

Dr. Alberto Cordero Aroca, MSc., FACS
CIRUGIA GENERAL

Guayaquil 12 de noviembre de 2015

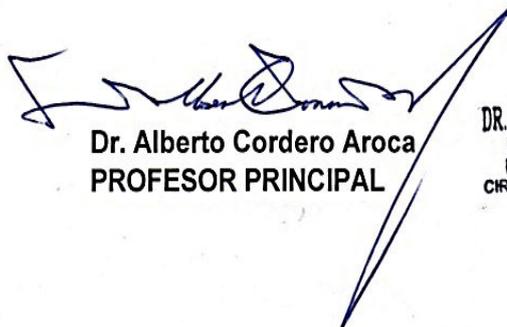
Señor Doctor
Raúl Intriago López, DIRECTOR
ESCUELA DE GRADUADOS, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad.-

De mis consideraciones:

En relación a la solicitud del informe final de tesis: "Estudio de los principales factores de riesgo en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Jipijapa, período 2013 y una guía de prevención" presentado por la licenciada Violeta Lucas Mero, como requisito para la obtención del título académico de Magíster en Ginecología Infanto Juvenil y Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente, al respecto informo que se ha revisado con la tutora licenciada Magaly Sabando Mera y maestrante el borrador final de la tesis por lo que se hicieron los correctivos que exige la metodología de investigación y se aprueba puede continuar con el proceso.

Particular que comunico a usted para los fines consiguientes.

Atentamente,


Dr. Alberto Cordero Aroca
PROFESOR PRINCIPAL

DR. ALBERTO CORDERO AROCA
C.I. 0906426846
REG. MED. # 4131
CIRUGIA GENERAL C.A.N 212
CIRUGIA AMBULATORIO

NOV. 16 - 2015
INTERESADO
de la Cruz

ESCUELA DE GRADUADOS
RECIBIDO
POR: <i>Notada</i>
HORA: <i>12h36</i>
FECHA: <i>12/11/2015</i>



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 042-289096
Guayaquil - Ecuador

Of. EG#021-2015/ PROY

Enero 28 de 2015

Licenciada
Violeta Lucas Mero
MAESTRÍA EN GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL
Y SALUD REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su ANTEPROYECTO de investigación titulado:

"ESTUDIOS DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA, PERIODO 2013".

Tutora: Lcda. Magali Sabando Mera.

Ha sido aprobado por la Dirección de esta Escuela de Graduados, el día 17 de enero del 2015, por lo tanto puede continuar con la ejecución del BORRADOR FINAL.

Revisor: **Dr. Alberto Cordero Aroca.**

Atentamente,

Dr. Raúl Intriago López MSc.
DIRECTOR
ESCUELA DE GRADUADOS

C. Archivo

Revisado y Aprobado:	Dr. Raúl Intriago López
Elaborado:	Srta. Daniela Ibarra

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del trabajo de investigación de tesis para optar por el título de Magister en Ginecología Infanto Juvenil y salud sexual y reproductiva del adolescente, de la universidad de Guayaquil.

Certifico que he dirigido y revisado la tesis de grado presentado por la Lic. Carmen Violeta Lucas Mero, con C.I. 130947892-1

Cuyo tema de tesis es: **ESTUDIO DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA PERIODO 2013.**

Revisada y corregida que fue la tesis, se aprobó en su totalidad, lo certifico.

Manta, Agosto 12 del 2016.

Atentamente,

Lic. Magali Sabando Mera
DOCENTE INVESTIGADORA ULEA W
Línea 1 Falso 2 N°. 5 / Guayaquil. 1009-00-433899
-magalisabando@yahoo.es
Tel: 0996002120



Lic. Magali Sabando Mera. MG Sc.
TUTORA DE TESIS



Ministerio de Salud Pública

CERTIFICACION

El suscrito Dr. Kelvin Mendoza Arauz, **Director Distrital de Salud 13D03 Jipijapa-Puerto Lopez - Salud**, certifica:

Que: La Licenciada **CARMEN VIOLETA LUCAS MERO**, con número de Cd. 130947892-1, Maestrante de la Universidad de Guayaquil extensión Portoviejo, realizo en el Centro de Salud Jipijapa la recopilación de información de las historias clínica en el departamento de Admisión con el tema: **“ESTUDIOS DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA, Periodo 2013”**, actividad que desempeño durante los meses de Marzo y Abril del 2015.

La interesada puede hacer uso de la presente certificación como más le convenga a sus intereses.

Jipijapa, Junio 6 del 2016

Atentamente,
Dr. Kelvin Froilán Mendoza Arauz
DIRECTOR DE DISTRITO DE SALUD N.º 3



Dr. Kelvin Mendoza Arauz
**DIRECTOR DISTRITAL 13D03 JIPIJAPA-PUERTO LOPEZ-
SALUD**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

TÍTULO

**“ESTUDIO DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO
DE SALUD JIPIJAPA. PERÍODO 2013”**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN GINECOLOGÍA
INFANTO JUVENIL Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
DEL ADOLESCENTE**

AUTOR

LCDA. CARMEN VIOLETA LUCAS MERA

TUTOR

LCDA. MAGALI SABANDO MERA, MG. Sc.

AÑO 2016

GUAYAQUIL – ECUADOR



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: “ESTUDIO DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA. PERIODO 2013”		
AUTORA LCDA. CARMEN VIOLETA LUCAS MERO	TUTOR: LCDA. MAGALI SABANDO MERA, MG. Sc.	
	REVISOR: DR. ALBERTO CORDERO AROCA MG. Sc.	
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS	
CARRERA: MAESTRÍA EN GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE		
FECHA DE PUBLICACIÓN: 13 DE ABRIL DEL 2016	No. DE PÁGS: 81	
ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD		
PALABRAS CLAVE: Adolescencia – Gestación – Embarazo adolescente – Factores socioculturales – Sexualidad – Salud sexual y reproductiva – Trastornos psicosociales.		
<p>RESUMEN En Jipijapa-Manabí se desarrolló una investigación cuyo objetivo general fue estudiar los principales factores de riesgo en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, período 2013, cuya finalidad es mejorar la atención brindada. El tipo de investigación fue Exploratorio-Descriptivo-Explicativo; con diseño longitudinal de cohorte prospectivo, utilizando como técnica la encuesta a 81 gestantes adolescentes, cuyos resultados fueron: 37% si tienen conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual; 75% no tienen conocimientos sobre salud sexual y reproductiva; 74% recibieron información ya estando embarazada sobre salud sexual y reproductiva en el hospital y centro de salud; 37% tienen conocimientos sobre pastillas, y el 32% sobre inyecciones; el 25% sobre preservativos; y el 6% sobre Norplant; 26% tienen conocimiento sobre el uso correcto de utilización de pastillas; 82% tiene conformado su grupo familiar con su pareja; 49% tiene un buen trato por parte de su familia; 75% tiene un buen trato por parte de su familia después de conocer su embarazo; 37% quedaron embarazadas por descuido; 38,3% tuvieron un ingreso proveniente de sus padres; 26% tiene como ocupación un negocio propio; 37% no han tenido anteriormente otra pareja; y otras si han tenido una pareja antes de su compromiso actual; 75% de los esposos no han tenido ningún hijo antes de verse comprometido; 18,5% ha tenido un hijo; 49% de la pareja no quisieron usar el preservativo; 44% no saben cuántas veces deben tener relaciones sexuales para quedar embarazada; 37% de las parejas se demuestran amor; 33% consideran que la edad para tener hijos es de 20-22 años porque la mujer ya tiene trabajo; y el 15% opina que el cuerpo a esta edad está apto; y el 10% considera que la mujer es más responsable y tiene más conocimiento; y el 7% opina que la mujer ya está preparada. Se concluye que la ejecución del proyecto tuvo la acogida deseada, ya que las autoridades, equipo de salud y adolescentes gestantes que reciben atención médica en el Centro de Salud Jipijapa, se empoderaron de conocimientos, logrando de esta manera el éxito del mismo.</p>		
No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0986583531	E-mail: valesk_lucas@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS	
	Teléfono: 2- 288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	

DEDICATORIA

A Dios, por darme las fuerzas para poder llevar a cabo este proyecto y así cumplir esta nueva etapa de mi vida

A mis padres, por ser un ejemplo de mi vida, pilar fundamental para mi formación ética

A mi familia que de una u otra manera contribuyeron psicológica y moralmente en mi formación.

A mis maestros en especial al Dr. Alberto Cordero Aroca Profesor principal. Y Lic. Magaly Sabando Mera Tutora de tesis que gracias a sus enseñanzas he ampliado mis conocimientos los cuales me servirán de irrelevante importancia en mi ejercicio profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme salud y capacidad de razonamiento, elementos vitales para el desarrollo intelectual del presente proyecto de investigación.

A la Universidad de Guayaquil, por dar apertura a esta maestría la cual me permitió ampliar mis conocimientos.

A los docentes quienes con sus conocimientos impartidos en cada jornada lograron que esta maestría haya sido un éxito.

Al equipo de salud que labora en el Centro de Salud Jipijapa, por la colaboración, paciencia y apoyo recibidos.

RESUMEN

En Jipijapa-Manabí se desarrolló una investigación cuyo objetivo general fue estudiar los principales factores de riesgo en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, período 2013, cuya finalidad es mejorar la atención brindada. El tipo de investigación fue Exploratorio-Descriptivo-Explicativo; con diseño longitudinal de cohorte prospectivo, utilizando como técnica la encuesta a 81 gestantes adolescentes, cuyos resultados fueron: 37% si tienen conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual; 75% no tienen conocimientos sobre salud sexual y reproductiva; 74% recibieron información ya estando embarazada sobre salud sexual y reproductiva en el hospital y centro de salud; 37% tienen conocimientos sobre pastillas, y el 32% sobre inyecciones; el 25% sobre preservativos; y el 6% sobre Norplant; 26% tienen conocimiento sobre el uso correcto de utilización de pastillas; 82% tiene conformado su grupo familiar con su pareja; 49% tiene un buen trato por parte de su familia; 75% tiene un buen trato por parte de su familia después de conocer su embarazo; 37% quedaron embarazadas por descuido; 38,3% tuvieron un ingreso proveniente de sus padres; 26% tiene como ocupación un negocio propio; 37% no han tenido anteriormente otra pareja; y otras si han tenido una pareja antes de su compromiso actual; 75% de los esposos no han tenido ningún hijo antes de verse comprometido; 18,5% ha tenido un hijo; 49% de la pareja no quisieron usar el preservativo; 44% no saben cuántas veces deben tener relaciones sexuales para quedar embarazada; 37% de las parejas se demuestran amor; 33% consideran que la edad para tener hijos es de 20-22 años porque la mujer ya tiene trabajo; y el 15% opina que el cuerpo a esta edad está apto; y el 10% considera que la mujer es más responsable y tiene más conocimiento; y el 7% opina que la mujer ya está preparada. Se concluye que la ejecución del proyecto tuvo la acogida deseada, ya que las autoridades, equipo de salud y adolescentes gestantes que reciben atención médica en el Centro de Salud Jipijapa, se empoderaron de conocimientos, logrando de esta manera el éxito del mismo.

PALABRAS CLAVE: Adolescencia – Gestación – Embarazo adolescente – Factores socioculturales – Sexualidad – Salud sexual y reproductiva – Trastornos psicosociales.

SUMMARY

In Manabi-Jipijapa it developed research whose main objective was to study the main risk factors in pregnant adolescents seen at the Health Center Jipijapa. Period: 2013 to improve the care provided. The research was exploratory-descriptive and explanatory; with longitudinal prospective cohort design, using the survey technique 81 pregnant adolescents, the results were: 37% if they have knowledge about sexually transmitted diseases; 75% have no knowledge of sexual and reproductive health; 74% received information and being pregnant on sexual and reproductive health in hospital and health center; 37% have knowledge of pills, and 32% of injections; 25% of condoms; and 6% of Norplant; 26% have knowledge about the correct use of pill use; 82% have formed their families with their partner; 49% have a good treatment from his family; 75% have a good deal by his family after learning about her pregnancy; 37% became pregnant by mistake; 38.3% had an income from their parents; 26% has the occupation of his family own business; 37% have not previously had another couple and others if they had a partner before his current engagement with them; 75% of husbands have had no son before being committed; 18.5% had a son; 49% of the couple did not want to use condoms; 44% do not know how many times you should have sex to get pregnant; 37% their partners show their love showing affectionate, attentive and cheerful and have good attention; and 33% believe that the age for having children is 20-22 years because the woman already has a job; and 15% believe that the body is capable at this age; and 10% believe that women are more responsible and have more knowledge; and 7% think that the woman is ready. It is concluded that project implementation had the desired host, as authorities, health equipment and pregnant adolescents receiving care at the Health Center Jipijapa, is empowered knowledge, thus achieving the success.

KEYWORDS: Adolescence - Gestation - Teen Pregnancy - Socio-cultural factors - Sexuality - Sexual and reproductive health - psychosocial disorders.

INDICE

PORTADA	I
REPOSITORIO.....	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
RESUMEN.....	V
INDICE	VII
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1.1 PROBLEMA GENERAL:.....	5
1.1.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS:	5
1.1.3 JUSTIFICACIÓN.....	6
1.1.4 VIABILIDAD.....	7
1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS	7
1.2.1 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	7
1.2.1.1 GENERAL:	7
1.2.1.2 ESPECÍFICOS:	7
1.3 HIPOTESIS	8
1.4 VARIABLES	8
1.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE.....	8
1.4.2 VARIABLE INDEPENDIENTE	8
2. MARCO TEÓRICO.....	9
ADOLESCENCIA.	9
EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.	9

Atención prenatal en madres adolescentes	13
Complicaciones de la madre adolescente	13
Riesgos para la salud de los bebés de madres adolescentes	15
Consecuencias educativas, socio-económicas y relaciones de las Adolescentes	17
Derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes	19
3. MATERIALES Y MÉTODOS	25
3.1 MATERIALES	25
3.1.1. LOCALIZACIÓN	25
3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO	25
3.1.3 PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN	25
3.1.4 RECURSOS A EMPLEAR	26
3.1.4.1 HUMANO	26
3.1.4.2 FÍSICOS	26
3.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA	27
3.1.5.1 UNIVERSO	27
3.1.5.2 MUESTRA	27
3.2 MÉTODOS	28
3.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	28
3.2.3 PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
3.2.3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE EQUIPOS E INSTRUMENTOS	29
3.2.3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
3.2.8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA ELABORACIÓN DE TESIS	34
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35

CUADRO N° 1 CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA	35
CUADRO N° 3 INFORMACIÓN QUE OBTUVIERON SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA	37
CUADRO N° 4 CONOCIMIENTOS SOBRE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA	38
CUADRO N° 5 CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO CORRECTO DE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA	39
CUADRO N° 6 GRUPO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA	40
CUADRO N° 8 TRATO DE FAMILIA DESPUÉS DE CONOCER EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA	42
CUADRO N° 9 RAZONES POR LAS QUE QUEDARON EMBARAZADAS LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA	43
CUADRO N° 10 PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS ECONÓMICOS ANTES DEL EMBARAZO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA	44
CUADRO N° 11 OCUPACIÓN DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA	45

CUADRO N° 12 NÚMERO DE PAREJAS DEL ESPOSO ANTES DEL EMBARAZO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA.....	47
CUADRO N° 13 NÚMERO DE HIJOS DE ESPOSO DE GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA	48
CUADRO N° 14 RAZONES DE NO USO DEL CONDÓN DE LA PAREJA DE GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA.....	48
CUADRO N° 15 NÚMERO DE RELACIONES SEXUALES QUE CREEN TENER PARA PODER QUEDAR EMBARAZADA LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA	51
CUADRO N° 16 FORMA QUE LA PAREJA LE DEMUESTRA AMOR A GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA	52
CUADRO N° 17 OPINIÓN SOBRE EDAD PARA TENER HIJOS EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA	53
CUADRO N° 18 DISTRIBUCION DE COMPLICACIONES EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES	55
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	62
5.1. CONCLUSIONES	62
5.2. RECOMENDACIONES	63
6. PROPUESTA.....	64
ANTECEDENTES	64
OBJETIVOS.....	65
GENERAL	65
ESPECÍFICOS	65

7. BIBLIOGRAFÍA.....	69
GUIA DE PREVENCIÓN PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS	2
Introducción.....	4
CAPÍTULO I.....	6
Conceptos Básicos.....	6
CAPÍTULO II	7
Pubertad y adolescencia y Anatomía y Fisiología de los órganos sexuales y Autocuidado de la salud sexual	7
PUBERTAD Y ADOLESCENCIA	7
EL CICLO MENSTRUAL.....	20
FECUNDACION Y EMBARAZO	22
LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA.....	25
MODELOS DE EXPRESION SEXUAL.....	26
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	27
LA ABSTINENCIA SEXUAL	43
CAPÍTULO V:.....	45
LAS BARRERAS DE LA SEXUALIDAD.....	45
CAPÍTULO VI.....	48
AUTOIMAGEN Y AUTOESTIMA	48
CAPÍTULO VII	50
ASERTIVIDAD Y DERECHOS SEXUALES.....	50
CAPÍTULO VIII.....	53
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, FANTASÍA Y MASTURBACIÓN	53

1. INTRODUCCION

Embarazo en la adolescencia es el que se produce en una mujer adolescente entre el comienzo de la edad fértil y el final de la misma. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos (Albert, 2010).

Entre las causas de los embarazos adolescentes se tiene el mal funcionamiento del núcleo familiar (posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto). Otras causas las constituyen la inestabilidad familiar; necesidad de probar su fecundidad; pérdida de la religiosidad; mantener relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas; aceptación de mantener relaciones sexuales a edades cada vez más precoces; falta de educación suficiente sobre el comportamiento sexual responsable; e, información poco clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (Quintero, 2007).

Así mismo, entre los factores de riesgo están el hecho de crecer en condiciones pobres o precarias; falta de educación por parte de los padres; vivir en comunidades o asistir a escuelas donde los embarazos tempranos son comunes; y, el uso temprano de alcohol y/o drogas (Komura, 2008).

Entre las madres adolescentes existe un factor común a todas ellas: una mala historia de rendimiento escolar. Existe un alto índice de abandono precoz de los estudios, sobre todo entre las madres más jóvenes (Papalia, 2002).

Además parece ser que las jóvenes incluidas en programas de educación especial tienen también más riesgo de tener un embarazo en su adolescencia. Todas las estadísticas realizadas demuestran que hay mayor número de embarazos en adolescentes cuyas familias están separadas y también en familias con un solo progenitor.

Hasta un 60% de las jóvenes madres pertenecen a familias cuyos padres están separados; y un 40% no ha vivido nunca una situación familiar estable. En el mismo sentido, se comprueba que el embarazo precoz es más frecuente en jóvenes cuyas madres son solteras, lo eran al concebir a su hija; y, que, a su vez, habían tenido hijos a una edad muy temprana (Faneite, 2005, págs. 123-129).

Por lo que se considera al embarazo adolescente como un fenómeno complejo en el que participan un gran número de factores de riesgo, lo cual representa un enorme reto para los sectores de salud y educación que tienen prioridades en la intervención de esta problemática.

La presente investigación se la ejecuta con el objetivo de estudiar los principales factores de riesgo en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, periodo 2013, a fin de brindar sugerencias que mejoren la calidad de vida de esta población.

El presente trabajo de investigación científica se desarrollará en VI apartados debidamente estructurados.

En el apartado 1, se describe la introducción, planteamiento del problema; y, se analiza el problema detectado. No obstante se consideran los logros a alcanzar a través de la formulación de los objetivos de la investigación. En la justificación se describe el impulso por solucionar este problema, señalando la importancia, y como beneficiará a las adolescentes embarazadas, ayudando a mejorar la situación conflictiva si se implementa el proyecto.

En el apartado 2, se encuentra el marco teórico, utilizando bibliografía que fortalecerá tanto la metodología como la didáctica de impartir los conocimientos y reforzará las diferentes teorías y paradigmas, definiciones conceptuales, fundamentaremos la investigación dentro de un conjunto de conocimientos teóricos, iniciando con los antecedentes del estudio, que permiten orientar nuestra búsqueda a una conceptualización adecuada para establecer las hipótesis, formular las variables, y definir conceptos.

En el apartado 3 se analiza la metodología a seguir en el presente estudio, se aplica la metodología de la investigación científica, se utiliza la modalidad y el tipo de investigación que sea factible, cuantificable, y probable, se selecciona el tamaño de la población y la muestra a investigar, los instrumentos, a utilizar, las técnicas de recolección de datos, la operacionalización de las variables, los procedimientos que se aplican para la toma de la información. También involucra el sondeo de recolección de datos, procesamiento y análisis de la información, y el criterio para la elaboración de una propuesta innovadora que al ponerse en práctica en la población estudiada, beneficiará tanto a adolescentes, como a sus familiares y comunidad en general.

En el apartado 4 se presenta el análisis e interpretación de los resultados, donde constan los resultados de las respuestas obtenidas de las historias clínicas, además se muestran los gráficos con su respectivo razonamiento, en los cuales se muestran las opiniones de las personas involucradas en la investigación.

En el apartado 5 se incluye las conclusiones y recomendaciones, mismas que indican los problemas y las posibles soluciones encontrados con la interpretación de los datos obtenidos en el análisis del capítulo anterior.

Las referencias bibliográficas permitirán detallar con precisión cada uno de los textos, documentos y folletos consultados como referente científico, lo que ha servido para sustentar nuestro marco referencial teórico, paradigmas, teorías, definiciones y conceptualizaciones. Esto permitió tanto a las adolescentes como equipo de salud, precisar detalles, establecer estrategias, métodos y técnicas de estudio, definir la propuesta y su ejecución, a fin de superar complicaciones durante el embarazo.

Finalmente, en el apartado 6 se presenta la propuesta al problema planteado.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La edad de la mujer tiene consecuencias importantes en el embarazo si se ubica en alguno de los extremos de la vida reproductiva (Cunningham, 2005, pág. 194).

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es un proceso de maduración física, psíquica y sexual, que marca la transición entre la infancia y la mujer adulta, que abarca el periodo entre los diez y diecinueve años de edad (Mongrut, 2000).

El adelanto de la edad de la menarquia y el comienzo más precoz de las relaciones sexuales, entre otros; podría explicar algunas de las razones por las que la sexualidad del adolescente puede resultar más problemática. Entre las consecuencias de que haya una elevada proporción de adolescentes sexualmente activos, se encuentra la aparición de un problema de salud pública (Oliva, 1992, pág. 755).

Desde la perspectiva del desarrollo biopsicosocial es visto como un proceso complejo durante el cual los individuos cambian el status de niño al de adulto joven. Esto supone que los jóvenes tienen que ajustarse a una variedad de situaciones estresantes de tipo biológico, psicológico y social que los ubica cuando están frente a un elemento de riesgo, como son: deterioro de la autoestima, interrupción del rendimiento escolar y una probabilidad que aumente los problemas y comportamientos que comprometan a la salud, especialmente durante la adolescencia temprana. Dentro de estos comportamientos que conllevan a riesgos para los adolescentes se encuentran los embarazos no deseados y las posteriores decisiones de aborto (Casavilla, 2000).

Jipijapa, tiene una población de 71.100.000 habitantes, donde más de un tercio de la población es menor de 15 años y las mujeres en edad fértil (MEF) representan el 25% del total de la población; y el 49% del total de mujeres. El 9% de mujeres de 15 a 19 años ya son madres y el 1% están embarazadas con el primer hijo. En el Centro de Salud del mismo nombre, de un total de 355253 mujeres de 12 años a más años de edad, 228257 son madres, que representan el 64,3% de dicha

población. Más de 5000 adolescentes de 12 a 19 años de edad son madres, que representan el 3,3% de la población femenina de este grupo etáreo. En este grupo 560 son adolescentes tempranas, de 12 a 14 años de edad (C.S.Jipijapa, 2014).

Mediante un monitoreo sociológico realizado por las Internas de Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, se pudo detectar que de un total de 752 adolescentes embarazadas atendidas durante el periodo Julio-Diciembre 2014, el 28.5% crecen en condiciones pobres; 20.5% viven en comunidades o asisten a escuelas donde los embarazos tempranos son comunes; 16.4% les falta educación por parte de los padres; 12.9% usan tempranamente de alcohol y/o drogas; 11.3% han sido víctima de ataque sexual; y, 10.5% sus madres las tuvieron a edad temprana.

1.1.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los principales factores de riesgo en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, durante el año 2013?

1.1.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Cuáles son los riesgos maternos durante el embarazo en gestantes adolescentes, atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, periodo 2013?

¿Qué riesgos maternos existe durante el parto en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, en el año 2013?

¿Cuáles son los riesgos perinatales durante el embarazo en gestantes adolescentes, atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, 2013?

¿Cuáles son los riesgos perinatales en el post parto inmediato de madres adolescentes, atendidas en el Centro de Salud Jipijapa en el año 2013?

1.1.3 JUSTIFICACIÓN

La gestación durante la adolescencia tiene consecuencias negativas sobre la salud individual de la madre y el feto: así como en su ámbito social, económico y de salud pública.

Actualmente las mujeres en periodo de gestación son consideradas como una clase vulnerable, al igual que la niñez y adolescencia, por ende, una adolescente embarazada tiene una condición de doble vulnerabilidad. El Estado ha emprendido programas para prevenir el embarazo precoz, y se han realizado varios estudios sobre este tema, sin embargo, muchos toman en consideración poblaciones urbanas o de alta densidad poblacional, por lo que creemos conveniente hacer esta revisión en el cantón Jipijapa, que es una zona con un alto porcentaje de población adolescente y la que coexisten factores que hacen vulnerable a esta población de presentar embarazo en las adolescentes.

El objetivo de este trabajo es obtener datos actuales sobre la magnitud de este problema, lo que permitirá definir cuáles son los factores de riesgo más importantes sobre los que se debería actuar para prevenir complicaciones en el parto de las adolescentes.

Es importante y primordial la investigación de este tema ya que en nuestro país el desarrollo de investigaciones relacionadas con la salud en especial de los adolescentes, va a encaminar a las autoridades de salud de nuestro país al desarrollo de políticas serias de salud y, sobre todo, de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo, lo que garantizará un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de nuestra sociedad.

Los beneficiarios con la ejecución de la presente investigación serán las propias adolescentes, familiares, autoridades educativas y comunidad en general, quienes verán cumplida sus aspiraciones de prevenir complicaciones de las gestantes adolescentes, y de esta manera contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

En cuanto a su impacto en grupos y personas, la presente investigación juega múltiples funciones. Una de ellas es descubrir novedades, identificando, descubriendo y describiendo comportamientos.

1.1.4 VIABILIDAD

El Centro de Salud Jipijapa es una casa de Salud de trascendencia en el bienestar del Cantón y sus recintos aledaños, por ello cuenta con una amplia estructura y espacios dirigidos a la atención de variadas afectaciones a la salud en general. Específicamente el área consta de médicos Ginecólogos, Generales y Obstetras, para atender los embarazos de alto riesgo de todas las pacientes y existe una demanda de usuarias que acuden a la atención diariamente, cuentan con un ecógrafo, laboratorio clínico lo que garantiza la viabilidad de la investigación propuesta.

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.2.1 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.2.1.1 GENERAL:

Estudiar los principales factores de riesgo en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa. Periodo: 2013.

1.2.1.2 ESPECÍFICOS:

Identificar los conocimientos que tienen las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa sobre salud sexual y reproductiva.

Verificar los factores de riesgo existentes de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa.

Elaborar una propuesta educativa a fin de colaborar con el problema planteado.

1.3 HIPOTESIS

Mediante el estudio de los principales factores de riesgo en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, a través de la identificación de los datos sociodemográficos; distinguir los factores de riesgo existentes de las gestantes adolescentes; y, elaboración de propuesta, se facilitará el proceso de toma de decisiones de la población y se logrará sensibilizar a las adolescentes y equipo de salud de esta institución, con el fin de mejorar la calidad de vida de las mismas, y por ende, disminuir el índice de complicaciones durante el embarazo, para garantizar un parto satisfactorio.

1.4 VARIABLES

1.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE.

Adolescentes Embarazadas

1.4.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

Principales factores de riesgo en adolescentes embarazadas.

2. MARCO TEORICO

ADOLESCENCIA

Según la OMS, la adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; fija sus límites entre los diez y veinte años. Constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa que se reflejan en la esfera anatomofisiológica, social y cultural (Fernández, 2005).

EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Cuando el embarazo se presenta durante la adolescencia se convierte en un problema complejo, con alto costo social y personal, que además tiene un efecto sinérgico, magnificando los cambios de maduración, tanto en la adolescente como en su hijo. El embarazo se considera de alto riesgo ya que la adolescente necesita unos cuidados y tratamiento especiales (Marín Agudelo, 2008, pág. 680).

El aumento de los embarazos en adolescentes ha sido influenciado por la disminución de la edad de la menarca, la contracepción inadecuada y la pobreza. No existen bases para asumir que todos los embarazos en adolescentes son no deseados, no intencionados o a destiempo. Es común encontrar menores para las que el embarazo significa la salida de un hogar descompuesto, en el que reciben maltrato y rechazo constante.

Vivir fuera de casa, tener familias con un solo padre, disfuncionales, madres con una educación inadecuada, y a su vez, madres que habían sido madres adolescentes, son los factores de riesgo más significativos para la maternidad en adolescentes. Las adolescentes que consumen alcohol tienen más riesgos de embarazo, lo mismo que las que no usan protección anticonceptiva en su primera relación sexual (Marín Agudelo, 2008, pág. 680).

Las adolescentes que a pesar de conocer sobre anticoncepción, no la utilizan. En general, son malas usuarias de métodos anticonceptivos en relación con la

población joven o adulta y las adolescentes que se embarazan son peores usuarias de anticonceptivos que sus pares sexualmente activas sin embarazos.

El embarazo en la adolescencia es un impacto de considerable magnitud en la vida de los jóvenes, en su salud, en la de su hijo, su pareja, su familia, ambiente y la comunidad en su conjunto.

Se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso, la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. Es una crisis que se sobre impone a la misma en la adolescencia (Lezcano, 2005, págs. 6-8).

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo (Laffita Batista, 2005).⁴

El embarazo no planeado en una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años. Además de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado. La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que generalmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas personales y sobre la salud de los hijos (Ortigoza Corona, 2002, págs. 28-35).

Riesgos para la salud del embarazo en Adolescentes.

Cuando la mujer es demasiado joven, el embarazo, deseado o no, puede ser peligroso para la madre y el niño. Las complicaciones del parto y el aborto en condiciones peligrosas están entre las causas principales de mortalidad de las mujeres menores de 20 años de edad (Santrock, 2003).

Incluso en condiciones óptimas, las jóvenes madres, especialmente las que tienen menos de 17 años, tienen más probabilidad que las mujeres de alrededor de 20 años de sufrir complicaciones relacionadas con el embarazo y de morir en el parto. El riesgo de muerte puede ser dos a cuatro veces mayor, según el estado de salud y la situación socioeconómica de la mujer.

Las complicaciones del embarazo que hacen peligrar la vida de las mujeres menores de 20 años son los mismos riesgos que enfrentan todas las demás mujeres: hemorragia, septicemia, hipertensión ocasionada por el embarazo, inclusive, distocia por obstáculo mecánico causado por la desproporción cefalopélvica, complicaciones del aborto en condiciones peligrosas, y anemia. Las jóvenes enfrentan riesgos mayores de hipertensión, desproporción cefalopélvica, anemia y aborto peligroso que las mujeres de más edad. Estos riesgos son mayores para las jóvenes no solo por su edad, sino también porque por lo común se trata del primer parto, siempre más peligroso que el segundo, el tercero o el cuarto (Illiana, 2005).

Los factores socioeconómicos, incluidas la pobreza, la malnutrición, la falta de educación y la falta de acceso a servicios de atención prenatal o de atención obstétrica de emergencia pueden incrementar aún más el riesgo de complicaciones relacionadas con el embarazo de las jóvenes. Entre las jóvenes, igual que entre las mujeres de más edad, las que corren el máximo de riesgo son las mujeres pobres, que en su mayoría están desnutridas y con oportunidades mínimas de recibir atención prenatal (Bonilla, 2007).

La hipertensión ocasionada por el embarazo no tratada puede causar insuficiencia cardíaca, resulta en la muerte de la madre y la criatura. La hipertensión se presenta más a menudo entre las mujeres que tienen su primer hijo y representa una gran proporción de defunciones maternas entre las mujeres menores de veinte años (Olds, 1997).

La desproporción cefalopélvica, lo que significa que la abertura pelviana de la mujer es demasiado pequeña para permitir que pase la cabeza del niño durante el parto, puede retrasar o prevenir el parto vaginal. En algunos casos, si no puede

practicarse la cesárea, el útero de la mujer se desgarró y mueren tanto la madre como el niño. La desproporción cefalopélvica es común en las mujeres muy jóvenes cuyo crecimiento pelviano no se ha completado y en las mujeres de baja estatura en las que la malnutrición les ha frenado el crecimiento. Con el trabajo de parto prolongado relacionado con esta patología aumenta el riesgo de fístula, que es un desgarramiento entre la vagina y el tracto urinario o el recto, que permite que la orina o las heces se filtren a través de la vagina. En numerosos países de África las lesiones fistulosas se producen más comúnmente en las mujeres menores de veinte años, y la distocia por obstáculo mecánico es la causa de la mayor parte de estas lesiones. La fístula se puede reparar con cirugía. Pero cuando la mujer no puede obtener atención adecuada, generalmente queda discapacitada por el resto de su vida y excluida de la comunidad (Reeder, 1995).

En muchas regiones la anemia es un factor contribuyente de casi todas las defunciones maternas. En una mujer anémica la probabilidad de morir por causas relacionadas con el embarazo es cinco veces mayor que en la que no es anémica. Las mujeres anémicas son menos capaces de resistir las infecciones y menos capaces de sobrevivir después de una hemorragia u otras complicaciones del trabajo de parto. La anemia también es un factor contribuyente del parto prematuro y del bajo peso al nacer.

La anemia es particularmente común entre las mujeres embarazadas, y las jóvenes embarazadas tienden más que las mujeres mayores a ser anémicas, incluso en los países desarrollados. Así, por ejemplo, en un análisis de ocho estudios clínicos realizados en los Estados Unidos se encontró que las mujeres embarazadas menores de 20 años tenían dos veces más probabilidad de ser anémicas que las mujeres mayores. En los Estados Unidos se llevó a cabo un estudio de adolescentes embarazadas que asistían a un dispensario prenatal y se encontró que la mayoría no tenían suficiente hierro. Las menstruaciones normales, una dieta que carece de hierro absorbible y el paludismo causan la mayor parte de la anemia en las mujeres embarazadas. Para evitar la anemia durante la adolescencia, los jóvenes necesitan dos veces más hierro que los adultos del mismo peso.

Atención prenatal en madres adolescentes.

La atención prenatal adecuada puede reducir la mortalidad y las complicaciones relacionadas con el embarazo, especialmente entre las mujeres jóvenes. Pero en los países en desarrollo muchas mujeres no reciben atención prenatal y las jóvenes son las que menos probabilidad tienen de recibirla, incluso en los países desarrollados. Si se les presta atención, esto ocurre generalmente cuando el embarazo ya está adelantado. Aunque haya servicios disponibles de atención prenatal, tal vez no se concurra a ellos porque se considera que el parto es algo normal para las jóvenes y que por lo tanto no requiere atención médica.

Riesgos mayores para los lactantes. El embarazo antes de los 20 años también presenta riesgos al bebé de la joven. Los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) y de otros estudios muestran que las tasas de mortalidad y morbilidad son más altas entre los bebés de madres jóvenes. Estas, especialmente las que tienen menos de 15 años, exhiben tasas más altas de trabajo de parto prematuro, aborto espontáneo, muerte prenatal y bajo peso al nacer. Para el lactante que sobrevive, el mayor riesgo de mortalidad persiste durante toda la primera infancia (Whaley, 1995).

Complicaciones de la madre adolescente

Algunas adolescentes deben cambiar su estilo de vida para mejorar sus probabilidades de tener un bebé sano. Una dieta poco sana, el hábito de fumar y el consumo de alcohol y drogas pueden aumentar el riesgo de que el bebé nazca con problemas de salud como, por ejemplo, bajo peso al nacer (menos 2500 kg).

Los efectos adversos del hábito de fumar durante el embarazo incluyen retraso en el crecimiento fetal y bajo peso al nacer. La disminución en el peso al nacer que se ve en los bebés de madres fumadoras está relacionada con la dosis: mientras más fume la mujer durante el embarazo, mayor es la disminución en el peso natal infantil. El recién nacido también muestra señales de estrés y síntomas del síndrome de abstinencia

Consistentes con lo que se ha reportado en bebés expuestos a otras drogas, el fumar durante el embarazo también puede estar asociado con abortos espontáneos y el síndrome de muerte súbita del lactante, así como con problemas de aprendizaje y de comportamiento en los niños, además de un riesgo mayor de que sean obesos. Al mismo tiempo, si la madre fuma más de un paquete al día durante el embarazo, casi duplica el riesgo de que el niño afectado se vuelva adicto al tabaco si comienza a fumar (NIH, 2010).

Entre las madres de todas las edades, las adolescentes componen el grupo en el que hay menos probabilidades de que reciban atención médica prenatal a comienzos de la gestación y de manera regular. Una gran proporción de madres menores de 20 años en promedio comienza a recibir atención prenatal en una etapa avanzada o no ha tenido supervisión médica alguna.

Las adolescentes corren mayor riesgo que las mujeres de más de veinte años en tener complicaciones durante el embarazo, como parto prematuro, anemia, hipertensión arterial. Estos riesgos son incluso mayores cuando tienen menos de quince años.

Sobre un total de diecinueve millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual informados cada año, más de nueve millones afectan a jóvenes de quince a veinticuatro años. Estas enfermedades incluyen, entre otras clamidia, que puede causar esterilidad en la persona afectada e infecciones en los ojos y neumonía en el bebé recién nacido; sífilis, que puede causar ceguera, muerte de la madre y por ende del bebé; y, virus de inmunodeficiencia humana, causante del sida, cuyo tratamiento durante el embarazo reduce considerablemente el riesgo de que la madre infectada transmita la infección al bebé (Raccarich, 2002).

De acuerdo a la literatura, los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social. En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de

compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos. En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas. En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo sería la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad (Baeza W, 2007, pág. 77).

Riesgos para la salud de los bebés de madres adolescentes

En comparación con los bebés de madres adultas, los bebés nacidos de madres adolescentes tienen más probabilidades de tener un nacimiento prematuro o bajo peso al nacer y de padecer otros problemas de salud serios e incluso la muerte.

Los bebés nacidos de una madre adolescente tienen más probabilidades de morir durante el primer mes de vida que aquellos nacidos de madres de más edad. Asimismo, son más proclives a padecer los efectos de una nutrición deficiente, así como un retraso en el desarrollo físico y cognitivo (Unicef, 2008, pág. 12).

Los bebés prematuros y de bajo peso al nacer pueden tener órganos que no están totalmente desarrollados. Esto puede derivar en problemas respiratorios, como el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragias cerebrales, pérdida de la vista y problemas intestinales graves. Los bebés de muy bajo peso al nacer (menos de 3 1/3 libras) tienen casi 100 veces más probabilidades de morir durante su primer año de vida que los bebés nacidos con peso normal; en los bebés de peso moderadamente bajo al nacer (entre 3 1/3 y 5 1/2 libras) las probabilidades son de más de cinco veces.

Consecuencias del embarazo en adolescentes

La vida de la madre adolescente y su bebé puede ser difícil. Las madres adolescentes tienden más a abandonar la educación secundaria que las jóvenes que posponen la maternidad. Sólo el 40% de las adolescentes que tienen hijos antes de

los 18 años de edad termina la escuela secundaria, en comparación con el 75% de las adolescentes de una extracción socioeconómica similar que no tienen hijos hasta cumplir los 20 ó 21 años de edad (Zurita, 2006).

Al carecer de la educación adecuada, es probable que la madre adolescente no posea las habilidades que necesita para conseguir un trabajo y conservarlo. Es común que dependa económicamente de su familia o del sistema de asistencia social. En comparación con las madres que tienen sus hijos en una etapa posterior de la vida, también es más probable que las madres adolescentes vivan en la pobreza.

Consecuencias orgánicas de las Adolescentes:

Durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud. Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos.

Las complicaciones durante el parto y el postparto son también muy importantes. La tasa de mortalidad es también más elevada. Por encima de esta edad, parecen ser mucho más relevantes diversos factores de tipo psicológico y social. Entre los factores psicológicos destaca el inadecuado y escaso o nulo cuidado prenatal que suelen tener estas madres. Este escaso cuidado prenatal parece estar motivado, entre otras cosas, por el hecho de que estos embarazos no son deseados, lo que favorece la tendencia a ocultarlos, y por los malos hábitos de salud que suelen tener estas madres. Respecto a los factores de tipo social, el fundamental sería el bajo estatus socioeconómico y sociocultural que suelen tener estas chicas (Caricote, 2006).

Consecuencias psicológicas de las Adolescentes

La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve arrojada al mundo adulto sin estar preparada para ello. Esta nueva situación lleva a la

adolescente a gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro. Algunos autores llegan a afirmar que el

Embarazo en la adolescencia supone el inicio de un síndrome del fracaso, ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una vocación y conseguir ser independiente.

Esta situación tal vez explique la baja eficacia personal percibida en estas madres y la mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión, e incluso, de suicidios, todos ellos problemas muchos más frecuentes entre las adolescentes embarazadas que entre sus compañeras no embarazadas. No obstante, no podemos estar plenamente seguros de que estos problemas psicológicos sean consecuencias del embarazo. Tal vez sean causas y consecuencias a la vez. O puede, incluso, que no sea ninguna de las dos cosas y que exista alguna otra tercera variable a la que se deban estas asociaciones.

Consecuencias educativas, socio-económicas y relacionales de las Adolescentes

Estos embarazos, acarrear gran cantidad de problemas escolares, dificultan la inserción en el mundo laboral e interfieren notablemente con la posibilidad de conseguir unos ingresos suficientes. Por otro lado, las relaciones sociales de la chica también pueden verse afectadas.

a) Consecuencias educativas. En las madres adolescentes las posibilidades de llegar a conseguir una buena formación se ven claramente disminuidas, ya que son mucho más frecuentes los problemas escolares y el abandono de los estudios. El menor rendimiento académico y las mayores probabilidades de abandono escolar interfieren seriamente en el proceso de formación. Todo ello puede acarrear importantes consecuencias sociales y económicas.

b) Consecuencias socio-económicas. En el caso de que la madre decida quedarse con el hijo, las responsabilidades parentales, su bajo nivel de formación, y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que, o bien no encuentre un trabajo. Como consecuencia de ello, muchas de estas chicas viven en hogares con reducidos ingresos, incluso por debajo del nivel de la pobreza. En algunos casos, la situación económica es tan precaria que pasan a depender de la asistencia social.

c) Consecuencias socio-relacionales. Ser madre puede ocasionar a la chica importantes problemas de rechazo social. La adolescente puede ser rechazada, además de por su pareja, por algunos de sus amigos, vecinos o familiares. En casos extremos puede llegar

a ser rechazada incluso por sus propios padres. Este rechazo le priva de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo social en ocasiones, también económico, precisamente en el momento en que más las necesita. Por otro lado, esto hace más difícil que la chica se implique en una relación de pareja estable.

Pronósticos

El hecho de tener el primer hijo durante la adolescencia hace que una mujer tenga mayores probabilidades de tener en general más hijos.

Estas mujeres igualmente tienen menos probabilidades de recibir el apoyo para su hijo por parte del padre biológico, de terminar sus estudios y de establecer una independencia y estabilidad financiera suficiente que les permita sostenerse a sí mismas y a sus hijos sin necesidad de ayuda externa.

Las madres adolescentes casadas tienen mayor probabilidad de divorciarse que aquellas mujeres casadas que posponen su maternidad hasta los 20 años de edad.

Los bebés que nacen de mujeres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar problemas de desarrollo. Asimismo, las niñas que nacen de madres adolescentes tienen más probabilidad de convertirse en madres adolescentes igualmente y los niños varones tienen una tasa superior al promedio de ser arrestados y encarcelados.

Prevención en las Adolescentes.

Existen muchos tipos diferentes de programas de prevención del embarazo en la adolescencia.

Los programas de educación para la abstinencia estimulan a las personas jóvenes a posponer la iniciación de la actividad sexual hasta el matrimonio o hasta que estén lo suficientemente maduras para manejar la actividad sexual y un posible embarazo en una forma responsable.

Los programas basados en el conocimiento se concentran en enseñar a las adolescentes a conocer su cuerpo y sus funciones normales, al igual que a suministrar información detallada sobre los métodos anticonceptivos.

Los programas con enfoque clínico brindan un acceso más fácil a la información, asesoría por parte de profesionales de la salud y servicios de anticoncepción. Muchos de estos programas se ofrecen a través de consultorios ubicados en los colegios.

Los programas de asesoría por parte de compañeros generalmente involucran adolescentes mayores que invitan a otras adolescentes a resistirse a las presiones sociales y de los compañeros para llegar a involucrarse sexualmente. Estos programas tienden a tomar más un enfoque personal, ayudando a las adolescentes a entender sus propios riesgos. Para aquellas adolescentes que ya están involucradas en actividades sexuales, estos programas de asesoría de compañeros también le brindan las habilidades para la negociación dentro de las relaciones sentimentales y la información que necesitan para obtener y utilizar los anticonceptivos en forma efectiva.

Derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes

La sexualidad es vida, es fuente de poder y de contacto humano, permite crear relaciones interpersonales, tocar el alma y la piel de cada uno sin importar su color, el sexo y la condición social, por eso es, vida.

Los derechos sexuales de los jóvenes, un tema aún polémico en nuestro medio, son parte fundamental de los derechos humanos. Ejercerlos es nuestra responsabilidad y también de otras personas. Pero es necesario conocerlos, reflexionarlos, discutirlos entre los amigos y amigas, con los padres y madres, con los maestros y maestras, con el personal de salud, etc.

1.- Derecho a la información y educación integral

Derecho a información clara, transparente y veraz sobre sexualidad de acuerdo a las necesidades específicas de cada adolescente.

Derecho a conocer, respetar, aceptar y amar el cuerpo y sus genitales.

Derecho a la educación en sexualidad integral oportuna y con enfoque de género.

Derecho a la libertad de pensamiento con respecto a la salud sexual y reproductiva (Ecuador, 2008).

2.- Derecho a ejercer su sexualidad saludable y placentera

Derecho a buscar el placer, el afecto y la satisfacción sexual, independiente de la reproducción, la edad, el estado civil o modelo familiar.

Derecho a decidir no tener actividad sexual.

Derecho a decidir cuándo iniciar su actividad sexual.

Derecho a elegir libremente su pareja sin discriminación.

Derecho a no ser forzados/as a realizar un acto sexual no deseado.

Derecho al amor, la sensualidad y el erotismo.

Derecho a explorar y expresar la propia sexualidad sin sentir culpa, libre de violencia, discriminación y presión en el contexto de relaciones basadas en la igualdad, respeto y justicia (Ecuador, 2008).

3.- Derecho a la seguridad sexual y reproductiva

Derecho a tener información completa acerca de los beneficios, riesgos y eficacia de todos los métodos anticonceptivos.

Derecho a la relación sexual libre de cualquier forma de violencia, abuso o acoso.

Derecho a tener relaciones sexuales sin riesgo para la salud y la vida.

Derecho a insistir en la práctica de sexo seguro y sexo protegido (Ecuador, 2008).

4.- Derecho a gozar de condiciones equitativas entre hombres y mujeres

Derecho de los hombres y mujeres a no ser rechazados por la preferencia sexual.

Derechos de los hombres y mujeres a construir su identidad más allá de los roles tradicionales de género, sin sufrir discriminación debido a ello.

Derecho a la libertad de organización y a la participación ciudadana.

Derecho de las jóvenes a seguir estudiando en el mismo plantel educativo a pesar de estar embarazada (Ecuador, 2008).

5.- Derecho a atención integral de la salud sexual y reproductiva.

Derecho a que los servicios de salud ofrezcan atención en salud sexual y reproductiva confidencial respetando su privacidad.

Derecho a elegir como cuidar su salud sexual y reproductiva de manera autónoma.

Derecho a servicios de salud de la más alta calidad, incluyendo el acceso a nuevas tecnologías de salud sexual y reproductiva.

Derecho a servicios de salud que faciliten el ejercicio de la sexualidad, que sean accesibles, cálidos y amigables.

Derecho a ser escuchados/as, a recibir orientación, y consejería sin juicios de valor sobre las conductas, actitudes o preferencias sexuales (Ecuador, 2008).

El ejercicio de los derechos sexuales que garantiza la vivencia plena de la sexualidad, es también una forma de estar con uno mismo, con la propia identidad, con ese distintivo que hace de cada quien un ser único, diferente y al mismo tiempo, tan igual a los/as demás.

DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Art. 20.- Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

Art. 22.- Los servicios de salud, públicos y privados, tienen la obligación de atender de manera prioritaria las emergencias obstétricas y proveer de sangre segura cuando las pacientes lo requieran, sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo.

Art. 23.- Los programas y servicios de planificación familiar, garantizarán el derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre, voluntaria, responsable, autónoma, sin coerción, violencia ni discriminación sobre el número de hijos que puedan procrear, mantener y educar, en igualdad de condiciones, sin necesidad de consentimiento de terceras personas; así como a acceder a la información necesaria para ello.

Art. 24.- Los anticonceptivos importados por la autoridad sanitaria nacional, requerirán del registro sanitario nacional además del registro sanitario del país de

origen, así como el control de calidad y seguridad del producto, previo a su distribución.

Art. 25.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud promoverán y respetarán el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto, puerperio, siempre y cuando no comprometan la vida e integridad física y mental de la persona.

Art. 26.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, implementarán acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva, dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en los adolescentes, sin costo para los usuarios en las instituciones públicas.

Art. 27.- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, con el organismo estatal especializado en género y otros competentes, elaborará políticas y programas educativos de implementación obligatoria en los establecimientos de educación a nivel nacional, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, a fin de prevenir el embarazo en adolescentes, VIH-SIDA y otras afecciones de transmisión sexual, el fomento de la paternidad y maternidad responsables y la erradicación de la explotación sexual; y, asignará los recursos suficientes para ello.

Los medios de comunicación deberán cumplir las directrices emanadas de la autoridad sanitaria nacional a fin de que los contenidos que difunden no promuevan la violencia sexual, el irrespeto a la sexualidad y la discriminación de género, por orientación sexual o cualquier otra.

Art. 28.- Los gobiernos seccionales, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, desarrollarán actividades de promoción, prevención, educación y participación comunitaria en salud sexual y reproductiva, de conformidad con las normas que ella dicte, considerando su realidad local.

Art. 29.- Esta Ley, faculta a los servicios de salud públicos y privados, a interrumpir un embarazo, única y exclusivamente en los casos previstos en el

artículo 447 del Código Penal. Estos no podrán negarse a atender a mujeres con aborto en curso o inevitables, debidamente diagnosticados por el profesional responsable de la atención.

Art. 30.- La autoridad sanitaria nacional, con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentará y promoverá la planificación familiar, con responsabilidad mutua y en igualdad de condiciones.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 MATERIALES

LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Centro de Salud Jipijapa, Cantón Jipijapa, Provincia de Manabí.

PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó en el período de enero a diciembre del 2013.

RECURSOS HUMANOS

Embarazadas adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa.

RECURSOS FISICOS

Historia clínica

Redacca

Bascula adulto

Tallímetro - Cinta métrica

Carteles para charlas en el dispensario

3.1.1. LOCALIZACIÓN

Centro de Salud Jipijapa, y se encuentra ubicado en las calles Villamil y Noboa Antepara.

3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

3.1.3 PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN

Enero a diciembre 2013.

3.1.4 RECURSOS A EMPLEAR

3.1.4.1 HUMANO

- Investigadora
- Tutora.
- Médico Ginecólogo especialista,
- Médicos Generales
- Obstetras
- Licenciada en Enfermería.
- Enfermeras internas.
- Adolescentes embarazadas.

3.1.4.2 FÍSICOS

- Textos, Revistas y otros.
- Computadora
- Internet
- Impresora
- Hojas de papel bond, tamaño INEN A-4
- Esferográficos
- Historias clínicas
- Base de datos
- Fichas para encuesta.
- Útiles de escritorio.

3.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.5.1 UNIVERSO

Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que hayan acudido al control médico del “Centro de salud Jipijapa”. Durante el periodo de estudio, siendo el mismo de 350.

3.1.5.2 MUESTRA

81 embarazadas adolescentes que presentaron complicaciones y que fueron atendidas en el Centro de Salud Jipijapa.

$$n = ?$$

$$e = 10 \%$$

$$Z = 1.96 \text{ (tabla de distribución normal para el 95\% de confiabilidad)}$$

$$N = 516$$

$$p = 0.50$$

$$q = 0.50$$

$$n = \frac{Z^2 \cdot pq \cdot N}{N \cdot e^2 + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{(1.96)^2(0.50)(1 - 0.50)(516)}{(516)(0.10)^2 + (1.96)^2(0.50)(1 - 0.50)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.50)(0.5)(516)}{(516)(0.01) + (3.8416)(0.50)(0.5)}$$

$$n = 80,97 \approx 81$$

3.2 MÉTODOS

3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

❖ EXPLORATORIO

Se exploró las condiciones necesarias y suficientes para la realización de la investigación con las diferentes unidades de observación.

❖ DESCRIPTIVO

Se utilizará la estadística descriptiva para el análisis de los datos así como para describir los diferentes resultados en sus respectivos análisis e interpretaciones basadas en el marco teórico.

❖ CORRELACIONAL

La observación puede ser ordinaria, la que hacemos todos nosotros cada día y sistemática, que es aquella que tiene como objetivos la recogida de datos con fines científicos. Esta recogida de datos debe proporcionar un conocimiento objetivo, replicable, fiable y válido. En la metodología observacional o correlacional se estudian los hechos tal y como suceden, sin intervención sobre ellos.

3.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

❖ DE CAMPO

La investigación se realizó en el sitio donde se produce el fenómeno en el “Centro de Salud Jipijapa” provincia de Manabí, para tomar contacto directo con la realidad en lo que compete a los principales factores de Riesgo en las adolescentes Embarazadas.

❖ BIBLIOGRÁFICA-DOCUMENTAL

Para reforzar los resultados del análisis con el marco teórico, se obtendrán datos de libros, manuales, revistas e internet que constituyan documentos de información primaria.

3.2.3 PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Para la etapa de acercamiento: Se visita el Centro de Salud Jipijapa y se solicita el permiso al Director y la responsable del departamento de Admisión, para que autoricen y colaboren en la realización de este trabajo de investigación.

2. Se realiza la evaluación general: Según las historias clínicas, utilizando para el Peso, la Técnica de Nelson, se equilibra la báscula, la gestante siempre estará desvestida y quieta, descalza; se anota el peso y se compara con la edad gestacional.

Se utilizan como instrumentos: Báscula, tallímetro, cinta métrica y curvas de crecimiento gestacional del Ministerio de Salud Pública (MSP).

3. La información sobre los conocimientos de las gestantes embarazadas fueron adquiridos mediante la aplicación de una encuesta con 18 preguntas abiertas y de fácil comprensión, datos que fueron tomados y registrados en el horario de atención del Centro de Salud, de 8:H00 – 16H: 30 PM.

4. Para determinar los factores de riesgo de la población en estudio, se tomó como referente la encuesta antes indicada a cada una de las gestantes adolescentes.

3.2.3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE EQUIPOS E INSTRUMENTOS

La recopilación de la respectiva información se obtendrá de la base de datos del, Centro de Salud Jipijapa la aplicación de instrumentos como encuestas y entrevistas

3.2.3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
Conocimientos	Saberes que tienen las adolescentes embarazadas sobre salud sexual y reproductiva	Enfermedad de transmisión sexual	No sabe/Ninguna/No recuerda Enfermedades de transmisión Enfermedades de transmisión/Menstruación
		Salud sexual y reproductiva	Métodos de planificación familiar Menstruación No recuerda Ninguna/no sabe
		Información sobre SSR	Escuela/Instituto Escuela/Unidad de salud/Instituto Hospital/Unidad de salud Colegio/Familia Amiga/vecina Ninguna
		Métodos de planificación familiar	Inyecciones Pastillas Preservativos Dispositivo intrauterino Norplant Ninguno
		Uso correcto de métodos de planificación familiar	Inyecciones Pastillas Preservativos No sabe/no conoce
		Grupo familiar	Padres (madre y padre) Padres y hermanos Pareja Madre y hermano/a Tías, tíos hermanos/as Papá, hermanos Padres y pareja Madre, padrastro, hermanos Abuela,

	Factores de riesgos sociales		Hermano y cuñada Madre, hermanos, sobrinos Padre
		Trato familiar	Buen trato Bien Autoritarios Pleitos Maltrato Simple
		Trato al conocer su embarazo	Buen trato Enojo/reclamos/reproches No se hablan Maltrato (físico y verbal) Indiferencia Retiro de la casa
		Razones de embarazo	No usar preservativo No usar métodos de planificación familiar Por descuido Porque quería quedar embarazada Desconocimiento a los métodos de planificación familiar Se rompió el preservativo
	Factores de riesgos (económicos)	Procedencia de ingresos económicos	Madre Padre Padres (Padre y Madre) Padrastro Tíos Hermanos/as Pareja Padre y Hermanos/as Madre/Hermanos/as Madre/tío
		Ocupación de los miembros familiares	Padre Agricultor Madre oficios domésticos Madre/Padre Madre/Padre/Hermana vendedora Padres comercio informal Madre/Padre Profesor Remesas Padre empleado público Padre motorista Padre Mecánico/electricista/Vigilante Negocio propio
		No. de parejas	1 2 3 4 Varias No sabe

			Ninguna
	Factores de riesgos (culturales)	No. hijos del padre de su hijo	1 2 3 4 Ninguno No sabe
		Uso de condón	Desconocimiento No siente igual/no le gusta a él Quería un hijo No tenía en ese momento No sabe No querían usar Bajo bebidas alcohólicas Falla Por descuido La pareja le dijo que no iba a quedar embarazada Falta de comunicación
		No. relaciones para embarazarse	Una Dos Tres Varias veces No saben
		Demostración de amor de pareja	No está con la pareja/no sabe nada de él Cariñoso/Atento/Alegre Buen trato Me cuida Buena atención Se casó conmigo/Acompañarse
		Edad propicia para tener hijos	20 años 21 años 22 años 23 años 24 años 25 años 27 años
		Motivos	Madurez El Cuerpo está apto La mujer ya está preparada La mujer es más responsable La mujer ya sabe lo que hace La mujer ya tiene trabajo La mujer tiene más conocimientos La mujer piensa mejor Otros

3.2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad atendidas durante el periodo de estudio.

3.2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Se excluirán embarazadas que no correspondan a este grupo de edad.
- Embarazo que hayan finalizado antes de las 36 semanas.

3.2.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información obtenida será analizada e interpretada de acuerdo a los resultados determinados por medio de la tabulación y representaciones estadísticas.

3.2.6 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Tanto para la obtención como para el procesamiento de la información se contara con el permiso respectivo de las Autoridades respectivas del “Centro de Salud Jipijapa” guardando los principios éticos profesionales observados en la disciplina investigativa.

3.2.7 PRESUPUESTO

Por parte de la investigadora la presente tesis se realizará una inversión de S/2.500, 00 en todo lo que comprende el proceso investigativo y la impresión de los respectivos ejemplares para la debida entrega a la Universidad.

3.2.8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA ELABORACIÓN DE TESIS

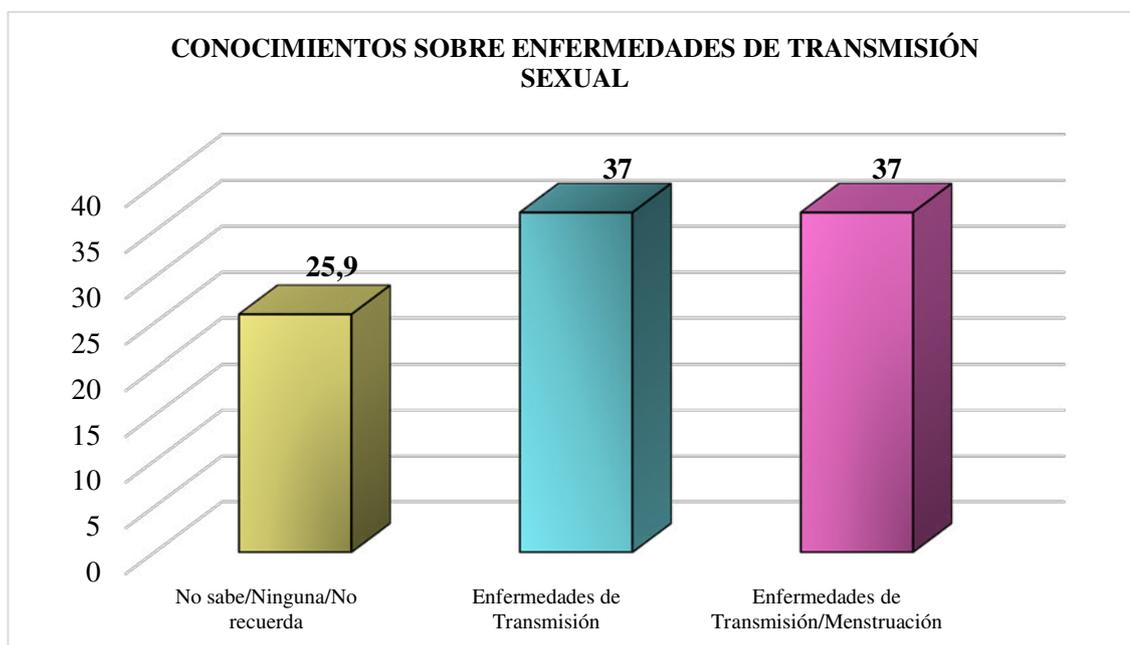
ACTIVIDAD	2015																																															
	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Enviar oficio para la aprobación del tema inédito	■	■	■	■																																												
Coordinación para tutor de tesis					■	■	■	■																																								
Consultas bibliográficas					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																																
Elaboración del anteproyecto													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																								
Presentación del anteproyecto																					■	■																										
Aprobación del anteproyecto																						■	■																									
Recolección de datos para la tesis																									■	■	■	■																				
Trabajo de campo																													■	■																		
Pruebas y ajustes																																																
Elaboración capítulo 1: Marco Teórico																																																
Elaboración capítulo 2: Estudio de campo																																																
Elaboración capítulo 3: Interpretación de Datos																																																
Elaboración del capítulo 4: Propuesta																																																
Corrección del borrador																																																
Aprobación de la tesis																																																
Informe final																																																
Presentación																																																

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO N° 1 CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA

Enero-Diciembre/2013

ORDEN	CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	F	%
1	No sabe/Ninguna/No recuerda	21	25,9
2	Enfermedades de Transmisión	30	37
3	Enfermedades de Transmisión/Menstruación	30	37
TOTAL		81	100



Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del Centro de Salud Jipijapa.

Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.

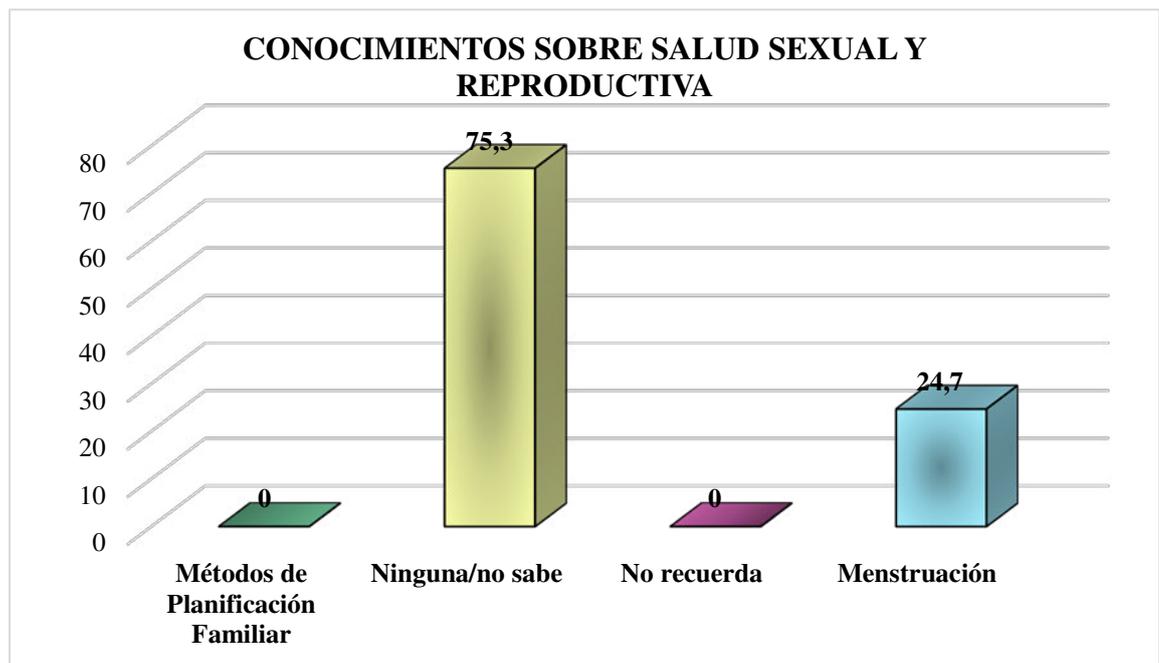
ANÁLISIS:

En este gráfico se observa que el 37 % de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa si tienen conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual, y el 25,9 % no saben ni recuerdan.

CUADRO N° 2 CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA

Enero-Diciembre/2013

ORDEN	CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	F	%
1	Métodos de Planificación Familiar	0	0
2	Ninguna/no sabe	61	75,3
3	No recuerda	0	0
4	Menstruación	20	24,7
TOTAL		81	100



Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del Centro de Salud Jipijapa.

Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.

ANÁLISIS:

En este gráfico se observa que el 75,3 % de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa no tienen conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y el 24,7 % explica sobre la menstruación.

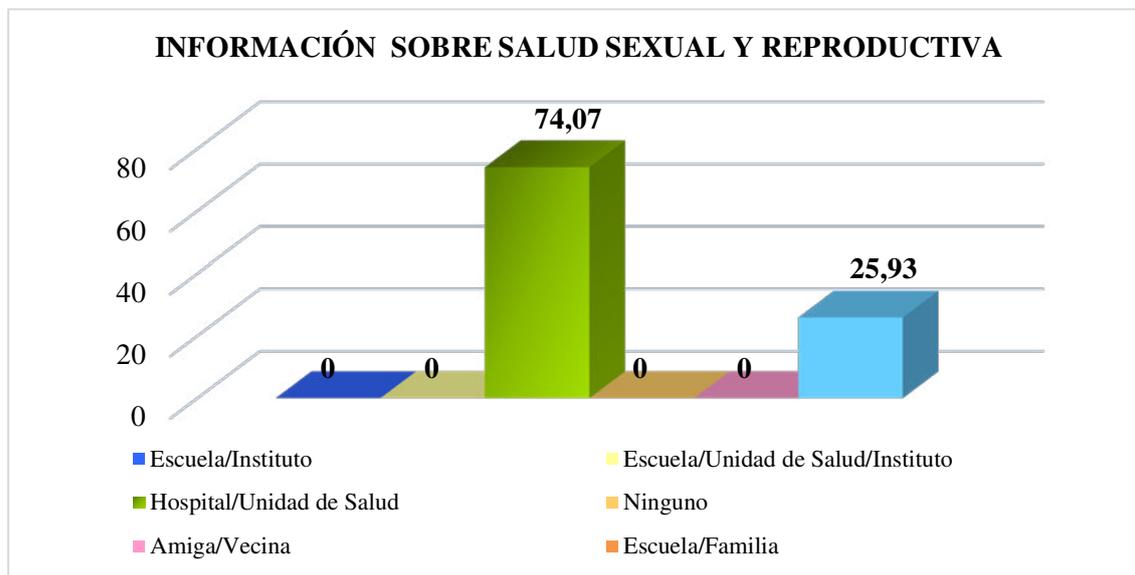
CUADRO N° 3 INFORMACIÓN QUE OBTUVIERON SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA

Enero-Diciembre/2013

ORDEN	INFORMACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	F	%
1	Escuela/Instituto	0	0
2	Escuela/Unidad de Salud/Instituto	0	0
3	Hospital/Centro de Salud	60	74,07
4	Ninguno	0	0
5	Amiga/Vecina	0	0
6	Colegio/Familia	21	25,93
TOTAL		81	100

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del Centro de Salud Jipijapa.

Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.



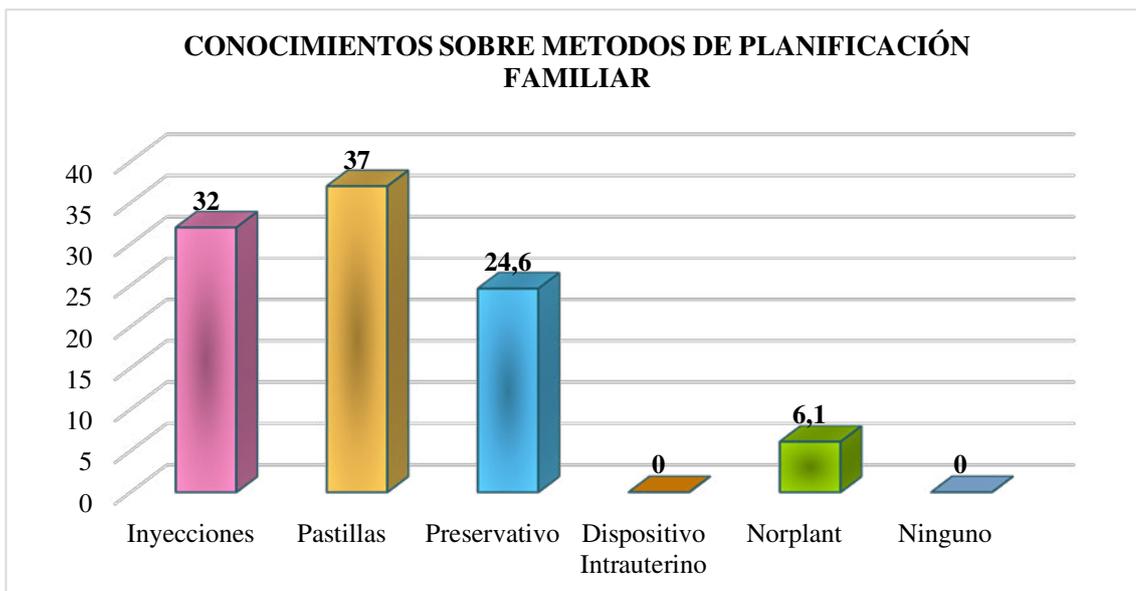
ANÁLISIS:

En este grafico se observa que el 74,07% de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa manifestaron que recibieron información ya estando embarazada sobre salud sexual y reproductiva en hospital y centro de salud; y el 25,93% en colegio y familia.

CUADRO N° 4 CONOCIMIENTOS SOBRE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA

Enero-Diciembre/2013

ORDEN	CONOCIMIENTOS SOBRE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	F	%
1	Inyecciones	26	32
2	Pastillas	30	37
3	Preservativos	20	24,6
4	Dispositivo Intrauterino	0	0
5	Norplant	5	6,1
6	Ninguno	0	0
TOTAL		81	100



Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del Centro de Salud Jipijapa.
Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.

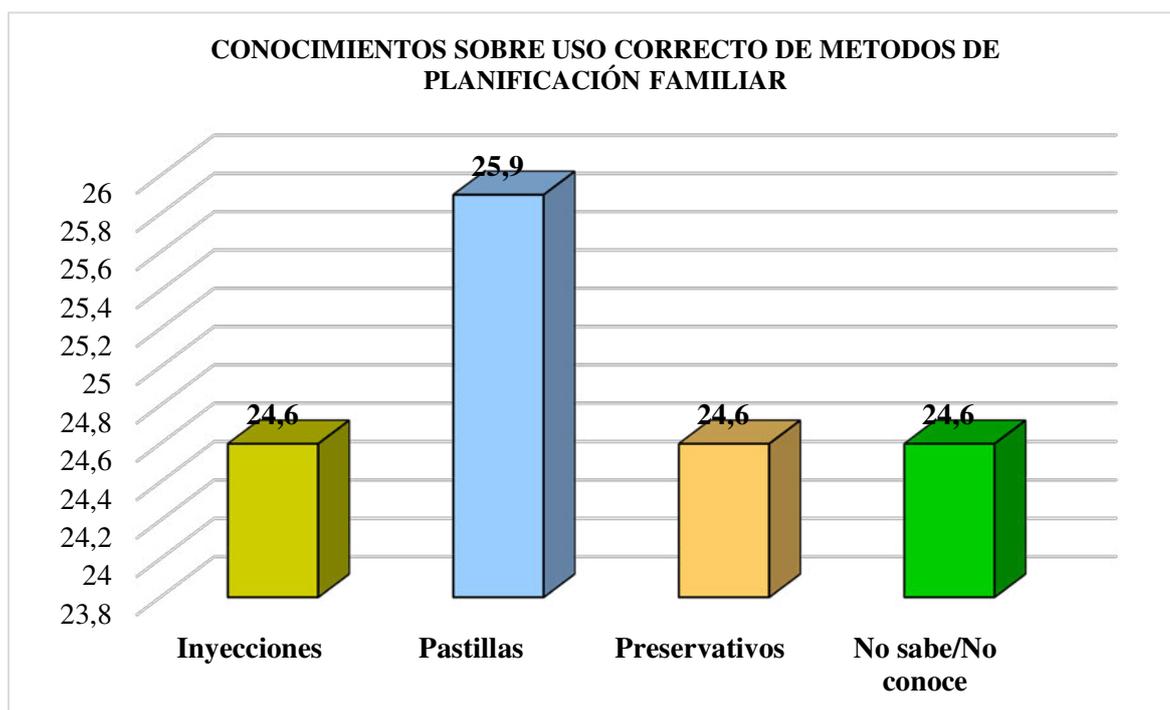
ANÁLISIS:

En este grafico se observa que el 37 % de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa tienen conocimientos sobre pastillas, y el 32% sobre inyecciones; el 24,6% sobre preservativos; y el 6,1% sobre Norplant. Manifiestan que tienen estos conocimientos porque han aprendido a través de las charlas educativas.

CUADRO N° 5 CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO CORRECTO DE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA

Enero-Diciembre/2013

ORDEN	CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO CORRECTO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	F	%
1	Inyecciones	20	24,6
2	Pastillas	21	25,9
3	Preservativos	20	24,6
4	No sabe/No conoce	20	24,6
TOTAL		81	100



Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del Centro de Salud Jipijapa.
Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.

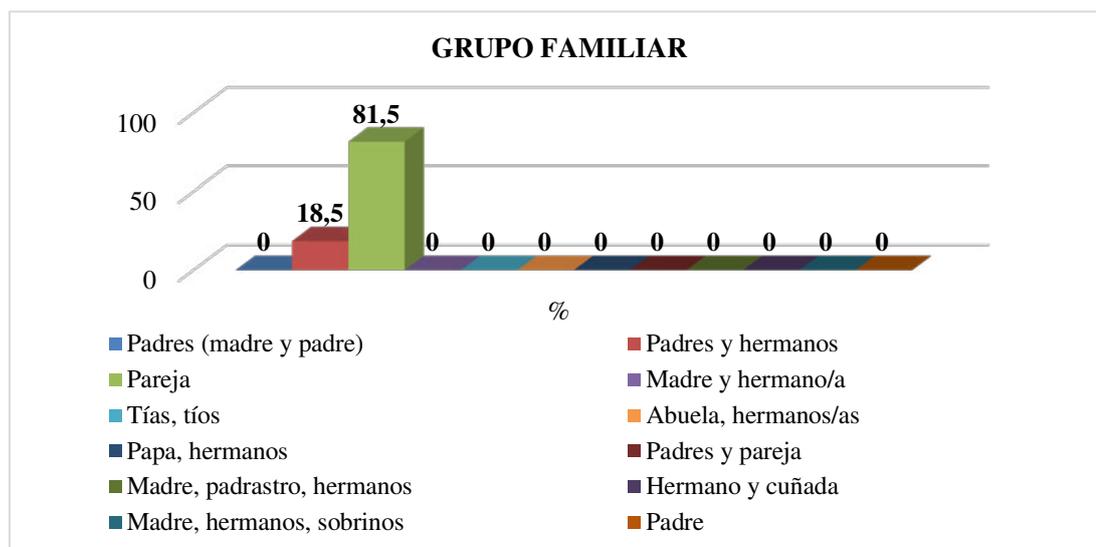
ANÁLISIS:

En este grafico se observa que el 25,9% de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa tienen conocimiento sobre el uso correcto de utilización de pastillas; y el 24,6% conoce sobre inyecciones, preservativos y unas no saben ni conocen.

CUADRO N° 6 GRUPO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS
EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA

Enero-Diciembre/2013

ORDEN	GRUPO FAMILIAR	F	%
1	Padres (madre y padre)	0	0
2	Padres y hermanos	15	18,5
3	Pareja	66	81,5
4	Madre y hermano/a	0	0
5	Tías, tíos	0	0
6	Abuela, hermanos/as	0	0
7	Papa, hermanos	0	0
8	Padres y pareja	0	0
9	Madre, padrastro, hermanos	0	0
10	Hermano y cuñada	0	0
11	Madre, hermanos, sobrinos	0	0
12	Padre	0	0
TOTAL		81	100



Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del Centro de Salud Jipijapa.
Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.

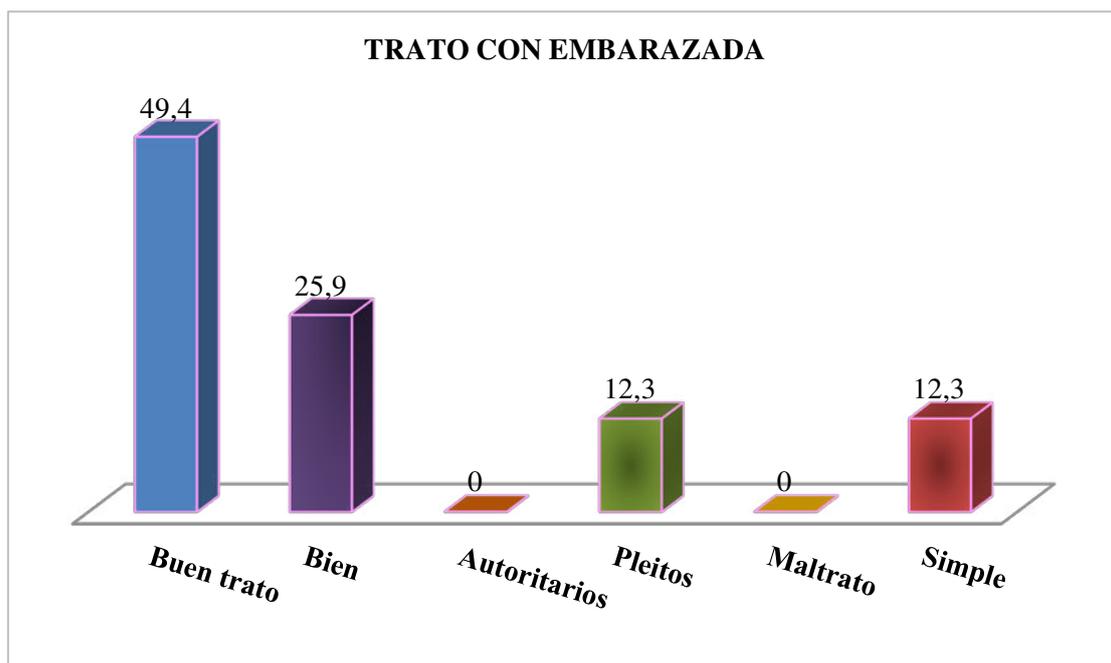
ANÁLISIS:

En este grafico se observa que el 81,5 % de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, tiene conformado su grupo familiar con su pareja y el 18,5 % con padres y hermanos.

CUADRO N° 7 TRATO DE FAMILIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA

Enero-Diciembre/2013

ORDEN	TRATO CON EMBARAZADA	F	%
1	Buen trato	40	49,4
2	Bien	21	25,9
3	Autoritarios	0	0
4	Pleitos	10	12,3
5	Maltrato	0	0
6	Simple	10	12,3
TOTAL		81	100



Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del Centro de Salud Jipijapa.
Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.

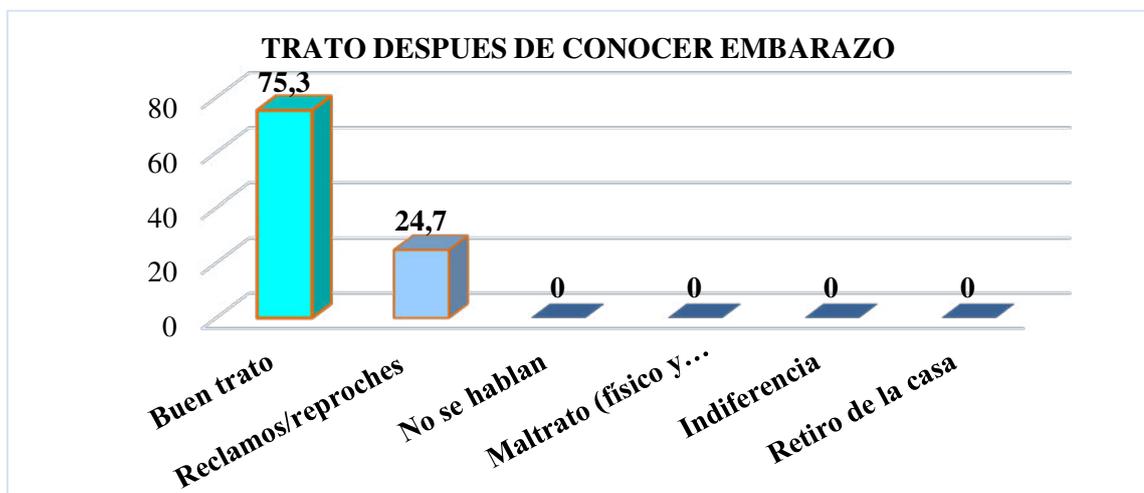
ANÁLISIS

En este grafico se observa que el 49,4 % de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, tiene un buen trato por parte de su familia, y él 25,9 % son bien tratadas; y el 12,3 % tienen pleitos constantes y el trato es simple.

CUADRO N° 8 TRATO DE FAMILIA DESPUÉS DE CONOCER EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA

Enero-Diciembre/2013

ORDEN	TRATO DESPUÉS DE CONOCER EMBARAZO	F	%
1	Buen trato	61	75,3
2	Reclamos/reproches	20	24,7
3	No se hablan	0	0
4	Maltrato (físico y verbal)	0	0
5	Indiferencia	0	0
6	Retiro de la casa	0	0
TOTAL		81	100



Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del Centro de Salud Jipijapa.
Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.

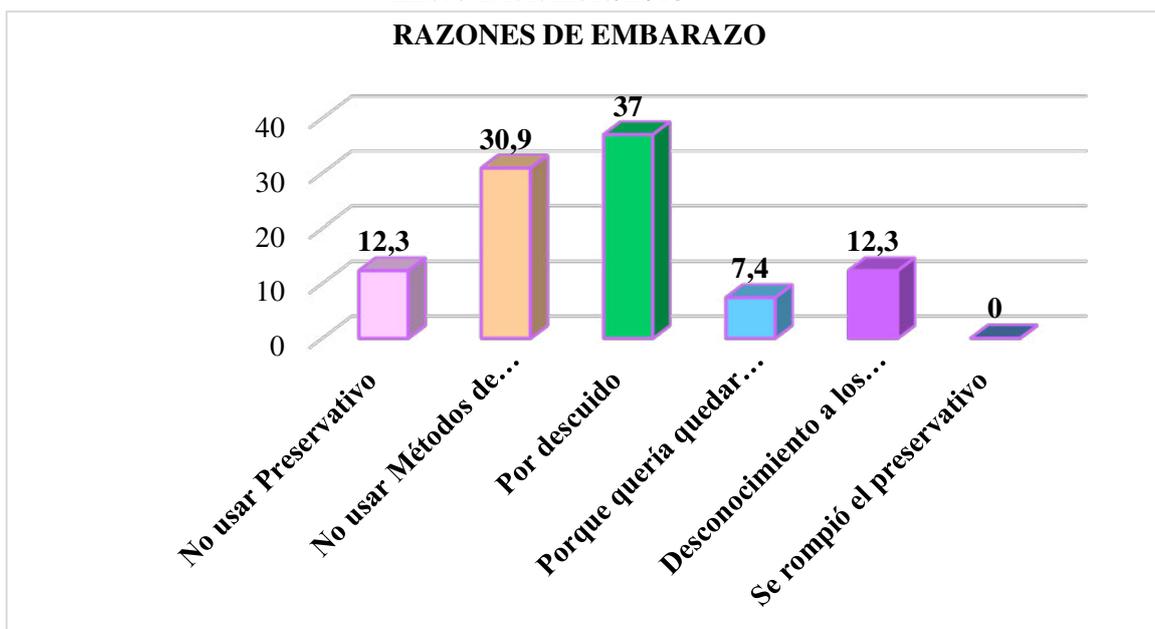
ANÁLISIS:

En este grafico se observa que el 75,3 % de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, tiene un buen trato por parte de su familia después de conocer su embarazo; y el 24,7 % viven con reclamos y reproches.

CUADRO N° 9 RAZONES POR LAS QUE QUEDARON EMBARAZADAS LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA

ORDEN	RAZONES DE EMBARAZO	F	%
1	No usar Preservativo	10	12,3
2	No usar Métodos de planificación familiar	25	30,9
3	Por descuido	30	37
4	Porque quería quedar embarazada	6	7,4
5	Desconocimiento a los Métodos de PF	10	12,3
6	Se rompió el preservativo	0	0
TOTAL		81	100

Enero-Diciembre/2013



Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del Centro de Salud Jipijapa.
Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.

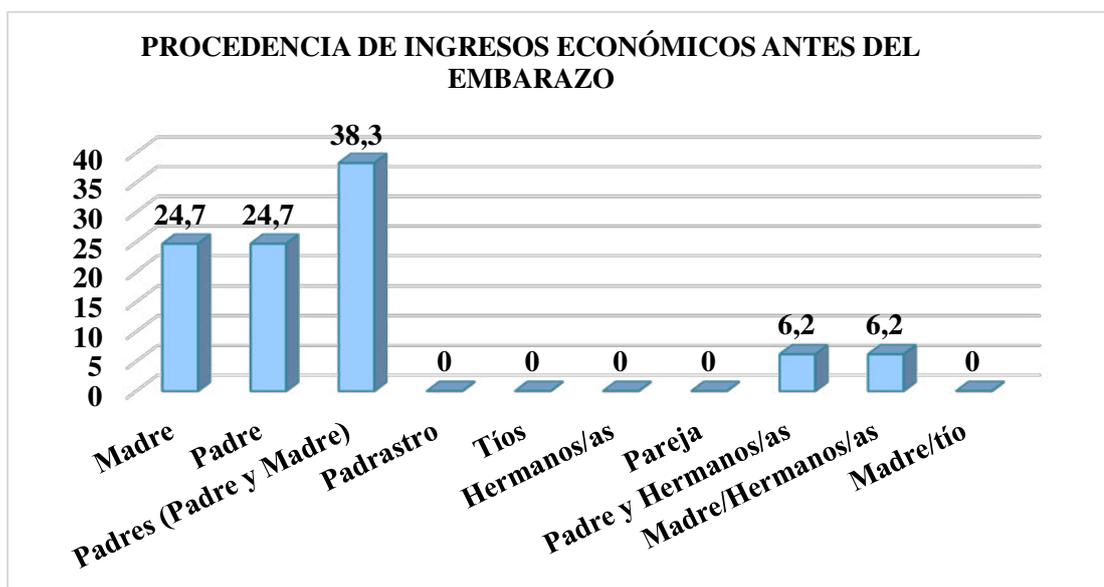
ANÁLISIS:

En este gráfico se observa que el 37 % de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, quedaron embarazadas por descuido; y el 30,9 % por no usar métodos de planificación familiar; y el 12,3 % por no usar preservativo y tener desconocimiento de los métodos.

CUADRO N° 10 PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS ECONÓMICOS ANTES DEL EMBARAZO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA

ORDEN	PROCEDENCIA DE INGRESOS ECONÓMICOS ANTES DEL EMBARAZO	F	%
1	Madre	20	24,7
2	Padre	20	24,7
3	Padres (Padre y Madre)	31	38,3
4	Padrastro	0	0
5	Tíos	0	0
6	Hermanos/as	0	0
7	Pareja	0	0
8	Padre y Hermanos/as	5	6,2
9	Madre/Hermanos/as	5	6,2
10	Madre/tío	0	0
TOTAL		81	100

Enero-Diciembre/2013



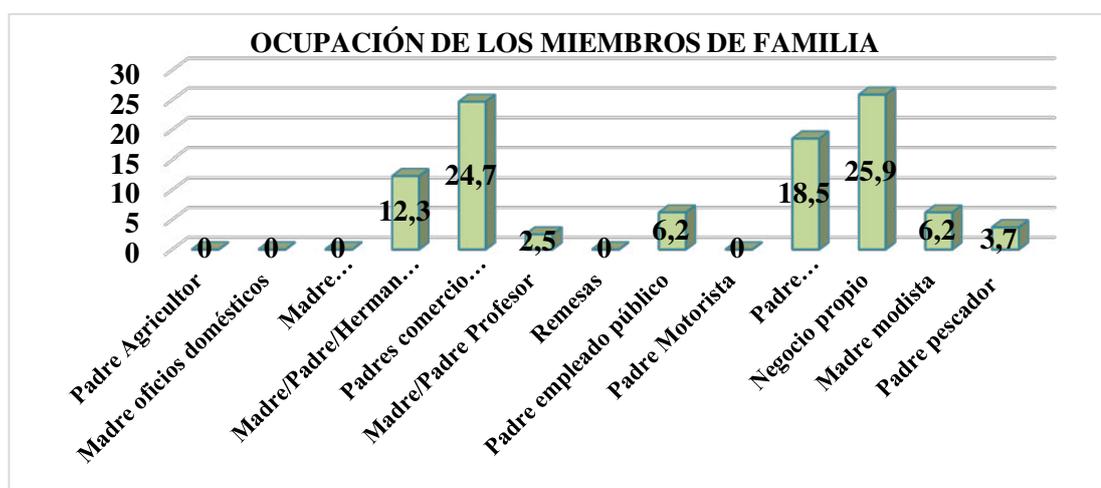
Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del Centro de Salud Jipijapa.
Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.

ANÁLISIS:

En este grafico se observa que el 38,3 % de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, tuvieron un ingreso proveniente de sus padres; 24,7% de ambos; y, el 6,2 % de padres hermanos/as.

CUADRO N° 11 OCUPACIÓN DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA

ORDEN	OCUPACIÓN DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA	F	%
1	Padre Agricultor	0	0
2	Madre oficios domésticos	0	0
3	Madre Ordenanza/Padre Ordenanza	0	0
4	Madre/Padre/Hermana vendedora	10	12,3
5	Padres comercio informal	20	24,7
6	Madre/Padre Profesor	2	2,5
7	Remesas	0	0
8	Padre empleado público	5	6,2
9	Padre Motorista	0	0
10	Padre Mecánico/electricista/Vigilante	15	18,5
11	Negocio propio	21	25,9
12	Madre modista	5	6,2
13	Padre pescador	3	3,7
TOTAL		81	100



Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del Centro de Salud Jipijapa.
Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.

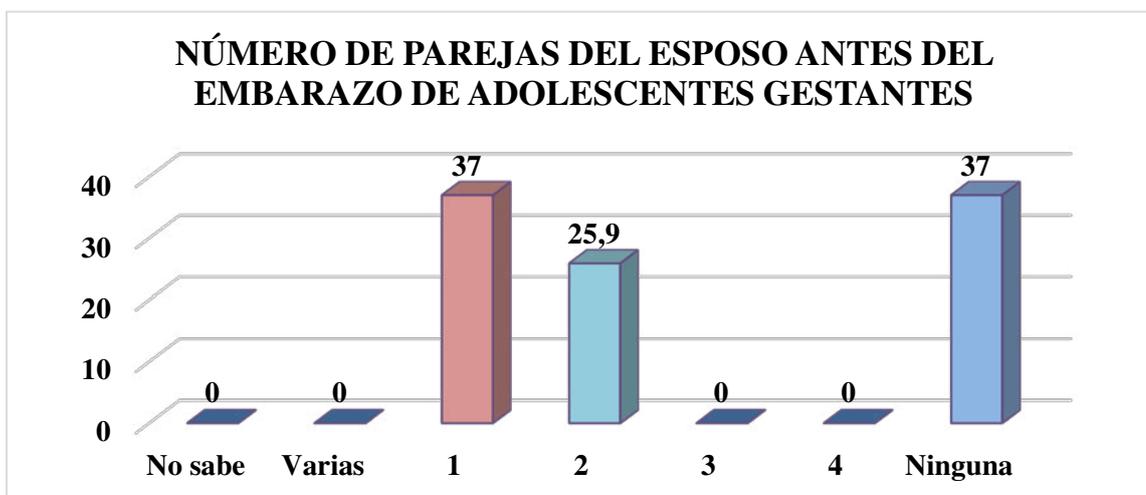
ANÁLISIS:

En este grafico se observa que el 25,9 % de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, tiene como ocupación de su familia un negocio propio; y el 24,7% sus padres trabajan en comercio informal; el 18,5 % su padre es mecánico, electricista y vigilante; el 12,3% sus padres y hermana son vendedores; el 6,2% Padre empleado público y madre modista; el 3,7% padre pescador; y el 2,5% padres profesores.

CUADRO N° 12 NÚMERO DE PAREJAS DEL ESPOSO ANTES DEL EMBARAZO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA

Enero-Diciembre/2013

ORDEN	NÚMERO DE PAREJAS DEL ESPOSO ANTES DEL EMBARAZO DE ADOLESCENTES GESTANTES	F	%
1	No sabe	0	0
2	Varias	0	0
3	1	30	37
4	2	21	25,9
5	3	0	0
6	4	0	0
7	Ninguna	30	37
TOTAL		81	100



Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del Centro de Salud Jipijapa.

Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.

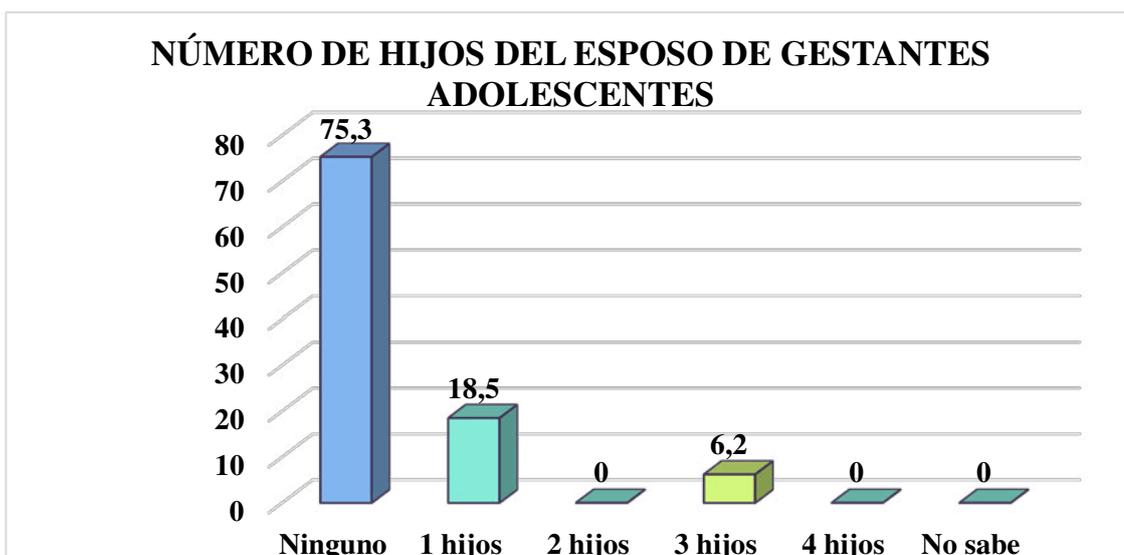
ANÁLISIS:

En este grafico se observa que el 37 % de las parejas de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, no han tenido anteriormente otra pareja y en otras si han tenido una pareja antes de su compromiso actual con ellas; y el 25,9 % han tenido dos parejas.

CUADRO N° 13 NÚMERO DE HIJOS DE ESPOSO DE GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA

Enero-Diciembre/2013

ORDEN	NÚMERO DE HIJOS DEL ESPOSO DE GESTANTES ADOLESCENTES	F	%
1	Ninguno	61	75,3
2	1 hijos	15	18,5
3	2 hijos	0	0
4	3 hijos	5	6,2
5	4 hijos	0	0
6	No sabe	0	0
TOTAL		81	100



Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del Centro de Salud Jipijapa.
Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.

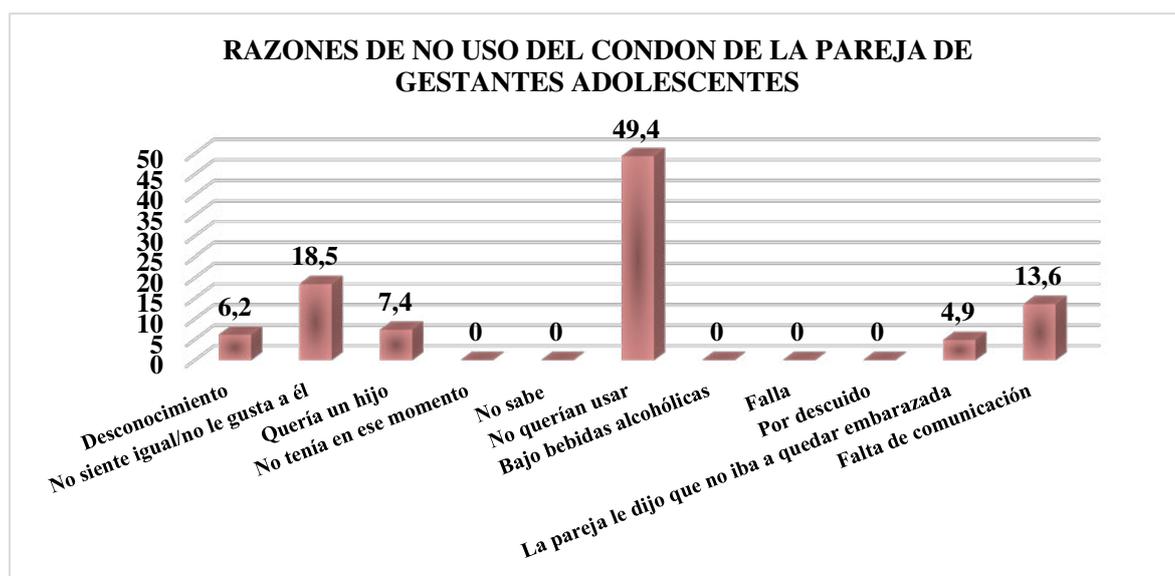
ANÁLISIS:

En este grafico se observa que el 75,3 % de los esposos no han tenido ningún hijo antes de verse comprometido con las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, y el 18,5 % ha tenido un hijo; seguida del 6,2% que tiene tres hijos en un compromiso anterior.

CUADRO N° 14 RAZONES DE NO USO DEL CONDÓN DE LA PAREJA DE GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA

Enero-Diciembre/2013

ORDEN	RAZONES DE NO USO DEL CONDÓN DE LA PAREJA DE GESTANTES ADOLESCENTES	F	%
1	Desconocimiento	5	6,2
2	No siente igual/no le gusta a él	15	18,5
3	Quería un hijo	6	7,4
4	No tenía en ese momento	0	0
5	No sabe	0	0
6	No querían usar	40	49,4
7	Bajo bebidas alcohólicas	0	0
8	Falla	0	0
9	Por descuido	0	0
10	La pareja le dijo que no iba a quedar embarazada	4	4,9
11	Falta de comunicación	11	13,6
TOTAL		81	100



Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del Centro de Salud Jipijapa.
Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.

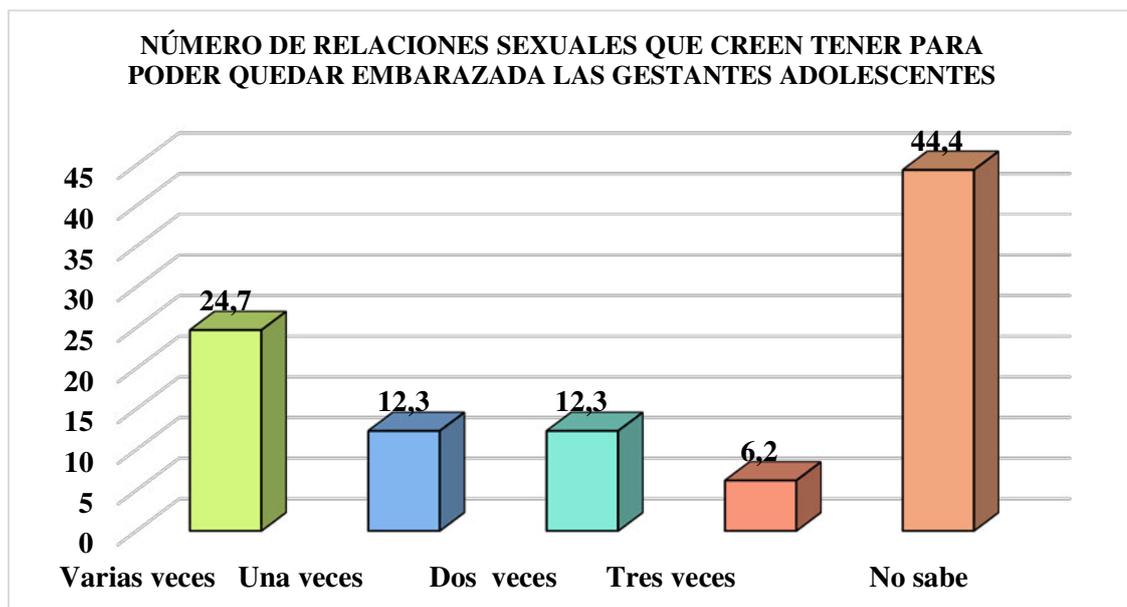
ANÁLISIS:

En este grafico se observa que el 49,4 % de la pareja de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, no quisieron usar el preservativo; y el 18,5% no siente igual no le gusta a él; y el 13,6 % tuvieron falta de comunicación; y el 7,4 % quería un hijo; el 6,2% tenían un desconocimiento; y el 4,9% La pareja le dijo que no iba a quedar embarazada.

CUADRO N° 15 NÚMERO DE RELACIONES SEXUALES QUE CREEN TENER PARA PODER QUEDAR EMBARAZADA LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA

Enero-Diciembre/2013

ORDEN	NÚMERO DE RELACIONES SEXUALES QUE CREEN TENER PARA PODER QUEDAR EMBARAZADA LAS GESTANTES ADOLESCENTES	F	%
1	Varias veces	20	24,7
2	Una vez	10	12,3
3	Dos veces	10	12,3
4	Tres veces	5	6,2
5	No saben	36	44,4
TOTAL		81	100



Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del Centro de Salud Jipijapa.
Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.

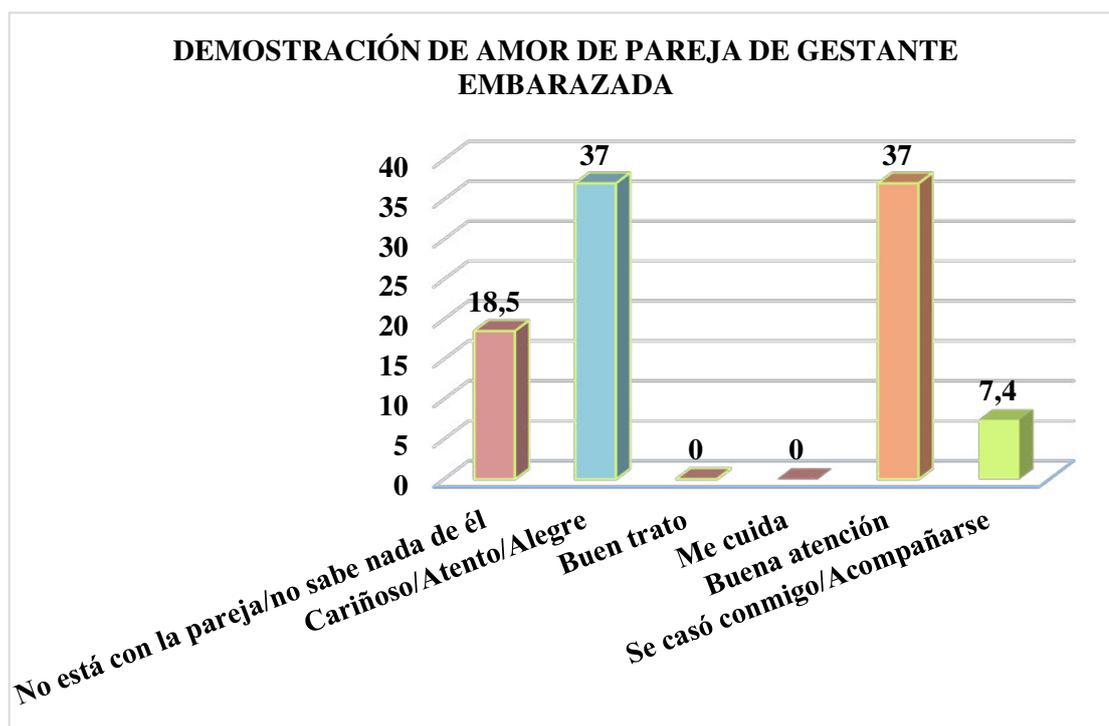
ANÁLISIS:

En este grafico se observa que el 44,4 % de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa no saben cuántas veces deben tener relaciones sexuales para quedar embarazada; y el 24,7 % indica que varias veces; y el 12,3% refiere que una o dos veces; y el 6,2% dice que tres veces.

CUADRO N° 16 FORMA QUE LA PAREJA LE DEMUESTRA AMOR A GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA

Enero-Diciembre/2013

ORDEN	DEMOSTRACIÓN DE AMOR DE PAREJA DE GESTANTE EMBARAZADA	F	%
1	No está con la pareja/no sabe nada de él	15	18,5
2	Cariñoso/Atento/Alegre	30	37
3	Buen trato	0	0
4	Me cuida	0	0
5	Buena atención	30	37
6	Se casó conmigo/Acompañarse	6	7,4
TOTAL		81	100



Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del Centro de Salud Jipijapa.
Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.

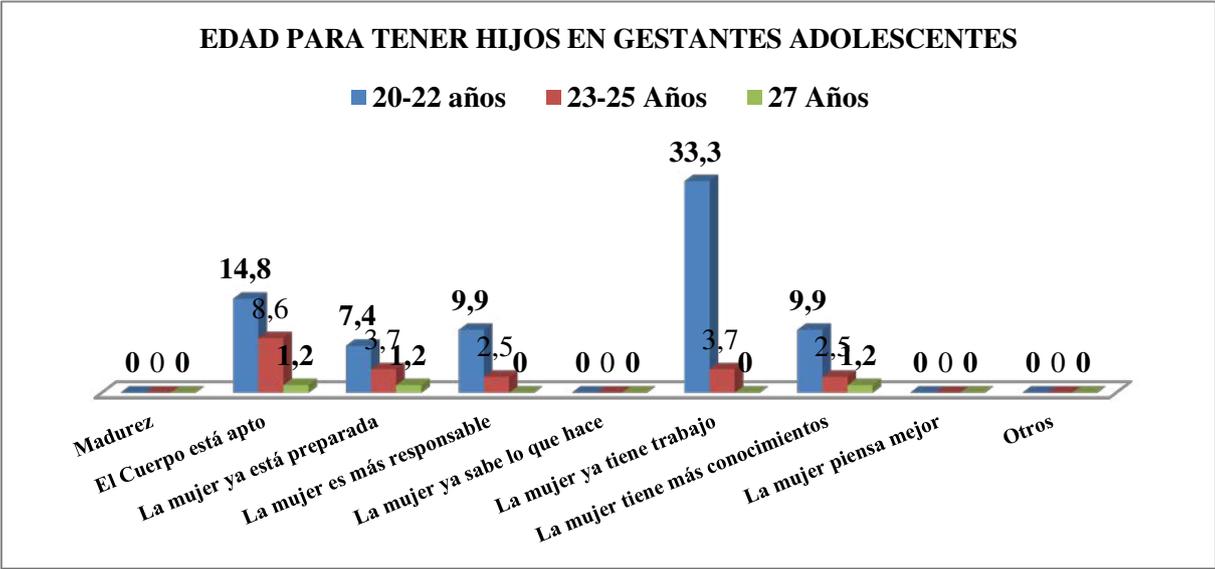
ANÁLISIS:

En este grafico se observa que el 37 % de las parejas de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa les demuestran su amor mostrándose cariñoso, atento y alegre y tienen buena atención; y el 18,5 % no está con la pareja y no sabe nada de él; y el 7,4 % se casó con ella por acompañarse.

**CUADRO N° 17 OPINIÓN SOBRE EDAD PARA TENER HIJOS EN
LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO
DE SALUD JIPIJAPA**

ORDEN	OPINION SOBRE EDAD PARA TENER HIJOS EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES	20-22 años		23-25 años		27 años		TOTAL	%
		F	%	F	%	F	%		
1	Madurez	0	0	0	0	0	0	0	0
2	El Cuerpo está apto	12	14,8	7	8,6	1	1,2	20	24,6
3	La mujer ya está preparada	6	7,4	3	3,7	1	1,2	10	12,3
4	La mujer es más responsable	8	9,9	2	2,5	0	0	10	12,4
5	La mujer ya sabe lo que hace	0	0	0	0	0	0	0	0
6	La mujer ya tiene trabajo	27	33,3	3	3,7	0	0	30	37
7	La mujer tiene más conocimientos	8	9,9	2	2,5	1	1,2	11	13,6
8	La mujer piensa mejor	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Otros	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL								81	100

Enero-Diciembre/2013



Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del Centro de Salud Jipijapa.
Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.

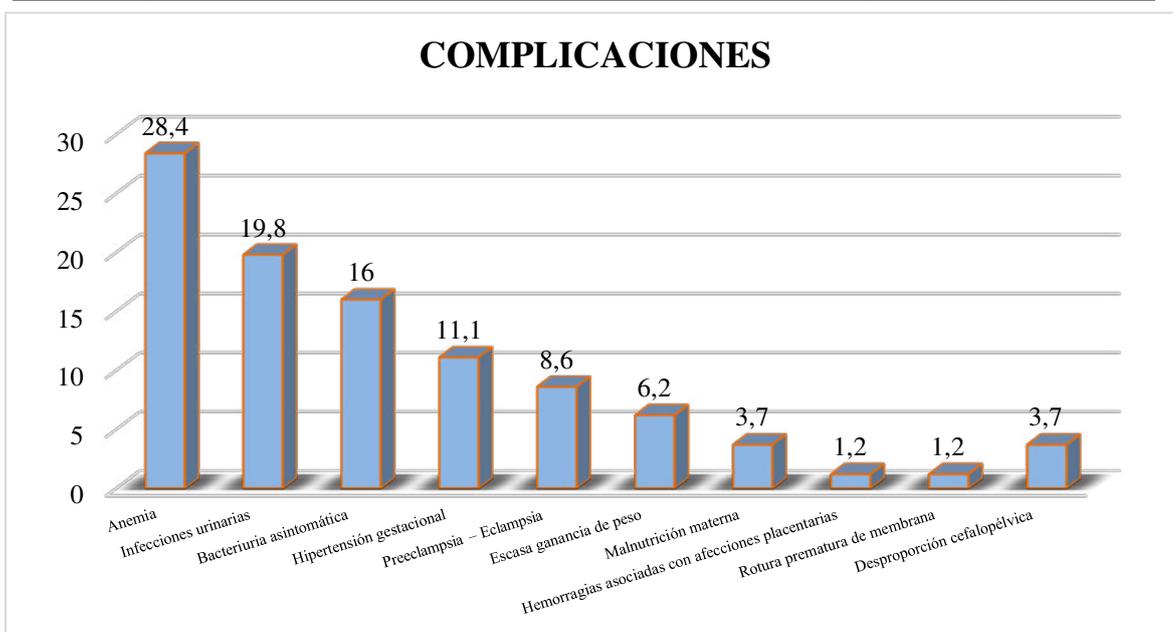
ANÁLISIS:

En este grafico se observa que el 33,3% de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, consideran que la edad para tener hijos es de 20-22 años porque la mujer ya tiene trabajo; y el 14,8% opina que el cuerpo a esta edad está apto; y el 9,9% considera que la mujer es más responsable y tiene más conocimiento; y el 7,4% opina que la mujer ya está preparada.

CUADRO N° 18 DISTRIBUCION DE COMPLICACIONES EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES

Enero-Diciembre/2013

ORDEN	COMPLICACIONES	F	%
1	Anemia	23	28,4
2	Infecciones urinarias	16	19,8
3	Bacteriuria asintomática	13	16
4	Hipertensión gestacional	9	11,1
5	Preeclampsia – Eclampsia	7	8,6
6	Escasa ganancia de peso	5	6,2
7	Malnutrición materna	3	3,7
8	Hemorragias asociadas con afecciones placentarias	1	1,2
9	Rotura prematura de membrana	1	1,2
10	Desproporción cefalopélvica	3	3,7
TOTAL		81	100



Fuente: Centro de Salud Jipijapa.

Elaborado por: Lcda. Violeta Lucas Mero.

ANÁLISIS

Según cuadro y grafico estadístico, se observa que hay un mayor porcentaje en anemia obteniendo el 28,4%; seguido de infecciones urinarias con el 19,8%; bacteriuria asintomática, con el 16,0% entre otras que se describen en el cuadro.

4.1. DISCUSIÓN

En cuanto a los conocimientos, la mayor parte de las adolescentes embarazadas entrevistadas no conocen y/o tienen poco conocimiento de los temas de salud sexual y reproductiva: el 37% tiene conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual.

Sobre el tema de la salud reproductiva, el 75% no tienen conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, que lo único que conocen es referente a los métodos de planificación familiar; otro grupo no tiene conocimientos del tema, incluso algunas las relacionaban con la menstruación.

La información y/o la poca información que recibieron de dichos temas, el 74% indicó que la obtuvieron en el colegio y en el centro de salud, otras adolescentes manifestaron que nadie les había hablado del tema.

Sobre los métodos de planificación familiar, el 37% de adolescentes conocen por lo menos uno o más métodos de planificación familiar; y de estos los que conocen más son las pastillas; 32% las inyecciones, 25% preservativos, y, 60% norplant.

Así mismo, la mitad de las adolescentes entrevistadas no conoce o no sabe sobre el uso correcto de los métodos de planificación familiar, y otro grupo, en menor cantidad conoce el uso correcto de más de un tipo de método de planificación familiar (preservativo, pastillas e inyecciones). Evidenciando que la mayoría conoce los métodos, pero que de igual forma, si bien es cierto los conocen, pero la mayoría no sabe el uso correcto de los mismos, siendo esto un factor que influyó para que una adolescente se embarazase.

En cuanto a las actitudes, la indiferencia a los temas de sexualidad y protección no fue notoria, al contrario, ante el desconocimiento que tiene sobre los temas de salud sexual y reproductiva, muestran y denotan la importancia del conocimiento de dichos temas principalmente para evitar enfermedades y embarazo, para saber

más, conocer riesgos y cuidarse, y para saber más de métodos de planificación familiar.

El incremento de embarazos en adolescentes que ingresan al Centro de Salud Jipijapa en estos últimos años, ha representado un problema en salud pública, es por ello que se llevó a cabo el presente estudio, en el que se aplicó una encuesta que permitió determinar los factores de riesgo que influyeron en las mismas, inscritas en los programas del Adolescente y Planificación familiar que lleva a cabo el Ministerio de Salud Pública en cada una de sus unidades a nivel nacional.

Para lograr una mejor interpretación de los hallazgos que se presentan en el desarrollo de este análisis, inicialmente se describe algunos datos generales de este estudio.

En éste participaron 81 adolescentes embarazadas, en rango de edad de 14 a 19 años, la mayoría ha estudiado hasta tercer ciclo (noveno grado); y, con religión católica. La mayoría de las adolescentes está acompañada; otro grupo, en menor cantidad, refirieron estar solteras (viviendo con sus padres).

Los factores sociales en la última década han tenido mucha influencia sobre la juventud en general, teniendo importancia para este estudio, desde el punto de vista de salud pública, dado que los embarazos en las adolescentes están siendo influenciados por la conformación y comportamiento de sus familias, uso de drogas, prostitución, y asociaciones con maras; esto cobra más relevancia si se relaciona con aspectos de salud sexual y reproductiva.

El grupo familiar de las adolescentes embarazadas que participaron en este estudio, está conformado por familias desintegradas, constituido principalmente por la madre y hermano/a, en menor cantidad su grupo familiar lo conforman sus padres (Madre y Padre) y hermanos, esto incluye al 82% de adolescentes embarazadas que respondieron que están actualmente con su pareja, en su vivienda propia.

Al abordar sobre el trato de su familia antes de su embarazo, el 75% de adolescentes encuestadas respondieron que siempre han recibido un buen trato de parte de los integrantes de su grupo familiar, otro grupo, recibe maltratos por su familia, refiriéndose principalmente al maltrato de forma verbal; y una minoría contesto que existían pleitos con su familia. No hay diferencia en el trato que recibieron al conocer su embarazo, ya que la mayoría de las adolescentes reciben un buen trato de parte de los integrantes de su grupo familiar; el resto de las adolescentes, las familias se enojaron, y recibieron reclamos y reproches por parte de ellos, incluso recibieron maltrato físico y verbal, a tal grado que tuvieron que irse de la casa de la familia.

El 37% de las gestantes adolescentes consideraron que la razón por la que quedaron embarazadas por descuido, porque no usaron ningún método de planificación familiar, a la vez que querían quedar embarazadas.

En general, un ambiente familiar crítico y conflictivo, familias desintegradas puede llevar a la adolescente a tomar la decisión de iniciar su actividad sexual, además de buscar una compañía grata, a pensar en la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape y a la construcción de una nueva vida. Nueva vida que, por lo general, no llega y que por lo contrario complica el futuro de la joven adolescente. Factores como la violencia intrafamiliar, hacinamiento, drogadicción/prostitución, maras y/o pandillas no se pusieron de manifiesto en este grupo de estudio.

En cuanto a los ingresos económicos, el 38% de adolescentes, provienen de ambos progenitores (padre y madre), ya que aunque el padre no se encontrara viviendo con su grupo familiar, pero daba su aportación económica para el sostenimiento de la familia, a diferencia de otro grupo, el sostenimiento provenía solo de la madre, del padrastro, tíos, hermanos e incluso de su pareja. La mayoría de adolescentes la fuente de ingresos económicos proceden de sus familias.

En cuanto a la ocupación que tienen sus miembros de su grupo familiar, el 26% se dedican a sus negocios propios y de ahí provenían los ingresos económicos para el sostenimiento de la familia, otros, se dedicaban al comercio informal, y un reducido grupo se sostenían económicamente con las remesas que recibían de familiares en el extranjero.

En el grupo en estudio, el factor económico no influyó para que una adolescentes buscara otras fuentes de ingreso como la prostitución, acompañarse con otra persona y/u otro medio para que se diera el embarazo a temprana edad.

En cuanto al machismo, al relacionar expresiones tales como: “entre más mujeres tenga, más hombre eres”, “entre más hijos engendre es más macho”, “es de machos tener múltiples parejas” y la imposición del hombre por su mismo machismo al “no uso condón y/o preservativo” influye y supone el aumento de las probabilidades de embarazo en las mujeres y principalmente adolescentes, que se enfrentan al mismo desconocimiento y a tener relaciones con hombres de mayor edad en donde sus comportamientos son predominantemente machistas y sin prejuicios algunos.

Por eso que preguntamos a las adolescentes si conocían y/o sabían la cantidad de parejas que ha tenido el padre de su hijo/a, encontramos que las adolescentes no sabían cuántas parejas había tenido el padre del hijo/a antes de su embarazo, el 37% no habían tenido ninguna pareja antes de ellas, excepto un gran grupo que conoce el número de parejas sexuales que había tenido el padre del niño antes de estar con ellas. Así mismo la mayoría de las adolescentes conoce, que el padre de su hijo/a no había procreado más hijos/as antes de su embarazo, a diferencia de otras que conocen el número de hijos que tenía previamente el padre de sus hijos/as; otras adolescentes fueron más sinceras en decir que no saben si su pareja tiene hijos/as.

El 49% de las parejas de las gestantes adolescentes indicó que el motivo al no uso condón para evitar el embarazo es porque querían un hijo, por lo tanto no usaron preservativo en sus relaciones sexuales, sin embargo existieron algunas que no usaron el condón por desconocer de ese método; un grupo minoritario si conoce el condón, pero no lo usaron por diferentes razones, y entre ellas, porque no querían usarlo.

En el plano de la relación con la pareja, la iniciación sexual y el uso de anticonceptivos en las adolescentes, son producto de negociación. No se trata necesariamente de una negociación entre iguales en la que se tienen en cuenta los deseos de ambos miembros. En la actualidad el hombre está todavía en mejores condiciones de imponer su voluntad, aun sin recurrir a la violencia. Las mujeres siguen siendo socializadas de acuerdo con concepciones de los roles sexuales y sociales que otorgan el saber y la decisión sobre todo al hombre. En ese contexto, las adolescentes actúan de acuerdo al deseo de complacer a la pareja y al temor a ser abandonada si se le contradice.

En cuanto a las creencias, y al analizar el número de relaciones sexuales que cree la adolescente puede quedar embarazada, algunas dicen que con una sola relación sexual, sin embargo, el 49% de adolescentes piensan que teniendo más de dos relaciones sexuales podrán quedar embarazadas (en este grupo, la mayoría hacen alusión que necesitan tres relaciones para lograr un embarazo).Un mínimo de adolescentes no saben.

Al analizar los mitos, el 37% de las adolescentes perciben cariño, atenciones de diversas formas, amor, alegría entre otras como una muestra de amor de su pareja, no hubo evidencia de que ello condicionara y/o obligara a una adolescente a quedar embarazada. Otra forma que su pareja le demostró amor, en un pequeño grupo, fue a la proposición de matrimonio y/o en su defecto el hecho de solicitar que se acompañaran. Otros adolescentes no están con la pareja. Además

predominaron expresiones en donde el apoyarles económicamente es una muestra de amor.

Para el 33% de las adolescentes en estudio, la mejor edad para tener hijos es a los 20 y 22 años, la mayor edad expresada fue a los 27 años. Las razones principales que mencionan, es porque, la mujer ya está preparada; la mujer ya es madura; el resto de jóvenes expresaron diferentes razones como: el cuerpo ya está apto, la mujer es más responsable, la mujer ya sabe lo que hace, la mujer ya tiene trabajo, la mujer tiene más conocimientos y que la mujer piensa mejor.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Se identificaron los conocimientos que tienen las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa sobre salud sexual y reproductiva mediante la aplicación de una encuesta, resultados que demuestran que el 37% si tienen conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual; 75% no tienen conocimientos sobre salud sexual y reproductiva; 74% recibieron información ya estando embarazada sobre salud sexual y reproductiva en hospital y centro de salud; 37% tienen conocimientos sobre pastillas, y el 32% sobre inyecciones; el 25% sobre preservativos; y el 6% sobre Norplant; y, el 26% tienen conocimiento sobre el uso correcto de utilización de pastillas.

Se verificaron los factores de riesgos existentes en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Jipijapa, resultando que el 82% tiene conformado su grupo familiar con su pareja; 49% tiene un buen trato por parte de su familia; 75% tiene un buen trato por parte de su familia después de conocer su embarazo; 37% quedaron embarazadas por descuido; 38,3% tuvieron un ingreso proveniente de sus padres; 26% tiene como ocupación de su familia un negocio propio; 37% no han tenido anteriormente otra pareja y en otras si han tenido una pareja antes de su compromiso actual con ellas; 75% de los esposos no han tenido ningún hijo antes de verse comprometido; 18,5% ha tenido un hijo; 49% de la pareja no quisieron usar el preservativo; 44% no saben cuántas veces deben tener relaciones sexuales para quedar embarazada; 37% sus parejas les demuestran su amor mostrándose cariñoso, atento y alegre y tienen buena atención; y, el 33% consideran que la edad para tener hijos es de 20-22 años porque la mujer ya tiene trabajo; y el 15% opina que el cuerpo a esta edad está apto; y el 10% considera que la mujer es más responsable y tiene más conocimiento; y el 7% opina que la mujer ya está preparada.

Se elaboró una propuesta educativa a fin de colaborar con el problema existente, mismo que consistió en la ejecución de un plan de capacitación tanto al equipo de salud como a las adolescentes embarazadas, asistiendo todos y felicitando a la autora por la educación impartida.

5.2. RECOMENDACIONES

Orientar a las adolescentes hacia una educación sexual correcta y terminar con el tabú que representa el medio genital que constituye en ellas una causa de trastornos sexuales posteriores los cuales a menudo podrá ser superado en la edad adulta por medio de medidas psicoterapéuticas.

Implementar programas basados en el conocimiento, concentrados en enseñarles a las adolescentes acerca su cuerpo y sus funciones normales, al igual que a suministrar información detallada sobre los métodos anticonceptivos y la prevención de infecciones de transmisión sexual.

A los miembros del equipo de salud del Centro de Salud Jipijapa brindar a la población adolescente acceso más fácil a la información, asesoría por parte de profesionales de la salud y servicios de anticoncepción, con especial énfasis en las escuelas y colegios de la localidad.

Que las autoridades educativas brinden mayor interés en la asignatura de Salud Sexual y Reproductiva a todas los planteles educativos de dicha comunidad; y, además recibir charlas que profundicen sus conocimientos sobre esta temática.

Que tengan mayor énfasis en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos para la prevención de dos aspectos fundamentales que son el embarazo no deseado como también las enfermedades de transmisión sexual.

6. PROPUESTA

TEMA: PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO PRECOZ DIRIGIDO A LAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JIPIJAPA.

ANTECEDENTES

Este programa educativo plantea procesos encaminados a mejorar los conocimientos sobre las consecuencias de un embarazo precoz mediante la orientación educativa a las y los estudiantes adolescentes, aplicando estrategias para fortalecer el aprendizaje.

El programa está dirigido a las gestantes adolescentes que acuden a la consulta en el Centro de Salud Jipijapa, con el propósito de impartir conocimientos sobre la Educación Sexual y Reproductiva para concientizar en todos los adolescentes la utilización de medidas preventivas evitando futuros casos de embarazo precoz y las múltiples complicaciones que generan sus consecuencias.

Mediante la realización de un diagnóstico de la situación realizado por la autora de la tesis, se comprobó que en la población adolescente de la comunidad falta de conocimiento sobre Educación Sexual y Reproductiva y las consecuencias de un embarazo precoz.

Con la aplicación de este programa educativo se mejorarán los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en los estudiantes, además de dejar bases acentuadas para que el programa continúe y se implemente a todas las entidades educativas.

OBJETIVOS

GENERAL

Orientar a los y las adolescentes que acuden al Centro de Salud Jipijapa, sobre las consecuencias del embarazo precoz mediante la orientación educativa para mejorar los conocimientos.

ESPECÍFICOS

Diseñar material adecuado para estimular la atención de las adolescentes

Elaborar técnicas de participación que involucran a las adolescentes

Realizar charlas educativas que estimulen la participación de las gestantes adolescentes

Evaluar las charlas educativas realizando preguntas a las adolescentes gestantes

Motivar a las adolescentes gestantes para que promulguen a otras sobre el conocimiento de las consecuencias del embarazo precoz

ACTIVIDADES

Charlas educativas por medio de rotafolios o diapositivas con contenidos didácticos:

- La importancia de escuchar a los demás como vía para el aprendizaje reflexivo.
- La confianza entre los compañeros, como alternativa para la comunicación.
- La necesidad de una correcta comunicación con la familia y la escuela.
- Los cambios durante el desarrollo de los caracteres sexuales.
- La sexualidad en la adolescencia.
- Una conducta sexual responsable.
- La conducta a seguir ante un embarazo no deseado.
- Factores de riesgo, causas y consecuencias de un embarazo en la adolescencia.
- Los métodos anticonceptivos y su adecuado uso.

- Maternidad y paternidad responsable.

Talleres interactivos por tema expuesto, como forma de organización de la enseñanza.

- Conversaciones grupales.
- Debates acerca del tema.
- Entrega de trípticos con el contenido expuesto.
- Realización de un dramatizado sobre el embarazo precoz.
- Entrega de encuestas al final de cada taller para verificar lo aprendido.
- Refrigerio para los participantes.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CHARLAS	TIEMPO EN MESES					
	SEPTIEMBRE	SEPTIEMBRE	OCTUBRE.	OCTUBRE	NOVIEMBRE.	NOVIEMBRE.
La importancia de escuchar a los demás	→					
La confianza entre los compañeros, como alternativa para la comunicación	→					
La necesidad de una correcta comunicación con la familia y la escuela	→					
Los cambios durante el desarrollo de los caracteres sexuales	→					
La sexualidad en la adolescencia	→					
Una conducta sexual responsable		→				
La conducta a seguir ante un embarazo no deseado		→				

Factores de riesgo, causas y consecuencias de un embarazo en la adolescencia			→			
Los métodos anticonceptivos y su adecuado uso			→			
Maternidad y paternidad responsable				→		
TALLERES	→	→	→			
DEBATES				→		
Entrega de Trípticos				→		
EVALUACIÓN					→	
REFRIGERIOS						→

EVALUACIÓN

Se evaluará después de cada charla la fluidez y captación de los contenidos expuestos a los participantes. Se determinará el conocimiento a los y las estudiantes adolescentes a través de preguntas abiertas y cerradas.

Adolescentes recibirán los beneficios que generan los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, utilizando las medidas preventivas para evitar las consecuencias de un embarazo precoz.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Albert, R. y. (2010). *Obstetricia Clínica/ Clinical Obstetrics*. (3a. ed.). México : Médica Panamericana.
2. Baeza W, B. e. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la Novena Región. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 80.
3. Bonilla, F. y. (2007). *Obstetricia Reproducción y Ginecología Básicas*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
4. C.S.Jipijapa. (2014). Informe del Dpto. Estadístico . Jipijapa-Manabí.
5. Caricote, E. (Enero-Junio de 2006). La participación del adolescentes en etapa media sobre la promoción de su salud sexual. *Ciencias de la educación. II Etapa.*, 1(27).
6. Casavilla, F. (2000). . Problemática de la adolescente embarazada. Congreso Latinoamericano y Paraguayo de Salud Sexual reproductiva. . Asunción-Uruguay.
7. Cunningham, G. e. (2005). *Asesoramiento previo a la concepción*. (22ava. ed.). México: Mc Graw-Hill.
8. Ecuador, A. N. (2008). cx. Quito Ecuador: Registro Oficial.
9. Faneite, P. y. (2005). Mortalidad materna. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. 2001-2004. . *Obstet Ginecol Venez*, 250.
10. Fernández, L. e. (25 de 11 de 2005). Obtenido de Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes.: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin03204.htm
11. Illiana, R. (2005). Prevalencia de patología obstétrica que condiciona el pase de embarazadas y puérperas a cuidados intensivos. XIII Jornadas Obstetricia Ginecología. . Buenos Aires: Medline.
12. Komura, L. (2008). Maternidad en la Adolescencia en una Comunidad de Bajos Ingresos: Experiencia a través de Historia Oral. *Latino-am enfermagem*. Obtenido de

KOMURA, L. (2008) Maternidad en la Adolescencia en una Comunidad de Bajos Ingresos: Experiencia a través de Historia Oral São Paulo: www.eerp.usp.br/rlac.

13. Laffita Batista, A. y. (25 de 11 de 2005). Adolescencia e interrupciones del embarazo. Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin04104.htm

14. Lezcano, S. e. (2005). Caracterización del recién nacido en madres adolescentes. Posgrado de la VI Cátedra de Medicina.(149), 6-8.

15. Marín Agudelo, A. e. (2008). Manual de pediatría ambulatoria / Manual of Ambulatory Pediatrics (1a. ed.). Colombia: Médica Panamericana.

16. Mongrut, A. (2000). Embarazo en adolescentes. Tratado de Obstetricia normal y patológica. (4a. ed.). Lima-Perú: Monopres.

17. NIH, (. I. (03 de 2010). Obtenido de ¿Cuáles son los riesgos de fumar durante el embarazo?: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/cuales-son-los-riesgos-de-fumar-durante-el-embarazo>

18. Olds, S. e. (1997). La familia en el puerperio en Enfermería Materno Infantil Interamericana (4a. ed.). Mexico: Mc Graw Hill.

19. Oliva, A. y. (1992). Sexualidad y contracepción entre jóvenes. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud: Sevilla.

20. OMS. (2014). Informe Embarazo en la Adolescencia. Ginebra.

21. Ortigoza Corona, E. e. (2002). Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. Ginecol y obstet Mex., 70(1), 35.

22. Papalia, D. y. (2002). Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia (Novena Edición ed.). México.: Mc Graw Hill.

23. Quintero, A. e. (2007). Significado del Ejercicio de la Función Sexual de las y los Adolescentes de dos Comunidades Urbanas, a partir de sus Valores, Creencias y Prácticas. Venezuela.: Universidad de Carabobo.

24. Raccarich, P. (2002). Vaginosis Bacteriana en mujeres son Amenazas de Parto Prematuro Revista Salus, Facultad de Ciencias de la Salud universidad de Carabobo (Vol. 6). Venezuela.

25. Reeder, S. y. (1995). Enfermería Materno Infantil. (17a. ed.). México: Mc Graw Hill.
26. Santrock, J. (2003). Adolescencia Psicología del Desarrollo. (9a. ed.). España: Mc Graw Hill Interamericana.
27. Unicef, S. (2008). El Estado de la infancia de América Latina y el Caribe (1a. ilustrada ed.). Ginebra: UNICEF, 2008.
28. Whaley, W. (1995). Tratado de Enfermería Pediátrica. (4a. ed.). Madrid-España.: Mosby.
29. Zurita, A. (2006). Significación del Embarazo para la Adolescente y su pareja especialización de la salud y desarrollo del adolescente . Carabobo-Venezuela : Universidad de Carabobo .

ANEXOS



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

**MAESTRÍA EN GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL Y SALUD
SEXUAL REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE**

**“ESTUDIO DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD JIPIJAPA. 2013”**

**CUESTIONARIO A ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO
DE SALUD JIPIJAPA.**

INDICACIONES.

Sras. Solicito a Ud. leer cuidadosamente cada pregunta y responder objetiva y verazmente. El objetivo de la presente investigación es estudiar los principales factores de riesgo de su embarazo. El tiempo para contestar la presente encuesta es de 2 horas. Muchas gracias por su gentileza.

CONOCIMIENTOS

1. ¿Qué conocimientos tiene sobre enfermedades de transmisión sexual?

No sabe/Ninguna/No recuerda

Enfermedades de

Transmisión

Enfermedades de Transmisión/Menstruación

2. ¿Qué conocimientos tiene sobre salud sexual y reproductiva?

Métodos de Planificación Familiar	Ninguna/no sabe
No recuerda	Menstruación

3. ¿De dónde obtuvo la información sobre salud sexual y/o reproductiva?

Escuela/Instituto	Escuela/Unidad de Salud/Instituto
Hospital/Unidad de Salud	Ninguno
Amiga/Vecina	Colegio/Familia

4. ¿Conocimientos sobre métodos de planificación familiar?

Inyecciones	Pastillas	Preservativos
Dispositivo Intrauterino	Norplant	Ninguno

5. ¿Cuál es el uso correcto de los Métodos de Planificación Familiar que usted conoce?

Inyecciones	Pastillas	Preservativos	No sabe/No conoce
-------------	-----------	---------------	-------------------

FACTORES SOCIALES

6. ¿Quiénes conforman su grupo familiar?

Padres (madre y padre)	Padres y hermanos	Pareja
Madre y hermano/a hermanos/as	Tías, tíos	Abuela,
Papa, hermanos hermanos	Padres y pareja	Madre, padrastro,
Hermano y cuñada	Madre, hermanos, sobrinos	Padre

7. ¿Cuál era el trato de su familia hacia usted antes de su embarazo?

Buen trato	Bien	Autoritarios
Pleitos	Maltrato	Simple

8. ¿Cuál era el trato de su familia hacia usted al conocer sobre su embarazo?

Buen trato	Enojo/reclamos/reproches	No se hablan
Maltrato (físico y verbal)	Indiferencia	Retiro de la casa

9. ¿Por qué razones o Porque cree y/o considera que quedó embarazada?

No usar Preservativo	No usar Métodos de planificación familiar
Por descuido	Porque quería quedar embarazada
Desconocimiento a los Métodos de PF	Se rompió el preservativo

FACTORES ECONOMICOS

10. ¿De dónde provenían los ingresos económicos para el sostenimiento de su familia, antes de su embarazo?

Madre	Padre	Padres (Padre y Madre)	
Padraastro			
Tíos	Hermanos/as	Pareja	Padre y Hermanos/as
Madre/Hermanos/as		Madre/tío	

11. ¿Qué tipo de ocupación tienen los miembros de su grupo familiar?

Padre Agricultor	Madre oficios domésticos	Madre Ordenanza/Padre Ordenanza
Madre/Padre/Hermana vendedora		Padres comercio informal
Madre/Padre Profesor		Remesas
Padre empleado público		Padre Motorista
Padre Mecánico/electricista/Vigilante		Negocio propio

FACTORES CULTURALES

12. ¿Cuántas parejas ha tenido el padre de su hijo, antes de su embarazo?

No sabe Varias 1 2 3 4 Ninguna

13. ¿Cuántos hijos más tiene el padre de su hijo?

Ninguno 1 2 3 4 No sabe

14. ¿Por qué motivo su pareja no uso condón para evitar el embarazo?

Desconocimiento No siente igual/no le gusta a él Quería un hijo

No tenía en ese momento No sabe No querían usar

Bajo bebidas alcohólicas Falla Por descuido

La pareja le dijo que no iba a quedar embarazada Falta de comunicación

15. ¿Cuántas relaciones sexuales cree usted que debe tener una mujer para poder quedar embarazada?

Varias veces Una Dos Tres No saben

16. ¿Cuál es la forma en la que su pareja le demuestra amor?

No está con la pareja/no sabe nada de él Cariñoso/Atento/Alegre

Buen trato Me cuida Buena atención

Se casó conmigo/Acompañarse

17. ¿A qué edad considera que es la mejor para tener hijos y porque?

20 años 21 años 22 años 23 años

24 años 25 años 27 años

18. ¿Por qué motivos?

Madurez
preparada

El Cuerpo está apto

La mujer ya está

La mujer es más responsable

La mujer ya sabe lo que hace

La mujer ya tiene trabajo

La mujer tiene más conocimientos

La mujer piensa mejor

Otros

Gracias por su colaboración.

E.T.S.

¿Tiene alguna? no si ¿cuál? _____ Pareja actual ¿Tiene alguna? n/c ¿Ha tenido alguna? n/c
 ¿Conoce alguna? no si ¿cuáles? _____ no si ¿cuál? _____
 Tratamiento no si ¿cuál? _____ Pareja actual ¿ha tenido alguna? n/c
 Tratamiento no si ¿cuál? _____ no si ¿cuál? _____
 n/c _____ n/c _____

Observaciones: _____

FECUNDIDAD

EMBARAZOS abortos esp. provocados emb. ectópico
 EMBARAZO ACTUAL si n/c no nacimientos nac. vivos nac. muertos
 LACTANCIA ACTUAL si n/c no Lactancia pasada si n/c no Máxima Lactancia meses Lactancia Exclusiva meses Regulación menstrual
 Edad 1er. embarazo años Patología en embarazo no si ¿cuál? _____
 Edad 1er. parto años Hospitalizaciones no si Infecciones no si
 Recuerda el Peso de: 1er. R.N. g 2do. R.N. g 3er. R.N. g 4to. R.N. g
 n/c=no corresponde

Observaciones: _____

EXAMEN FÍSICO

PATRON DE VELLO CORPORAL normal anormal Completar el examen físico en el formulario 002 o 003 y 004 (Si se trata de morbilidad)

GENITO - URINARIO

FLUJO VAGINAL antes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Actual <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> escaso <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> abundante <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	MOLESTIAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> prurito <input type="checkbox"/> ardor <input type="checkbox"/>	SECRECIÓN URETRAL antes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Actual <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> escaso <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> abundante <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	MOLESTIAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> prurito <input type="checkbox"/> ardor <input type="checkbox"/>
OLOR <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	DURACIÓN <input type="checkbox"/> días	TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	OLOR <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	DURACIÓN <input type="checkbox"/> días	TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
COLOR <input type="checkbox"/>			COLOR <input type="checkbox"/>		

EXAMEN GINECOLOGICO

TANNER mamas <input type="checkbox"/>	VULVA <input type="checkbox"/>	CLITORIS <input type="checkbox"/>	HIMEN <input type="checkbox"/>	VAGINA <input type="checkbox"/>	CUELLO UTERINO <input type="checkbox"/>	CUERPO UTERINO <input type="checkbox"/>	TACTO VAGINAL <input type="checkbox"/>	TACTO RECTAL <input type="checkbox"/>	ANEXO IZQ. <input type="checkbox"/>	ANEXO DER. <input type="checkbox"/>	EXAMEN MAMARIO <input type="checkbox"/>	TOMA DE MUESTRA <input type="checkbox"/>
vello <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
							no se hizo <input type="checkbox"/>	no se hizo <input type="checkbox"/>				

Observaciones: _____

EXAMEN GENITAL MASCULINO

TANNER genitales normal anormal

PENE-CUERPO <input type="checkbox"/>	GLANDE <input type="checkbox"/>	PREPUCIO <input type="checkbox"/>	SECRECIÓN <input type="checkbox"/>	ESCROTO <input type="checkbox"/>	TESTÍCULO DERECHO <input type="checkbox"/>	TESTÍCULO IZQUIERDO <input type="checkbox"/>	EXAMEN MAMARIO <input type="checkbox"/>
normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>
anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>

Inspección y palpación detectando varicocele, hidrocele, criptorquidia o tumores

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Hemograma <input type="checkbox"/>	Urocult. y Antibiog. <input type="checkbox"/>	Nitrógeno ureico <input type="checkbox"/>	HIV <input type="checkbox"/>	Examen flujo vaginal <input type="checkbox"/>	Radiografía <input type="checkbox"/>
Sedimento Urinario <input type="checkbox"/>	Uremia <input type="checkbox"/>	Perfil lipídico <input type="checkbox"/>	Papanicolaou <input type="checkbox"/>	Cultivo flujo vaginal <input type="checkbox"/>	Ecografía <input type="checkbox"/>
Químico de orina <input type="checkbox"/>	Glicemia <input type="checkbox"/>	VDRL u otro <input type="checkbox"/>	Test de Schiller <input type="checkbox"/>	Perfil hormonal <input type="checkbox"/>	Colposcopia <input type="checkbox"/>
Diagnóstico 1 <input type="checkbox"/>			Tratamiento 1 <input type="checkbox"/>		
Diagnóstico 2 <input type="checkbox"/>			Tratamiento 2 <input type="checkbox"/>		
Diagnóstico 3 <input type="checkbox"/>			Tratamiento 3 <input type="checkbox"/>		

Observaciones, indicaciones e interconsultas

Responsable _____ Fecha Próxima visita _____ día mes año

Este formulario debe ser actualizado con los datos de la paciente cada 3 años o cuando ocurra un evento importante de la salud reproductiva de la usuaria/a

GULA DE PREVENCIÓN



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

GUIA DE PREVENCIÓN
PARA ADOLESCENTES
EMBARAZADAS

SOCIALIZADO POR:

LCDA. VIOLETA LUCAS MERO

TUTOR

LCDA. MAGALY SABANDO MERA, MG.SC.

REVISOR:

DR. ALBERTO CORDERO AROCA

2016

GUIA DE PREVENCION PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Contenido

Introducción. Características de la educación sexual integral

CAPÍTULO I: CONCEPTOS BÁSICOS

CAPÍTULO II: PUBERTAD Y ADOLESCENCIA/ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LOS ÓRGANOS SEXUALES/AUTOCUIDADO DE LA SALUD SEXUAL.

Pubertad y adolescencia

Órganos sexuales

- Femeninos
- Masculinos

Autocuidado de la Salud

- Higiene y cuidado del cuerpo
- Autoexploración mamaria
- Autoexploración testicular

CAPÍTULO III: CICLO MENSTRUAL Y FECUNDACIÓN Y EMBARAZO Y EXPRESIONES DE LO SEXUAL

Ciclo menstrual

Fecundación y Embarazo

Embarazo en adolescentes

Cuidado de la Salud

Higiene

Prevención de cáncer mamario

Prevención de cáncer testicular

Modelos de Expresión de lo sexual

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA

CAPÍTULO V: BARRERAS DE LA SEXUALIDAD

- Formas de discriminación (misoginia, homofobia)
- Sexo versus género
- Uso de alcohol y otras sustancias
- Violencia en el noviazgo

CAPÍTULO VI: AUTOIMAGEN Y AUTOESTIMA

CAPÍTULO VII: ASERTIVIDAD Y DERECHOS SEXUALES

**CAPÍTULO VIII: INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL,
FANTASÍA Y MASTURBACIÓN**

Introducción

La presente es una guía de educación sexual para jóvenes, el cual tiene como objetivo promover una cultura de la salud sexual que prevenga los embarazos prematuros, las infecciones de transmisión sexual y la violencia de género, a través de favorecer el ejercicio autónomo y responsable de su sexualidad.

Está dirigido a las y los profesionistas que trabajan con jóvenes. Se encuentra dividido en ocho capítulos que coinciden con las sesiones de las que consta la misma. Al principio de cada capítulo se presenta la descripción de cada capítulo: objetivos de enseñanza-aprendizaje, temas a tratar, procedimiento, tiempos y materiales requeridos para cada una. Posterior a esta descripción se incluye la información que los/as involucrados deberán manejar para desarrollar cada apartado.

Esta guía no pretende tener la información exhaustiva de cada tema, sino ser una guía para adolescentes. Al de la misma se incluye un listado de documentos y bibliografía, la cual se recomienda consultar para ampliar el conocimiento sobre cada tema.

La elaboración y reproducción de esta guía fue posible gracias a la colaboración del equipo de salud que labora en el Distrito No. 3-Jipijapa.

Características de la educación sexual integral

En el documento Promoción de la Salud sexual, Recomendaciones para la acción, editado por la OPS, OMS, y WAS, se describen las características de la Educación Sexual Integral. A continuación se transcriben como un exhorto a los/a adolescente a considerar que:

- Más que la simple adquisición de conocimientos y contenidos, la educación sexual debería guiar hacia el desarrollo del pensamiento crítico conducente al logro de actitudes positivas hacia la sexualidad.

- Fomentar el proceso por medio del cual el individuo pueda reconocer, identificar y aceptarse como un ser sexuado y sexual a todo lo largo del ciclo de la vida, libre de toda ansiedad, temor o sentimientos de culpa.
- Fomentar el desarrollo de roles de género que promueven el respeto y las relaciones justas entre seres humanos dentro de un marco de valores basados en los derechos humanos.
- Promover el valor de los vínculos y del componente afectivo de las relaciones humanas más allá de las relaciones de pareja.
- Promover el autoconocimiento en relación con el cuerpo como un factor de autoestima y de atención a la salud.
- Fomentar el comportamiento sexual libre, responsable, consciente y placentero hacia sí mismo y los otros.
- Promover la comunicación dentro de la pareja y la familia, al fomentar las relaciones equitativas, independientemente del sexo y la edad.
- Promover un comportamiento responsable compartido en relación con la planificación familiar, crianza de los hijos y el uso de los métodos anticonceptivos.
- Promover decisiones responsables para la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

Asimismo, la evaluación de programas para la prevención del embarazo de adolescentes y la prevención de VIH (y otras infecciones de transmisión sexual), sugieren que los programas más eficaces y de buena calidad se caracterizan por:

- Aumentar los conocimientos
- Aclarar los valores
- Mejorar la comunicación entre padres e hijos.
- Ayudar a los jóvenes a retrasar el inicio de las relaciones sexuales, si los programas están dirigidos a los y las adolescentes.

- Aumentar el uso de anticonceptivos y condones.
- No fomentan en los jóvenes el inicio de las relaciones sexuales y
- No aumentan la frecuencia de las relaciones sexuales.

CAPÍTULO I

Conceptos Básicos

Sexualidad: Es la dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. Es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.

Sexo: Es el conjunto de características biológicas que definen el espectro de humanos como hembras y machos.

Género: es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. Refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

Identidad de sexo: Incluye la manera como la persona se identifica como hombre o como mujer o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de las personas. Es el marco de referencia que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual.

Identidad de género: Define el grado en que cada persona se identifica como masculino o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un

autoconcepto y a comprometerse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género.

Orientación sexual: Es la organización específica del erotismo y/o vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual.

Erotismo: Es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y que por lo general, se identifica con placer sexual.

Vinculación afectiva: es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones. El Amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo.

Reproducción: todo lo relativo a la procreación.

CAPÍTULO II

Pubertad y adolescencia y Anatomía y Fisiología de los órganos sexuales y Autocuidado de la salud sexual

PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

Pubertad: Palabra que se utiliza para referirse a los cambios físicos que tienen lugar en el cuerpo del hombre y la mujer entre los nueve y quince años. Generalmente en las mujeres esta inicia un año antes que en los hombres (aproximadamente entre los nueve y quince años). Durante la pubertad comienza la producción de hormonas (del griego *hormon* que significa poner en movimiento) que activan los cambios que transforman el cuerpo de los niños y las niñas. Las hormonas afectan el estado de ánimo.

Principales cambios durante la pubertad

MUJER	HOMBRE
Crecimiento repentino, aumento de peso y altura	
Los brazos y piernas se alargan	
Los huesos de la cara aumentan de tamaño y ésta adopta un aspecto menos infantil	
El cuerpo suda más.	
Crece vello en las axilas y se vuelve grueso en piernas y brazos	
Vello suave oscuro crece alrededor de la vulva	Alrededor de la base del pene aparece vello suave y oscuro
Puede surgir de la vagina flujo pegajoso blancuzco-amarillento	El pene aumenta gradualmente de tamaño
Las caderas se ensanchan y redondean	Los hombros y el pecho aumentan de tamaño
Cambios en la vagina, útero y ovarios	Los testículos aumentan de tamaño
Pechos y pezones aumentan de tamaño	El color del escroto se oscurece
Pezones se oscurecen	La voz se quiebra y después se hace más profunda
Inicia la menstruación y fertilidad	Comienza la producción de espermatozoides, las eyaculaciones y los sueños húmedos

Adolescencia

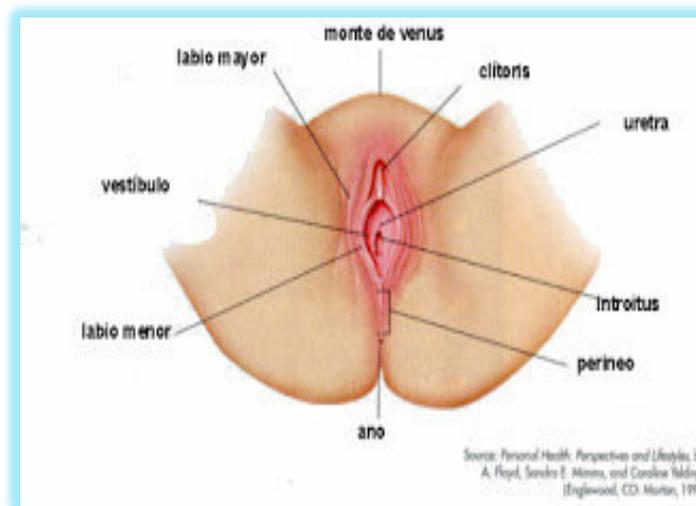
Se derivada de la palabra *adolecere*, que significa crecer. Se utiliza para referirse además de los cambios físicos, a los que suceden en esta etapa a nivel psicológico y social. Según la OMS es la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. Por su parte la juventud comprende el periodo entre los 15 y 24 años de edad. Se refiere además de los físicos a todos los cambios a nivel psicológico y social.

ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LOS ÓRGANOS SEXUALES

GENITALES EXTERNOS FEMENINOS

- a) **VULVA** es el nombre que se da de manera conjunta a los genitales externos de la mujer e incluye toda la zona situada entre las piernas: monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato urinario e introito vaginal (entrada de la vagina).
- b) **MONTE DE VENUS**: Es una elevación suave de tejido adiposo (graso) a la altura del pubis. Se reconoce por ser una zona triangular cubierta de vello situada en la parte frontal e inferior del abdomen.
- c) **LABIOS MAYORES**: Pliegues de piel gruesos cubiertos de vello púbico, en forma de labios.
- d) **LABIOS MENORES**: Pliegues de piel en forma de labios, crecen cercanos al orificio externo de la vagina. Cubren el vestíbulo vaginal en donde se encuentran los orificio vaginal y uretral. Se encuentran a su vez rodeados por los labios mayores.
- e) **CLITORIS**: Es un pequeño bulto del tamaño de un chícharo. Cuando éste se estimula se produce un intenso placer debido a que tiene una rica red nerviosa. Durante la excitación sexual el clítoris se congestiona de sangre de manera similar al pene.

- f) **MEATO URINARIO:** Es un pequeño orificio que se ubica debajo del clítoris y encima del introito vaginal (entrada de la vagina). Por éste se desecha la orina.
- g) **ORIFICIO VAGINAL O INTROITO:** Orificio que se encuentra en la parte inferior de la vulva y debajo del meato urinario. El aspecto del orificio depende en mucho de la forma y estado del himen. **HIMEN:** Membrana o trozo delgado de piel que puede tener diferentes formas y tamaños, cubre en forma parcial el orificio de la vagina. No se le conoce ninguna función, sin embargo se le concede gran importancia psicológica y cultural.
- h) **ANO.** Separado de los genitales externos se encuentra hacia atrás.



GENITALES INTERNOS FEMENINOS

a) OVARIOS

Tienen forma de almendra y se encuentran a los lados del útero. En ellos se producen los óvulos y las hormonas femeninas (estrógenos y progesterona). Los ovarios contienen cápsulas o folículos y en cada uno de éstos hay un óvulo. La mujer nace con aproximadamente 400,000 los cuales empiezan a madurar durante la pubertad. Así, cada mes se revienta un folículo liberando un óvulo maduro.

b) TROMPAS DE FALOPIO

Son dos “pasadizos” conductores que se extienden entre los ovarios y el útero. A través éstos viaja el óvulo camino al útero ayudado por unos cilios (o pelos) que tapizan las trompas. Es en estos conductos, donde ocurre la fecundación (unión del óvulo con el espermatozoide)

c) UTERO o matriz

Órgano hueco hecho de músculos fuertes, parecidos a una pera pequeña e invertida, se encuentra conectado a las trompas de Falopio. En éste lugar y durante el embarazo, el feto se desarrolla. La capa interna del útero se llama endometrio, la cual consta de una rica red de vasos sanguíneos la cual se va engrosando a lo largo del ciclo menstrual hasta que se desprende provocando el sangrado mensual.

d) CUELLO DE LA MATRIZ O CERVIX

Es la parte más baja del útero que comunica con la vagina.

e) VAGINA

Pasadizo entre el útero y el exterior del cuerpo femenino. Es el órgano de la copulación y receptor del semen. Por aquí pasa el flujo menstrual y el bebé al momento de nacer.

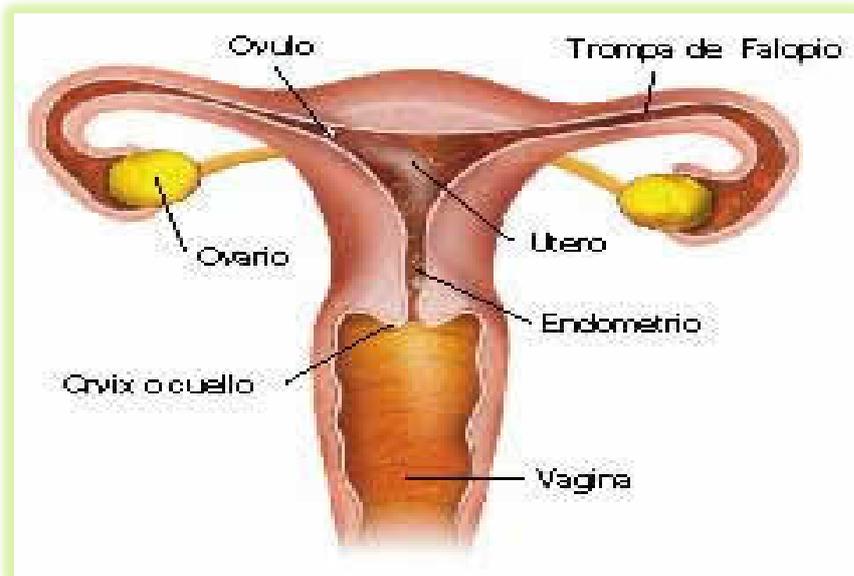
f) ENDOMETRIO

Mucosa que cubre el interior del útero, aloja al cigoto después de la fecundación y presenta alteraciones durante la menstruación.

g) MAMAS

Aunque estas glándulas no están consideradas estrictamente como parte de los órganos reproductores, si revisten una gran importancia debido al interés que socialmente despiertan como parte de los órganos sexuales femeninos. Están conformadas por aproximadamente 15 glándulas productoras de leche, las cuales están conectadas al pezón a través de conductos separados. Entre las glándulas existe acumulación de grasa que es la que determina el tamaño de las mamas, lo cual se determina en gran medida por factores hereditarios.

En la parte externa la mama posee un pezón formado por suaves fibras musculares y numerosas terminales nerviosas, haciéndola muy sensible al tacto. La parte oscura que lo rodea se llama aureola. Las pequeñas bolitas que pueden aparecer en esta superficie son glándulas sebáceas que ayudan a mantener lubricado el pezón durante el amamantamiento.



GENITALES EXTERNOS MASCULINOS

a) **PENE:** Es el órgano masculino de la copulación. Contiene tres estructuras cilíndricas paralelas, conformadas por espacios y cavidades. Dos de estas estructuras reciben el nombre de cuerpos cavernosos y la tercero denominada cuerpo esponjoso. Durante la excitación esas cavidades se llenan de sangre lo que provoca que el pene se endurezca y se ponga erecto. En medio del cuerpo esponjoso corre la uretra que transporta la orina y el semen. El pene mide en promedio de 10 a 12 cm de longitud en estado flácido y hasta 15 cm en erección, sin embargo existen casos en que puede más grande o más pequeño.

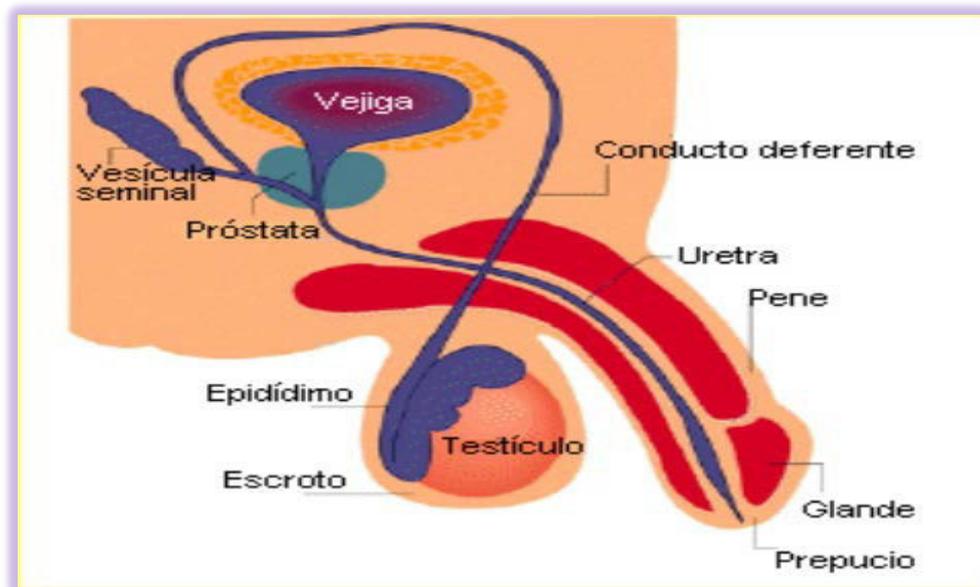
GLANDE: Se refiere a la cabeza del pene, la cual está dotada de nervios y es muy sensible en comparación con el resto del pene, de ahí su importancia sexual.

PREPUCIO: Pliegue de piel que cubre el pene. La circuncisión se refiere a la extirpación del mismo, la cual se realiza por motivos religiosos, en algunos casos o como medida higiénica en otros. La circuncisión es la extirpación del prepucio y

se practica cuando éste está tan apretado que no puede retraerse con facilidad. En algunas religiones esto se realiza como un ritual.

b) **ESCROTO:** Es una bolsa con múltiples capas que da sostén a los testículos. El escroto se contrae en respuesta al frío, la excitación sexual y otros estímulos. Se le atribuye la función de regular la temperatura para la producción de espermatozoides. Puede observarse, por ejemplo, que cuando la temperatura es baja el escroto se contrae acercando los testículos al cuerpo.

c) **ANO.** Separado de los genitales externos se encuentra hacia atrás

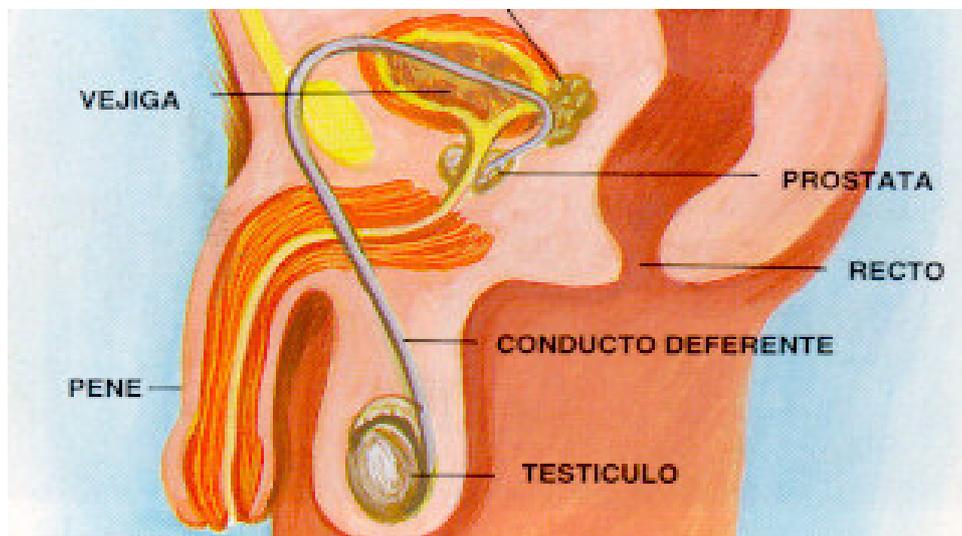


GENITALES INTERNOS MASCULINOS

a) **TESTÍCULOS:** Son las glándulas responsables de la producción de espermatozoides así como de testosterona, que es la hormona masculina. Aunque ambos testículos son del mismo tamaño, generalmente el izquierdo cuelga un poco más abajo que el derecho. Los testículos están llenos de conductos seminíferos, en donde se producen y maduran los espermatozoides. Se sabe que cada eyaculación contiene de millones de espermatozoides, cientos rodean el óvulo, pero generalmente sólo uno llega a fecundar el óvulo.

b) **EPIDÍDIMOS:** Tubos plegados ubicados sobre los testículos donde los espermatozoides terminan de madurar y se almacenan.

- c) **CONDUCTOS DEFERENTES:** Dos tubos del grosor de un espagueti cocido, durante la eyaculación, el semen pasa a través de estos conductos y es expulsado del cuerpo a través del pene.
- d) **PROSTATA:** Glándula que tiene forma de una nuez ubicada debajo de la vejiga. Contiene células que producen parte del líquido seminal que protege y nutre a los espermatozoides. Avanzada la vida adulta, esta glándula a veces crece lo que provoca interferencia con la micción (paso de orina) por la que debe retirarse por vía quirúrgica.
- e) **VESICULAS SEMINALES:** Dos pequeñas glándulas, una a cada lado de la próstata. Aquí se produce parte del líquido seminal, el cual tiene como función producir la movilidad de los espermatozoides.
- f) **GLANDULAS DE COWPER o BULBOURETRALES:** Son dos estructuras en forma de chícharo, ubicadas flanqueando la uretra. Estas glándulas segregan un líquido pre eyaculatorio que “limpia” a la uretra de residuos de orina para que pase el semen durante la eyaculación. Este líquido puede llegar a arrastrar espermatozoides de los conductos, lo cual explica los embarazos que resultan de acto sexual sin eyaculación.
- g) **URETRA:** Tubo que inicia en el cuello de la vejiga y desemboca en el meato urinario. Tiene una doble función la transportación de semen y la eliminación de la orina.
- h) **MEATO URINARIO:** Es el orificio a través del cual fluye la orina y el semen.



AUTOCUIDADO DE LA SALUD

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Incluye una vida libre de enfermedades, lesiones, violencia, incapacidades, dolor o riesgo de muerte. Una vida sexual sin temor, vergüenza, culpabilidad o ideas falsas sobre la sexualidad y la capacidad de disfrutar y controlar la propia sexualidad y reproducción

HIGIENE Y CUIDADO DEL CUERPO

Muchos de los cambios que tienen lugar durante la pubertad provocan variaciones en el funcionamiento del cuerpo. Esto significa que los jóvenes deben aprender nuevas maneras de cuidarlo.

Vello púbico. Durante la pubertad a los jóvenes les crece más el vello. Crece en las axilas, en los brazos y piernas, así mismo se vuelve más grueso y más largo, especialmente el de los hombres. También crece un vello llamado púbico: en las mujeres alrededor de la vulva, en los hombres alrededor de la base del pene, justo delante de un hueso llamado púbico. La cantidad de vello que crece en la cara, el pecho, los brazos y las piernas varía de persona a persona.

Glándulas sudoríparas. Durante la pubertad se encuentran más activas que nunca, produciendo más sudor que antes. Los adolescentes desarrollan un olor corporal diferente; éste se produce en axilas, en los pies, y en otras partes del cuerpo. Este nuevo tipo de sudor suele ser uno de los primeros indicios del comienzo de la pubertad. También puede suceder que el cabello se vuelva más grueso que de costumbre y aparezca grasa en la nariz y la frente provocando el acné.

Acné: En esta etapa también es muy común que aparezcan granos en la cara, sobre todo en la nariz y la frente. A veces aparecen en el pecho y la espalda. Aunque lavarse con agua y jabón diariamente es una buena manera de cuidarse la piel a veces no resulta suficiente. Entre los factores que lo provocan están el hereditario, el aumento en la secreción de hormonas y la higiene.

Recomendaciones generales

El cuerpo sufre tantos cambios durante la pubertad que puede ser abrumador para las y los jóvenes. No obstante, comer alimentos sanos, hacer ejercicio y mantenerse en forma, estar limpio así como dormir lo suficiente puede ayudar a que los y las jóvenes se sientan mejor.

Baño El baño diario o lo más frecuente que sea posible es recomendable. Utilizar de preferencia jabón neutro y agua tibia.

Ropa. Además del baño se recomienda que las y los jóvenes se cambien diariamente de ropa interior y calcetines.

Con estas dos medidas desaparecerán la mayoría de los olores corporales intensos y sólo en casos extremos se recomienda el uso de desodorantes. Es importante no dejarse influir por las campañas publicitarias.

Duchas vaginales

Se refiere a la limpieza vaginal realizada a través de diversos mecanismos y soluciones comerciales. Estas duchas NO son recomendables debido a que una vagina saludable cuenta con sus propios mecanismos de eliminación y limpieza. Las duchas destruyen las bacterias que normalmente se encuentran en la vagina.

Prevención de cáncer

En las personas sanas, el crecimiento y división de las células sólo ocurre cuando el cuerpo requiere células nuevas. Cuando las células se dividen de manera anormal, forman una masa de tejido o tumor, los cuales pueden ser benignos o malignos. Los tumores benignos no se esparcen por el cuerpo o invaden otros tejidos. Los tumores malignos son cancerosos. Las células de estos tumores se esparcen a otras partes del cuerpo e interfieren con el funcionamiento normal de los tejidos y órganos adyacentes.

El cáncer cérvico uterino y mamario se encuentra en nuestro país entre las principales causas de muerte entre la población femenil.

Asimismo, el cáncer de testículos es el más frecuente entre la población masculina entre los 15 y los 35 años.

A pesar de que se han identificado una serie de factores que incrementan el riesgo de contraer cáncer, a la fecha no se sabe exactamente qué es lo que lo genera. La manera más efectiva para combatirlo es su detección temprana.

Autoexploración mamaria

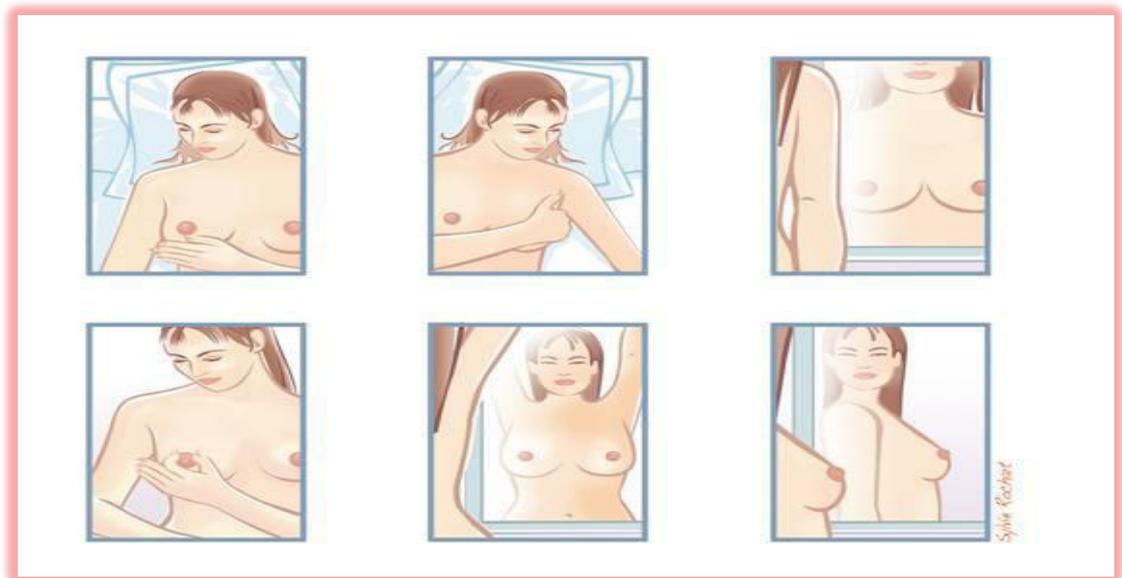
Realizarse la autoexploración mamaria cada mes es el primer paso para desarrollar el hábito de por vida del cuidado de las mamas. A pesar de que durante la adolescencia las mamas aún continúan desarrollándose, enseñar a la joven a realizarse la autoexploración le ayuda a familiarizarse con la forma y textura de las mismas. Sabiendo lo que es normal, le facilitará saber lo que no lo es.

El mejor momento para realizarse una autoexploración mamaria es del 5° al 10° día después del sangrado menstrual, dado que es el momento en que las mamas no están sensibles o hinchadas.

Instrucciones

- Utilizar los dedos índice, medio y anular para realizar movimientos circulares de tamaño de una moneda. Aplicar sobre la mama una presión ligera, media para explorar a diferente nivel.
- La mano derecha explora la mama izquierda y la mano izquierda la mama derecha.
- **Patrón vertical.** Iniciar con una mama moviendo los dedos con un patrón ascendente y descendente, empezando a la altura de la clavícula y bajando hasta las costillas y de la axila al esternón. Repetir del otro lado.
- **Patrón circular.** Empezar en la parte alta de la mama y haciendo círculos concéntricos hasta llegar al pezón.
- **Patrón seccional.** Imaginarse que la mama está dividida como rebanadas de pay. Explorar la mama por secciones (“rebanadas”) comenzado del área exterior y hacia el pezón.

- **Recostada colocar una almohada o toalla bajo el hombro.** Colocar el brazo izquierdo bajo la cabeza. Utilizar el patrón vertical para explorar la mama con la mano derecha. Hacer la misma operación con la otra mama.
- **Frente al espejo.** Observar las mamas: 1) con los brazos pegados al costado, 2) con las manos sobre la cintura, 3) con los brazos sobre la cabeza y 4) con las manos sobre la cadera mientras se inclina hacia el frente.



¿Qué se debe buscar?

- Bolita o engrosamiento en la mama o área de la axila.
- Irritación en el pezón o piel de la mama.
- Arrugas o hundimientos del pezón o la piel
- Cambio inusual del tamaño o forma de las mamas.
- Dolor o sensibilidad en la mama o pezón que no desaparece.
- Enrojecimiento o descamación del pezón o piel de la mama.
- Cualquier secreción inusual del pezón.
- Inversión del pezón

Factores de riesgo a considerar

- El riesgo de contraer cáncer se incrementa significativamente con la edad.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama en madre y hermanas.
- Inicio de la menstruación antes de los 12 años.
- Sobrepeso en la vida adulta.
- Falta de actividad física.
- Consumo de alcohol

Autoexploración de Testículos

El cáncer testicular es el más frecuente entre los jóvenes de 15 a 35 años. Sin embargo, este es altamente curable cuando se detecta y se da tratamiento de manera oportuna.

Factores de riesgo

Las causas exactas del cáncer testicular se desconocen, sin embargo ciertas circunstancias pueden poner al hombre en mayor riesgo:

Testículos sin descender

Un bajo porcentaje de hombres nace con los testículos sin descender de la cavidad abdominal. Esta es una condición de alto riesgo para el cáncer testicular.

Herencia

Los hombres con antecedentes de cáncer en el padre o los hermanos pueden tener estar en alto riesgo de contraerlo. Los que han tenido cáncer en un testículo pueden estar en mayor riesgo de desarrollar cáncer en el otro testículo.

Autoexploración testicular

Todos los hombres deben examinarse los testículos una vez al mes al iniciar la pubertad. Es recomendable seleccionar un día que sea fácil de recordar, por ejemplo, el primer día del mes y examinar los testículos durante o después de un baño con agua tibia. Esto provoca que la piel del escroto se relaje, haciendo más fácil la exploración.

Instrucciones

- Utilizar ambas manos para revisar los testículos uno por uno. Colocar los dedos índice y medio en la parte posterior del escroto y el pulgar por encima del mismo.
- Suavemente presionar uno a uno los testículos de arriba hacia abajo y viceversa en busca de cualquier bulto. Posteriormente revisar el segundo testículo de igual forma. Durante la exploración reconocerá el epidídimo, estructura ubicada por encima del testículo, la cual no se debe confundir con un bulto anormal.
- Observar frente a un espejo los testículos, reconocer su forma y color y buscar cualquier posible hinchazón o inflamación.

AUTOEXPLORACIÓN TESTICULAR

Posibles señales de alerta:

- Bolita o bulto en los testículos.
- Cambio en la forma y tamaño del testículo.
- Retención de líquido en el escroto que provoque hinchazón.
- Sensación de pesadez en el escroto.
- Dolor o molestia.

En caso de detectar cualquier alteración se debe acudir al médico.

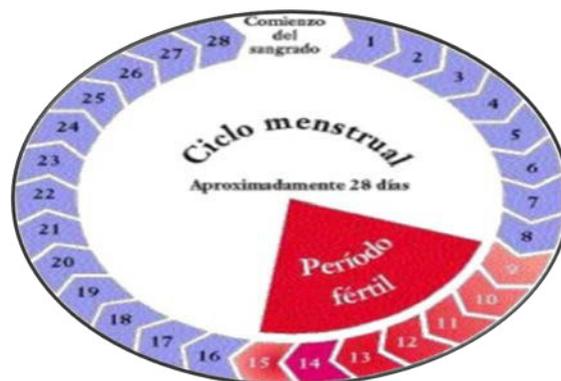
EL CICLO MENSTRUAL

Ciclo menstrual. Proceso que involucra todo el cuerpo y es regulado por el hipotálamo y la glándula pituitaria los cuales regulan los niveles de las hormonas femeninas (estrógeno y progesterona), los cuales a su vez regulan este ciclo. De manera general el ciclo es de 28 días, sin embargo puede variar de mujer a mujer. También es posible que la duración de cada ciclo pudiera ser irregular durante los

primeros años en que aparece, pero generalmente se regulariza alrededor de los 18 o 20 años de edad.

Contrario a lo que se piensa el ciclo menstrual no abarca únicamente el sangrado, sino que engloba cuatro fases durante las cuales se suceden modificaciones hormonales, ováricas y uterinas. Estas modificaciones tienen como finalidad preparar los órganos reproductores para el embarazo. Si la fecundación no tiene lugar, “todo lo preparado” resulta inútil y se elimina con la menstruación.

Menstruación. Es una de las fases del ciclo menstrual, también se conoce como regla o periodo. La menstruación es el flujo de sangre que se desprende del interior del útero cada mes y fluye por el orificio cervical que se abre para dejarlo pasar. Está formada en sus tres cuartas partes de sangre y en menor cantidad de mucosidad segregadas por las Glándulas uterinas.

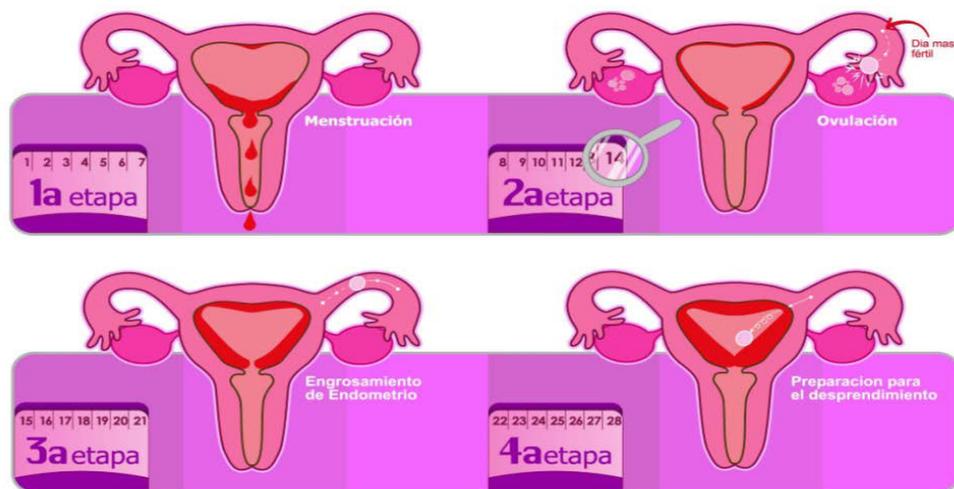


Los días de sangrado también varían de mujer a mujer y ésta puede durar entre los 3 y los 8 días. Durante el sangrado la mujer pierde un promedio de 60 ml (2 onzas) entre sangre y tejido endometrial.

Ovulación. Es otra fase del ciclo menstrual que consiste en la liberación de un óvulo por un ovario y la cual sucede a la mitad del ciclo, es decir catorce días antes de que aparezca la siguiente menstruación. Este momento es en el que la mujer se encuentra más fértil. El óvulo podrá ser fecundado hasta 48 horas después de su liberación, ya que pasado este tiempo se volverá incapaz de ser

fecundado. Cabe aquí señalar que un espermatozoide es capaz de vivir en el útero hasta 72 horas, periodo durante el cual puede fecundar al óvulo.

Es recomendable que toda mujer lleve un registro de su ciclo menstrual.



FECUNDACION Y EMBARAZO

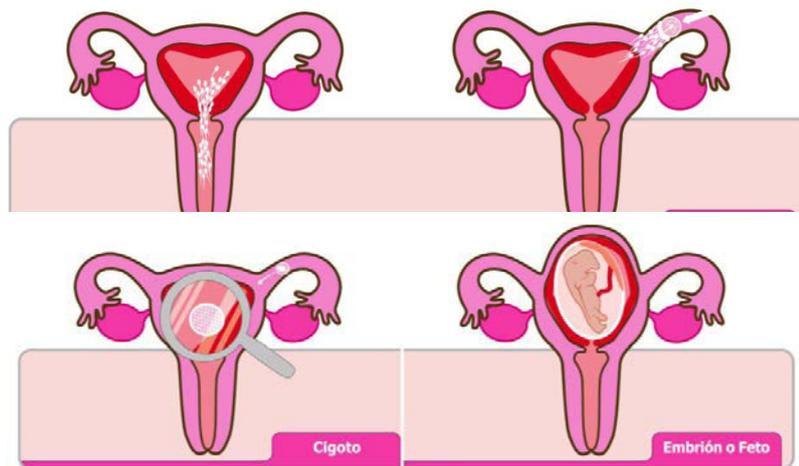
En el momento en que el espermatozoide y el óvulo se unen se da la concepción o fecundación. Los espermatozoides durante el coito son depositados el fondo de la vagina, desplazándose por la matriz y las trompas de Falopio. Dependiendo del momento del ciclo menstrual, encuentran en el tercio externo de una de ellas, al óvulo listo para ser fecundado.

A pesar de que son millones de espermatozoides los que emprenden este viaje, sólo uno logra penetrar al óvulo. Este espermatozoide une sus veintitrés cromosomas a los veintitrés del óvulo proporcionando el complemento necesario de cuarenta y seis para el nuevo ser humano. El óvulo aportará el cromosoma sexual que siempre será "X". Por su parte el espermatozoide podrá aportar un cromosoma "X" en cuyo caso el embrión será del sexo femenino (XX) o bien un cromosoma "Y" en cuyo caso el embrión será niño (XY). Esto quiere decir que el hombre determina el sexo del nuevo ser.

Después que el óvulo ha sido fecundado empieza a dividirse en células múltiples a medida que desciende por la trompa de Falopio. A esta nueva célula huevo se le llama cigoto; éste llega a la cavidad uterina 4 o 5 días después de la fecundación y

se mantiene en libertad durante 2 o 3 días más, hasta su implantación definitiva en la pared del útero.

El huevo o cigoto se vuelve un embrión aproximadamente una semana después de la fecundación. Después de la octava semana se le llama feto.



Primeros síntomas del embarazo:

- Ausencia de menstruación
- Crecimiento e hipersensibilidad de los senos
- En algunas mujeres sensación de náusea al despertar, acompañada por vómito y/o aversión a ciertas comidas y olores
- Fatiga y necesidad de más sueño
- Frecuentes deseos de orinar

La duración promedio del embarazo es de 266 días o casi nueve meses, es tradicional dividirlo en períodos de tres meses llamados trimestres.

1er. Trimestre

- Empiezan a ser visibles los ojos, oídos, nariz y boca
- El corazón, hígado, intestinos, cerebro y otras partes del sistema nervioso central se empiezan a formar

- Aumenta su tamaño a 10 cm. y de peso hasta unos 19 g.
- El feto es todavía muy pequeño pero inconfundiblemente humano

2do. Trimestre

- Aparecen movimientos fetales
- El pelo aparece en el cráneo y encima de los ojos. En los brazos y piernas empiezan a formarse pies y manos
- Mide unos 35 cm. de longitud y pesa unos 56 g.

3er. Trimestre

- Los órganos esenciales como los pulmones, alcanzan un estado de madurez compatible con la vida en el mundo exterior
- Al momento de nacer el bebé promedio pesa unos 3.400 k. y mide 50-80 cm.
- Al momento del nacimiento para que el bebé pueda salir es necesario que el canal del parto se abra o dilate 10 cm.

Embarazo en adolescentes

Considerando que es hasta los 20 años de edad que la pelvis de la mujer y el canal del parto llegan a su tamaño definitivo, un embarazo antes de esta edad puede acarrear complicaciones las cuales pueden manifestarse durante el embarazo, al momento del nacimiento o en el bebé. Estas complicaciones también pueden ser de tipo social y/o psicológica, afectando a la madre, el padre, el bebé y al entorno familiar.

Probables complicaciones

- Nacimiento antes de tiempo.
- Parto prolongado.
- Mayor posibilidad de cesárea.
- Bajo peso del bebé al nacer.
- Crecimiento fetal retrasado

- Dificultad de la madre y el padre para continuar con sus planes.
- Falta de recursos para afrontar la nueva situación.

IMPORTANTE: La OMS estima que para las mujeres entre 15 y 19 años, el riesgo de morir a consecuencia de problemas relacionados es del doble que existe para las mujeres de 20 a 24.

LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

La sexualidad humana incluye toda una serie de comportamientos que conciernen la satisfacción de la necesidad y deseo sexual. En el terreno fisiológico, Masters & Johnson distinguieron cuatro fases reconocibles en la respuesta que tiene el ser humano ante un estímulo sexual (RSH):

Deseo o apetito sexual: Esta es más bien una fase mental ya que no se observan cambios visibles en el cuerpo, sin embargo, debe funcionar para que la persona se interese en la actividad sexual. Esta fase procede de los pensamientos, la estimulación o la postergación de la actividad sexual. (Esta fase no fue considerada por Masters & Johnson.)

Fase de excitación: Es considerada la primera fase que se provoca como respuesta a varios estímulos como puede ser la vista, el tacto un beso, etc. Esta fase se distingue por la erección del pene y la lubricación de la vagina.

Fase de meseta: Los efectos de la excitación aumentan (respiración, latidos, tensión muscular, etc.). Se produce el rubor sexual que es un enrojecimiento de la cara y el pecho. A medida que avanza esta fase se tiene la sensación de no poder más.

Fase de orgasmo: (del griego orgasmos, hinchar) es una de las sensaciones más intensas y profundamente satisfactorias que puede experimentar una persona. En términos fisiológicos consiste en la descarga explosiva de las tensiones neuromusculares acumuladas. Dura cuestión de segundos, pero se percibe como prolongado. Algunas manifestaciones son: tensión prolongada, sacudida de extremidades, mientras el cuerpo se torna rígido, contracciones rítmicas de los

órganos sexuales y de la musculatura pélvica antes de que sobrevenga la relajación.

Fase de resolución: Se refiere a los cambios del cuerpo de vuelta a la normalidad después del orgasmo. En el hombre se produce el periodo refractario que consiste en un lapso de no excitación. Este periodo no se presenta en la mujer.

MODELOS DE EXPRESION SEXUAL

El motor del comportamiento sexual son los instintos, aunque la forma de expresarlos depende de la cultura y las elecciones personales, lo cual da como resultado una variedad amplia y compleja de comportamientos sexuales. Para fines educativos a continuación se describen dos modelos o formas de concebir la actividad sexual: uno lineal y el otro circular. En el modelo lineal la actividad sexual entre dos personas se manifiesta de la siguiente manera:

Mirarse → Tomarse de la mano → Besarse → Acariciarse → Tocarse los genitales → Penetración (oral, etc.) → Orgasmo

Esta forma lineal de concebir la actividad sexual se encuentra centrada en el coito, es decir, en la búsqueda del placer a través de la penetración, con un inicio y un final.

Un modelo alternativo plantea la actividad sexual como un proceso circular en donde es posible incluir una gama mucho más amplia de expresiones y donde no hay un orden preestablecido. Este círculo que es individual, tiene en el centro los principios de consentimiento mutuo y el respeto a la individualidad y alrededor todas aquellas acciones que son placenteras para el individuo y que incluye las acciones del modelo lineal, pero tantas otras opciones como el individuo desee y vaya incorporando a lo largo de su vida. Esta forma de concebir la actividad sexual enriquece en mucho la vida sexual de los individuos y en el caso de los adolescentes contribuye a la diversificación de satisfactores sin la necesidad de llegar al coito.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva del individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente.

Según la Normativa del Ministerio de Salud del Ecuador, todos los individuos, sin importar su sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencia sexual, tienen el derecho a la información, a la libre decisión, a la protección de la salud, a la no discriminación, al estándar más alto posible en salud y a gozar de los beneficios del progreso científico.

La planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco amplio de salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgo para la salud de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños, y su aplicación es medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Hay muchos factores que intervienen en esa elección: si se tiene una pareja estable, si se es soltera o soltero, la periodicidad con la que se tienen las relaciones sexuales, las ventajas y desventajas de cada método, el precio, etc.

En el caso de los jóvenes es importante hacer un especial énfasis en que el método que se elija debe darle protección anticonceptiva, pero también protegerle contra las infecciones de transmisión sexual, haciendo muy recomendable el uso del condón. Los métodos anticonceptivos se describen a continuación agrupados de la siguiente manera:

- Hormonales
- De barrera
- Basados en el conocimiento de la fertilidad
- Vaginales
- Definitivos

Métodos Anticonceptivos Hormonales

Método	Efectividad	Ventajas	Desventajas	Descripción
Anticonceptivos orales (Pastillas)	97%	<ul style="list-style-type: none"> No interfieren en las relaciones sexuales. Ofrecen protección continua y efectiva. Pueden regular el ciclo menstrual y eliminar los cólicos. Pueden suspender por tiempo indefinido la menstruación Al dejarlas de usar se recupera la fertilidad de la mujer, aunque para ello pueden pasar de dos a cuatro meses. 	<ul style="list-style-type: none"> No es conveniente para mujeres que tienen relaciones sexuales con poca frecuencia. Se necesita motivación diaria y disciplina para tomar la píldora y evitar los olvidos, que pueden afectar su efectividad. No ofrece protección contra las ITS o el VIH-sida. Requiere consulta médica para su empleo. Puede tener efectos molestos 	Pastillas hechas a base de hormonas sintéticas (estrógenos y progesterona). Su función es modificar la secreción hormonal del organismo evitando que ocurra la ovulación, así como la composición del moco cervical, haciendo difícil el movimiento de los espermatozoides y la implantación de un posible óvulo fecundado. Existen en presentación de 21 comprimidos y 28, en éstas las últimas siete contienen únicamente hierro y sirven para no perder la continuidad.

			<p>como náusea, dolores de cabeza, sangrado a la mitad del ciclo, aumento de peso o dolor en los pechos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se desconocen sus efectos a largo plazo. 	
Inyecciones	97%	<ul style="list-style-type: none"> • Muy efectivo y seguro. • Privacidad • No interviene en el coito. • No hay que preocuparse diariamente como con la pastilla. 	<ul style="list-style-type: none"> • Probables cambios en el sangrado. Sobre todo al inicio • La fertilidad demora en retornar hasta 4 meses. • Se pueden presentar dolor de cabeza, aumento en la sensibilidad de senos. • No protege contra ITS y 	Su mecanismo de acción es igual al de las pastillas, sin embargo tiene la ventaja de que viene en presentaciones para uno, dos, y tres meses.

			VIH/SIDA	
Anillo anticonceptivo vaginal	98%	<ul style="list-style-type: none"> • Muy efectivo • Privacidad • No interviene en el coito. • No hay que preocuparse diariamente como con la pastilla. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se pueden presentar: flujo o irritación vaginal, dolor de cabeza, aumento de peso, náuseas, sangrados irregulares • No protege contra ITS y VIH/SIDA • Empieza a tener efecto más o menos a los 7 días posteriores a su inserción. 	Es un pequeño dispositivo flexible, en forma de anillo, transparente y flexible que se coloca en la vagina, durante tres semanas, tiempo durante el cual va liberando hormonas (estrógenos y progesterona). De esta manera se impide la ovulación y se engrosa el moco cervical.
Hormonal Subdérmico o Implantes (Norplant, Implanon, Jadelle).	98%	<ul style="list-style-type: none"> • Muy efectivos. • Luego de la implantación, protege de un embarazo por un mínimo de cinco años. • No interfiere con la relación sexual. • La fertilidad regresa inmediatamente después de que las cápsulas se retiran. 	<ul style="list-style-type: none"> • No protege de ITS • Goteo entre menstruaciones • Amenorrea. • Dolores de cabeza, mareos, nerviosismo, náuseas, entre otras. 	Se inserta en el antebrazo de la mujer, está formado por 6 cápsulas flexibles que contienen sólo progestágenos y se insertan en forma de abanico en el brazo de la mujer. Dicho procedimiento lo debe realizar un

				médico capacitado. Una vez insertados duran 5 años. Actúan deteniendo la ovulación y alterando el moco cervical.
Hormonal Transdérmico o Parche anticonceptivo	99%	<ul style="list-style-type: none"> • No interfiere con la relación sexual. • No implica tanta atención como con las pastillas que son diarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • NO protege contra las ITS. • Si se olvida cambiarlo a la semana, puede haber un embarazo. • Puede haber reacción en la piel sobre la que se coloca. • Dolor menstrual o abdominal. • Se debe consultar al médico antes de usarlo. 	Consiste en un parche de plástico fino, de color beige, que se adhiere a la piel. A través de la corriente sanguínea va liberando cierta cantidad de hormonas que impiden el embarazo con los mismos mecanismos que las pastillas anticonceptivas. Un parche por semana por tres semanas y la cuarta se descansa. Y se recomienda que se vaya rotando de ubicación (brazo, nalga, cintura etc.)
Pastillas Anticonceptivas de Emergencia (PAE) Conocidas también como	Su efectividad es mayor cuando se usa dentro	Dan la posibilidad de prevenir un embarazo después de haber tenido relaciones sexuales sin protección.	En algunas mujeres pueden presentarse los siguientes síntomas.	Pastillas con elevada dosis de hormonas que se toman después de haber tenido relaciones

<p>pastilla del día siguiente, del mañana siguiente o del día después.</p>	<p>de los tres días inmediatos a la relación, aunque no alcanza el 100% de efectividad.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Nauseas • Vomito • Dolor de cabeza • Mareo • Sensación de fatiga • Sangrado o goteo irregular • Dolor abdominal <p>Las PAE NO protegen de infecciones de Transmisión Sexual.</p>	<p>sexuales sin protección ya sea por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Violación 2. Relación sexual no deseada. 3. Falla de método (ruptura de condón, por ejemplo). <p>La primera dosis debe tomarse lo más pronto posible después de la relación sexual la segunda 12 horas después.</p> <p>La PAE previenen o impiden el embarazo a través de dos mecanismos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detienen o retrasan la ovulación. • Dificultan la movilidad y maduración de los espermatozoides <p>Estos mecanismos son previos al inicio de un embarazo, por lo que no son abortivas. No deben</p>
--	---	--	--	--

				<p>utilizarse como método anticonceptivo de rutina porque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es menos efectivo que otros métodos. • Contiene elevadas dosis de hormonas • Provoca más molestias que las pastillas normales.
--	--	--	--	--

Métodos anticonceptivos. Dispositivo Intrauterino (DIU)

Método	Efectividad	Ventajas	Desventajas	Descripción
	95 a 99%	<ul style="list-style-type: none"> • Muy efectivo y poco que recordar. • Tiene una duración de hasta 10 años. • La fertilidad regresa con relativa facilidad una vez que se retira. • No interfiere con las relaciones sexuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • No protege contra las ITS. • Durante los primeros tres meses luego de la colocación puede haber sangrado abundante o goteo entre periodos así como cólicos y dolor durante los 	<p>Objeto plástico (polietileno) que mide aproximadamente 4 cm. Los más comunes son la T de cobre y los que contienen hormonas.</p> <p>Tiene dos hilos que luego de ser colocados quedan colgando a través de la apertura del cuello de la matriz, los cuales la mujer</p>

<p>Dispositivo Intrauterino (DIU)</p>			<p>periodos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Requiere ser colocado y retirado por un especialista. 	<p>debe revisar periódicamente para cerciorarse de que el DIU está bien colocado.</p> <p>Este método altera las condiciones del útero para evitar el paso de los espermatozoides y evitar que lleguen al óvulo. Posiblemente también impida el implante del óvulo fecundado</p>
<p>Condón Masculino Preservativo.</p>	<p>De 85% a 97%</p>	<ul style="list-style-type: none"> Contribuye a la prevención de ITS y SIDA cuando se usan correcta y consistentemente. Previene los embarazos. Disponible ampliamente. Fáciles de mantener a la mano para cuando se requieren. No tienen ningún efecto colateral. Pueden usarse por hombres de todas las edades. 	<ul style="list-style-type: none"> Protegen NO con tanta eficacia contra el herpes, el virus de la verruga genital (HPV) y otras enfermedades que pueden ocasionar úlceras en la piel no cubierta por el condón. Pueden causar irritación en las personas 	<p>Es una funda o cubierta generalmente hecha de látex para cubrir el pene erecto del hombre.</p> <p>Algunos están revestidos de lubricante o espermaticidas. Se hallan disponibles en diferentes tamaños, formas colores, sabores y texturas.</p> <p>Retienen el semen dentro del condón, impidiendo así la entrada de los</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • No requiere supervisión médica. • Permite al hombre asumir un rol activo en la prevención de embarazos e ITS. • Ayudan a que el hombre no eyacule prematuramente. 	<ul style="list-style-type: none"> • alérgicas al látex. • Algunos hombres refieren reducción en la sensibilidad. • Aunque mínima existe la posibilidad de que se rompa. 	<ul style="list-style-type: none"> • espermatozoides y otros microorganismos a la vagina.
--	--	---	---	--

Instrucciones de uso:

Antes de abrirlo.

1) Verificar que la fecha de fabricación o caducidad. Por ejemplo: MFG 9/09. Significa que fue fabricado en septiembre de 2009 y tendrá una vida útil de 4 a 5 años, siempre y cuando se mantenga en condiciones adecuadas. También puede aparecer como EXP que significa la fecha en que expira. Por ejemplo EXP 11/2008, quiere decir que no podrá utilizarse después de esa fecha.

2) Revisar que la envoltura esté bien cerrada, en buenas condiciones y sentirse acolchonado por el centro.

3) Abrir con los dedos. No usar los dientes ni uñas.

Para colocarlo.

4) Sujetar con la yema de los dedos la punta del condón y colocarlo sobre el pene erecto. (De esta forma quedará un espacio sin aire donde se depositará el semen.

5) Con la otra mano, desenrollarlo lentamente hasta la base del pene.

Para retirar.

6) Al terminar la relación sexual y antes de que el pene pierda erección sujetar el condón de la base para evitar que el semen se derrame al retirarlo. Hacer un nudo y tirar a la basura.

Recomendaciones:

- Es recomendable que la persona practique su colocación ANTES de tener relaciones sexuales.
- Guardar en un lugar fresco y no exponer a los rayos del sol.
- No guardar en la cartera porque puede maltratarse.

Método	Efectividad	Ventajas	Desventajas	Descripción
Condón Femenino.	De 95%	<ul style="list-style-type: none"> • Método controlado por la mujer. • Contribuye a la prevención de ITS y SIDA y embarazos cuando se usan correcta y consistentemente. • No tienen ningún efecto colateral. • No requiere supervisión médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actualmente es un método costoso. • Requiere la participación de la pareja 	Es una funda transparente y delgada hecha de un plástico suave (poliuretano). Tiene un anillo flexible y al interior otro movable, que sirve para fijarlo al fondo de la vagina. Antes de tener relaciones la mujer lo coloca dentro de la vagina. Durante el coito el pene se introduce en la vagina recubierta por el condón femenino.

Instrucciones de uso

Antes de abrirlo:

- 1) Verificar la fecha de caducidad y que el empaque este en buenas condiciones.
- 2) Abrir con las yemas de los dedos. Evitar usar los dientes, uñas o tijeras. Para colocarlo:
- 3) Mantener el anillo movable en el fondo del condón.
- 4) Con los dedos, se presiona el anillo interno (como formando un 8) para introducirlo en el orificio vaginal.
- 5) Con la otra mano separar los labios de la vulva y abrir el orificio vaginal para introducir el condón hasta el cuello de la matriz. (Esta operación puede ser parada con una pierna subida en una silla o semiacostada con las piernas abiertas.
- 6) Verificar que el anillo externo del condón quede por fuera, cubriendo los labios mayores de la vulva.
- 7) Para la penetración guiar el pene hacia el centro del condón.

Para retirarlo

- 8) Al concluir la relación sexual, se toma el anillo externo, se gira ligeramente para no derramar el semen y se jala suavemente para sacarlo. Se desecha en la basura, envuelto en papel de baño.

Métodos Anticonceptivos basados en el conocimiento de la fertilidad				
Método	Efectividad	Ventajas	Desventajas	Descripción
Calendario (Ritmo)	Poco confiable sobre todo por fallas de las personas que los utilizan.	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene efectos colaterales. • Sin costo. • Pueden ser utilizados cuando ambos se comprometen. • Aceptable para algunos grupos religiosos. • Sin efecto durante la lactancia • Involucran al hombre en la planificación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medianamente efectivo. • Se requiere tiempo para conocer el funcionamiento del cuerpo. • Requiere llevar un registro del ciclo. • Requiere estrecha cooperación y compromiso entre ambos miembros de la pareja. • Requiere largos periodos sin penetración vaginal. • La mujer debe tener ciclos regulares. 	<p>Para poner en práctica este método de prevención de embarazo, la mujer debe tener un perfecto conocimiento de su ciclo menstrual y de sus días fértiles. Durante los días fértiles puede optar por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abstenerse completamente de tener relaciones sexuales. • Usar otro método como condón. <p>El método requiere un mínimo de 6 meses de registro del ciclo menstrual.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • No tiene efectos 	<ul style="list-style-type: none"> • Medianamente efectivo. 	<p>La mujer debe revisar diariamente sus secreciones cervicales. Cuando está en su</p>

Moco cervical	Poco confiable sobre todo por fallas de las personas que los utilizan.	<p>colaterales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin costo. • Pueden ser utilizados cuando ambos se comprometen. • Aceptable para algunos grupos religiosos. • Sin efecto durante la lactancia • Involucran al hombre en la planificación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere y conocimiento del cuerpo. • Requiere llevar un registro del ciclo. • Requiere estrecha cooperación y compromiso entre ambos miembros de la pareja. • Requiere largos periodos sin penetración vaginal. • La mujer debe tener ciclos regulares. 	<p>periodo fértil la secreción se torna resbalosa, húmeda y se puede estirar entre los dedos. En este momento es cuando el coito se debe evitar. La pareja podrá tener relaciones cuando no haya secreción o cuando esta sea pegajosa o pastosa.</p>
Temperatura Basal	Poco confiable sobre todo por fallas de las personas que los utilizan.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin efectos colaterales y costo. • Pueden ser utilizados cuando ambos se comprometen. • Aceptable para algunos grupos religiosos. • Sin efecto 	<ul style="list-style-type: none"> • Medianamente efectivo. • Requiere tiempo y conocimiento del cuerpo. • Requiere llevar un registro durante el ciclo. • Requiere 	<p>La mujer se debe tomar la temperatura, ya sea vía oral, rectal o vaginal todas las mañanas antes de levantarse de la cama. La temperatura de la mujer sube de 2 a .5 °C cerca del tiempo de ovulación. (Ver ciclo menstrual). En este momento la pareja debe evitar el coito o utilizar métodos de barrera.</p>

		<p>durante la lactancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Involucran al hombre en la planificación familiar. 	<p>cooperación y compromiso de ambos miembros de la pareja.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requiere largos periodos sin penetración vaginal. • La mujer debe tener ciclos regulares. 	
Coito interrumpido	Poco confiable	<ul style="list-style-type: none"> • Igual que las anteriores • 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere mucho compromiso. • Puede haber espermatozoides en el líquido pre eyaculatorio. 	Durante el acto sexual, el pene se retira de la vagina antes de producirse la eyaculación.
Espermaticidas Jaleas, espumas, óvulos, tabletas vaginales, crema.	85%	<ul style="list-style-type: none"> • Método controlado por la mujer. • No tiene efectos colaterales. • Puede interrumpirse su uso en cualquier momento. • Puede ofrecer mayor 	<ul style="list-style-type: none"> • En algunas ocasiones pueden provocar reacción alérgica. 	Método que se introduce dentro de la vagina minutos antes de la relación sexual. Los espermaticidas matan a los espermatozoides o hacen que sean incapaces de movilizarse. Aumenta su efectividad cuando es usado con condón.

		<p>lubricación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se usa únicamente cuando se tiene relaciones sexuales 		
Diafragma		<ul style="list-style-type: none"> • Puede insertarse hasta una hora antes de la relación sexual. • Se usa únicamente cuando se tiene relaciones sexuales. 	No disponible en nuestro país.	<p>Pequeña cúpula de hule que cubre el cuello del útero.</p> <p>Debe usarse con jalea o crema espermaticida. Impide que los espermatozoides pasen hacia las trompas de Falopio.</p>
Capuchón cervical	De 60 a 70% que puede incrementarse si se usa con espermaticidas	<ul style="list-style-type: none"> • Puede insertarse hasta una hora antes de la relación sexual. • Se usa únicamente cuando se tiene relaciones sexuales 	No disponible en nuestro país.	Más pequeño que el diafragma.

Métodos Anticonceptivos. Definitivos				
Método	Efectividad	Ventajas	Desventajas	Descripción
Salpingoclasia Ligadura de trompas	99%	<ul style="list-style-type: none"> Muy efectiva cuando ya no se desea tener hijos. No interfiere en la relación sexual. Sin efectos a la Salud. Puede realizarse inmediatamente después de dar a luz. 	<ul style="list-style-type: none"> Método quirúrgico que conlleva riesgos. Doloroso al principio. Difícilmente reversible. No protege de ITS 	<p>Método quirúrgico simple.</p> <p>A través de una leve incisión en el abdomen de la mujer para bloquear o cortar las trompas de Falopio, impidiendo la unión del espermatozoide con el óvulo.</p> <p>La mujer sigue teniendo sus periodos menstruales.</p>
Vasectomía	99%	<ul style="list-style-type: none"> Método muy efectivo para cuando ya no se desea tener hijos. No hay que recordar nada. Sólo utilizar condones para prevenir ITS. No interfiere con la relación sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> No protege de ITS. Leves molestias durante 2 o 3 días luego del procedimiento. Sólo lo puede realizar personal capacitado. No es efectivo de manera inmediata. 	<p>Método quirúrgico seguro, simple y rápido para hombres.</p> <p>Se realiza una pequeña incisión en el escroto y se cortan los conductos que llevan los espermatozoides.</p> <p>Con este procedimiento se logra que el semen no contenga espermatozoides.</p> <p>Luego del procedimiento deberán pasar 20 eyaculaciones o tres meses para garantizar que no haya espermatozoides.</p>

LA ABSTINENCIA SEXUAL

En el sentido más estricto, la abstinencia sexual se refiere a la privación de la satisfacción de los apetitos sexuales, tanto con otras personas como el que se refiere a la autosatisfacción (masturbación, autoerotismo). Puede ser voluntaria o involuntaria, pero siempre es resultado de una obligación, ya que consiste en reprimir las manifestaciones naturales del individuo. Para términos prácticos, durante la adolescencia se refiere a la decisión de posponer el inicio de las relaciones sexuales o bien tener contacto sexual pero sin penetración vaginal y anal, hasta cuando él o la joven se sientan física y psicológicamente preparados. Esta decisión debe ser libre y responsable no determinado por el temor. Requiere además fuerte motivación, control de sí mismo y compromiso. Esta práctica tiene la ventaja de que no existe riesgo de un embarazo no deseado, ni de contagio de infecciones de transmisión sexual, siempre y cuando no haya intercambio de secreciones.

TOMA DE DECISIONES

La toma de decisiones informada y responsable es sin duda un factor determinante para el cuidado de la salud sexual. Es un proceso en el que se ponderan dos o más opciones ante una situación dada. Existen diversos modelos para facilitar el proceso de toma de decisiones. A continuación se presenta uno que puede ser utilizado por l@s jóvenes como herramienta práctica. (Utilizar la balanza.)

Modelo para toma de decisiones

Pasos	Preguntas a plantearse
1. Identificación de opciones posibles	¿Cuáles son las alternativas que existen?
2. Recopilación de información necesaria para decidir	¿Conozco todo lo que debo saber sobre la situación? ¿Qué me falta saber? ¿Dónde debo buscar dicha información?
3. Hacer una lista de ventajas y desventajas de cada opción	¿Cuáles son los posibles riesgos y beneficios que acompañan a cada alternativa?
4. Pensar en cómo resolver o reducir las desventajas.	¿Puedo superar los inconvenientes de cada opción?
5. Pensar si existe la posibilidad de obtener las ventajas de una opción eligiendo las otras opciones	¿Cómo podría conseguir las ventajas de una opción eligiendo las otras?
6. Ponderación subjetiva de las ventajas y desventajas.	¿Cuál es el valor medio que concedo a las ventajas y desventajas?
7. Valoración del costo emocional y relacional de cada opción	¿Cómo me sentiré si decido una cosa u otra? ¿Sufrirán mis relaciones personales?
8. Toma de la decisión y razonamiento de esa elección	¿Cuál de todas las alternativas posibles resulta para mí la mejor ahora? ¿Por qué?

CAPÍTULO V:

LAS BARRERAS DE LA SEXUALIDAD

BARRERAS DE LA SEXUALIDAD

Discriminación

En el artículo 4 de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (Diario Oficial de la Federación del 11 de junio de 2003), se define la discriminación como "... toda distinción, exclusión o restricciones que basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad de oportunidades de las personas."

Sin duda una de las barreras más grandes de la sexualidad es la presencia de diversas formas de discriminación que se presentan en nuestra sociedad.

Homofobia

Etimológicamente, la palabra homosexual es un híbrido del griego homós (que significa igual) y del adjetivo latino sexualis, lo que sugiere una relación sexual y sentimental entre personas del mismo sexo. A partir de 1973 la comunidad científica internacional considera que la homosexualidad no es una enfermedad. La homofobia, por su parte, se refiere a la aversión, miedo, odio, o discriminación contra los hombres o mujeres homosexuales, bisexuales o transexuales. El rechazo y la desvalorización de la conducta homosexual, orilla a muchos hombres y mujeres a experimentar una vida sexual en las condiciones más desfavorables para su salud e integridad personal. La clandestinidad, la culpa, el miedo, la amenaza de la violencia, el matrimonio forzado o indeseado, son sólo ejemplos de esta situación.

Misoginia

Es la aversión u odio a las mujeres o la tendencia ideológica o psicológica que consiste en despreciar a la mujer como sexo y con ello todo lo considerado como femenino. Esta tendencia ha estado presente a lo largo de la historia y su reproducción ha provocado profundo daño a la relación entre las mujeres y los hombres.

A finales de los años sesenta a través de una investigación empírica se demostró que lo que determina la identidad y el comportamiento masculino y femenino no es el sexo biológico, sino las expectativas sociales, ritos, costumbres y experiencias que se tienen por el simple hecho de ser mujer u hombre. A partir de este descubrimiento se comenzó a comprender que la identidad de las personas y su posicionamiento social provienen de las representaciones atribuidas a la "masculinidad" y la "feminidad", así como el tinte sexista de las reglas de funcionamiento de las instituciones públicas y privadas.

La vida pública se refiere a la esfera en la que se produce el reconocimiento y ejercicio de los derechos y la privada donde se satisfacen los intereses particulares de las personas y las familias. De acuerdo a esta división las mujeres históricamente quedaron excluidas de la esfera pública y marginada de la toma de decisiones y el intercambio de mercado. En su lugar se les asignó la salvaguarda de la esfera privada y familiar, quedando subordinada a la autoridad masculina. Así mismo, ha fomentado la visión de lo masculino como superior y lo femenino como inferior. Esta situación ha afectado inequitativamente el acceso de la mujer a oportunidades y recursos materiales. Ejemplo de esto es:

- La paga desigual por el mismo trabajo realizado.
- Menor acceso a la educación (Dos terceras partes de las personas que no saben leer son mujeres)
- Menor acceso al dinero y a la propiedad de la tierra
- Mayores niveles de pobreza (dos terceras partes de las personas pobres son mujeres).
- Doble rol (productivo y reproductivo)

La perspectiva de género. Es una herramienta conceptual que busca mostrar que las diferencias entre hombres y mujeres se dan, más que por cuestiones biológicas, por diferencias culturales. Permite entender que las vidas de las mujeres y los hombres pueden modificarse. Cuestiona los estereotipos con los que somos educados y abre la posibilidad de nuevas formas de relacionarse.

Plantea la necesidad de solucionar los desequilibrios entre hombres y mujeres a través de acciones como:

- Distribución equitativa de las actividades productivas y reproductivas entre ambos sexos.
- Valoración de los trabajos que realizan hombres y mujeres, especialmente con los que se relaciona con el cuidado de los hijos e hijas, cuidado de los enfermos y tareas domésticas.
- Fortalecimiento del poder de gestión y decisión de las mujeres.
- Superación de la visión que considera a la mujer como “vulnerable” o de segunda categoría.

Violencia

La violencia tiene diversas formas de manifestación: la física, la emocional o psicológica, la sexual y la económica. Padecer sistemáticamente cualquiera de estas formas de violencia puede provocar ansiedad, estados de depresión, aislamiento social y hasta trastornos psicomotores.

La violencia sexual sucede cuando: una persona obliga a otra a tener relaciones sexuales cuando la otra no lo desea, se critica la forma de tener relaciones sexuales, se compara con otras personas, se hace burla del cuerpo, se cela a la persona. El abuso sexual, se refiere a cualquier conducta tendiente a controlar o subyugar a otra persona a través del uso del temor o la humillación. Los y las adolescentes se encuentran en la etapa en la que aprenderán a relacionarse en pareja. Es aquí donde deben aprender a identificar aquellas conductas que aparecen como sutiles pero que pueden transformarse en violentas

El consumo de alcohol y otras sustancias. El alcohol y otras drogas sedantes tienden a disminuir la inhibición y producir un estado de relajación cuando se consumen con moderación, sin embargo en grandes dosis estas drogas tienen un efecto negativo sobre el deseo sexual y en lo hombres a menudo producen impotencia. Algunas investigaciones sugieren que el consumo de marihuana, reduce los niveles de testosterona (hormona masculina) y la producción de espermatozoides.

CAPÍTULO VI

AUTOIMAGEN Y AUTOESTIMA

AUTOESTIMA

La autoestima es la unión de dos sentimientos: el sentimiento de capacidad “yo puedo” y el de valía personal “yo valgo”; es la valoración que cada persona hace de sí misma, se pueden valorar aspectos concretos (como la apariencia física) o generales (sentirse que uno vale poco) como nos vemos, sentimos y valoramos a nosotros mismos e influye en nuestro comportamiento y en cómo nos relacionamos con los demás. Esta capacidad de auto valorarnos se desarrolla a lo largo de la vida, no surge de un momento a otro. Se forma a partir de nuestras propias experiencias, logros y de la influencias del medio en que vivimos.

Quienes tienen una visión realista y positiva de sí mismos se estiman, se sienten a gusto consigo mismos, seguros de sí mismos sin temor al rechazo o al fracaso, conocen sus límites, tienen menos dificultades para relacionarse con los demás social, laboral y sexualmente. En cuanto a la sexualidad tener una alta autoestima reduce los riesgos de establecer relaciones no saludables, de frustraciones por no tener relaciones más satisfactorias así como de involucrarse en actividades de riesgo como tener actividad sexual sin protección.

Según la psicología una persona con autoestima positiva:

- Asume responsabilidades con facilidad.

- Está orgullosa de sus logros.
- Afronta nuevos retos con entusiasmo.
- Utiliza sus medios, oportunidades y capacidades para modificar su vida de manera positiva.
- Se quiere y se respeta a sí misma y consigue el aprecio y respeto de quienes le rodean.
- Rechaza toda actitud negativa para la persona misma.
- Expresa sinceridad en toda manifestación de afecto que realiza.
- Se acepta a sí misma

Cuando una persona tiene su autoestima baja:

- Desprecia sus dones naturales.
- Otras personas influyen en ella con facilidad.
- Se frustra fácilmente.
- Se siente impotente.
- Actúa a la defensiva
- Culpa a los demás por sus debilidades o problemas.

AUTOIMAGEN

La palabra auto imagen se refiere al conjunto estructurado de valoraciones acerca de uno mismo es decir a la imagen que cada uno de los humanos tenemos de nosotros mismos no nada más se refiere a la imagen externa, es decir, cuerpo, cara, estatura, complexión, sino a la imagen que tenemos de nuestro mundo interno, esto es capacidades, modo de ser, habilidades, etc. La autoimagen hace que nos desempeñemos en la vida real tal como creemos que somos, en la autoimagen. De tal modo que acabamos experimentando eso mismo que creemos de nosotros, hasta sentir que eso, es la verdad indiscutible de nosotros. Hay varios factores que influyen en la formación de la autoimagen:

- El cuidado y aprecio corporal recibido en la infancia/adolescencia. La censura, la crítica, las comparaciones, la falta de protección, la ausencia de caricias tanto físicas como verbales, han hecho y hacen mucho daño en las personas.
- El papel de la cultura y los medios de comunicación. La cultura prescribe o determina lo que es bello o feo, por contrapartida. Esto es mediatizado o transmitido por los mensajes de los medios masivos de comunicación. Las personas son bombardeadas constantemente con ello.
- Objetivos desmedidos. Las personas se trazan metas desproporcionadas para sí mismas con base a exigencias que aprendieron de otros o que creen que deben lograr. "Tengo que estar bien delgada", "Esta nariz debiera ser así".

Parte importante de nuestra autoestima es la imagen corporal. En la medida en que estemos satisfechos con nuestro propio cuerpo y sepamos cuidar de él, vamos a lograr despertar sentimientos de agrado y de aprecio en los demás y en nosotros mismos.

CAPÍTULO VII

ASERTIVIDAD Y DERECHOS SEXUALES

La asertividad es una forma de comunicación la cual se sitúa entre la agresividad y pasividad. Cuando la persona se comunica asertivamente no agrede ni se somete a la voluntad de otro. Es la expresión adecuada, clara y directa de los diferentes estados emocionales, lo que implica necesariamente estar en contacto con los afectos y pensamientos. Está íntimamente vinculada con la autoestima porque cuando se tiene respeto así mismo, se tiene mayor bienestar emocional y psicológico, lo que a su vez permite tener relaciones más auténticas y profundas con los demás, al no hacer cosas que no se quiere hacer, por sentirse comprometido.

La asertividad parte del hecho de cómo seres humanos todo/as tenemos derecho a:

1. Ser tratado con respeto y dignidad.
2. Equivocarse y a hacerse responsable de sus propios errores.

3. Tener sus propios valores, opiniones y creencias.
4. Tener sus propias necesidades y que éstas sean tan importantes como las de los demás.
5. Experimentar y a expresar los propios sentimientos y emociones, haciéndose responsable de ellos.
6. Cambiar de opinión, idea o línea de acción.
7. Protestar cuando se es tratado de una manera injusta.
8. Cambiar lo que no nos es satisfactorio.
9. Pedir lo que se quiere.
10. Decidir qué hacer con el propio cuerpo, tiempo y propiedades.
11. Rechazar peticiones sin sentirse culpable o egoísta.
12. Derecho a no justificarse ante los demás.
13. Derecho a sentir y expresar el dolor.
14. Derecho a hablar sobre un problema con la persona implicada, entre otros.

En síntesis, la asertividad consiste en hacer valer los derechos propios diciendo de manera abierta y clara lo que uno piensa, quiere y siente, respetando a las otras personas.

Una técnica de gran utilidad para la/os jóvenes es el Disco rayado, que consiste en la repetición de una frase que exprese claramente lo que deseamos de la otra persona. Esta conducta asertiva nos permite insistir en nuestros deseos sin caer en trampas verbales o artimañas manipuladoras del interlocutor y sin dejarnos desviar del tema que nos importa, hasta lograr nuestro objetivo.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

En la declaración que surge en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1995), 180 países, incluido México, reconocen por primera vez, como parte de los derechos humanos, a aquellos dirigidos a garantizar la salud sexual y reproductiva. Por su parte El tema de los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes y en particular el del ejercicio de la sexualidad adolescente, ha provocado la oposición de quienes se consideran autorizados para determinar lo que debe o no debe permitírseles.

En el año 2000 en el estado de Tlaxcala se reunieron los representantes juveniles de 78 organizaciones de casi todo el país y elaboraron la Declaración de Derechos Sexuales de los jóvenes, donde plasmaron su aspiración a vivir una sexualidad libre, responsable, placentera, protegida, respetuosa y equitativa. Estos derechos sólo extienden el alcance de los Derechos Humanos universalmente reconocidos al ejercicio de la sexualidad.

A finales de 2001, se le planteó a la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), la necesidad de que dicha comisión diera reconocimiento a la Declaración de Tlaxcala. Se integró el Comité de la Campaña Nacional de los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes, el cual elaboró una Cartilla de Derechos Sexuales basada en la Declaración de Tlaxcala y revisando todas las cartillas existentes en el tema. Se buscó el sustento legal de la Cartilla en la Constitución Mexicana para que los derechos contenidos en ella pudieran ser exigibles y exigidos por las y los jóvenes. En enero del 2003 se realizó la presentación formal en la CNDH y comenzó su distribución. Estos derechos son:

1. Derecho a decidir en forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad.
2. Derecho a manifestar públicamente mis afectos.
3. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual.
4. Derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada.
5. Derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad.

6. Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad.
7. Derecho a vivir libre de toda discriminación.
8. Derecho de vivir libre de violencia sexual.
9. Derecho a la libertad reproductiva.
10. Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva.
11. Derecho a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad.
12. Derecho a la educación sexual.
13. Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad.

CAPÍTULO VIII

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, FANTASÍA Y MASTURBACIÓN

Infecciones de Transmisión Sexual

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), llamadas anteriormente enfermedades venéreas, son aquellas que se transmiten casi exclusivamente por contacto sexual desprotegido. Son causadas por microorganismos: virus, bacterias, protozoarios y hongos. Según datos oficiales, actualmente constituyen uno de los problemas más importantes de salud pública. Estas infecciones se encuentran dentro de las primeras 10 causas de consulta en las clínicas de atención de país y constituyen uno de los problemas más importantes de salud pública.

ACCIÓN	AGENTE CAUSAL	SINTOMAS	VÍAS DE TRANSMISIÓN
Sífilis	Bacteria Treponema pallidum	<p>En fase primaria: Inflamación de los ganglios inguinales, pene, vulva, cuello de matriz, boca o ano. Lesión con borde duro y abultado, que no duele, pero que al reventarse segrega un líquido altamente infeccioso. En fase secundaria. La bacteria entra en el torrente sanguíneo y las erupciones se generalizan en el resto del cuerpo. Hay pérdida de cabello, dolor de cabeza, garganta y articulaciones; falta de apetito, pérdida de peso, náuseas y fiebre. En Fase terciaria. La enfermedad entra en una etapa llamada latente que puede durar años y no presentar síntomas. En esta etapa ya no es contagiosa excepto por vía perinatal, sin embargo las personas pueden presentar daños en órganos vitales y daño cerebral, parálisis, pérdida de la razón o muerte.</p>	<p>Contacto sexual, por contacto de piel herida con secreciones, transfusiones sanguíneas o durante el embarazo y parto</p>
		<p>En la mujer: secreción blanca o amarillenta espesa, irritación vaginal, dolor y ardor al orinar. En el hombre: secreción amarillenta, verdosa o sanguinolenta por la uretra, ardor y dolor al orinar. En las infecciones en otras partes del cuerpo pueden desarrollarse</p>	<p>Por relaciones sexuales sin protección o a través del canal del parto durante el nacimiento</p>

Gonorrea	Bacteria: Gonococo Neisser	irritación y dolor de garganta, escurrimiento rectal, en los ojos irritación, hinchazón y salida de pus.	
Chancro blando	Bacteria: Hemophilus Ducreyi	Presencia de ampolla en la región genital o anal que se hincha se llena de pus y más tarde se revienta y forma una úlcera generalmente muy dolorosa. En algunos casos hay dolor al orinar y al defecar, sangrado rectal, dolor durante el coito, flujo vaginal o inflamación de los ganglios de las ingles.	Por relaciones sexuales sin protección.
Linfogranuloma (linfogranuloma inguinal; linfopatía venérea)	Bacteria Calymmatob acetrrium Granulomatis	Pequeña lesión en los genitales que no duele y que eventualmente revienta convirtiéndose en úlceras rojas, carnosas. Si no se tratan a tiempo pueden llegar a cubrir gran parte de los genitales.	Por relaciones sexuales sin protección
Tricomoniasis	Protista Trichomona Vaginales	En mujeres flujo amarillento o verdoso abundante y de mal olor, así como comezón en los ganglios, ardor al orinar, inflamación de la vulva y la vagina y dolor abdominal. En los hombres generalmente no aparecen síntomas, en algunos casos se inflama la uretra y hay secreciones.	Por relaciones sexuales sin protección o por contacto con retretes, toallas o ropa húmeda infectada.
		En las mujeres se presenta comezón e irritación en la vulva,	Relaciones sexuales sin protección, por

Monoliasis Hongo	Cándida Albicanis	flujo blanco con grumos, resequedad vaginal y dolor al orinar y durante las relaciones sexuales. En los hombres puede presentar enrojecimiento, salpullido o irritación en el pene y secreción por la uretra. También puede aparecer en forma de algodoncillo en el recto, la boca o garganta.	contacto con ropa infectada o retetes, por vía perinatal durante el parto o por deficiencias en el sistema inmunológico.
Mononucleosis infecciosa Enfermedad del beso	Virus Epstein-Barr	Dolor de garganta, inflamación de ganglio linfático y fiebre alta los cuales se pueden confundir con los de la gripa.	Por la saliva a través besos u contacto con otros objetos contaminados con saliva (paletas, lápices,)
Vaginosis	Bacteria	En las mujeres puede aparecer un flujo grisáceo de muy mal olor, hay comezón en los genitales y puede haber dolor al tener relaciones sexuales	Por relaciones sexuales y falta de higiene
Herpes genital	Virus del herpes simple (VHS) tipo 1 y 2.	El primer brote ocurre generalmente dentro de las dos semanas siguientes a la transmisión del virus y las llagas se curan típicamente en dos a cuatro semanas. Otros signos y síntomas durante el episodio primario pueden incluir una segunda serie de llagas y síntomas parecidos a la gripe, entre ellos fiebre e inflamación de las glándulas. La mayoría de las personas con la infección por VHS-2 nunca presentan llagas o pueden tener signos muy leves	Por contacto sexual aunque no haya llagas.

		que no se notan o que se confunden con picaduras de insectos u afecciones de la piel	
Hepatitis B	Virus de la hepatitis B (VHB).	Puede causar una infección para toda la vida, cirrosis (cicatrización) del hígado, cáncer del hígado, falla hepática y la muerte. Los principales síntomas son: piel amarilla o parte blanca de los ojos amarillenta (ictericia), cansancio, pérdida del apetito, náusea, malestar abdominal, orina oscura, excremento de color arcilla y dolor en las articulaciones	A través de la sangre o fluidos corporales en las relaciones sexuales, al compartir jeringas y de la madre al hijo durante el parto.
		La mayoría de las personas infectadas por el VPH no presentan síntomas o problemas de salud. Ciertos tipos del VPH (tipo 6 y 11) pueden causar verrugas genitales; otros tipos (16, 18, 31 y 45) pueden causar cáncer de cuello uterino y otros cánceres menos comunes como el de vulva, vagina, ano y pene. A menudo, los tipos del VPH se clasifican como de “bajo riesgo” (causantes de verrugas) o de “alto riesgo” (causantes de cáncer). En el 90% de los casos, el sistema inmunológico de la persona combate naturalmente la infección por el VPH en un período de dos años.	

<p>Virus del Papiloma Humano</p>	<p>Virus (existen aproximadamente más de 100 tipos, 30 de los cuales afectan la vagina)</p>	<p>Las verrugas genitales aparecen en el área genital como pequeños granitos individuales o en grupos. Pueden ser planas o elevadas, únicas o múltiples y en ciertos casos, tener forma de coliflor. Pueden aparecer semanas o meses después del contacto sexual con una persona infectada o puede que nunca aparezcan. Si no se tratan pueden desaparecer, quedarse igual o aumentar en tamaño y en número. No se convertirán en cáncer.</p> <p>El cáncer de cuello uterino no presenta síntomas sino hasta que está en una etapa avanzada. Por esta razón es importante que las mujeres se realicen periódicamente pruebas de detección del cáncer de cuello uterino como el Papanicolau y colposcopia.</p>	<p>Por vía sexual.</p>
<p>Síndrome de</p>	<p>Virus de la</p>	<p>El virus rompe el equilibrio de las células encargadas de proteger el cuerpo; lo dejan indefenso ante enfermedades de cualquier tipo. Inicialmente no hay síntomas; éstos pueden presentarse hasta diez años después de haberse dado el contagio del VIH.</p> <p>Pasada esta etapa, cuya duración es variable, se da un cuadro de adelgazamiento y debilitamiento, se presenta una</p>	<p>Se adquiere por contacto sexual, por</p>

Inmunodeficiencia Humana (SIDA)	Inmunodeficiencia Humana	<p>susceptibilidad mayor a contagiarse -de forma grave- de enfermedades comunes: gripes que terminan en neumonías, diarreas de larga evolución, etcétera.</p> <p>Cabe mencionar que para esta enfermedad no existe ningún tratamiento efectivo y, por lo general, la persona infectada muere entre los 10 y los 15 años posteriores a la fecha en que se dio la infección.</p>	vía sanguínea, al nacer un niño de una madre infectada o por amamantamiento
---------------------------------	--------------------------	--	---

La única manera de evitar el contagio de las infecciones de transmisión sexual es teniendo relaciones seguras, esto es:

- Siempre con una misma persona y que esté sana.
- Usar siempre condón

MASTURBACIÓN Y FANTASÍA

Masturbación

El autoerotismo, llamado también masturbación, auto placer, auto estimulación es definida como la estimulación de los órganos genitales con la mano, o por otro medio, para proporcionar goce sexual y el orgasmo. También existe la masturbación mutua, entre la pareja.

El autoerotismo es un comportamiento sexual que permite a los seres humanos, hombres y mujeres, desde la infancia hasta la vejez, vivenciar su propio cuerpo como una fuente de sensaciones placenteras que integran su autoimagen. La experiencia auto erótica es muy íntima y no se limita a la auto estimulación de los órganos genitales, en realidad toda la piel es capaz de reaccionar eróticamente, lo mismo sucede con los otros canales sensoriales.

La vista, el olfato, el oído y el gusto son vías de erotización para explorar el propio cuerpo. Combinando estos elementos sensoriales, el autoerotismo se ejerce de una u otra manera, desde ligeros e imperceptibles tocamientos de los genitales, rozándolos fugaz y suavemente, pasando por caricias más intensas, hasta el disfrute intenso de fantasías eróticas; esto es posible, si se tiene una buena salud sexual y una alta autoestima.

Los adolescentes redescubren su sexualidad con su cuerpo que ha cambiado tanto física como mentalmente, dándole una nueva dimensión a su erotismo mediante el auto placer que le sirve no sólo para descubrirse a sí mismo, sino también para aliviar algunas tensiones no sexuales.

La masturbación, aún en nuestros tiempos, es una práctica cuestionada y hasta condenada. En la misma descripción de la masturbación se encuentra la razón de su rechazo: Es un hecho solitario (se considera egoísta, independiente, libre) en el que hay que hacer uso de la imaginación (se puede cometer hasta adulterio con la mente) que desencadena en una eyaculación “en el exterior” (que podría considerarse un desperdicio en términos reproductivos).

Algunos adultos, solteros y casados, así como personas de la tercera edad, obtienen placer erótico y alivio emocional mediante el autoerotismo que usualmente va acompañado de fantasías con imágenes eróticamente estimulantes.

Fantasía

En la fantasía de tipo erótico surgen pensamientos (proceso mental) que conlleva a sensaciones físicas (proceso corporal) consideradas placenteras. Las fantasías eróticas ayudan, entre otras cosas: al desarrollo sexual, al crecimiento personal y a la creatividad; si una persona se abre al mundo de lo imaginario, esto repercutirá en diversos aspectos de su vida, no sólo en el área sexual. Las fantasías eróticas movilizan emociones, y pertenecen al ámbito del inconsciente, de lo simbólico, pueden tener contenidos irracionales que deben comprenderse de esa manera.

BIBLIOGRAFÍA

Introducción. Características de la educación sexual integral Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la Acción.

OPS, OMS, WAS, Antigua, Guatemala, mayo 2009

CAPÍTULO I: Conceptos básicos Promoción de la Salud Sexual.

Recomendaciones para la Acción. OPS, OMS, WAS, Antigua, Guatemala, mayo 2009.

CAPÍTULO II: Pubertad y Adolescencia/Anatomía y Fisiología de los órganos sexuales/Autocuidado de la salud sexual.

Harris, Robie H, Sexo... ¿Qué es? Desarrollo, cambios corporales, sexo y salud sexual, Ed. Serres, S.L. Barcelona.

Herant A. Katchadourian/Donald T. Lunde, Las bases de la Sexualidad Humana, Edit. CECSA, México D.F., 1988

Manual Cambios, El plan de Estudios del Programa de Alcance a los Adolescentes, Cornerstone Consulting Group, Inc, 2000

CAPÍTULO III: Ciclo menstrual / Fecundación y Embarazo / Expresiones de lo sexual

Herant A. Katchadourian/Donald T. Lunde, Las bases de la Sexualidad Humana, Edit. CECSA., México D.F., 1988.

Mensajes sobre Salud Sexual y Reproductiva, Tomo 1, Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 1999.

Programa para la prevención y atención integral del embarazo en adolescentes-propuesta metodológica, UNICEF, México D.F., 1999

Urbiola Oscar, Gran Enciclopedia del Sexo. Ed. Integral. 2006

Apuntes del Taller de Desarrollo Profesional en Salud, Impartido por Center Against Family Violence, impartido en El Paso, Tx. De enero a junio de 2008.

CAPÍTULO IV: Metodología Anticonceptiva/Toma de decisiones

Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva.

Manual para personal Clínico, Editado por Population Reports, Centro para Programas de Comunicación Facultad de Salud Pública John Hopkins, Unidad de Planificación Familiar de la OMS, USAID y OPS.

SYDR, Salud y Derechos Reproductivos. Grupo de Información y Reproducción Elegida GIRE A.C. ISBN 968-5774-01.3

Realidades y Prevención.

<http://www.educasexo.com/ciclomensual>

Manual Cambios, El plan de Estudios del Programa de Alcance a los Adolescentes, Cornerstone Consulting Group, Inc, 2000.

Manual del Programa para la prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes. DIF Estatal, 1999.

CAPÍTULO V: Barreras de la sexualidad

Laura Martínez R., Miriam Valdez. Violencia de Género, Visibilizando lo invisible, cuaderno de la Secretaría de Seguridad Pública y Asociación para el desarrollo Integral de las personas violadas, A.C. Ciudad de México, 2007.

ABC de género, cuadernillo de la Secretaría de Seguridad Pública, Instituto Nacional de las Mujeres, Tercera Edición, septiembre de 2008.

CAPÍTULO VI: Autoimagen y autoestima

Ser joven, Educación para la vida, CONEVYT-INEA, 2001

CAPÍTULO VII: Asertividad/Derechos sexuales

Programa para la prevención y atención integral del embarazo en adolescentes- propuesta metodológica, UNICEF, México D.F., 1999

Ser joven, Educación para la vida, CONEVYT-INEA, 2001
www.jovenesnuestrosderechos.org

CAPÍTULO VIII: Infecciones de transmisión sexual/Fantasía y masturbación

Herant A. Katchadourian/Donald T. Lunde, Las bases de la Sexualidad Humana, Edit. CECSA., México D.F., 1988

Antología de la sexualidad humana tomo II, Consejo Nacional de Población, México, .D.F, 1994 www.cdc.gov www.planificanet.org.mx

Otras lecturas y sitios recomendados

www.inmujer.org.mx Antología de la sexualidad humana. México, Conapo / Porrúa, 1994. www.letraese.org.mx