



Dra. Morales Irecta Rosvani Margine.

Erika Patricia Altuzar Gordillo

Cuadro comparativo.

Crecimiento y desarrollo.

PASIÓN POR EDUCAR

7° semestre

Comitán de Domínguez Chiapas a 02 de Junio del 2023

Diferencia entre adolescencia y pubertad.

Pubertad.	El término pubertad proviene del latín “pubere” que significa pubis con vello.
	Es un proceso biológico en el que se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, así como la adquisición del pico de masa ósea, grasa y muscular y se logra la talla adulta.
	Se considera inicio puberal normal a la aparición de telarquia entre los 8-13 años en las niñas y el aumento del tamaño testicular entre los 9-14 años en los niños.
	Los cambios hormonales son debidos a la interacción entre el sistema nervioso central, hipotálamo, hipófisis, gónadas y suprarrenales.
	Los cambios físicos en la pubertad son: Aceleración y desaceleración del crecimiento, cambios de la composición corporal y desarrollo de órganos y sistemas, así como maduración sexual (gónadas, órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios).
	Este crecimiento puberal no es armónico, sino que se crece por “segmentos”, con crecimiento inicial del segmento inferior y con un orden de crecimiento de distal a proximal, crecen primero los pies. La talla definitiva, se alcanza entre los 16-17 años en las chicas, puede retrasarse hasta los 21 años en los chicos.
	El aumento de peso durante el estirón puberal llega a suponer alrededor del 50% del peso ideal del adulto.
	Durante esta época se produce aumento de los diferentes órganos (corazón, pulmones, hígado, bazo, riñones), se ensancha la pelvis en las mujeres y los hombros en los varones, aumenta la fosfatasa alcalina según el grado de maduración del individuo y se produce un aumento de los glóbulos rojos y la hemoglobina en los varones debido a que la testosterona estimula la secreción de factores eritropoyéticos renales.
	El primer signo de desarrollo puberal en las mujeres es el aumento del botón mamario que puede iniciarse entre los 8-13 años, junto con aumento de la velocidad de crecimiento y acontece a una edad ósea de 11 años. Antes de los 8 años hablamos de pubertad precoz y después de los 13 de pubertad tardía.
	El pico de máxima velocidad de crecimiento, ocurre relativamente pronto mientras que la menarquia es un evento tardío, suele presentarse unos dos años tras la telarquia y señala en general, la disminución del crecimiento.
	En los varones la pubertad puede suceder dos años más tarde que en las mujeres y por ello éstas pueden parecer más maduras físicamente que sus compañeros.
El primer signo de desarrollo puberal en ellos es el aumento del volumen testicular, así como enrojecimiento y rugosidad de la bolsa escrotal que puede empezar entre los 9-14 años y acontece a una edad ósea de 13 años. Antes de los 9 años hablamos de pubertad precoz y después de los 14 de pubertad tardía.	
Adolescencia.	Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración.
	Es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta.
	Se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con la pubertad (aspecto puramente orgánico), terminando alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicossocial.
	La OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad.
	La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases que se solapan entre sí: adolescencia inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años).
	Los adolescentes no forman un grupo homogéneo, existe una amplia variabilidad en los diferentes aspectos de su desarrollo; además los aspectos biológicos pueden influir en el desarrollo psicológico.
	La adolescencia no es un proceso continuo y uniforme; los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobre todo en momentos de estrés.
	Sobre los 12 años se alcanza el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto, a los 15-16 el desarrollo moral, saber lo que está bien y mal.
	Aparte del importante crecimiento y desarrollo, los objetivos psicossociales a conseguir durante esta época son: lograr la independencia de los padres, tomar conciencia de la imagen corporal y aceptación del cuerpo. Establecer relaciones con los amigos, así como la adopción de estilos de vida y establecer la identidad sexual, vocacional, moral y del yo.
Etapas de la adolescencia.	
Adolescencia temprana.	Entre los 10 y 13 años de edad.
	Las hormonas sexuales empiezan a estar presentes por esto se dan cambios físicos.
	Cambio del tono de la voz, aparición de vello púbico, y en axilas, olor corporal, un aumento en la sudoración, y acné.
	Comienzan a buscar cada vez más a los amigos.
Adolescencia media.	Se da entre los 14 y 16 años de edad.
	Comienzan a evidenciarse cambios a nivel psicológico y en la construcción de su identidad, como se ven y como quieren que los vean.
	La independencia de los padres es casi obligatoria y es la etapa en la que pueden caer más fácilmente en situaciones de riesgo.
Adolescencia tardía.	Esta etapa puede darse desde los 17 y pueden extenderse hasta los 21 años de edad.
	Comienzan a sentirse más cómodos con su cuerpo, buscando la aceptación para definir de esta manera su identidad.
	Se preocupan cada vez mas por su futuro y sus decisiones están en coordinación con ello.
	Los grupos ya no son los mas importante y comienzan a elegir relaciones individuales o grupos mas pequeños.
Cambios en la adolescencia.	
Cambios psíquicos.	El adolescente se encuentra en un cruce con varias direcciones a seguir y siente que es su decisión y no la de los padres la que determinará su futuro. A medida que los jóvenes ponen a prueba sus nuevas capacidades, empiezan a cuestionar la forma en que los padres plantean las cosas.
El duelo de la infancia.	Es la pérdida de la protección que recibe el niño.
	El abandono de la infancia es inevitable y le supone dejar relaciones de gran dependencia en un momento de incertidumbres y dudas.
	Los padres ya no son aquellos que lo saben todo, que todo lo pueden resolver, los padres idealizados de la infancia.
	Esta situación de idealización, hace que el adolescente se sienta muy desorientado.
	Son cambios repentinos en el que se puede pasar de la alegría a la melancolía con una rapidez sorprendente.

Cambios del estado anímico.	Por un lado, tiene miedo a crecer, y por el otro, miedo a quedarse pequeño.
Cambios en el pensamiento.	Quieren comprobar lo que saben, cuestionan y reflexionan sobre temas existenciales y profundos, valores de solidaridad, justicia social, buscando una mirada propia y genuina.
	Los cambios que se dan, coinciden también con los cambios propios de la época que les toca vivir.
	Todo ello hace que se enfrenten a desafíos muchos de ellos diferentes a los de los padres cuando tenían la misma edad.
Aparato reproductor masculino y femenino, cambios que ocurren.	
Aparato reproductor masculino.	
Agrandamiento de testículos y escroto.	En la pubertad los testículos y el escroto prácticamente se duplican.
	A medida que los testículos siguen creciendo, la piel del escroto se oscurece, se agranda, se afina, cuelga del cuerpo y muestra pequeñas protuberancias.
	En la mayoría de los hombres uno de los testículos generalmente el izquierdo cuelga más abajo que el otro.
Vello púbico.	Aparece algo de vello de color claro en la base del pene. Como sucede con las niñas, el vello púbico pronto se oscurece, su textura cambia y se vuelve más rizado y grueso, pero el patrón tiene una forma romboidal más que triangular.
	En los próximos años, cubrirá la zona púbica y luego se extenderá hacia los muslos. Una línea delgada de vello también sube hasta el ombligo.
	Aproximadamente dos años después de la aparición del vello púbico, comienza a crecer vello ralo en el rostro, las piernas, los brazos y las axilas y posteriormente en el pecho de un varón.
Crecimiento del pene.	En primer lugar, se produce un aumento en la longitud del pene y luego en su ancho.
	La mayoría de los varones no entienden que la función sexual no depende del tamaño del pene ni que las dimensiones del pene flácido no indican necesariamente el tamaño que éste alcanza cuando está erecto.
Aparato reproductor femenino.	
	Crecimiento de las mamas y ensanchamiento de caderas.
	Cambios en la vagina, el útero y los ovarios.
	Inicio de la menstruación y la fertilidad.
	Cambio en la forma pélvica, redistribución de la grasa corporal.
	Crecimiento de vello púbico y axilar.
	Aumento de estatura.
	Olor corporal fuerte, cambios en la piel y acné.
Ciclo menstrual.	
Fase folicular.	Esta fase folicular empieza el primer día de sangrado menstrual (día 1). No obstante, el acontecimiento principal de esta fase es el desarrollo de los folículos en los ovarios.
	Al principio de la fase folicular, el revestimiento interno del útero (endometrio) está lleno de líquido y nutrientes destinados al futuro embrión. Si ningún óvulo ha sido fertilizado, los niveles de estrógenos y de progesterona son bajos. Como resultado, las capas superiores del endometrio se desprenden y sobreviene la menstruación.
	En este momento, la hipófisis aumenta ligeramente su producción de hormona foliculoestimulante. Esta hormona estimula el crecimiento de 3 a 30 folículos. Cada folículo contiene un óvulo. Más tarde, en esta misma fase, a medida que los niveles de esta hormona disminuyen, solo uno de dichos folículos (llamado folículo dominante) continúa creciendo. Tras este proceso comienza la producción de estrógenos, y los demás folículos estimulados inician su descomposición.
	El aumento de los estrógenos también comienza a preparar el útero y estimula la producción de hormona luteinizante.
	Por término medio, la fase folicular dura unos 13 o 14 días. De las tres fases, esta es la que puede variar más en duración.
Fase ovulatoria.	Esta fase ovulatoria comienza cuando se produce el pico de los niveles de hormona luteinizante. Esta hormona estimula el folículo dominante, que se aproxima a la superficie del ovario para finalmente romperse y liberar el óvulo.
	La fase ovulatoria dura habitualmente entre 16 y 32 horas. Acaba con la liberación del óvulo, unas 10 a 12 horas después del aumento de la hormona luteinizante. El óvulo puede fertilizarse hasta un máximo de unas 12 horas después de su liberación.
	El aumento de la hormona luteinizante puede detectarse mediante la determinación de sus niveles en la orina, Esta medida se puede utilizar para determinar aproximadamente cuándo ocurrirá la ovulación.
	Los espermatozoides sobreviven de 3 a 5 días, por lo que un óvulo puede ser fecundado incluso si los espermatozoides entran en el aparato reproductor antes de que el óvulo sea liberado.
	En cada ciclo, hay alrededor de 6 días en los que puede ocurrir el embarazo.
	La ventana fértil generalmente comienza 5 días antes de la ovulación y termina 1 día después de la ovulación. El número real de días fértiles varía de un ciclo a otro y de una mujer a otra.
	La liberación del óvulo no tiene lugar alternativamente cada mes en uno u otro ovario, sino que parece producirse de forma aleatoria. Si se extirpa un ovario, el otro libera un óvulo cada mes.
Fase lútea.	Esta fase lútea sigue a la ovulación, dura alrededor de 14 días (a menos que tenga lugar la fertilización) y finaliza justo antes del periodo menstrual.
	En la fase lútea, el folículo roto se cierra después de liberar el óvulo y forma una estructura denominada cuerpo lúteo, que secreta progresivamente una cantidad mayor de progesterona.
	La progesterona producida por el cuerpo lúteo hace lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Prepara al útero por si se implanta un embrión • Hace que el endometrio se engrose y acumule líquido y nutrientes para alimentar a un posible embrión

	<ul style="list-style-type: none"> • Provoca también el espesamiento de la mucosidad en el cuello uterino y dificulta la entrada de espermatozoides o bacterias en el útero • Provoca un ligero aumento de la temperatura corporal basal durante la fase lútea y hace que continúe elevada hasta que se inicie el periodo menstrual (este aumento de la temperatura se puede utilizar para estimar cuándo se ha producido la ovulación)
Fase lútea.	Durante la mayor parte de la fase lútea, el nivel de estrógenos es alto. Los estrógenos también estimulan el engrosamiento del endometrio.
	El aumento de los niveles de estrógenos y de progesterona hace que se dilaten los conductos galactóforos de las mamas. Como resultado, estas pueden aumentar de tamaño y volverse dolorosas al tacto.
	Si no se fertiliza el óvulo, o si este, una vez fecundado, no se implanta, el cuerpo lúteo degenera tras 14 días, disminuyen los niveles de estrógenos y de progesterona, y comienza un nuevo ciclo menstrual.
	Si se produce la implantación, las células que rodean al embrión en desarrollo comienzan a producir una hormona denominada gonadotropina coriónica humana. Esta hormona mantiene el cuerpo lúteo, que continúa produciendo progesterona hasta que el feto en crecimiento pueda producir sus propias hormonas.
Tabla de criterios médicos de elegibilidad de anticoncepción.	
Eficacia.	la capacidad de un método anticonceptivo para evitar una gestación. Se mide habitualmente con el Índice de Pearl, que se define como el número de embarazos.
	Se denomina eficacia teórica a la que se obtiene con el uso perfecto de cualquier método anticonceptivo, y efectividad o eficacia real a la que se obtiene en condiciones normales de uso, por la población general y en condiciones de posibles fallos de uso.
Seguridad.	viene condicionada por la capacidad del método de no producir efectos indeseados sobre la salud de la persona que lo utiliza.
Facilidad o complejidad.	es muy importante asegurarse de que la paciente comprende adecuadamente el uso del anticonceptivo.
	Si es muy complejo, disminuye su efectividad y supone una limitación a su uso.
Reversibilidad.	Es la recuperación de la capacidad reproductiva al interrumpir un método anticonceptivo.
Relación con el coito.	junto con la frecuencia de las relaciones sexuales, la elección del método anticonceptivo influye para que tenga una relación inmediata o lejana con el coito.
Edad y pariedad.	Se debe preguntar por embarazos previos y deseo de embarazos posteriores.
Percepción individual de riesgos.	debemos intentar dejar espacio para aclarar dudas, explicar posibles efectos secundarios y los efectos beneficiosos de cada método, desmontando mitos y falsas creencias al respecto.
Hábitos tóxicos.	las mujeres con abuso de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas precisarán métodos independientes del control de la paciente y además métodos de barrera para prevenir ITS.
Aceptación.	en función de las experiencias previas, de las capacidades personales y de los condicionantes culturales y religiosos, determinadas pacientes pueden rechazar los métodos que les proponemos.
Embarazo adolescente.	
Embarazo precoz.	El embarazo adolescente o embarazo precoz se produce cuando ni su cuerpo ni su mente están preparados para ello; entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia.
	la OMS establece en los 19 años.
	La mayoría de los embarazos en adolescentes son embarazos no planificados y no deseados.
	En estas edades, el embarazo puede ser producto de violencia física, simbólica, psicológica y económica.
	El riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto se duplica si las niñas quedan embarazadas antes de los 15 años de edad.
Razones del embarazo precoz.	La evidencia empírica indica que entre los factores asociados a la maternidad precoz se encuentran las características del hogar de la adolescente: el ingreso económico de sus progenitores, sus niveles de educación y la condición de pobreza del hogar.
	Pero también hay factores contextuales relevantes, como el acceso a una educación sexual integral, a los distintos métodos de planificación familiar y, sobre todo, a la garantía del ejercicio de sus derechos.
	Asimismo, en el embarazo y la maternidad adolescentes influyen un conjunto de representaciones culturales en torno al género, a la maternidad, al sexo, la adolescencia, la sexualidad y las relaciones de pareja.
Consecuencias.	Las niñas que quedan embarazadas a una edad temprana corren mayores riesgos de padecer mortalidad y morbilidad materna.
	El embarazo durante los primeros años después de la pubertad aumenta el riesgo de aborto espontáneo, obstrucción del parto, hemorragia posparto, hipertensión relacionada con el embarazo y afecciones debilitantes durante toda la vida, como la fístula obstétrica.
	Tener hijos muy jóvenes también significa que las mujeres y las niñas son más vulnerables a otros resultados negativos para la salud materna por los partos frecuentes, los embarazos no planeados y los abortos inseguros.
	Los bebés que nacen de madres adolescentes tienen más probabilidades de nacer muertos, prematuros o con bajo peso y corren mayor riesgo de morir en la infancia, debido a la corta edad de la madre.
	Este riesgo se agrava por la falta de acceso a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva integrales.

Bibliografías.

Lomniczi A, Wright H, Ojeda SR. Epigenetic regulation of female puberty. *Front Neuroendocrinol.* 2015; 36C.

MI Hidalgo Vicario. MJ Ceñal Gonzalez-Fierro. M. Güemes Hidalgo. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine* 2014; 11(61):3579-8.

Kaplowitz PB. Link between body fat and the timing of puberty. *Pediatrics.* 2008; 121: S208-17.

Castellano JM, Tena-Sempere M. Metabolic regulation of Kisspeptin. *Adv Exp Med Biol.* 2013; 784: 363- 83.

Aznar, M. Balcells, M. Gibert, M. Palau i T. Ribalta (2009) Fundació Orienta. Tinc un adolescent a casa. Guia per a una convivència saludable. Àrea de Salut Pública i Consum de la Diputació de Barcelona.

Braconnier, A; Marcelli,D.(2005) Psicopatología del adolescente. Manual. 2ª edición Barcelona. E.Masson S.A.

Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 3ª ed. Ginebra: OMS; 2005.

Gómez Martínez M. Manejo clínico de la anticoncepción. Comunicación oral en el 30º Congreso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Barcelona. 2009.

Altarriba Cano M, Cerdeña Gómez C. Anticoncepción y Atención Primaria. I Jornada de Actualización SVMFiC. Revista Valenciana de Atención Primaria. 2004.

Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. UK Medical eligibility criteria for contraceptive use. UKMEC. 2009.