borde del dispositivo, que luego se introduce en la vagina, por encima del cuello del útero y detrás de la sínfisis del pubis. En esta posición, el diafragma cubre el cuello del útero y la pared vaginal anterior.

Colocación.

El diafragma puede introducirse hasta 6 h antes del acto sexual y no debe extraerse hasta después de 6 a 8 h, pero no más de 24 h después. Entonces, puede extraerse, limpiarse y guardarse. Si durante el periodo de 6 a 8 h de espera tendrán más relaciones sexuales, debe aplicarse más espermicida sin extraer el diafragma y hay que volver a iniciar el periodo de espera. Existen varios tamaños de diafragma y hay que ajustar el tamaño a cada paciente. El ajuste puede variar con un cambio importante de peso, un parto vaginal o la cirugía pélvica. En el puerperio, la colocación debe realizarse después de que haya terminado la involución uterina. En la (figura 2.5.4) se muestra la colocación correcta del diafragma. Aunque la paciente

puede controlar la inserción del diafragma y lo ve como una ventaja, no previene las infecciones de transmisión sexual (ITS) y debe ser ajustado por un profesional sanitario.



Figura 2.5.4

Efectos adversos.

La probabilidad de que las mujeres que utilizan el diafragma presenten infecciones urinarias (IU) es el doble que en las mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales. El incremento de riesgo de IU probablemente se deba a una combinación de varios factores: presión sobre la uretra que causa estasis urinaria y los efectos de los espermicidas en la flora vaginal normal (incrementan el riesgo de bacteriuria por *Escherichia coli* e infección).

2.5.5 Espermicidas.

Los espermicidas son preparaciones que contienen una sustancia química activa que destruye el semen, además de algún excipiente o base (p. ej., gel, espuma, crema, película, supositorio o comprimido). El ingrediente activo es el nonoxinol 9 (N-9). Las espumas y los comprimidos deben introducirse hasta el fondo de la vagina contra el cuello del útero, de 10 a 30 min antes de cada acto sexual. La eficacia máxima del espermicida no suele durar más de 1 h. Hay que evitar la irrigación vaginal durante como mínimo 8 h después de su uso. No se conoce ninguna asociación entre el uso de espermicidas y las malformaciones congénitas. Los espermicidas son baratos, se toleran bien y son eficaces para proteger contra el embarazo. Utilizados en combinación con el preservativo tienen un índice de fracaso parecido al de los

métodos hormonales. Los espermicidas proporcionan poca protección, por no decir ninguna, contra las infecciones de transmisión sexual cuando se utilizan solos. Para las mujeres que no pueden o no quieren utilizar anticonceptivos hormonales, la mayor eficacia del uso combinado de preservativo y espermicidas puede ser una buena opción.



Figura 2.5.5

Cómo funcionan.

Los espermaticidas, la espuma, los supositorios, la esponja, las cremas y jaleas y el vcf contienen un espermaticida, sustancia que mata los espermatozoides. Cuando se coloca la espuma con el aplicador, rápidamente cubre las paredes vaginales y la abertura al útero (véase la figura 2.5.5). Los supositorios vaginales anticonceptivos tardan 20 minutos en disolverse y cubrir las paredes. Una marca de supositorios, Encare, es efervescente y produce espuma dentro de la vagina; otras marcas se derriten. Una vez que el vcf se introduce en la vagina, cerca del cérvix, se disuelve para formar un gel fijo.

Cómo se usan los espermaticidas.

Los espermaticidas son menos efectivos en la prevención del embarazo que la mayoría de los otros métodos, así que necesitan ser utilizados con condones. Las instrucciones completas para su uso vienen en cada paquete de espermaticida vaginal. Para una mejor protección, es importante usar el producto como se indica. Es necesario aplicarlo antes de cada coito adicional. En cambio, la esponja es efectiva para varios coitos y puede ser introducida en la vagina hasta 24 horas antes del acto sexual. Probablemente es mejor tomar un regaderazo

que un baño de tina cuando se usa un espermaticida para evitar que éste se salga de la vagina.

2.6 Métodos de conocimiento de la fertilidad.

Los “métodos de conocimiento de la fertilidad” hacen referencia a técnicas que buscan identificar los días en que es más probable que ocurra el embarazo al rastrear el ciclo menstrual u otros signos de fertilidad como el moco cervical o la temperatura corporal basal. Las parejas evitan las relaciones sexuales sin protección durante estos días. En esencia, son una barrera de “tiempo” para la concepción. Los métodos de conciencia de la fertilidad pueden ser aceptables para las mujeres que prefieren una opción anticonceptiva más natural o que tienen una objeción religiosa a otros métodos anticonceptivos.

2.6.1 Método del calendario.

El método del calendario (que incluye el método de los días fijos) se basa en el cálculo del periodo de fertilidad de una mujer. Ella registra sus ciclos durante 6 meses para calcular su periodo fértil. El primer día del periodo fértil es determinado al restar 18 días a la duración total de su ciclo menstrual más corto. El último día fértil se calcula restando 11 días a la duración total de su ciclo menstrual más largo. En una mujer con ciclos regulares de 28 días, el periodo fértil es del día 10 (28-18) al día 17 (28-11). Las relaciones sexuales deben evitarse durante este periodo. Sin embargo, si el ciclo oscila entre 25-35 días, el periodo fértil va del día 7 (25-18) al día 24 (35-11).

2.6.2 Método de la temperatura corporal basal.

El método de la temperatura corporal basal se basa en las variaciones de temperatura que se producen cerca del momento de la ovulación. La temperatura se verifica diariamente al despertar, antes de salir de la cama, utilizando un termómetro especial y registrándola en una gráfica. La ovulación se detecta por un patrón bifásico con un aumento en la temperatura basal de 0.25-0.5 °C. La pareja debe abstenerse de las relaciones sexuales desde el final del periodo menstrual hasta 3 días después del aumento de la temperatura.

2.6.3 Método del moco cervical.

Los métodos del moco cervical (que comprende el método de los 2 días) dependen de la evaluación diaria que la mujer hace sobre el moco cervical, tomando en consideración los cambios cercanos a la ovulación. Habitualmente, la vagina está seca justo después de la menstruación. A continuación, aparece un moco espeso y pegajoso. Luego, el moco se adelgaza, se vuelve “elástico” y claro; se denomina filante. El último día húmedo, llamado el día “pico”, a menudo coincide con la ovulación. El periodo fértil coincide con los primeros signos de moco y continua 4 días después del día pico.

2.6.4 Método sintotérmico.

El método sintotérmico combina el examen del moco cervical y la temperatura corporal. Además de revisar su temperatura y el moco cervical, la mujer también debe revisar otros signos de la ovulación, como los cólicos abdominales, el manchado, la sensibilidad mamaria y los cambios en la posición o en la firmeza del cuello del útero. El periodo fértil va desde el primer signo de ovulación hasta 3 días después del aumento en la temperatura o 4 días después del día pico del moco.

2.6.5 Amenorrea por lactancia.

El efecto anticonceptivo de la amenorrea por lactancia se basa en el concepto de la intensidad y la frecuencia de la succión en el amamantamiento se asocia con niveles elevados de prolactina, amenorrea y anovulación. Este método es excelente hasta por 6 meses, siempre que no se hayan reanudado las menstruaciones y haya lactancia materna exclusiva o casi exclusiva (85%). El bombeo no tiene el mismo efecto que la succión.

2.6.6 Anticoncepción poscoital.

La anticoncepción poscoital (APC) puede utilizarse para prevenir el embarazo en los primeros 5 días de sexo sin protección, pero es más eficaz si se toma en las primeras 24 h después de las relaciones sexuales sin protección. Facilitar el acceso de manera generalizada a la anticoncepción poscoital de emergencia es una de las medidas más importantes que

pueden adoptarse para reducir los elevados índices de abortos y embarazos no deseados. Se calcula que el uso habitual de anticonceptivos poscoitales evitaría más de 1.5 millones de embarazos no deseados.

Las pautas de ACO utilizadas para la anticoncepción poscoital, que colectivamente se denominan método de Yuzpe, fueron descritas por primera vez por Albert Yuzpe en 1974. Estas pautas exigen un régimen de tabletas antes de que hayan transcurrido 72 h después de haber mantenido relaciones sexuales sin protección. Actualmente, la AE de progestágeno solo es mejor tolerada y más efectiva que el régimen de ACOC. El uso de una píldora de progestina sola fue aprobado para despachar anticonceptivos poscoitales de venta sin receta a las mujeres mayores de 17 años. Las mujeres menores de 17 años requieren prescripción médica para comprarlo.

La receta consiste en un régimen de dosis única o un régimen de dos dosis de levonorgestrel tomadas con 12 h de diferencia y se pueden utilizar hasta 120 h después del coito sin protección. Una formulación de venta con prescripción que utiliza 30 mg de acetato de ulipristal es tan efectiva como la formulación de progestina hasta 72 h después del coito, pero es más eficaz entre 72 y 120 h.

La AE no debe confundirse con las denominadas píldoras abortivas, que se utilizan para provocar el aborto, sin estar aprobadas o ser apropiadas para utilizarse como AE.

Todos los métodos aprobados de AE actúan al impedir la ovulación la fecundación, en vez de impedir la implantación, por lo que no cesa un embarazo preexistente.

2.6.7 Anticoncepción posparto.

En el pasado, la anticoncepción posparto generalmente incluía amenorrea por lactancia, barreras y anticonceptivos sólo con progestágeno, como la píldora de progestágeno sólo y la progesterona inyectable. Últimamente, ha habido un gran interés en el uso de ARAP inmediatamente después del parto para reducir el embarazo no planeado y con intervalos cortos, evitando las barreras para la colocación a intervalos (visita de 6 semanas después del

parto) de LARC. El implante anticonceptivo puede insertarse en cualquier momento antes del alta hospitalaria, incluso en la sala de parto. No requiere entrenamiento didáctico adicional. La colocación inmediata del DIU después del parto (LNG o cobre) sí requiere capacitación didáctica adicional y se realiza poco después del alumbramiento en partos vaginales o por cesárea. Las contraindicaciones incluyen infección intrauterina, hemorragia posparto o septicemia. Se debe informar al paciente que las tasas de expulsión son más altas (hasta 27%) y se les debe aconsejar sobre los signos de expulsión, pero la tasa de continuación en el grupo de DIU posparto inmediato fue significativamente más alta que en el grupo posparto a las 6 semanas.

Unidad 3

Sexualidad en la adolescencia.

3.1 Adolescencia.

Durante sus años escolares, los niños y las niñas se van haciendo conscientes de que el futuro está en sus manos. La joven y el joven son personas que actúan por sí mismos, con todas las opciones que ello conlleva. A pesar de que con frecuencia los adultos piensan que los niños y los adolescentes actúan de forma desenfrenada y carecen de normas, actualmente no parece que sea así. Con la escolarización comienza la evolución de la sexualidad y de la vida afectiva. La mayoría de los estudios sobre el desarrollo desde la infancia hasta la edad adulta—están de acuerdo en señalar que los niños y las niñas nacen con un impulso sexual, pero que desde una etapa muy precoz la sexualidad del niño y de la niña está condicionada por las exigencias y expectativas del entorno socio afectivo.

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de “momentos” por donde el individuo va transitando, inmerso en un proceso histórico dinámico y a menudo contradictorio. Todo desarrollo humano se realiza en la interdependencia de dos procesos, uno de maduración y otro de mutación o cambio. El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a lo que comúnmente se denomina “crisis”. Éstas, también denominadas estadios o etapas, son a la vez liberadoras y generadoras de conflicto y angustia. Una de estas etapas es la adolescencia. Se caracteriza fundamentalmente por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo. El término transición remite a la idea de dinamismo y pasaje que no debe estar en contradicción con la delimitación de características propias y definitorias. Adolescencia viene de la palabra latina “adolescere”, que nos remite al verbo adolecer y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer. La adolescencia se contempla ya en los tratados más antiguos. Siempre se ha considerado una época de los individuos medio camino entre la infancia y la edad adulta, por ello muchas tribus y pueblos establecieron claramente una serie de ritos de iniciación para marcar y favorecer el paso entre una y otra. En nuestra cultura debemos considerarla simplemente como una fase de notables cambios en cuanto al cuerpo, a los sentimientos y

sensaciones o como una etapa original y capital de la metamorfosis de niño a adulto. Pero también es cierto que en los tiempos actuales asistimos a cambios acelerados de muchas de las tradiciones, que en el mundo occidental han sido una ayuda para esta transición.

El progreso tecnológico, las comunicaciones, las multinacionales de la moda, la música y la imagen, los cambios de valores provocados por el contacto con otras culturas debidos a la migración, el turismo y los medios de comunicación, son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia y juventud. Estos hechos, junto a las dificultades de los jóvenes para incorporarse al mercado de trabajo determinan que, socialmente la edad adolescente y juvenil se prolongue hasta los 25 años, y se difuminen en gran manera las peculiaridades de esta etapa, tendiendo a una homogeneización de sus hábitos, costumbres y formas de vida. Así, la adolescencia puede variar en las diferentes sociedades y épocas, igual que varía el reconocimiento de la identidad adulta que se le da al individuo. El tiempo de la adolescencia está relacionado con el tiempo de expectativa de vida de los sujetos de una comunidad y varía en función de los niveles de vida, económicos, posibilidades educativas, necesidades de mano de obra o falta de empleo, etc.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas, en su informe sobre el estado de la población mundial de 1998, destaca que la población de jóvenes entre 15 y 24 años es de 1.050 millones de personas, la mayor que se haya registrado jamás, y que en muchos países se está ampliando. Igualmente apunta las necesidades especiales de estos jóvenes en materia de atención a la salud y educación, destacando la muy importante esfera de la salud sexual y reproductiva, tanto para plasmar su potencial individual como para efectuar la máxima contribución posible al desarrollo, haciendo hincapié en las mujeres jóvenes. (Tabla 3.1)

Tabla 1

Características Peculiaridades	Adolescencia temprana (10-14)	Adolescencia media (14-18)	Adolescencia tardía (19-24)
Maduración somática	Aparición caracteres sexuales secundarios. Estirón puberal. Importancia de la nutrición.	Remodelación morfológica. Se adquiere la talla definitiva. Alteraciones somáticas por trastornos de la alimentación.	Talla definitiva. Funciones plenas para la sexualidad y la reproducción.
Imagen y cuerpo	Preocupación cambios corporales y del propio yo. Comparación con los del mismo sexo. Conciencia de sensaciones eróticas. Necesidad de intimidad.	Mayor aceptación del cuerpo. Preocupación para hacer el cuerpo más atractivo.	Aceptación de la propia imagen. Preferencias establecidas.
Independencia	Ambivalencia. Necesidad de independencia, nostalgia de dependencia. Desacuerdo y enfrentamiento con los padres.	Mayor conflictividad con los padres. Transgresión de lo normativizado. Mayor fuerza en sus opiniones.	Vuelve a apreciar el valor y consejo de sus padres. Creciente integración en el medio social.
Amigos	Mayor contacto con amigos del mismo sexo. Inseguridad y necesidad de reafirmación a través del grupo de iguales.	Vital importancia del grupo de amigos. Conformidad con los valores de los amigos.	Más relaciones íntimas. Formación de parejas. Se comparten sobre todo las experiencias.
Identidad	Evolución al pensamiento abstracto. Idealización de las vocaciones. Menor control de los impulsos. Mayor mundo de fantasías.	Sentimiento de invulnerabilidad y omnipotencia. Mayor capacidad intelectual. Apertura de sentimientos. Comportamientos arriesgados. Gran creatividad. Conformación de la identidad sexual.	Maduración desarrollo cognitivo, conciencia racional. Concreción de valores y objetivos personales. Mayor actividad sexual. Capacidad para comprometerse y establecer límites. Capacidad para preveer.

Modificado de: Neinstein LS. en Neinstein LS. Desarrollo psicosocial en los adolescentes normales: Adolescent Health Care. A Practical Guide. Third Edition. Williams and Wilkins, Baltimore (USA), 1993.

Tabla 3.1

3.2 Proceso de la adolescencia- etapas evolutivas.

La adolescencia ha de ser entendida, pues, como un proceso universal de cambio, de desprendimiento que se teñirá con connotaciones externas, peculiares de cada cultura, que la favorecerán o dificultarán según las circunstancias. El /la adolescente se encuentra en la búsqueda de su identidad adulta, y en su recorrido se ve obligado a renunciar a su identidad de niño/a. Ello le exigirá una labor lenta, a menudo dolorosa, de “duelo” y de adaptación a las nuevas sensaciones y sentimientos que afectarán al cuerpo, la mente y a las relaciones de objeto e identificadoras. En este recorrido la sexualidad tiene un papel esencial. El ser humano nace sexuado biológicamente, pero su sexualidad se irá construyendo a lo largo de toda la vida y se mostrará de diferentes maneras en cada edad o momento de su evolución. La sexualidad y su expresión tendrán mucho que ver con la universalidad de la persona, y no solamente con el compromiso genital. Hay pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente.

En todo este proceso el/la adolescente necesita de la familia y de la sociedad. “El adolescente se mira y se reconoce, en el reconocimiento que de él/ella hacen los demás”. Si la familia y la sociedad acogen y consideran sus cambios, el/la adolescente hace su recorrido con mayor tranquilidad y aceptación, e incluso con orgullo y seguridad. En cambio, si esto no ocurre, el/la adolescente esconde su cuerpo, se encierra en sí mismo o bien “actúa” para llamar la atención, exponiéndose a riesgos innecesarios. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define adolescencia como “la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”. Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático.

La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años:

- Pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad.
- Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años.
- Adolescencia tardía de 19 a 24 años.

Existen otras descripciones cronológicas distintas, según sean establecidas por psicólogos, sociólogos, endocrinólogos o neurólogos. Pero en vez de situarnos sobre una pirámide etaria, sería más interesante buscar un consenso, por encima de controversias, que contemplara de forma más abierta, el amplio espectro de esta época de grandes metamorfosis. Es importante resaltar que el crecimiento biológico, social, emocional e intelectual de los/las adolescentes, suele ser totalmente asincrónico y con frecuentes períodos de regresión. Aunque en todas las edades se puede hablar de evolución y cambio, aspectos como la rapidez en las transformaciones y el aumento de estatura son muy superiores en la adolescencia, motivados en gran medida por la eclosión de los cambios fisiológicos y morfológicos, que marcarán una ruptura definitiva con la infancia. A menudo “el espejo” les devuelve una imagen no reconocida o distorsionada, ello exige al chico y a la chica readaptaciones continuas. La desarmonía en el

proceso de crecimiento durante la adolescencia, por el desajuste entre el desarrollo corporal y el desarrollo intelectual y emocional, lleva consigo numerosos conflictos y a menudo conductas de riesgo. Los acontecimientos y problemas que surgen durante este período sorprenden y desconciertan a los padres, a los profesionales de la salud y a los propios adolescentes. Volviendo a las etapas delimitadas por la OMS, cada una de ellas tiene sus propias características fisiológicas y psicosociales, aunque no se deben interpretar como compartimentos estancos.

La adolescencia sólo podrá ser suficientemente entendida, con carácter de continuidad e interconexión, en íntima relación con el medio familiar y social. La forma en que se irá desarrollando dependerá en gran manera de las estructuras psicológicas y sobre todo de las vivencias individuales de la infancia y en relación al entorno más cercano. En este sentido, los/as adolescentes no forman un grupo homogéneo sino que presentan una gran diversidad en cuanto al crecimiento biológico, social, emocional e intelectual; los profesionales no debemos olvidar que cada adolescente desde su individualidad, responderá de una forma única y personal a las oportunidades y exigencias de la vida.

3.3 Particularidades en las distintas etapas de la adolescencia.

Antes de particularizar los acontecimientos en la cronología de la adolescencia, sería importante recordar las principales tareas que el/la adolescente tendrá que llevar a cabo durante los años de tránsito hasta la edad adulta, admirablemente sintetizadas por el Dr. Pere Folch Mateu en su artículo “Conflicto adolescente y relación pedagógica”.

1. La asunción de una nueva identidad corporal después del impacto ocasionado por un cuerpo vivenciado como literalmente extraño.
2. Un trabajo de luto o despedida del cuerpo y de la identidad infantil perdida.
3. Renuncia y luto de los antiguos objetos eróticos (padres y otros miembros del grupo familiar).
4. Dar curso a la emergencia de las nuevas posibilidades de vida relacional.

“Sólo la armoniosa tramitación de esta renuncia asegurará el alcance de una plena animación y pertenencia al propio cuerpo”.

Parafraseando las palabras adolescencia y crisis, Jean Jaques Rousseau (filósofo y pedagogo, 1712-1778), en su texto L' Emile, se refiere a este período como el “segundo nacimiento” y escribe: “Esta tempestuosa revolución se anuncia por algunas pasiones nacientes...El niño se hace sordo a la voz que le hace de guía o le vuelve dócil; es un león en su fiebre; desconoce su guía y no quiere ser gobernado... Él no es ni niño ni hombre, no puede tomar el tono de ninguno de los dos”. Una de las características que más definiría psicológicamente el período de la adolescencia es la constante alternativa de retroceso y avance en su comportamiento afectivo, intelectual y relacional.

A continuación se describen algunos de los aspectos esenciales del proceso de la adolescencia en cada una de las fases antes mencionadas. Se consideran dos grandes apartados: crecimiento y maduración somática, y cambios psicosociales. El segundo apartado incluye, la imagen y el cuerpo, la lucha entre la dependencia y la independencia, la integración en el grupo de amigos y el desarrollo de la identidad. (Figura 3.3)

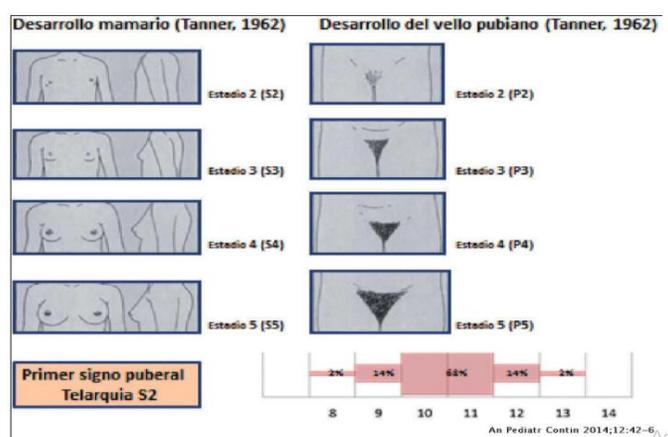


Figura 3.3

3.3.1 Adolescencia temprana-pubertad.

Se trata de un período en el que los cambios físicos son muy rápidos en donde se inicia la lucha del adolescente por su independencia y libertad.

Crecimiento y maduración somática.

El hecho más destacado es el incremento de la síntesis y secreción de los esteroides sexuales, bajo el control de las gonadotropinas FSH y LH, dando lugar a la maduración de los caracteres sexuales primarios y la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

Ocurren aquellos cambios morfológicos y fisiológicos que posibilitan el inicio de las funciones sexuales y reproductivas. Destacan los siguientes cambios:

1. Aceleración del crecimiento longitudinal. Se adquiere el 25% de la estatura.
2. Modificación de las relaciones segmentarias y de la composición de los tejidos, (masa esquelética, peso, distribución muscular y de grasa, aumento del volumen sanguíneo), desarrollo del sistema respiratorio y circulatorio, desarrollo de las gónadas y órganos reproductivos.

El llamado estirón puberal muestra diferencias en ambos sexos, tanto en su cronología como en su intensidad. En las niñas es un acontecimiento precoz casi al mismo tiempo que la aparición de los caracteres sexuales secundarios, mientras que en los niños se inicia cuando la pubertad ya está avanzada. La mayoría de las alteraciones alrededor del crecimiento en esta época, van ligadas a trastornos de hipo o hiper crecimiento o del desarrollo puberal y el aspecto general del adolescente y su satisfacción o aceptación de la propia imagen. La nutrición juega un papel esencial en el desarrollo y crecimiento del adolescente-púber. El aumento de la masa corporal, la modificación de la composición de los tejidos y la frecuente alteración en los hábitos alimentarios, tendrán una repercusión directa en el equilibrio nutritivo.

Cambios psicosociales.

Los cambios que registra el/la adolescente significan rupturas más o menos considerables, que aunque normales, obligadas y necesarias, tienen evidentemente un coste psíquico personal y una considerable repercusión sobre su entorno más cercano. Estas rupturas movilizan sentimientos característicos, uno de los cuales podemos describirlo como de duelo, lógicamente a la sensación de haber perdido, abandonado o dejado atrás algo.

La imagen y el cuerpo.

Los rápidos cambios físicos y a menudo disarmónicos llevan al adolescente a estar cada vez más preocupado por el aspecto de su cuerpo y por si lo que le ocurre es o no es normal.

1. El cuerpo pasa ser un punto importante de referencia para sí y para los otros; es como la carta de presentación y el soporte de la autoestima. A menudo lo compara con el de otros adolescentes, siendo muy sensible a los defectos.
2. Mayor interés por la anatomía y fisiología sexual; son comunes la ansiedad y las preguntas sobre la menstruación, las poluciones nocturnas, la masturbación y el tamaño del pene.
3. Las sensaciones eróticas comienzan a despertarse y se hacen más prohibitivos los contactos con los padres u otros adultos.
4. Manifestaciones de pudor sobre todo frente al sexo contrario. Necesidad de intimidad y recogimiento con uno mismo. Soledad y timidez.

Lucha entre la dependencia y la independencia.

Los cambios físicos descritos anteriormente engendran egocentrismo y aquí empieza la lucha del adolescente por su independencia.

1. Pérdida de condición de niño/a, del rol y de la identidad infantil. Ello le crea un vacío emocional y a menudo sin la presencia de un grupo de apoyo alternativo. Este vacío puede originar una disminución del rendimiento escolar. Se les describe como sujetos fuertemente paradójicos: tremendamente necesitados de independencia y nostálgicos de la dependencia y la seguridad infantil.
2. Pérdida de los padres de la infancia. En efecto, los padres aun siendo los mismos son vistos de modo muy diferente y más real. La imagen que tienen de ellos es transmitida en términos de desacuerdo, de desadmiración, y a menudo es sustituida por otras figuras que toman un valor significativo. La respuesta de los adultos es a veces de

aferramiento a sus propios valores y de resistencia a aceptar el proceso de crecimiento que los cuestiona.

3. Comportamiento ambivalente e inestable (cariñoso/huraño, sumiso/dominador, dependiente/independiente...), actitudes de rebeldía y humor variable.

Integración en el grupo de amigos.

Comienza a disminuir el contacto y la relación con la familia en favor de las relaciones con los de su grupo de edad.

1. Relaciones de amistad dentro del mismo sexo, aunque hay algún contacto con el sexo opuesto dentro del grupo de amigos.
2. Amistades íntimas con alguien del mismo sexo, que suelen ser idealizadas y muy intensas.
3. Sensaciones de ternura y cariño fuertemente emocionales hacia sus iguales.
4. Gran influencia del grupo de amigos con aceptación de sus normas. Ello se debe a la inseguridad y necesidad de reafirmación.

Desarrollo de la identidad.

En esta etapa hay una mejora notable de las capacidades cognitivas. Evolución desde el pensamiento operacional concreto al pensamiento abstracto o formal. Se inicia el desarrollo académico y su preparación para el futuro.

1. Presencia de la excitación sexual con nuevas sensaciones. Todo ello imprime interés y deseo de saber y reafirmarse a partir de las vivencias del grupo de iguales. Imaginación y fantasía. Toma mayor relieve la masturbación y el contar chistes "verdes".
2. Exploración de sus recién descubiertas capacidades para la abstracción, comenzando las operaciones formales. Normalmente se desarrolla interiormente y provoca autointerés (sentirse como centro de atención) y fantasía.
3. Establecimiento de unos objetivos vocacionales idealizados o irreales.

4. Enfrentamiento a la autoridad de los padres o educadores para probar su propia autoridad. Con ello trata de definirse a sí mismo.
5. Necesidad de mayor intimidad, escribir en el diario, escuchar música en la habitación o simplemente soñar despierto. Estas conductas son absolutamente normales e importantes en el desarrollo de la identidad.
6. Desarrollo del propio sistema de valores y falta de control de los impulsos, que puede derivar en un comportamiento arriesgado y peligroso.
7. Tendencia a exagerar la propia situación personal. Ello les puede llevar a sentir que son el centro de atención o bien a sentirse solos y únicos en sus problemas.

3.3.2 Adolescencia media.

Se caracteriza por un creciente ámbito e intensidad de sentimientos, así como por la importancia concedida a los valores del grupo de amigos.

Crecimiento y maduración somática.

En esta etapa se da el proceso de remodelación morfológica y se adquiere la talla final. La nutrición sigue jugando un papel crítico en la evolución del crecimiento y desarrollo. Aquí, cabe mencionar la influencia de las modas, la separación parcial del medio familiar y los hábitos adquiridos en el grupo de iguales como algunos de los factores que pueden determinar desequilibrios nutritivos en relación a la cantidad y calidad de los alimentos que se ingieren, (horario, bocadillos, alimentos refinados, etc.), que se acentúan en los casos de las demandas especiales. En esta época, coincidiendo con trastornos emocionales o afectivos, puede haber una inhibición en el desarrollo psico-sexual y traducirse en trastornos alimentarios: comer exageradamente o dejar de comer.

Cambios psicosociales.

Destacan la profundización en las relaciones sentimentales y amorosas y el inicio de las relaciones sexuales, todo ello en interrelación con los valores y experiencias del grupo de amigos.

La imagen y el cuerpo.

Hay una menor preocupación por el cuerpo, puesto que en esta etapa la mayoría de adolescentes ya han experimentado los cambios de su pubertad. Aunque existe una mayor aceptación y comodidad con el cuerpo, ocupan mucho tiempo en intentar hacer resaltar su atractivo. La ropa y el maquillaje pueden ser muy importantes.

Lucha entre la dependencia y la independencia.

En esta época predominan cada vez más los conflictos con la familia. El/la adolescente va mostrando menos interés por los padres y dedica mucho más tiempo a sus amigos.

1. Hacen prevalecer su propia opinión y discuten frontalmente con sus padres.
2. Reivindican su espacio, su tiempo y cómo y cuándo utilizar las horas del día. Con ello provocan discusiones con los padres en busca de límites, tan necesarios para la consecución de la identidad, la independencia y la libertad.
3. Transgresión de lo normativizado por los adultos, que será muy importante para ir modelando el propio "yo" y la independencia.

Integración en el grupo de amigos.

En ningún otro período tiene tanta importancia el grupo de amigos. La formación de grupos es el modo más idóneo para que los jóvenes puedan realizar la comprobación de las imágenes internas, tanto idealizadas como atacadas, verifiquen paulatinamente su diferenciación sexual, revivan la rivalidad y los celos y experimenten el amor y la amistad de forma más realista. Las características de esta relación incluyen:

1. Avenencia con los valores, reglas y formas de vestir de los amigos/as en un intento de separarse más de su familia.
2. Integración en la subcultura de los amigos/as.
3. Incorporación ascendente en relaciones heterosexuales, mostrada a través del contacto y el baile en las discotecas, citas en una calle de un barrio, en una plaza o en un bar, diversos experimentos y contactos sexuales.

4. Integración en clubs, deportes de equipo, pandillas y otros grupos.

Desarrollo de la identidad.

Se incrementa notablemente la capacidad cognoscitiva, el razonamiento y las habilidades para la abstracción, todo ello le da un nuevo sentido a la individualidad, pero aún persiste el pensamiento mágico infantil (a mí no me pasará...) y la dificultad para prever o anticiparse a las situaciones de riesgo.

1. Aumento de la capacidad intelectual y la creatividad.
2. Disminuyen las aspiraciones vocacionales idealistas. En este período pueden reconocer sus limitaciones y con ello experimentar una menor autoestima y también sufrir trastornos emocionales y depresión.
3. Aumentan el ámbito y apertura de los sentimientos.
4. Comprobación de la identidad sexual con gran impacto emocional de las primeras relaciones sexuales, refugiándose a menudo en los “mitos”. Descubrimiento de uno mismo y del otro.
5. Se ponen en juego la autoestima y la capacidad de ser asertivo frente a las demandas del otro/a.
6. Sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad. Viven el momento sin tener conciencia del riesgo. Y precisamente, esta actitud les lleva a comportamientos arriesgados que pueden tener consecuencias. Estos comportamientos, constituyen un factor del alto índice de accidentes, embarazos, enfermedades de transmisión sexual, drogadicción, suicidios... que llegan a ser prevalentes en esta época.

3.3.3 Adolescencia tardía.

Se considera la última fase del adolescente en la lucha por su identidad e independencia. Si las etapas anteriores han transcurrido de forma más o menos armónica, con el soporte adecuado de la familia y grupo de amigos, el adolescente se encuentra en buen camino para el manejo de las tareas y la asunción de responsabilidades de la adultez.

Crecimiento y maduración somática.

Si no ha habido alteraciones en las etapas anteriores, nos encontramos con un cuerpo de adulto con la talla definitiva y las funciones plenas en cuanto a la sexualidad y la reproducción. Los hábitos y preferencias en relación a la alimentación están establecidos y normalmente se saben cuidar. Aunque aquellos/as adolescentes que hayan sufrido trastornos emocionales y de la alimentación, pueden seguir con comportamientos que impliquen desequilibrio en la nutrición, provocando alteraciones de su fisiología y desarrollo.

Cambios psicosociales.

La adolescencia tardía tiene como característica principal la preparación para funciones del adulto, la definición de su vocación de forma realista y el establecimiento de los valores personales.

La imagen y el cuerpo.

Normalmente hay una aceptación e identificación de la imagen corporal y tienen ya adquiridas las preferencias en el vestir y en cómo hacerla más atractiva. Si ha habido alguna anomalía en las etapas anteriores, esta imagen puede aún ser percibida de forma distorsionada y provocar trastornos afectivos y relacionales.

Lucha entre la dependencia y la independencia.

Este es un período de menor agitación y creciente integración al medio social, aunque no es extraño que algunos adolescentes muestren dificultades para asumir las responsabilidades de la adultez y continúen dependiendo de su familia y amigos. Si el proceso de desarrollo ha sido "normal" el/la adolescente:

1. Se convierte en una entidad independiente de su familia.
2. Puede apreciar la importancia del valor de sus padres y de otros adultos.
3. Busca y acepta de nuevo el consejo de los padres. Puede valorar todo lo aprendido en el proceso de crecimiento.

Integración en el grupo de amigos.

En esta última etapa se sienten más a gusto con sus propios valores y su identidad personal en su rol social y sexual. Los valores de los amigos siguen siendo referentes pero de menor importancia. Es frecuente establecer la relación con una sola persona en la que hay menos exigencia y se comparten más las experiencias.

1. La selección de compañeros y compañeras se basa más en la comprensión mutua y la diversión que en la aceptación de sus semejantes.
2. Se produce la formación de parejas.

Desarrollo de la identidad.

Se encuentran en un momento de la evolución en el que el propio "yo" está casi conformado. Este periodo se caracteriza por:

1. La maduración del desarrollo cognitivo y de una conciencia racional y realista.
2. El establecimiento de relaciones no narcisistas.
3. Comienza la definición de los papeles funcionales, se amplía el sentido de perspectiva con capacidades para demorar, comprometerse y establecer límites.
4. La capacidad de planificación de futuro y de poder anticiparse y prevenir frente al riesgo. Puede reconocer la consecuencia de sus acciones.
5. El poder hablar y discutir sobre objetivos vitales y hacerse partícipe de todas las opciones.
6. El desarrollo de objetivos vocacionales prácticos y comienzo de una independencia económica.
7. Una mayor actividad sexual y concreción de los valores éticos, morales y sexuales. El individuo sale de la adolescencia cuando la angustia de sus padres, tutores o adultos más cercanos no le producen ningún efecto desinhibido.

Podemos manifestar que la mayoría de adolescentes sigue el esquema general expuesto. Aunque cada individuo pasará por la adolescencia de una manera particular e intransferible y difícilmente encajará de forma exacta en la descripción de fases y tareas expuestas en este apartado. De todas maneras, en este pasaje o por este camino, sabemos que algunos niños/as y adolescentes lo tienen más sencillo que otros/as. A menudo observamos como las identificaciones o las originales actuaciones para salir de la confusión y la ambivalencia, comportan al adolescente un gran sufrimiento y consecuencias que pueden ser frenadoras y no un estímulo para el crecimiento. Por otro lado, la disociación entre la madurez morfológica-fisiológica y el desarrollo cognitivo les enfrenta a riesgos no reconocidos. Por lo general, los jóvenes no reconocen la necesidad de protegerse porque no tienen integrada la noción del riesgo.

Es un concepto abstracto que no lo vive como propio. A menudo perciben el comportamiento de exposición al riesgo como un reto o una solución y no como un problema. Confunden actuar con ser. Para situarse frente al riesgo es necesario prever, anticiparse, pudiendo percibir y discriminar las situaciones y estar motivado para ello. La propia estructura del adolescente se lo hace difícil, pero hay otras variables que tienen que ver con la posibilidad de tener "conciencia de riesgo", la más importante sería el equilibrio psicoafectivo y emocional y como ha transcurrido el pasaje hacia la identidad sexual. En este sentido, un/a adolescente con problemas psicoafectivos puede sentirse atraído fácilmente a probar sustancias que le estimulen y le ayuden a desinhibirse, tener poca o ninguna motivación para evitar un embarazo, y poca capacidad para determinar riesgos en general y adoptar las correspondientes medidas preventivas. Sin embargo la mayoría de adolescentes que consultan son individuos sanos, preocupados por las vivencias, sentimientos, emociones y a veces fracasos de su recién estrenado cuerpo y de su complejo proceso de crecimiento psicoafectivo y social.

En este contexto, los profesionales escucharemos y atenderemos la individualidad de cada proceso, considerándolo siempre dentro de un momento especial de "superación", sin

olvidar el bagaje de la historia que cada uno/a lleva consigo. En la atención personalizada podemos dar soporte, acompañar, ofrecerles elementos posibilitadores de cambio y ayudarlos, de alguna manera, en este camino complejo y a veces engañoso. Facilitar el acceso a la consulta y garantizar la confidencialidad, sin que ésta sea entendida como complicidad, serán elementos a tener en cuenta para una atención correcta a los/as adolescentes. Una complicación añadida será el desamparo legal que existe alrededor de la sexualidad y fertilidad de los adolescentes, así como los dobles mensajes de invitar y a la vez prohibir que éstos reciben de la sociedad.

Todo ello viene a dificultar la práctica profesional, tanto para una atención personalizada de la sexualidad y la reproducción, como para el desarrollo de programas de prevención dirigidos a estos grupos de edad.

3.4 Menstruación.

La menstruación es el desprendimiento del revestimiento uterino que tiene lugar si no ocurre la concepción y es una señal de función física normal. Las actitudes negativas al respecto persisten en el mundo moderno, pero las jóvenes suelen tener una postura más positiva que las generaciones anteriores (Maravan y colaboradores, 2015).

Actitudes ante la menstruación.

Las costumbres reflejan ideas interesantes sobre la menstruación y hacen surgir la pregunta sobre si las creencias negativas con respecto a ella buscan limitar a las mujeres y reforzar su condición social de inferioridad (Forbes y colaboradores, 2015).

He aquí tres mitos: pensar que durante la menstruación la actividad física daña a la mujer; que si toca un ramillete de flores hará que se marchite, y que durante ese periodo puede desprenderse alguna obturación dental (Milow, 2016).

Los judíos ortodoxos contemporáneos siguen la enseñanza bíblica con respecto al contacto sexual: “Y si una mujer tiene emisiones, y si las emisiones o fluidos de su cuerpo fueren de sangre, habrá de aislarse por siete días: y quien quiera que la toque será impuro

por el mismo lapso de tiempo” (Levítico, 15:19). La práctica judía ortodoxa prescinde de la actividad sexual hasta que se realiza el baño ritual de purificación al final del periodo. Esta continencia mensual tiene por objeto mantener fuerte el deseo sexual entre la pareja (Rothbaum y Jackson, 2015).

A menudo el significado de los rituales menstruales es ambiguo en otras culturas, y no conocemos bien la importancia de los tabúes. En algunas sociedades se aísla a la mujer en una “cabaña menstrual”.

Los investigadores rara vez preguntan el significado y las experiencias que se viven allí: ¿la mujer se siente enojada y menospreciada, u honrada y agradecida por interrumpir sus quehaceres normales? Informes dispersos indican una gran variabilidad; es muy frecuente el significado positivo. Las costumbres ofrecen a la mujer un medio de solidaridad, de influencia y autonomía. Por ejemplo, en algunas tradiciones de los indios norteamericanos se cree que alcanza su mayor poder durante la menstruación. Se retira a una “cabaña lunar” para liberarse de las actividades mundanas. El flujo de sangre la purifica y le permite enriquecerse espiritualmente en beneficio de la comunidad. Entre la mayoría de las tribus norteamericanas se celebra la primera menstruación (Angier, 2015; Owen, 2016). Entre los incas, el flujo simbolizaba la transformación en adulto: los niños sangraban cuando los ancianos les perforaban las orejas e introducían grandes carretes como parte del ritual de la mayoría de edad (WiesnerHanks, 2016).

Algunas mujeres y familias empiezan a redefinir la menstruación desde un punto de vista más positivo. Así, algunas realizan una celebración u obsequian un regalo a la joven una vez concluido su primer periodo (Kissling, 2016). Un aspecto de la menstruación que parece positivo a muchos es su naturaleza cíclica, que caracteriza a tantos fenómenos naturales. (Figura 3.5)

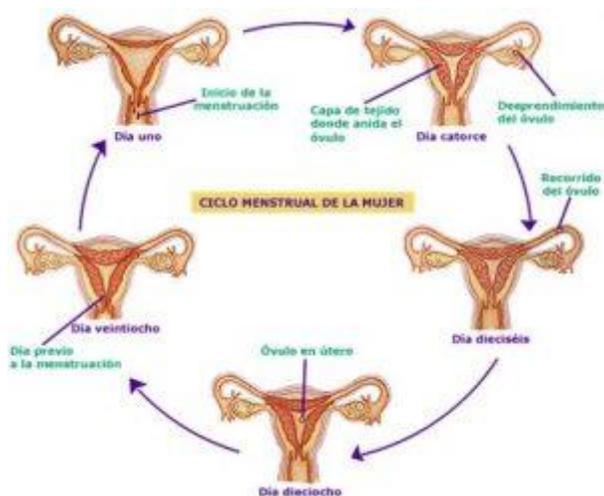


Figura 3.5

3.4.1 Fisiología de la menstruación.

Durante el ciclo menstrual el revestimiento del útero se prepara para la implantación de un óvulo fertilizado. Si no se realiza la concepción, el revestimiento se desprende y se expulsa en forma de flujo menstrual. La duración del ciclo suele calcularse del primer día de flujo al día antes del siguiente. El periodo suele tomar de dos a seis días. Es normal que varíe su volumen (de 6 a 8 onzas). La duración del ciclo fluctúa de una mujer a otra y puede prolongarse de 24 a 42 días; una fertilidad más alta puede relacionarse con la duración. En un estudio se descubrió el siguiente dato: las mujeres que menstruaban cada 30 a 31 días presentaban un índice más elevado de embarazos que las de ciclos más cortos o largos (Small y colaboradores, 2016). (Ello no significa que estas últimas estén protegidas contra el embarazo).

Prescindiendo de la duración total del ciclo, el intervalo entre la ovulación y el comienzo de la menstruación es de 14 días, aun cuando haya una diferencia de semanas en la duración total. Algunas mujeres al ovular sufren punzadas, cólicos o presión en la parte inferior del abdomen. Este dolor moderado se debe a la inflamación y desprendimiento del folículo o a un poco de líquido o sangre procedente del folículo roto que irriga el revestimiento sensible del abdomen. El óvulo liberado se dirige hacia las trompas de Falopio. En ocasiones se liberan

varios. Si se fertilizan dos de ellos, se concebirán gemelos no idénticos. Y se concebirán gemelos idénticos cuando un óvulo es fertilizado y luego se divide en dos cigotos.

Hacia el tiempo de la ovulación aumenta la secreción del moco cervical a causa de una mayor concentración de estrógeno. También el moco cambia, se vuelve más claro, resbaladizo y elástico. Su pH es más alcalino, y como se señaló antes, este tipo de ambiente de la vagina favorece la motilidad y longevidad de los espermatozoides. Es el momento del ciclo en que hay mayores probabilidades de embarazo.

3.4.2 Menarquia.

El ciclo menstrual suele comenzar en la adolescencia —entre los 11 y los 15 años—, aunque empieza antes o después en algunos casos. Al primer sangrado se le da el nombre de menarquia. Ese momento parece relacionarse con la herencia, el estado general de salud y la altitud (la menarquia promedio comienza antes a altitudes más bajas) y ocurre junto con otros cambios del tamaño y desarrollo del cuerpo (Forbes, 2016). Los ciclos menstruales terminan en la menopausia, que en la generalidad de los casos comienza entre los 45 y 55 años de edad. Las diferencias de edad de la menarquia preocupan a las jóvenes, especialmente a las que empiezan antes o después de la norma. Muchas jóvenes, y también muchos jóvenes no conocen bien los procesos y cambios que acompañan el comienzo de la menstruación; la falta conocimiento ocasiona a veces confusión y aprensión.

3.5 Ciclo menstrual.

Está regulado por complejas relaciones entre el hipotálamo y varias glándulas endocrinas: hipófisis, glándulas suprarrenales, ovario y útero. El hipotálamo controla los niveles de las hormonas en la corriente sanguínea a lo largo del ciclo, liberando sustancias químicas que lo estimulan para que produzca dos hormonas que influyen en los ovarios: la hormona estimulante de los folículos (fsh, por sus siglas en inglés) y la hormona luteinizante (lh, por sus siglas en inglés). La primera estimula los ovarios para que produzcan estrógeno y además hace que algunos óvulos maduren en los folículos (sacos pequeños) dentro de ellos. Bajo la acción

de la segunda hormona los ovarios liberan un óvulo maduro, y asimismo estimulan la génesis del cuerpo amarillo (porción del folículo que permanece después de liberado el óvulo maduro), que produce progesterona. El ciclo menstrual es un proceso autorregulado y dinámico. Se secretan las hormonas hasta que el órgano sobre el que opera cada una es estimulado: en ese momento éste libera una sustancia que reingresa al sistema para aminorar la actividad hormonal en la glándula desencadenante. El sistema de retroalimentación negativa suministra un control interno que regula la fluctuación de las hormonas durante las tres fases del ciclo menstrual. (Figura 3.6)

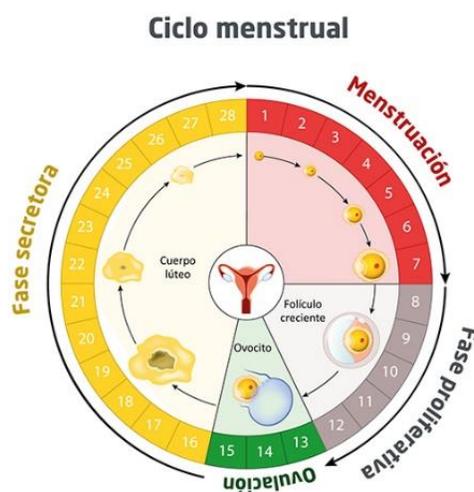


Figura 3.6

3.6 Educación sexual y actitudes.

Los primeros defensores de la educación sexual presumieron que si se proporcionaban conocimientos, las personas jóvenes se autoprotegerían del embarazo y otras consecuencias derivadas de sus actos sexuales, pero ahora sabemos que la información puntual aporta una base, necesaria pero no suficiente y que muchas personas jóvenes teniendo la información necesaria mantienen infinidad de prácticas sexuales sin protección. Los jóvenes y las jóvenes muchas veces se sienten incómodos si la educación sexual sólo se centra en problemas. No les gusta ser cuestionados y rechazan las lecturas y las advertencias que provienen de los

adultos, porque perciben que bajo las mismas subyace una falta de confianza en sus capacidades y en sus posibilidades.

Las tareas de los padres y de las madres son cuidar y educar a sus hijos e hijas pero, de forma algo paradójica, el amor y la sexualidad son el “camino real de la liberación” para las jóvenes y los jóvenes. Poniendo sus expectativas de futuro fuera de la familia, se sienten más libres e independientes y se sitúan fuera del círculo familiar. La paradoja está en el hecho de que los padres deben respetar la liberación sexual que sus hijos e hijas han emprendido, sin renunciar a su papel. Esto también significa que los padres no interfieran, que acepten que los jóvenes tienen secretos inviolables y que la familia tiene sus límites para el intercambio de intimidades sexuales entre los padres, hijos e hijas y que éstos crean un muro invisible para la discusión íntima; así, es frecuente que los adolescentes comenten sus problemas amorosos con una vecina u otros miembros de la familia y sin embargo no estén dispuestos a escuchar las experiencias de su madre o de su padre cuando tenían su edad. En consecuencia, los padres tienen un papel limitado en la educación sexual y deberían no ser demasiado indiscretos.

Muchos jóvenes mencionan a sus amigos como una fuente importante de información para temas de sexualidad y relaciones personales –emociones, decepciones amorosas, aspectos técnicos de las primeras experiencias sexuales, etc. Estas ideas juegan un papel importante en las propias experiencias sexuales, en el miedo a la intimidad personal y a la pérdida de identidad.

Educación o prevención.

Cuando se hace educación sexual, con frecuencia se dedica excesivo tiempo al trabajo sobre el uso correcto del preservativo, los métodos anticonceptivos, las infecciones de transmisión genital y aquellas prácticas eróticas que conllevan especiales riesgos, pero ¿es eso educación sexual?

Las acciones formativas centradas en la prevención y en la promoción de la salud no son ni más ni menos que eso: acciones preventivas. Estas intervenciones tienen sentido si se trabaja desde un modelo de salud, pero se trata siempre de rodeos que no tienen en cuenta el hecho sexual humano en su conjunto. Cuando se apuesta por la educación sexual o la educación de los sexos se apuesta por hablar de sexo con y desde la sexología (Amezúa, 2015).

La inclusión de la educación sexual en los programas de educación para la salud permitió, durante una época de bonanza, extender las intervenciones centradas en la prevención. Con el objetivo de reducir el embarazo adolescente, la transmisión de infecciones genitales y el VIH, cada programa de intervención educativa en salud dedicaba numerosas sesiones a hablar de anticoncepción, preservativos y prácticas eróticas. Los contenidos más importantes de la educación de los sexos no pueden ser la anticoncepción y la prevención de infecciones, pues de nada sirven esos conocimientos técnicos si se transmiten sin tener en cuenta los individuos sexuados que se desean, se encuentran y se relacionan.

En las cuatro palabras "sexo" es utilizado con un significado distinto, y solamente en una de ellas (la primera) con el significado correcto, pues desde la sexología no se habla de sexo como algo que se tiene (los genitales) ni siquiera como algo que se hace (determinadas prácticas eróticas), sino como algo que las personas "son", esto es, el sexo en referencia a la identidad. No se trataría por tanto del sexo (uno, en singular) sino de los dos sexos (en plural) que se refieren a los hombres y mujeres que los individuos son. Teniendo en cuenta, además, que no es posible encontrar nunca dos hombres o dos mujeres iguales. El sexo siempre se encuentra en el origen de la enorme diversidad de los individuos.

La sexualidad es la vivencia que cada individuo tiene sobre su propio proceso de sexuado, esto es, la manera de cada uno de sentirse el hombre o la mujer que es. La sexualidad es la cualidad del ser humano sexuado. Así, como una "personalidad" se refiere a una determinada forma de ser persona, una "sexualidad" se refiere a una manera particular de

ser sexuado. Los diferentes sentimientos y sensaciones que aparecen a lo largo de la vida ante los procesos de sexuado conforman esta manera de ser de los individuos.

3.7 Dar valor a la diversidad.

La riqueza en la diversidad entre individuos sexuados es, muchas veces, invisibilidad; además, los medios de comunicación ofrecen modelos de aspecto, conducta y relaciones que poco o nada tienen que ver con la mayoría de personas. Esta brecha entre lo que se es y lo que se piensa que se debería ser, genera malestares que atraen a chicos y chicas a la consulta, buscando un camino de vuelta a "la normalidad". El profesional que atiende estas demandas puede incrementar el valor de esa diversidad (experimentada hasta entonces como algo negativo) explicando que es la fuente de las diferencias interpersonales y, por tanto, de la atracción y el deseo entre individuos sexuados. Lo contrario a la diversidad resultaría una homogeneidad uniforme y apática en la que no destacaría ninguna cualidad de ninguna persona, y en ese escenario no serían posibles fenómenos tan interesantes como la atracción, el enamoramiento, la formación de parejas, el deseo erótico, etc.

3.8 Fomentar la autonomía.

Trabajar con adolescentes y jóvenes es acompañarlos en el camino de hacerse responsables de sus propias vidas. Para ello es imprescindible apoyarles en la búsqueda de sus propios deseos y en la experimentación, para que sean ellos mismos quienes decidan qué es lo que van a buscar y cómo. La parte complicada de la autonomía consiste en que solamente se adquiere si se practica, es decir, se aprende a ser autónomo, a tomar decisiones y a ejercer responsabilidades, precisamente, haciéndolo. Esto significa que si se intenta proteger a un joven de que cometa errores evitando que tome decisiones por sí mismo, es posible que jamás consiga actuar independientemente de las órdenes o deseos de otras personas. En ocasiones, padres y madres sobreprotegen porque no perciben que sus hijos, hasta ahora niños, se han convertido en adultos "de la noche a la mañana" y los ven demasiado pequeños e incapaces de decidir correctamente.

Poco a poco, sin embargo, tanto los familiares como los profesionales pueden ir ampliando el campo en el que la toma de decisiones se les está permitida, para que puedan desarrollar su iniciativa y también su responsabilidad. Si otros deciden por ellos, en el fondo, otros son los responsables de los buenos o malos resultados y los efectos de esas decisiones, mientras que si es uno mismo el que decide, es él o ella quien se responsabilizará por las cosas que sucedan como consecuencia.

3.9 La familia ante las manifestaciones sexuales.

En algunas familias, todo lo que rodea la menstruación es objeto de secretismo: la madre esconde y enseña rápidamente a su hija a ocultar lo que podría revelar que tiene “la visita”. La televisión con todos los anuncios de compresas y tampones ponen el contrapunto y parece ¡que todas seamos de sangre azul! Algunas madres que descubren preservativos en los bolsillos de sus hijos, prefieren simular no haberlos visto por no saber cómo abordar el tema, por temer la reacción del padre, etc., así es que muchos chicos sólo se informan entre ellos o acuden a centros de planificación familiar. En este contexto, podríamos decir que las madres y los padres pueden cumplir sus tareas educativas informándose e informando, tanto a sus hijas como a sus hijos.

Unidad 4

Perfil Histórico y Cultural de la Comunidad de Santa María Zacatepec.

4.1 Toponimia.

Zacatepec significa “en el cerro del zacate” de zacatepetl (cerro) y C (en) dialecto tacuate tatacoatl, es decir los señores serpientes habitaban en el lugar en el zacate que crecía. La comunidad de Santa María Zacatepec es cercano al importante centro prehispánico de Cholula, dando origen al asentamiento Náhuatl en el lugar denominado Cuanala.

En el siglo XIX perteneció al antiguo distrito de Cholula y el 7 de septiembre de 1907 se constituye en municipio libre, con el nombre Juan C. Bonilla, honrando al ciudadano que defendió a la patria combatiendo a los conservadores y a los imperialistas franceses. El municipio de Juan C. Bonilla es uno de los 217 municipios que conforman al estado mexicano de Puebla, forma parte del valle de Cholula y de la zona metropolitana de Puebla-Tlaxcala.

4.2 Localización geográfica.

Geográficamente se localiza en la latitud 19°6´N, longitud 98°20´O, altitud 2,180 msnm. La localidad de Santa María Zacatepec se encuentra localizada en los llanos de Huejotzingo, se encuentra ubicada dentro del municipio de Juan C. Bonilla. Colinda con el Norte de San Pedro Tlatenango; al Noroeste del municipio de Cuapan; al Suroeste con Domingo Arenas; al Este con San Lucas Nextetelco, Malcuitepec, Cuanala y colonia Los Ángeles.

El centro de salud se encuentra ubicado en la calle Reforma con esquina con Lázaro Cárdenas.

Los barrios que se encuentran dentro del área de influencia son: San Antonio, San Isidro, Guadalupe y Dolores. (Figura 4.2)



Figura 4.2

4.3 Ocupación e ingresos.

La principal actividad productiva, es la producción de tabique, donde se concentra la mayor parte de la familia incluyendo al padre, madre e hijos, algunas familias cuentan con horno propio para su producción o se alquilan como mano de obra para la realización del tabique. La actividad del campo juega un papel importante, se caracteriza por la captura y preparación del Chapulín, el cual se vende en los municipios y poblaciones aledañas, representando así una fuente de ingresos, sobre todo en épocas de lluvia donde las condiciones favorecen su reproducción y abundancia. Es destacar que un buen porcentaje de los ingresos económicos está dado por capital que se recibe del extranjero por parte de familiares que migran principalmente a los Estado Unidos de América. En cuanto a la producción de granos, el maíz es el mayor cultivado y se utiliza para consumo propio, ya que sea como alimento de engorda para los animales de granja o para consumo propio. (Figura 4.3)



Figura 4.3

4.4 Características de la vivienda.

Existen 1728 viviendas particulares habitadas, que cuentan con piso firme y 127 viviendas que tiene piso de tierra. 1171 viviendas cuentan con dos cuartos, 163 solo con uno y 1330 con tres cuartos.

El 71% utiliza gas como combustible para cocinar, 24.2% utiliza leña y el 1.2% utiliza carbón.

De 1861 viviendas particulares, 1695 cuenta con un excusado o sanitario. El baño se encuentra localizado afuera de la vivienda, la mayoría cuenta con baño exclusivo, el 25% dispone de agua entubada, el 73% tiene drenaje, el 94% cuenta con energía eléctrica solo el 1% no cuenta con ningún servicio. En la mayoría las viviendas disponen de radio o radiograbadora y en su totalidad cuentan con un televisor, aproximadamente un tercio cuenta con un refrigerador, y un porcentaje menor cuenta con una lavadora; cerca de un 10% cuenta con línea telefónica y una cantidad relativamente igual con calentador de agua, un 20% cuenta con automóvil.

4.5 Demografía.

Distribución del total de población por edad y sexo: Población total en la localidad de Santa María Zacatepec: 12709 de los cuales son:



6132 HOMBRES
48.24% de la población



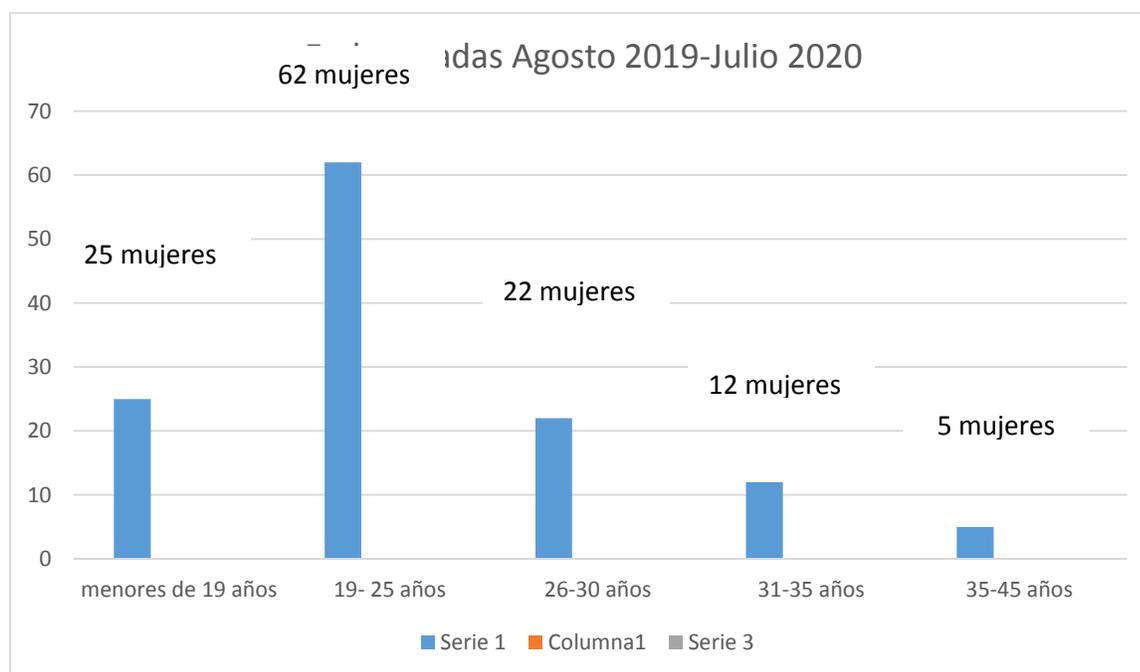
6577 MUJERES
51.75% de la población

Rango de edad	Hombres	Mujeres
0-11 meses	362	352
1 año	350	433
2-4 años	410	424
5-9 años	694	690
10-14 años	644	675
15-19 años	549	564
20-24 años	513	578
25-29 años	481	549
30-34 años	424	453
35-39 años	292	450
40-44 años	415	371
45-49 años	286	308
50-64 años	439	423
65 y mas	273	307

Adolescentes mujeres	Adolescentes hombres
1774	1668
Adolescentes de 14-17 años	Adolescentes de 14-17 años
513	405

4.6 Grupo de riesgo prioritario.

Embarazadas según el censo Agosto 2019- Julio 2020 se tuvieron un total de 126 ingresos de los cuales fueron atendidas en el servicio de consulta externa.



4.7 Escolaridad.

Escolaridad de una población de 12,709 habitantes: 81 habitantes de entre 8 y 14 años, no saben leer ni escribir, 47 son hombres y 34 mujeres. 431 habitantes de 15 años en adelante, no saben leer ni escribir, 130 son hombres y 219 mujeres.

En la localidad de Santa María Zacatepec se registra la siguiente población educativa. Se presenta un ausentismo escolar (primaria, secundario, bachiller) del 14% y las causas principales son por factores familiares y socioculturales:

- 10% labora en el campo
- 4% falta de ingreso

Los habitantes de la comunidad de acuerdo a las cifras de Inegi (año 2000) nos dan un resultado que del 100% de la población de (22 a 60 y más años) solo un 56% ha tenido educación superior de los cuales solo un 25% sabe leer y escribir. En cambio en el 2015 el Inegi marca resultados que un 100% de la población (11-60 y más años) un 76% ha sido escolarizado que sabe leer y escribir, obteniendo la educación media superior.

Nombre de la escuela	Dirección	Clave	N° de alumnos
Kínder CAIC	Lázaro Cárdenas SN	21EJIN11812	135
Kínder patria	Leona Vicario SN	210jn2098N	206
Kínder Benito Juárez	Buenos Aires 324		18
Primaria Ignacio Zaragoza	Carr. Fed. Mex-Pue. Km 95	21DPR12404P	719
Primaria Francisco Villa	Niños Héroes SN	21DP3054H	610
Esc. Sec. Técnica # 36 matutino	Carr. Fed. Mex-Pue. Km 95	21DST0041V	768
Esc. Sec. Técnica #36 Vespertino	Carr. Fed. Mex-Pue. Km 95	21DST0041V	116
Bachillerato Liberadores de América	Carr. Fed. Mex-Pue. Km 95	21EBH0113B	166

4.8 Religión y cultura.

Ofrece un panorama completamente católico, las practicas devocionales en torno a los santos patronos de la comunidad constituyen el sustento de la identidad de la comunidad e individual.

La mayoría de los habitantes del municipio se dedican a la cosecha y la realización de tabique para ellos es primordial que en la fiesta patronal la santa imagen patronal recorra toda la comunidad calle por calle para que así se sientan bendecidos y prósperos. El 21 de septiembre es la fiesta patronal; se celebra con misas, rezos y procesiones, juegos pirotécnicos, danzas autóctonas y bailes populares.

4.9 Tradiciones y costumbres.

El 1 y 2 de noviembre, celebración de Todos los Santos y Fieles Difuntos, con ofrendas y visitas al cementerio. La Semana Santa se celebra con devoción, y las fiestas patronales o de festividad de cada una de las colonias del municipio que se celebran en el mes de diciembre, enero y febrero.

Conclusiones

Por todo lo anterior la aportación principal de esta investigación consiste en el diseño de estrategias e implementación de talleres para poder preparar a los adolescentes a ser responsables de su vida sexual que puedan decidir por sí mismos, que tengan la capacidad de elegir algún método de planificación familiar para así evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual ITS.

Teniendo en cuenta toda la información anterior se espera que todas las alternativas expuestas ayuden a disminuir los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual ITS, que los adolescentes se sientan libres de expresar lo que piensan y sienten acerca del tema sin sentirse mal y que puedan expresarlo con sus padres, que no sientan el miedo o temor al hablar de temas de sexualidad, que sean capaces de elegir por sí mismos y a la vez que se sientan apoyados (as) por sus padres.

Al mismo tiempo se trabaja con los padres ya que en su totalidad no tiene por bien visto que los jóvenes tomen este tipo de información, ya que por su cultura o pautas repetitivas (familiares), se cohiben de informar a los adolescentes. Lo que se busca es que ellos los puedan orientar o bien dar un consejo que pueda ayudar a evitar estos embarazos no deseados y que sus hijos decidan en qué momento ellos pueden iniciar con una vida sexual activa.

Cabe resaltar que los talleres se impartirán a los adolescentes y a los padres para que así ambos tengan la misma información y puedan tener una charla constructiva y puedan romper con tabúes o información errónea que solo hace que los adolescentes se sienta cohibidos al hablar de estos temas con sus padres y que tomen malas decisiones.

Fichas Bibliográficas

Unidad 1 Embarazo

Addis, I., Van Den Eeden, S., Wassel-Fyr, C. y Vittinghoff, E. (2015). "Sexual activity and function in middle-aged and older women." *Obstetrics and Gynecology*, 107, pp. 755-764.

Dr. Landrum B. Shettles; p. 139, Petit Format/Nestle/Science Source/Photo Researchers, Lennart Nilsson, tomado de *A Child is Born*, Dell Publishing Company, pag. 143

Beckmam y Ling. C. f. (2019) *Ginecología y Obstetricia*. Barcelona España. L´ Hospitalet Llobregat.

Trikha, A. y P. M. Singh (2016): "The critically ill obstetric patient-Recent concepts". *Indian J Anaesth*, 54(5), pp. 421-427.

Germaina, S. D., C. Wyncoll, y M. A. Nelson-Piercy (2016): "Management of the critically ill obstetric patient. *Current Obstet Gynecol*, 16, pp. 125-133.

Alvares Nieto. C., Pastor Moreno. G: Linares Abad. M. Serrano Martos. J, y Rodriguez Olalla. L (2015) Motivaciones para el embarazo adolescentes. *Gaceta Sanitaria* 26(6), pag. 947-503.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111200878>

Azevedo, W. F. (2015) complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature

Einten (Sao Paulo) 13(4). Pag 618-626 <https://doi.org/10.1590/S167945082015RW3127>

Unidad 2 Métodos de planificación familiar

Brechina, S. y A. Bigrigg (2016): "Male and female sterilisation". *Current Obstet Gynaecol*, 16, pp. 39-46

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (2016):

Conformación, funciones y posicionamiento del Grupo de Trabajo de Anticoncepción de Emergencia. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, Perú.

(2017): *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*. Baltimore y Ginebra:

Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud y

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, Project Info. Disponible en : <http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/>

[fp_globalhandbook/index.html\(esp\)](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/fp_globalhandbook/index.html(esp)).

Ashby, S., Arcari, C. y Edmonson, M. (2016). "Televisión viewing and risk of sexual initiation by young

adolescents." Archives of Pediatric Adolescent Medicine, 160, pp. 375-380.

Bearinger L, Sieving R, Ferguson J, Sharma V. Global perspective on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. Lancet 2017;369:1220-31.

file:///C:/Users/HP/Desktop/libros%20tesis/libros/Nuestra%20Sexualidad_booksmedicos.org.pdf

<file:///C:/Users/HP/Desktop/libros%20tesis/libros/Obstetricia%20y%20Ginecolog%C3%ADa%20Beckman%208a%20Edicion.pdf>

Unidad 3 Sexualidad en la adolescencia

unidades de adolescencia. An Pediatr. 2017;58:104-6.

Salud reproductiva de las adolescentes. MMWR [en línea]. 2016 [acceso 14 May 2016].

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3822281>

Álvarez Sintés. Medicina General Integral. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018. p. 250.

Mogrovejo, L. (2015). Modelo de programas de educación y difusión en la salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural para adolescentes. Ibarra, Ecuador 2016 pag. 110-125

Azevedo. W.F. (2015). Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literatura. Einstein (Sao Paulo) 13(4). Pag. 618-626.

Obtenido de: <https://doi.org/10.1590/S167945082015RW3127>

Andrade P, Betancourt D, Palacios JR. Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. Rev Colomb Psicol 2016;15:91-101

Alberdi I. La nueva familia española. Madrid: Santillana, 2015.

Schneider S. El libro de los chicos: todo lo que necesitas saber sobre sexualidad, cuerpo, relaciones, alma, etc. Santa Marta de Tormes: Lóguez, 2017.

Calderón, M., Velázquez, K., López, F., Cruz, R., Castillo, L., & Benavides, R. (2015). Influencia del apoyo social en las conductas sexuales de los adolescentes. Manuscrito inédito.

Camacho, S. & Sáenz, O. (2014). Técnicas de comunicación eficaz para profesores y

formadores. Alcoy. Marfil. Cardozo, G., & Aldarete, A. (2014). Adolescentes en riesgo

psicosocial y resiliencia. Psicología desde el Caribe, 23, 148-182. Recuperado de

pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0123

Castillo-Arcos, L., Benavides-Torres, R. & López-Rosales, F. (2015). Vol. XIV de la Psicología Social en México. Validación de la escala de resiliencia para sexo seguro.

Amezúa, E. (2015). Una nueva forma de ver y vivir la sexualidad. Vida Sanitaria, n.º 2, pp. 31-38.

Amezúa, E., y Foucart, B. (2015). El libro de los sexos. Etapa de la ESO. Educación sexual III.

El mapa general y sus rutas temáticas. Documentación interna del Instituto de Ciencias Sexológicas INCISEX, Madrid.

De la Cruz, C. (2016). Educación de las sexualidades: los puntos de partida de la educación sexual. Edita: Cruz Roja Juventud. Madrid.

Unidad 4 Perfil histórico y cultural de la comunidad de Santa María Zacatepec

Enciclopedia virtual de los municipios de Puebla

INEGI 2020. Información de Juan C. Bonilla y junta auxiliar Santa María Zacatepec

Registro civil de la junta auxiliar Santa María Zacatepec, Juan C. Bonilla

SIS 2020 Subsistema de Prestación de Servicios Mensual

Suive 2020 Sistema completo de estadística de salud Semanal

Tarjetero de Planificación Familiar 2019-2020. Centro de salud de Santa María Zacatepec

ANEXOS



Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Enfermería
Comisión Permanente de Enfermería

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Patrón sexual ineficaz (00065)

Dominio: 8 sexualidad Clase: 2 función sexual

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA
ETIQUETA (PROBLEMA)(p):

Patrón sexual ineficaz (00065)
Pag. 326

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS)(E)

- Conocimientos insuficientes de las alternativas relacionadas con la sexualidad
- Déficit e habilidades para las alternativas relacionadas con la sexualidad
- Temor a las enfermedades de transmisión sexual
- Temor al embarazo

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas)

- Cambio en el rol sexual
- Conflicto de valores
- Dificultad en la actividad sexual
- Dificultad en la conducta sexual

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Control del riesgo : Embarazo no deseado (1907) Pag. 287-288	<ul style="list-style-type: none"> • Busca información actual sobre estrategias de planificación familiar • Reconoce los factores de riesgo personales de embarazos no deseados • Reconoce las consecuencias asociadas con un embarazo no deseado • Comprende los procesos fisiológicos de la concepción • Desarrolla estrategias efectivas de prevención de embarazo • Adapta las estrategias de prevención de embarazo • Utiliza los recursos comunitarios disponibles • Identifica el método anticonceptivo personal • Utiliza los métodos anticonceptivos correctamente • Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades 	1. Nunca demostrado	3 5
		2. Raramente demostrado	2 5
		3. A veces demostrado	3 5
		4. Frecuentemente demostrado	3 5
		5. Siempre demostrado	4 5
			Total : 26 - 50 Aumentar : 30 Mantener: 26

INTERVENCIÓN (NIC): Planificación familiar: Embarazo no deseado (6788) pag. 355

ACTIVIDADES

- Averiguar si la paciente ha tomado una decisión sobre el futuro del embarazo.
- Comentar los factores relacionados con el embarazo no deseado (múltiples parejas, abusos de sustancias, violencia doméstica y probabilidad de enfermedad de transmisión sexual).
- Animar a la paciente a implicar los sistemas de apoyo durante el proceso de toma de decisiones.
- Aclarar cualquier información errónea sobre el uso de anticonceptivos.
- Remitir a la paciente a centro comunitarios que dispongan de servicios de apoyo en la toma de decisiones sobre el embarazo, así como otros problemas de salud (enfermedades de transmisión sexual, abuso de sustancias y violencia doméstica).

INTERVENCIÓN (NIC): Planificación familiar: anticoncepción (6788) pag. 354-355

ACTIVIDADES

- Evaluar los conocimientos y la comprensión del paciente sobre las opciones de anticoncepción.
- Determinar el grado de implicación para usar método de forma constante.
- Comentar los aspectos religiosos, culturales del desarrollo, socioeconómicos e individuales sobre la elección del anticonceptivo.
- Comentar los métodos de anticoncepción (sin medicación, de barrera, hormonal, DIU, y esterilización), incluyendo su eficacia, efectos secundarios, contraindicaciones, así como signos y síntomas que deban notificarse a un profesional sanitario.
- Ayudar a las adolescentes a obtener información sobre anticonceptivos de forma confidencial.
- Proporcionar métodos anticonceptivos al paciente.
- Informar sobre las relaciones sexuales seguras, según corresponda.
- Determinar los recursos económicos para la anticoncepción y remitir según corresponda.

INTERVENCIÓN (NIC): Gpc: intervenciones de enfermería para la promoción de la planificación familiar en hombres y mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en los tres niveles de atención.

ACTIVIDADES

- R** Promover servicios de planificación familiar integral a pacientes en estado post-aborto con orientación y entrega de método de elección.
- R** Promover el uso de métodos de planificación familiar y dar a conocer las consecuencias de los periodos intergenésicos cortos.
- R** Recomendar a las adolescentes el uso de los implantes subdérmicos para espaciar o prevenir los embarazos.
- R** El personal de salud debería informar y aconsejar a los usuarios sobre los efectos secundarios comunes de su método anticonceptivo, así como corregir los conceptos erróneos acerca de los mismos.
- R** El personal de enfermería deberá educar sobre los métodos de planificación familiar, respetando creencias religiosas y culturales.
- E** El sobrepeso, bajo autoestima, depresión y trastornos alimenticios en mujeres jóvenes, las lleva a tener una autoimagen pobre, buscando ser aceptadas participan en prácticas sexuales de riesgo para fomentar una relación; por lo anterior se encuentran en riesgo de tener un embarazo no planeado y son vulnerables a contraer enfermedades de transmisión sexual.
- R** Fomentar la planificación sexual y el asesoramiento preconcepcional, especialmente en adolescentes con tendencia de trastornos alimenticios y depresión.

INTERVENCIÓN (NIC):

ACTIVIDADES

- R** El personal sanitario deberá incluir en la promoción de la planificación familiar a los padres de adolescentes a través de la visita domiciliaria y otros programas.
- R** Utilizar sitios web como una estrategia de seguimiento para los adolescentes participantes de prácticas anticonceptivas.
- R** Promover la educación sexual y la prevención del embarazo en adolescentes a través de medios de comunicación móviles y electrónicos.
- Adaptar la promoción de la planificación familiar a las necesidades culturales del usuario.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

NANDA. Diagnósticos enfermeros, Definiciones y Clasificación 2018-2020. Undécima edición
 NOC. Clasificación de resultados de enfermería. Medición de resultados en salud. Sexta edición
 NIC. Clasificación de intervenciones de enfermería. Séptima edición
 GPC. Guías de Práctica Clínica SS-756-15

Activar Windows
 Ve a Configuración para

ELABORO: _____





Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Enfermería
Comisión Permanente de Enfermería

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal 00209

Dominio: 8 sexualidad Clase: 3 diada materno/fetal																											
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA																											
ETIQUETA (PROBLEMA)(p):																											
Riesgo de alteración de la diada materno/fetal 00209 Pag. 327																											
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS)(E)																											
<ul style="list-style-type: none"> Cuidado prenatal inadecuado 																											
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas)																											
<ul style="list-style-type: none"> Complicaciones del embarazo 																											
RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJUE DIANA																								
Conocimientos: cuidados del lactante (1819) Pag. 199-200	<ul style="list-style-type: none"> Características del lactante normal Desarrollo y crecimiento normal Coge al lactante adecuadamente Posición adecuada del lactante Prácticas para la seguridad del lactante Técnicas de alimentación del lactante signos y síntomas de deshidratación Patrones de sueño-vigilia del lactante Señales de comunicación del lactante Métodos de estimulación del lactante Baño del lactante 	<ol style="list-style-type: none"> Ningún conocimiento Conocimiento escaso Conocimiento moderado Conocimiento sustancial Conocimiento extenso 	<table border="0"> <tr><td>2</td><td>5</td></tr> <tr><td>1</td><td>5</td></tr> <tr><td>2</td><td>5</td></tr> <tr><td>2</td><td>5</td></tr> <tr><td>2</td><td>5</td></tr> <tr><td>1</td><td>5</td></tr> <tr><td>1</td><td>5</td></tr> <tr><td>1</td><td>5</td></tr> <tr><td>2</td><td>5</td></tr> <tr><td colspan="2">Total: 17 – 55</td></tr> <tr><td colspan="2">Mantener: 17</td></tr> <tr><td colspan="2">Aumentar: 23</td></tr> </table>	2	5	1	5	2	5	2	5	2	5	1	5	1	5	1	5	2	5	Total: 17 – 55		Mantener: 17		Aumentar: 23	
2	5																										
1	5																										
2	5																										
2	5																										
2	5																										
1	5																										
1	5																										
1	5																										
2	5																										
Total: 17 – 55																											
Mantener: 17																											
Aumentar: 23																											

INTERVENCIÓN (NIC): Fomentar el rol parenteral (8300) pag. 223	INTERVENCIÓN (NIC): Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses) (5645) pag. 190
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Animar a las madres a recibir atención prenatal temprana y regular. Realizar visita domiciliaria, según este indicado por el nivel de riesgo. Ayudar a los progenitores en el cambio de papeles y en las expectativas del rol parenteral. Debatir las estrategias de control de conductas adecuadas a cada edad. Proporcionar folletos, libros y otro tipo de materiales para desarrollar las habilidades parenterales. Ayudar a los progenitores a identificar el temperamento específico del bebe. Fomentar las habilidades de resolución de problemas a través del modelado de roles, la practica y el refuerzo. Informar a las progenitores sobre donde encontrar servicios de planificación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> Enseñar a los progenitores/cuidador a colocar al bebe sobre la espalda para dormir y a mantener a fuera de la cuna las colchas holgadas las almohadas y juguetes. Enseñara a los progenitores/cuidadores a utilizar solo cunas seguras. Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar el uso de joyas o cordones/cadenas en el lactante. Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar a coger al lactante mientras fuman o toman bebidas calientes. Enseñar a los progenitores/cuidador a sujetar al lactante mientras se alimenta, evitando de apoyar el biberón y comprobando la temperatura de la leche de formula. Enseñar a los progenitores/cuidador a prevenir caídas. Enseñar a los progenitores/cuidador a comprobar la temperatura del agua del baño. Enseñar a los progenitores/cuidador a mantener los animales de compañía a una distancia prudencial del bebe. Enseñar a los progenitores/cuidador a no agitar, sacudir o balancear al bebe en el aire.

INTERVENCIÓN (NIC): GPC intervenciones de enfermería para la promoción de la lactancia materna en los tres niveles de atención

ACTIVIDADES

R Incluir en los programas de lactancia materna a las abuelas del recién nacido, ya que tienen la capacidad de influir en las intervenciones para lograr un máximo impacto.

R El personal de enfermería deberán proporcionar en las mujeres embarazadas información sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva.

R El personal de enfermería deberán informar sobre sustitutos de leche materna en caso necesario y sea esta una tendencia de demanda para la nutrición del bebé.

R El personal de enfermería deberá promocionar, insistir e informar sobre la lactancia materna natural, uno de los mejores métodos de alimentación para los lactantes, además de higiénica, afectiva, de bajo costo y contiene proteínas que favorece la respuestas inmunitarias, siendo este un elementó que fomentan la maduración y crecimiento de todos los órganos.

Los profesionales de salud se cercioran de que los nuevos padres y las familias han recibido información sobre los beneficios de la lactancia materna tales como:

- E**
- Que el menor se enferme menos
 - Mayor crecimiento y desarrollo
 - Beneficios psicológicos para madre e hijo
 - Amigable con el medio ambiente
 - Económico

INTERVENCIÓN (NIC): GPC intervenciones de enfermería para la promoción de la lactancia materna en los tres niveles de atención

ACTIVIDADES

R El personal de enfermería deberá promocionar la educación en salud, el control prenatal, experiencias de amamantamiento y apoyo a la madre, ya que incide en el inicio o suspensión temprana de la lactancia materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

NANDA. Diagnósticos enfermeros, Definiciones y Clasificación 2018-2020. Undécima edición
 NOC. Clasificación de resultados de enfermería. Medición de resultados en salud. Sexta edición
 NIC. Clasificación de intervenciones de enfermería. Séptima edición
 GPC. Guías de Practica Clínica SS-823-18

Activar Windows
 Ve a Configuración para

ELABORO: _____





Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Enfermería
Comisión Permanente de Enfermería

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Riesgo de proceso de maternidad ineficaz (00227)

Dominio: 8 sexualidad Clase: 3 proceso de maternidad

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA

ETIQUETA (PROBLEMA)(p):

Riesgo de proceso de maternidad ineficaz (00227)
Pag. 328

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)

- Conocimiento insuficiente sobre el proceso de maternidad
- Cuidado prenatal insuficiente
- Modelo del rol parenteral insuficiente
- Nutrición materna inadecuada
- Poca confianza materna
- Sufrimiento psicológico de la madre
- Visitas al proveedor de salud esporádicas durante el embarazo

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas)

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Desempeño del rol de padres (2211) Pag. 340	<ul style="list-style-type: none"> • Prevé las necesidades físicas del niño • Proporciona nutrición adecuada a la edad • Proporciona cuidados de salud preventivos • Estimula el desarrollo cognitivo • Proporciona supervisión adecuada para el niño • Utiliza recursos comunitarios • Interacciona de forma positiva con el niño • Empatiza con el niño • Manifiesta una relación cariñosa con el niño • Expresa satisfacción con el rol padre/madre 	1. Nunca demostrado	3 5 3 5 3 5
		2. Raramente demostrado	3 5 2 5 3 5
		3. A veces demostrado	3 5 4 5 3 5
		4. Frecuentemente demostrado	4 5 3 5
		5. Siempre demostrado	Total : 30 Aumentar: 35 Mantener: 30

INTERVENCIÓN (NIC): Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido) 7104 pag. 202

ACTIVIDADES

- Establecer relaciones de confianza con los progenitores.
- Identificar los patrones de interacción de las familias.
- Ayudar a la familia a identificar sus puntos fuertes y sus puntos débiles.
- Ayudar a la familia a desarrollar mecanismos de afrontamiento adaptados para tener la transición a la paternidad.
- Observar la adaptación de los progenitores a la paternidad.
- Educar a los progenitores sobre el posible conflicto de papeles y la sobrecarga de papeles.
- Promover la autoeficacia en el desarrollo del papel parenteral.

INTERVENCIÓN (NIC): Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido) 7104 pag. 202

ACTIVIDADES

- Animar a los progenitores a expresar sus valores, creencias y expectativas respecto a la paternidad.
- Ayudar a los progenitores a enfrentarse a las sugerencias, críticas y preocupaciones sobre las expectativas y el desempeño del papel parental por parte de otros (padres, abuelos, compañeros de trabajo, amigos).
- Reforzar los comportamientos parentales positivos.
- Ayuda a los progenitores a equilibrar los papeles, laboral, parenteral y conyugal.
- Proporcionar a los progenitores la oportunidad de expresar sus sentimientos sobre la paternidad.
- Identificar el efecto del recién nacido en la dinámica y el equilibrio de la familia.
- Ayudar a la familia a desarrollar nuevas redes de apoyo, según corresponda.

Activar Windows
Ve a Configuración para

INTERVENCIÓN (NIC):	INTERVENCIÓN (NIC):
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>Cabe resaltar que podemos tomar las recomendaciones de la guía de practica clínica GPC intervenciones de enfermería para la promoción de la lactancia materna en los tres niveles de atención ya mencionada anteriormente.</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p>
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	
<p>NANDA. Diagnósticos enfermeros, Definiciones y Clasificación 2018-2020. Undécima edición NOC. Clasificación de resultados de enfermería. Medición de resultados en salud. Sexta edición NIC. Clasificación de intervenciones de enfermería. Séptima edición</p> <p style="text-align: right;">Activar Windows Ve a Configuración pa</p>	
ELABORO: _____	
	