

36  
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

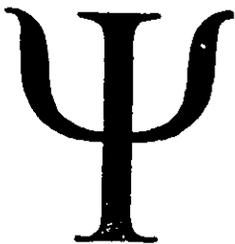
FACULTAD DE PSICOLOGIA

USO, CONOCIMIENTO Y ACTITUDES HACIA METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :  
FREDY CORTES BAHENA

DIRECTORA DE TESIS: LIC. MIRIAM CAMACHO VALLADARES.



MEXICO, D. F.

1999.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

277250



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**Dedico este trabajo especialmente a:**

Mi Papá, **Ubaldo Cortéz**, porque es un Padre excepcional

Y un amigo que siempre me apoyó...

A mi madre **Cleotilde Bahena Salgado**

Te agradezco tu paciencia y tu fe

y espero que todo este esfuerzo logre algo para ti...

y por el aliento necesario para seguir en este mundo...

A mis hermanos **“el negro”, “el güero”...**

Y para la **Nallely**, una mujercita a la que quiero tanto;

Y que sea un ejemplo para ellos...

A los “cuates”: **Eduardo, Magdalena, Sandra, Alex**

**Y muy especialmente a Juan y María Elena.**

*“ Si un segundo basta para morir ...también basta para cambiar “*

**Con un especial agradecimiento :**

**Al profesor Humberto Zepeda por ser paciente conmigo  
y ser un excelente profesor  
y por toda la ayuda**

**Prestada para el desarrollo de este trabajo  
A mí directora Miriam Camacho por todas sus  
enseñanzas en el aula y en este trabajo  
a la Maestra Aida Ma. Rodriguez por darme  
la oportunidad de trabajar con ella**

**Al Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”  
Y al CONALEP por toda la ayuda prestada  
para la realización de este trabajo**

# ÍNDICE

## RESUMEN

## INTRODUCCION

1

### Capítulo 1 CONOCIMIENTO, CONDUCTAS Y ACTITUDES

Conocimientos, conductas y actitudes	5
¿Cómo se forman?	5
Estudios sobre el término actitud	6
Relación entre conocimientos, conductas y actitudes	13

### Capítulo 2 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Breve reseña de los métodos anticonceptivos	14
Clasificación de los anticonceptivos	19
Descripción de cada uno de los métodos anticonceptivos	20
Temporales	20
De barrera	24
Dispositivo intrauterino	29
Métodos hormonales	32
Permanentes	45
En etapa de desarrollo	48

### Capítulo 3 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y ADOLESCENCIA

Definición de Adolescencia	51
Etapas de la adolescencia	53
Aspectos psicológicos de la adolescencia	54
Conducta sexual en adolescentes	55
Investigaciones sobre métodos anticonceptivos en la adolescencia	60

### Capítulo 4 METODOLOGÍA

Planteamiento del problema	82
Justificación	82
Hipótesis	83
Variables	83
Definición conceptual de variables	83
Definición operacional de variables	84
Sujetos	84

Tipo de muestra	84
Tipo de estudio	85
Diseño	85
Instrumentos	85
Procedimiento	86
Análisis estadístico	87

## RESULTADOS

Distribución en porcentajes de la muestra	89
Tablas de valores alfa	92
Tabla de conocimientos sobre métodos naturales	94
Tabla de conocimientos sobre métodos de barrera de acuerdo al género	95
Tabla de conocimientos sobre métodos hormonales	96
Tabla de conocimiento sobre el dispositivo intrauterino	97
Tabla de conocimientos sobre los métodos permanentes	97
Comparación entre grupos de edad y tipo de método	98
Comparación entre hombres y mujeres y conocimientos sobre métodos	99
Tabla sobre conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos	99
Discusión	102
Sugerencias	104
Referencias	105
<b>Anexo 1</b>	
Cuestionario sobre métodos anticonceptivos	111
<b>Anexo 2</b>	
Escala de actitud en hombres	127
Escala de actitud en mujeres	132

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer el uso, los conocimientos y las actitudes que tienen los adolescentes hacia los métodos anticonceptivos de una zona urbano-marginal. Los sujetos se situaron en un rango de edad entre 16 y 19 años, y fueron estudiantes de bachillerato (CONALEP). El tipo de muestra fue no probabilístico de tipo intencionado. Se utilizaron los siguientes instrumentos: escala tipo Lickert, con cinco opciones de respuesta (totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo) una para hombres y una para mujeres, estuvo constituida por los 16 tipos de métodos anticonceptivos, donde cada uno de los métodos contó con 20 ítems. De este instrumento se obtuvo la confiabilidad de consistencia interna por medio del coeficiente del Alfa de Crombach para cada uno de los reactivos que conforman a cada una de las 16 subescalas. El segundo instrumento fue un cuestionario de conocimientos, el cual constó de 65 preguntas de opción múltiple con cuatro alternativas de respuesta (una respuesta verdadera, dos respuestas falsas y una de no sé). Los resultados obtenidos fueron analizados por medio de la estadística descriptiva (frecuencias y medidas de tendencia central). Se observó que los hombres presentaron un mayor grado de conocimientos en cuanto a los métodos anticonceptivos de manera significativa a diferencia de las mujeres; así mismo se encontró que los hombres presentaron una actitud más favorable hacia los anticonceptivos que las mujeres. De acuerdo a la *prueba t de student* se encontró que no hay diferencias estadísticamente significativas en el uso de métodos anticonceptivos de acuerdo a los conocimientos y actitudes que tienen los adolescentes hacia los métodos anticonceptivos. Dicho análisis fue llevado a cabo por medio del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS para Windows)

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de la presente investigación será proporcionar una visión general del uso de los métodos anticonceptivos entre los adolescentes de nivel bachillerato de una zona urbano-marginal, ubicada en la Delegación Iztapalapa, colonia El Molino.

En México como en los países en desarrollo, la primera experiencia sexual premarital se está volviendo más común entre los jóvenes (Morris, 1990). Con el incremento de la urbanización y el desarrollo económico, la edad al casarse se ha elevado, y la actitud y el comportamiento de los jóvenes en materia sexual ha estado cambiando. Los lazos que unían al extenso círculo familiar y la adhesión a las tradiciones que regían el comportamiento sexual de los jóvenes está cambiando (Morris *et. al.*, 1992)

Las antiguas reglas pueden haber cambiado, pero no se les ha reemplazado con nuevas normas de comportamiento (Kiragu, *et. al.*, 1994). De modo que muchos jóvenes no saben dónde recurrir para pedir ayuda. "A los jóvenes les llegan mensajes contradictorios; las imágenes de los medios de difusión les incitan a promover su sexualidad, mientras que los padres, educadores y autoridades religiosas les instan a decir que "no". Los jóvenes mismos tal vez piensan que los métodos anticonceptivos no son para ellos (*op. cit.*)

La sexualidad, concebida como un proceso fundamental del ser humano, reclama cada vez mayor interés y compromiso por los especialistas, así como de la población en general. En naciones como México donde el 51% de la población se ubica dentro del rango de edad con potencial reproductivo, la carencia de atención en estos aspectos lo convierte en un país especialmente vulnerable a presentar los efectos nocivos de una explosión demográfica no controlada (Pick de Weiss, 1990). Dentro de este contexto es importante destacar los resultados de recientes encuestas conducidas por la empresa IMOP-Gallup de México (1993), las cuales muestran que más del 95% de la población cree que se debe dar educación sexual y para la vida familiar en las escuelas de este país, desde el nivel de la primaria en adelante (*op. cit.*)

La población de México asciendía—según estimaciones para mediados de 1995 a 91.6 millones de habitantes, se estimo que durante el año de 1996, ocurrieron

alrededor de 2.3 millones de nacimientos, lo que significa una tasa de crecimiento del 2.05% anual (Secretaría de Gobernación, Consejo Nacional de Población, 1995-2000)

Por lo que del total de la población, alrededor del 11.5% tiene entre 15 y 19 años de edad y el 17% del total de niños nacidos vivos son de mujeres de este rango (Secretaría de Gobernación, 1990)

Una razón importante que genera esta situación es debido al inicio temprano de la reproducción. Ya que según datos de encuestas demográficas recientes, las mujeres que tuvieron su primer hijo a los 18 años, comparados con quienes lo tuvieron después de los 24, alcanzaron 20 años después del nacimiento de ese primer hijo una descendencia de 6 hijos, mientras que las segundas sólo 3 hijos (Secretaría de Gobernación, Consejo Nacional de Población, 1995-2000)

De esta forma, los nacimientos que ocurren en mujeres menores de 20 años representan el 15.7 % del total de los nacimientos; a su vez la fecundidad adolescente contribuye con el 12% de la tasa global de fecundidad. Así, las mujeres menores de 20 años con condiciones socioeconómicas desfavorables son quienes más frecuentemente experimentan las repercusiones negativas de un embarazo temprano, por lo cual se constata que cuanto más temprana es la edad de una adolescente al momento de su primer embarazo, mayor es la ocurrencia de embarazos no planeados (Secretaría de Gobernación, Consejo Nacional de Población, 1995-2000)

Varios estudios (Rodríguez, 1984, Oskamp, 1983), han mostrado que los jóvenes llevan a cabo la primera relación sexual sin métodos anticonceptivos (Zelnick, 1979). Lo cual evidentemente tiene consecuencias negativas para la vida de los jóvenes. Las consecuencias económicas y sociales de la sexualidad adolescente pueden ser enormes. Las mujeres jóvenes que sin estar casadas quedan embarazadas tienen menos probabilidad de terminar su estudios, enfrentan mayor inestabilidad conyugal y tienen, más adelante en su vida, menos ventajas e ingresos más bajos que otras mujeres (Morris, 1990)

En cada uno de los 11 países estudiados en América Latina, las mujeres que primero dieron a luz en la adolescencia recibieron mucha menos instrucción escolar que las que postergaron la maternidad. En un círculo vicioso, la falta de instrucción, inestabilidad familiar y menores ingresos llevaron a más maternidades adolescentes en las generaciones sucesivas (Yinger, N., De Sherbinin, *et. al.* 1992)

Algunas razones por las cuales no hay un uso de los métodos anticonceptivos al inicio de las relaciones sexuales son: falta de conocimiento de los métodos y la

disponibilidad de algunos de los métodos y acceso de los mismos, la relación sexual no planeada, desconfianza (motivos de salud o rechazo al uso de métodos), consideración nula de quedar embarazada o embarazar. Algunas características psicológicas tanto cognoscitivas como afectivas, propias a la etapa de la vida que atraviesan los jóvenes que se hace notar en el proceso de pensamiento respecto a las probabilidades, las cuales parecieran estar siempre a su favor.

Esta forma de pensamiento mágico dificulta el acceso psicológico al uso de los anticonceptivos; al igual suponen que por tener relaciones sexuales esporádicamente están menos expuestos. Aún entre los adolescentes hay quienes saben de la existencia de los métodos y sin embargo, por las ideas que tiene en torno a la anticoncepción, prefieren correr el riesgo del embarazo al riesgo de la falla del método por su desconocimiento (Schlosser, 1986)

Con base en lo anterior se planteó el objetivo de la presente investigación: proporcionar una visión general del uso, conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los adolescentes de nivel bachillerato de la Ciudad de México.



# CAPÍTULO 1

## CONDUCTA, ACTITUD Y CONOCIMIENTO

### DEFINICION:

*Conducta:* La conducta es una acción observable, perfectamente cuantificable, ya sea en escalas dicotómicas o en escalas continuas (Salazar, 1980)

*Actitud:* Es una predisposición aprendida para responder ante un objeto, de un modo consistentemente favorable o desfavorable (pág. 75; Fishbein y Ajzen, 1975)

*Conocimiento:* Está compuesto por las creencias y el conocimiento actual que se dispone acerca de un objeto o persona (Salazar, 1980)

Aunque Fishbein sostiene que uno de los mayores errores que se ha cometido sea el de "no reconocer que creencias, actitudes, intenciones y conductas son cuatro variables muy distintas, con determinantes también distintos y con relaciones estables y sistemáticas entre ellas" (Fishbein, 1967)

Así las creencias son definidas como un *juicio probabilístico que conecta algún objeto o concepto con algún atributo*. Una intención es también un *juicio probabilístico, pero que conecta al sujeto con una acción; esto es, la probabilidad de que un sujeto realice o no una respuesta específica* (Salazar, 1980)

### ¿CÓMO SE FORMAN?

La conducta sexual y anticonceptiva, se rige por "tradiciones o pautas" que son transmitidas de generación en generación en el proceso de socialización y culturización (Díaz Guerrero, 1987)

Se ha logrado establecer que el conjunto de creencias que posee un individuo acerca de un objeto determina la actitud que el sujeto tendrá respecto de ese mismo objeto y, una vez que tiene una actitud se puede decir que el individuo está predispuesto o no para realizar una variedad de conductas con respecto al objeto "X". Aunque la actitud puede predisponer para la realización de un conjunto de conductas, no se puede afirmar que predispone para una conducta específica.

Mientras más favorable sea una actitud mayor será el número de conductas positivas o de acercamiento de que los sujetos tengan intenciones de realizar respecto del objeto. Se destaca una vez más que se trata de patrones de conductas y no de conductas específicas; luego de que se dispone de las intenciones conductuales se puede aproximar con mayor seguridad a la predicción de una conducta (Salazar, 1980)

Cualquier conducta requiere por lo menos de las siguientes especificaciones:

- Debe tratarse efectivamente de una respuesta específica y no de un nombre que las designe a ellas y a otras respuestas.
- Debe especificar el objetivo hacia el cual va dirigida la respuesta.
- Debe especificarse también el contexto en el que se da la respuesta frente al objetivo: *situación externa*
- Debe especificarse un tiempo en el cual interesa que ocurra la respuesta.

En la medida en que se cumplen con estos puntos, aumentarán las probabilidades de que exista una relación de este tipo. Es también claro que para poder determinar estas intenciones se requiere de la información que puedan proporcionar las actitudes y por supuesto las creencias.

Fishbein señala dos variables como determinantes en una intención:

- a). La actitud de los sujetos hacia la realización de la conducta en cuestión.
- b). La norma subjetiva de los sujetos respecto de la realización o no de la conducta.

El peso relativo de cada una de estas determinantes varía de acuerdo tanto a las conductas específicas como a las diferencias individuales (Salazar, 1980)

## ACTITUD

En el estudio del comportamiento humano se han elaborado varios constructos orientados hacia la definición de, explicación y predicción de una determinada conducta en relación con un objeto y/o situación que lo provoca.

Entre estos constructos se encuentra el de la actitud, el cual es un término que puede ser encontrado en los escritos de Platón (Ajzen, 1989). No hay duda de que en todas las épocas el estudio de las actitudes ha sido de especial atención dentro del campo de la psicología. El término actitud fue citado por primera vez en la literatura de Herbert Spencer en 1862 (*cit.* por Villagran, 1992) mencionando que "para que un sujeto llegue a un juicio correcto, dependerá mucho de la

actitud mental que preserve al escuchar o al tomar parte en “X” controversia (por ejemplo tener una actitud favorable hacia los métodos anticonceptivos): para preservar una actitud correcta, se necesita conocer que la verdad y la no verdad son el punto medio de las creencias humanas”, en esta visión sobre las actitudes, Spencer pone como adjetivos, dentro del concepto de actitud, mental o correcto e indica la importancia que tiene la actitud sobre los juicios.

Ya en 1935, Allport recopiló más de cien definiciones del término actitud, lo que demostraba el interés manifiesto sobre este concepto. Allport en 1967, indica que la etimología del término actitud viene del latín *aptus* que significa *capacidad, conveniencia o adaptación* y que probablemente por su forma de aptitud connota un estado subjetivo o mental de preparación para la acción.

*En primer lugar:* las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas (usar algún tipo de método anticonceptivo); y el conocimiento de las actitudes de una persona en relación con determinados objetos, permite que se puedan hacer inferencias acerca de su conducta (Rodríguez, 1976)

*En segundo lugar:* las actitudes desempeñan funciones específicas para cada sujeto, ayudando a formar una idea más estable de la realidad en que vive, y que sirve, al mismo tiempo, para proteger al Yo de conocimientos indeseables.

*En tercer lugar:* las actitudes son base de una serie de importantes situaciones tales como, las relaciones de amistad, ya sean de amigos, en partidos políticos o congraciarnos con algún culto sea cual fuere (*op. cit*)

Para cada uno de los autores que han abordado el tema de las actitudes, el término ha sido en cierta forma diferente como se verá a continuación:

Thurstone (1928), definió la actitud como la *“intensidad de un afecto a favor o en contra de un objeto psicológico”* (pág. 329)

Para Allport (1935), *“la actitud es un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, y capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que está relacionado”* (pág. 329)

Lippman (1922) de acuerdo con Allport, Lippman enfatizaba la función que tienen las actitudes en la vida cotidiana del individuo. Ya que *“es posible que el individuo adquiera un conocimiento completo de su mundo cuando toma decisiones cotidianas ya que debe encontrar una manera de clasificar y resumir esa información”*. Debido a su cualidad de estereotipo, las actitudes permiten que la persona tenga creencias y que responda a clases o categorías de objetos en vez de estar respondiendo en forma diferenciada o individual (Greewald y Cols, 1968)

Murphy, Murphy y Newcomb (1935) consideran la actitud como *“una respuesta afectiva, relativamente estable, en relación con un objeto”* (pág. 329)

Doob (1947) define la actitud como *“una respuesta implícita, capaz de producir tensión, considerada socialmente significativa en la sociedad del individuo”* (pág. 329)

Krench y Crutchfield (1948) la definieron como *“una organización duradera de procesos motivadores, emocionales, perceptivos y cognoscitivos, en relación con el mundo en que se puede la persona”* (pág. 329)

Cambell (1950) afirma que la *“actitud es la consistencia de la respuesta a objetos sociales”* (pág. 329)

Smith Bruner y White (1956) la definen como *“una predisposición a experimentar de ciertas formas a una determinada clase de objetos, con un afecto característico; ser motivado en diversas formas por esta clase de objetos; y actuar en forma característica en relación con dichos objetos”* (pág. 329)

Krench, Crutchfield y Ballacher (1962) la consideran como *“un sistema duradero de evaluaciones positivas y negativas, sentimientos emocionales y tendencias en favor o en contra o en relación con un objeto social”* (pág. 329)

Secord y Backman (1964) la describe como *“ciertas regularidades en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones del individuo para actuar en relación con algún aspecto de su ambiente”* (pág. 329)

Brown (1965) la concibe como *“una disposición a actuar cuando aparecen las circunstancias”* (pág. 329)

Sheriff y Sheriff (1965) la explica como *“las posiciones que la persona adopta y aprueba acerca de objetos, controversias, personas o grupos”* (pág. 330)

Rockeach (1969) la determina como *“una organización relativamente duradera de creencias acerca de un objeto o de una situación que predisponen a la persona para responder de una determinada forma”* (pág. 330)

Schellenberg (1970) dice que la actitud es *“una orientación relativamente duradera en relación con algún objeto de la experiencia”* (pág. 330)

Triandis (1971) menciona que es *“una idea cargada de emoción que predispone un conjunto de acciones a un conjunto particular de situaciones sociales”* (pág. 330)

Fazio (1989) considera a la actitud como *“una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada”* (Rodríguez, 1976)

La evaluación significa el afecto que despierta, las emociones que moviliza, el recuerdo emotivo de las experiencias vividas, incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto para conseguir las metas deseadas.

En la fuerza de asociación influyen tres procesos diferentes, si bien lo normal es que lo hagan las tres con la misma intensidad.

1. Si la persona asocia el objeto con la evaluación por medio de un conocimiento amplio y detallado de las propiedades y características del objeto, se habla de un proceso cognitivo.
2. Si la evaluación surge más bien de experiencias intensas, de carácter positivo o negativo, con el objeto de la actitud, se dice que es un proceso afectivo.
3. Finalmente, es un proceso conductual si la evaluación surge de manera gradual de la implicación conductual de la persona con el objeto.

Por lo tanto la actitud tiene tres componentes:

- a). Cognitivo
- b). Afectivo
- c). Conativo-conductual

*El primero* consta de percepciones de la persona sobre el objeto de actitud, y de la información que posee sobre él.

*El segundo* está compuesto por los sentimientos que dicho objeto despierta.

*El tercero* incluye las tendencias, disposiciones intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia él.

En sí, conocer una actitud implica conocer con detalle cada uno de sus tres componentes, siendo la actitud un componente valioso para la predicción de la conducta.

Según los resultados de Lingle y Ostrom ( ) se menciona que la actitud produce un aprendizaje selectivo, de tal modo que las personas recuerdan mejor la información y las comunicaciones favorables cuando su actitud es positiva o negativa.

Levine y Murphy (1943) mencionan que la información que mejor se recuerda es la que se evalúa en los extremos de la escala, aquella con la que la persona mantiene un fuerte acuerdo o desacuerdo (pág. 338, Rodríguez, (1976)

Por su parte Martín Fishbein (1931) considera la actitud como un concepto simple unidimensional relativo al grado de afecto favorable o desfavorable hacia un objeto psicológico.

Fishbein y Ajzen (1975) sugirieron una definición más completa de actitud “*es una predisposición aprendida que responde en una forma favorable o desfavorable respecto a un objeto determinado*” (pág. 77, Pick de Weiss, 1979)

En vez de considerar las creencias e intenciones conductuales como componentes de la actitud, las define en forma independiente y las considera como fenómenos relacionados con las actitudes. Específicamente considera a las creencias e intenciones conductuales como determinantes de la actitud del individuo.

Un argumento para sostener este punto de vista es de tipo pragmático. Si se acepta un punto de vista multidimensional de la actitud de cualquier persona puede caer en tres posiciones diferentes a lo largo de tres dimensiones distintas. Sin embargo, las operaciones a través de las cuales se miden las actitudes arrojan invariablemente un puntaje único, que ciertamente es poco probable refleje estos tres componentes con alguna precisión, aun cuando se dice que la actitud incluye estos tres componentes, usualmente sola la evaluación o “componente afectivo” es el que se mide y trata como la esencia de la actitud.

Hay considerable evidencia de que este puntaje “afectivo” está muy relacionado con la creencia individual respecto al objeto. Las investigaciones de Rosenberg (1956, 1960), Zajonc (1954), Fishbein (1953, 1965) y otros, han demostrado que la actitud (o afecto) de un individuo respecto a un objeto es una función de las creencias acerca del objeto y de los conceptos evaluativos de dichas creencias.

De acuerdo a Fishbein, esta variable hipotética que llamamos actitud puede ser medida ya sea considerando las creencias, las intenciones conductuales o bien tratando de obtener una evaluación *per se*.

Como ya se mencionó, existe actualmente fuerte evidencia de que la actitud de una persona hacia un objeto puede ser considerada como una función de sus creencias acerca de un objeto y los aspectos evaluativos de esas creencias. Aunque cada creencia sugiere una actitud, la actitud *per se* sólo puede obtenerse en forma confiable considerando las numerosas creencias que posee un individuo. Este planteamiento sugiere que no es necesariamente inconsistente que una persona:

- ◇ tenga una actitud favorable hacia un “objeto” y
- ◇ crea que el objeto posea algunas características, cualidades o atributos negativos.

Frecuentemente la medición de la actitud puede ser inapropiada, en muchos casos se mide la actitud hacia una clase de objetos o personas y se pretende predecir el comportamiento de un individuo respecto a un miembro o elemento particular de esa clase. En consecuencia, como paso mínimo inicial para entender la relación

entre actitud y conducta, primero se debe comenzar a medir las actitudes hacia los estímulos apropiados y así ver las conductas que se intentan predecir.

Sin embargo, argumenta Fishbein, el problema no es que la medición sea inapropiada o incompleta, sino que se debe a que la actitud es una variable hipotética abstraída de la totalidad de las creencias, intenciones conductuales y acciones que un individuo tiene frente a un objeto.

Cuando Fishbein habla de actitud, se refiere a la predisposición aprendida para responder a un objeto en forma consistentemente favorable o desfavorable, se trata de un puntaje específico que coloca al individuo en un continuo que va de favorabilidad a desfavorabilidad hacia el objeto de actitud.

Ya antes Fishbein había indicado dos posibles razones para fallar en la predicción de la conducta a partir de la actitud:

1. Se ha medido la actitud hacia el objeto estímulo inapropiado.
2. La conducta particular que se estudia puede estar total o parcialmente sin relación con la actitud.

Afirma Fishbein que las únicas ocasiones en que puede ser útil considerar las creencias e intenciones conductuales además de la actitud es en aquellos casos en que las creencias particulares o intenciones conductuales no estén altamente correlacionadas con la actitud del individuo.

Ajzen y Fishbein (1977) señalaron que tanto actitudes como la conducta pueden caracterizarse mediante cuatro elementos diferentes:

- a). El elemento de *acción* (que conducta va a ejecutar)
- b). El elemento *objetivo* (a que elemento se dirige la conducta)
- c). El elemento *contexto* (en que contexto se ejecuta la conducta)
- d). El elemento *tiempo* (en que momento se realiza la conducta)

Por supuesto las actitudes serán débiles predictores de la conducta cuando los condicionamientos ambientales resulten tan fuertes que no sea posible ninguna conducta individual. Uno de los principales condicionamientos ambientales frecuentemente analizado, es el de una fuerte norma social presente en la situación específica: una conducta actitudinalmente importante tiene que ser ejecutada.

La intención conductual a su vez, está determinada primero por la evaluación positiva o negativa de la persona de ejecutar esa conducta.

Un segundo determinante de la intención conductual se denomina norma subjetiva (juicio de la persona de la probabilidad de que otros relevantes, como amigos, el compañero etcétera esperen que él demuestre la conducta a pronosticar.

De nuevo la componente norma subjetiva está determinada por dos factores:

- ◇ creencias normativas (lo que otros esperan que haga la persona) y la
- ◇ motivación para acomodarse a estas expectativas.

Una presión social que la persona percibe y que suele proceder de aquellas que son más próximos, se conoce con el nombre de *Norma Social Subjetiva*; se considera que esta es una función de las creencias normativas en virtud de las cuales la persona estima la probabilidad de que su conducta resulte o no aceptable para aquellas personas cuya opinión suele tener muy en cuenta.

Al igual que las actitudes, cada creencia normativa se multiplica por la motivación a obedecer a seguir esa opinión.

La actitud más la norma social subjetiva determinan la intención de la persona hacia la conducta, la intención será el predictor más exacto de la conducta que la actitud o la norma subjetiva por separado. Una conducta que surja de una intención de la persona, y que tenga en cuenta tanto a su propia orientación como la de su ambiente social más próximo, puede calificar como una conducta razonada, el modelo de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975)

Fishbein, en vez de asumir que hay una fuerte relación entre actitud y conducta *enfatiza la importancia de variables situacionales, motivacionales y normativas como factores que influyen en la conducta.*

La iniciación de la conducta depende de la actitud y su persistencia depende del hábito. *Se entiende por un hábito una acción que, por haberse realizado muchas veces, se ha convertido en automática.*

En la fase de iniciación o declarativa para orientar su acción la persona utiliza una información que consta de un conjunto de hechos. Estos por sí solos son incapaces de guiar la acción y obligan a la persona a recurrir a procedimientos interpretativos. En la fase siguiente, de formación estricta de hábitos, la información anterior deja atrás la forma declarativa y adopta la procedimental, a través del proceso de compilación de conocimiento, en esta fase procedimental o de perfeccionamiento, el hábito ya está formado pero sigue perfeccionándose en aspectos de ajuste a las situaciones y rapidez de ejecución.

Creencias, actitudes, decisiones o intenciones y hábitos conforman diferentes estructuras cognitivas para representar el conocimiento que la persona tiene de la conducta.

## RELACIÓN ENTRE CONDUCTA, ACTITUD Y CONOCIMIENTO

La relación entre la conducta y el conocimiento está justificado por la posibilidad de llegar a inferir a partir de ese conocimiento, las conductas de los individuos y así, estar en condiciones de explicar algunos fenómenos sociales (Nuñez, 1988)

*Investigaciones efectuadas han mostrado que los conocimientos sobre un tema (métodos anticonceptivos) no son suficientes para asegurar la emisión de una conducta adecuada, sin embargo, sí son necesarios para iniciar el proceso de cambio en estructuras psicológicas, tales como las actitudes, los valores, y los hábitos que a su vez tienen una relación más directa con la conducta (Díaz Loving, 1992, citado por Pérez en 1996)*

Por ejemplo, la conducta X parece ser función de las intenciones conductuales para la realización o no de esa conducta, las cuales a su vez, por una parte son función de la actitud hacia la realización de la conducta específica y por otra, de la norma subjetiva acerca de la realización de la conducta (Salazar, 1980)

La importancia de tomar en cuenta estos conceptos tales como conducta, actitud y conocimiento dentro de la presente investigación es de suma importancia, ya que el uso de cualesquiera de los métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes esta determinado por factores, como el acceso a la información veraz y de una fuente confiable ante la cual los individuos toman o no la decisión de usar o no usar métodos anticonceptivos durante la relación sexual.

Por su parte las actitudes moldean enormemente la cognición, la emoción y la predisposición de los individuos a actuar de forma congruente con su entorno social o grupo de referencia.

La importancia de tomar en cuenta estos tres conceptos es para tratar de explicar con mayor exactitud el fenómeno del ser usuario o no, de métodos anticonceptivos dentro de una pequeña parte de la población adolescente que cuenta con el acceso a la información y algún tipo de método gratuito.

## CAPÍTULO 2

### MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

#### HISTORIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La práctica anticonceptiva se remonta a la más lejana antigüedad. El primer texto de que se tiene noticia se encontró en Kahun, en el Faiyun, Egipto en 1899. Se trata de un papiro llamado "Petri" o bien "Kahun" y data del reino de Amenhat III, alrededor de 1850 a. C. Entre las recetas figuraban una que aconsejaba el uso de excrementos de cocodrilo mezclados con una pasta que servía como vehículo, usados seguramente como un pesario insertado en la vagina. Otra receta consiste en una irrigación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio nativo natural. El uso de una sustancia pegajosa, como por ejemplo miel, se menciona con frecuencia en la historia antigua (Egipto, 1850 a.C.)

El segundo texto importante del primer período egipcio se encontró en Luxor en 1873 y se le conoce con el nombre de Papiro "Ebers". El papiro contiene la primera referencia de un tapón de hilaza medicado.

#### *La Biblia y otras Fuentes Talmúdicas.*

Estas obras se basan en una serie de tradiciones orales primigenias. La referencia Bíblica citada con más frecuencia es un pasaje de Génesis, capítulo 38, que dice lo siguiente:

*Er, primogénito de Judá, fue malo a los ojos de Yavé, y Yavé lo mató. Entonces dijo Judá a Onán: "Entra a la mujer de tu hermano, y tómala, como cuñado que eres, para suscitar prole a tu hermano". Pero, Onán, sabiendo que la prole no sería suya, cuando entraba a la mujer de su hermano se derramaba en tierra para no dar prole a su hermano. "Era malo a los ojos de Yavé lo que hacía Onán, y le mató también a él" (Cita del texto de la Biblia, Nácar-Colunga, B.A.C., Madrid, 1966)*

Por otra parte la esponja era un método especialmente recomendado por algunos rabinos. La controversia sobre el coitus interruptus duró varios años y la Tosefta, que apareció hacia el 230 d.C., citaba esta controversia con objeto de demostrar que el método de la esponja era más aceptable. El coitus interruptus era un método que tenía que llevar a cabo el hombre y como uno de sus deberes consistía en propagar la raza se podía decir que constituía una violación del mandamiento

de la propagación. Pero este mandamiento no afectaba a la mujer que podía, por lo tanto aceptar el uso de la esponja. Tal vez el uso de la esponja lo adoptaron los judíos durante su cautiverio en Egipto.

La primera referencia griega conocida de la anticoncepción se encuentra en un libro de Aristóteles, «Historia Animalium», una obra científica escrita en el siglo IV antes de Cristo, Aristóteles decía en esa obra que:

*“Algunos impiden la anticoncepción untando en la parte de la matriz en la que cae el semen con aceite de cedro o con un ungüento de plomo o con incienso mezclado con aceite de oliva”*

La escuela de Hipócrates figuraba una pócima en la cual la sustancia llamada “misy” se disolvía en agua y cuando la bebían las mujeres impedía la anticoncepción en un año (siglos IV y V a.C.)

Dioscórides poseía conocimientos de por lo menos cuatro diferentes métodos anticonceptivos.

1. Sustancias que causan esterilidad. Sauce. Las hojas del sauce desmenuzadas y tomadas con agua causan inconcepción.
2. Pesarios medicados. Estos se podían hacer de varias hierbas. Estos colaboran en la inconcepción colocándolos antes de la unión “a la entrada de la matriz”
3. Unción de los órganos genitales con sustancias pegajosas. Goma de cedro. Debía utilizarse como ungüento alrededor de los órganos genitales antes de la cópula.
4. Amuletos y recetas. Dos plantas que se podían utilizar como amuletos llevándolas colgadas eran: Espárrago y Heliotropum Europaeum ( siglo I d.C.)

Soranos, el ginecólogo más importante de la antigüedad menciona que: “Durante el acto sexual en el momento crítico del coito cuando el hombre está a punto de descargar el semen, la mujer debe de contener la respiración y retirarse un poco de tal manera que el semen no sea proyectado demasiado hondo en la cavidad del útero. Y debe levantarse y ponerse en cuclillas y debe intentar estornudar y debe limpiar cuidadosamente la vagina y hasta debería beber algo frío (98 a 138 d.C.) Antoninus Liberalis escribió “La metamorfosis” que contiene la historia de Minos y Pasifé:

*“Minos era rey de Creta y su semen se decía que engendraba serpientes y escorpiones y que lesionaba o hería a todas las mujeres con quienes cohabitaba. Se casó con Pasifé, hija del rey del sol, que era inmune a esta infección pero no obstante su unión fue estéril. El rey Minos puso una vejiga de cabra dentro de la vagina de una mujer y en esta vejiga el rey eyaculó su semen engendrador de serpientes. Después fue a cohabitar con Pasifé. De esta forma le nacieron ocho hijos”.*

Lo interesante de esta historia es que ilustra el uso de un preservativo femenino o bien el rey Minos estaba utilizando un preservativo masculino. Es posible que los romanos conociesen o tuviesen membranas animales que utilizaban como condones aunque no se posee una prueba directa (Antonínus Liberalis, Siglo II d.C.)

Aetios de Amida (Siglo VI d.C.) era un médico en la corte bizantina, durante el reino de Justiniano I (527-565). Escribió una enciclopedia médica, y que contiene dos capítulos sobre técnicas anticonceptivas. Hacia el final menciona Aetios el uso del vinagre y salmuera para lavarse los órganos genitales antes del coito. Estas sustancias son ambas fuertemente espermaticidas y que se sepa el vinagre no se vuelve a mencionar hasta que Charles Knowlton lo recomendó como lavado vaginal en 1832.

En la India se hace mención del "Kama Sutra" de Vatsyayana Mallanga data del siglo IV. A través de estas obras se difundió un conocimiento sobre la anticoncepción. Estos escritos aparecen a partir del Siglo IV hasta el XVI aproximadamente y las ideas sobre anticoncepción varían muy poco de acuerdo a lo que otras culturas refieren sobre anticoncepción.

Avicena (980 al 1027 d.C.) que también fue uno de los escritores del Islam menciona en su obra el "Canon" unas veinte recetas anticonceptivas una de las cuales consistía en evitar el período favorable a la anticoncepción aunque no menciona cuando cree él que ocurre este período.

La primera descripción de un condón se encuentra en la obra del anatomista italiano Gabriel Falopio (1564). La vaina hecha de lino se cortaba de tal manera que tuviera la forma de prepucio. Falopio pretende haberla inventado como precaución contra la sífilis.

Hércules Saxonía (1597) describió una vaina profiláctica en su obra "Luis Venereae Perfectissimus Tractatus"; menciona que la vaina se debe empapar en una solución varias veces y debe secarse a la sombra. El origen de esta vaina anticonceptiva es desconocido. Se ha sugerido que algún trabajador en un matadero medieval tuvo la ocurrencia de que las membranas delgadas de un animal le protegerían de la infección. No se sabe a partir de qué momento el condón se usa como anticonceptivo más que como un profiláctico, pero los poemas y literatura semieróticos del siglo XVIII sugieren que en aquella época ya se utilizaba como anticonceptivo.

El desarrollo de los espermaticidas comienza con la obra de Antonio van Leeuwenhoek que descubrió lo que él llamaba "animalcula" en el semen. Antes de este importante descubrimiento los métodos que se empleaban era una cuestión de azar. En 1678 Leeuwenhoek observó que diluyendo el semen de perro con agua de lluvia inmovilizaba a los "animalculi canine"

Quatrefages (1850) describió la toxicidad de las sales pesadas como el cobre, mercurio y plomo para los espermatozoides.

Newport (1853) observó la influencia “narcótica” de los vapores del cloroformo sobre los espermatozoos anfibios y menciona que “el espermatozoide no puede fecundar cuando la narcotización le priva enteramente de su poder de locomoción y le incapacita para penetrar en la envoltura del huevo (óvulo)

El uso de los dispositivos intrauterinos fue conocido en la antigua Grecia y se menciona en los escritos de Hipócrates. Los conductores árabes de camellos han estado familiarizados con muchas variedades de este método de anticoncepción. Como no era conveniente que los camellos hembras se embarazaran durante un largo viaje, se incrustaba una piedra redonda en el útero de estos animales antes de emprender una travesía por el desierto. Esta práctica todavía se utiliza en el Sudán y Tunisia. Durante el siglo XIX varios dispositivos intrauterinos para mujeres eran populares, tanto para la anticoncepción como para el tratamiento de trastornos ginecológicos tales como el desplazamiento del útero. Estos instrumentos cayeron en desuso a principios del siglo XX, pero en 1930 el médico alemán E. Grafenberg desarrolló un anillo de alambre de plata en espiral e insertó duplicados en seiscientas mujeres para fines anticonceptivos.

El uso de los métodos anticonceptivos fue en general personales o idiosincráticos: esclavos, prostitutas, y amantes ilícitos trataban de evitar el embarazo y otras personas trataban de regular el tamaño de sus familias a causa de factores económicos, médicos o psicológicos.

Estas y otras recetas similares se transmitieron a otras civilizaciones y reaparecen en culturas posteriores y en 1927 todavía las seguían usando, por ejemplo, los fellahim del alto Egipto.

El economista y sociólogo inglés Thomas Robert Malthus (1776-1834) propuso que, dado el aumento geométrico de las poblaciones y el aumento de la pobreza y el hambre eran inevitables, a menos que la guerra, el hambre y la enfermedad cobraran sus víctimas una y otra vez. La advertencia de Malthus aceleró el comienzo del movimiento del control natal en Inglaterra. Durante el siglo pasado este movimiento alcanzó un gran desarrollo (dos de sus líderes sobresalientes han sido mujeres: Marie Stopes en Inglaterra y Margaret Sanger en los Estados Unidos)

En 1958 la Conferencia Lambeth de Obispos de la Iglesia de Inglaterra apoyó con fuerza el uso de los anticonceptivos para controlar el tamaño de la familia. En los Estados Unidos se tomó una acción parecida en 1961 por el Consejo Nacional de Iglesias, representante de muchas ramas protestantes. La Iglesia Católica Romana,

sobre bases morales y doctrinales, ha permanecido bastante firme en su oposición al control natal, por cualquier medio diferente a la abstinencia durante los períodos de la fertilidad.

Los cambios que se han dado durante estas últimas décadas han sido muchos y fundamentales en la historia de los métodos anticonceptivos; en la época actual el criterio para administrar un anticonceptivo a un adolescente es diferente al empleado para administrarlo a un adulto. En la vida sexual de los jóvenes se deben de tomar en cuenta factores como: la frecuencia de la actividad sexual, el desarrollo físico y mental, el tipo de pareja (si es estable o no), así como la actitud y la motivación para la utilización de métodos anticonceptivos (Pick de Weiss, 1988)

Los métodos anticonceptivos se usan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados (Secretaría de Salud, 1994)

Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en:

### CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Existen diversas clasificaciones o descripciones de métodos anticonceptivos, los más utilizados son los siguientes:

**ANCESTRALES:** coito interrumpido, lavados vaginales, lactancia demorada y abstinencia.

**TRADICIONALES:** preservativo masculino, diafragma, dispositivo intrauterino, película anticonceptiva, productos espermaticidas (jaleas, espumas, óvulos) y ritmo.

**MODERNOS:** método ciclotest (temperatura basal), píldora femenina y masculina.

**PERENNES:** esterilización masculina y femenina.

**FUTURISTAS:** píldora mensual, píldora del día siguiente, norplant, preservativo femenino.

#### LOS QUE SE CLASIFICAN COMO:

**MECÁNICOS:** preservativos, diafragma, dispositivo intrauterino.

**QUÍMICOS:** espumas, sales, píldoras, óvulos, cremas, inyecciones y gel.

**QUIRÚRGICOS:** En el hombre: vasectomía. En la mujer: salpingoclasia.

**FÍSICOS:** ritmo, coito interrumpido, abstinencia.

La iglesia católica ha hecho una división en términos de métodos naturales y artificiales.

**NATURALES:** ritmo, coito interrumpido y abstinencia.

**ARTIFICIALES:** Todos los demás: preservativo masculino y femenino, diafragma, dispositivo intrauterino, espumas, píldoras, jaleas, óvulos e inyecciones.

Otros (VGR. GOUGH, 1973). Han clasificado los métodos anticonceptivos de diferente manera:

a). *Dependientes del coito:* condón o preservativo, diafragma, espumas y jaleas vaginales.

b). *Quirúrgicos:* vasectomía y salpingoclasia.

c). *Inhibidores del coito:* abstinencia, ritmo y coito interrumpido.

d). *Independientes del coito:* dispositivo intrauterino y anticonceptivos orales.

*La clasificación que más se utiliza en la actualidad es la siguiente:*

▪ **TEMPORALES:**

1. *Naturales:* ritmo, temperatura, moco cervical y coito interrumpido.
2. *De barrera:* preservativo ó condón, espermaticidas (óvulos, jaleas y espumas).
3. *Hormonales:* orales e inyectables.
4. Dispositivos intrauterinos: asa de lipps, T de cobre, 7 de cobre.

▪ **PERMANENTES:**

1. *Vasectomía.*
2. *Salpingoclasia.*  
(Tomado de Flores, 1996).

## MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

▪ **TEMPORALES**

*Naturales*

Los métodos naturales son aquellos que no requieren de ningún agente extraño o sustancia química que impida la anticoncepción. Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los periodos fértiles e infértiles de la mujer.

La forma de uso de estos métodos se basa en una serie de eventos fisiológicos de un ciclo menstrual. La efectividad de los métodos depende de la capacidad del usuario para predecir la fecha de la ovulación con seguridad razonable. La capacitación para estos métodos dura de tres a seis ciclos (meses). Requiere de la abstinencia periódica entre el 35 y 50% del ciclo. Se deben estudiar el moco cervical, la temperatura basal, glándulas mamarias y el cérvix y llevar un registro minucioso diario de los cambios periódicos, para la determinación de los patrones de secreción cervical, de la temperatura basal y otros asociados en al periodo fértil (Secretaría de Salud, 1994)

### Ritmo o abstinencia sexual programada

Consiste en la observación continua, durante un año la pareja puede estimar el principio de su periodo fértil restando 19 días de ciclo mas corto y calcula el fin del periodo fértil restando 12 días del ciclo mas largo. Durante este tiempo se deben evitar las relaciones sexuales.

#### *Ventajas*

- ✓ no requiere de ningún control medico
- ✓ no cuesta nada
- ✓ no introduce sustancias ni mecanismos al cuerpo
- ✓ puede tener participación de la pareja (tomado de Flores Ariza, 1996)
- ✓ no tiene efectos secundarios (Planificación Familiar, 1986)

#### *Desventajas*

- ⊖ la exigencia cotidiana del método se hace pesada por la abstinencia sexual durante varios días consecutivos
- ⊖ no se recomienda a mujeres con ciclos menstruales irregulares
- ⊖ su practica requiere de autodominio y un alto nivel de motivación
- ⊖ los factores emocionales pueden alterar el ciclo
- ⊖ relativamente ineficaz (Planificación Familiar, 1986)

#### *Efectividad*

70 A 80% si su manejo es el adecuado por la pareja.

#### *Temperatura*

Este método depende de un solo signo, la elevación de la temperatura corporal basal. La mujer al despertar, antes de levantarse, debe efectuar la medición de su temperatura todas las mañanas, en la misma situación, y por la misma vía después de al menos 5 horas de sueño continuo la medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal. Se debe efectuar el registro gráfico del resultado de la medición para poder observar los cambios térmicos, que indiquen si se produjo o no la ovulación (el cambio de temperatura es discreto, ya que tiene una variación de 0.2 a 0.4 grados centígrados)

La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo de temperatura elevada. La espera de tres días, poselevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado (*op.cit*)

#### *Ventajas*

- ✓ sólo se requiere un termómetro
- ✓ es método económico

- ✓ no ocasiona efectos colaterales en el organismo
- ✓ puede tener participación la pareja

### *Desventajas*

- ⊖ es un método complicado, debe saber tomarse la temperatura
- ⊖ el termómetro debe introducirse en el recto o vagina para que la temperatura sea exacta, por lo que puede resultar incómodo
- ⊖ la exigencia cotidiana se hace pesada
- ⊖ su práctica requiere de autodominio y alto nivel de motivación
- ⊖ una infección puede producir fiebre y hacer creer que la ovulación ha tenido lugar

### *Efectividad*

Si es bien aplicado el 90% (Flores, 1996)

### Coito interrumpido o método del retiro

El coito interrumpido consiste en retirar o extraer el pene de la vagina en el instante previo a la eyaculación. Esto tiene como finalidad evitar la entrada de los espermatozoides (*op.cit*)

### *Ventajas*

- ✓ es un método que no cuesta dinero
- ✓ no requiere de mayor intervención medica
- ✓ puede utilizarse en todo momento

### *Desventajas*

- ⊖ puede tener consecuencias psicológicas en la pareja
- ⊖ la secreción de las glándulas bulbouretrales que se expulsan antes de la eyaculación puede arrastrar espermatozoides que hayan quedado en el tubo uretral en eyaculaciones anteriores, lo que puede ocasionar un embarazo
- ⊖ el hombre experimenta gran frustración: debe hacer un esfuerzo de voluntad considerable en el mismo momento que alcanza el paroxismo de la excitación. En lugar de terminarse en la plenitud y satisfacción del placer, el acto sexual acaba con una impresión de restricción, de tensión intensa y de inquietud
- ⊖ la mujer depende enteramente de la buena voluntad de su compañero, ya que podría imponerle un embarazo que no desea
- ⊖ es un método problemático sobre todo si el varón sufre de eyaculación precoz

### *Efectividad*

Su efectividad es de un 60%

### Método de moco cervical o billings

Para practicar este método la mujer debe tener la capacidad para establecer diferencia entre sequedad, humedad y mayor humedad a nivel vaginal y vulvar, utilizando un papel higiénico antes de orinar o mediante la toma de moco cervical con el dedo, para verificar su aspecto y elasticidad. Durante el ciclo menstrual ocurren cambios que van de secreciones escasas de moco pegajoso, seguido de otra fase de aumento inicial de niveles de estrógenos, que dan una sensación de humedad y un moco cervical más abundante y lubricante (que se observa cercano a la ovulación) caracterizado por una mayor humedad. El síntoma máximo o cúspide es un moco elástico, que si se toma entre dos dedos se observa filante, (es decir, se estira o elonga como clara de huevo). La abstinencia sexual debe comenzar el primer día del ciclo menstrual en que se observa el moco abundante y lubricante y se continúa hasta el cuarto día después del día cúspide en que se presenta el síntoma máximo o finales del moco cervical.

Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, de moco pegajoso o turbio y de moco claro y elástico, de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.

El último día de secreción de moco se llama día cúspide. Se marca con una "X" y solo puede confirmarse al día siguiente cuando vuelve el patrón infértil o días secos que determinan el comienzo de la etapa infértil del ciclo menstrual a partir del cuarto día después del cúspide. Los tres días siguientes al día cúspide se marca 1,2,3. Los últimos días infértiles del ciclo menstrual comprenden desde el cuarto día después del día cúspide hasta el final del ciclo.

Cuando se desea prevenir un embarazo, la pareja debe de abstenerse de tener relaciones sexuales:

- ☆ todos los días que se observe secreción de moco cervical hasta el cuarto día después del día cúspide
- ☆ los días de menstruación, y
- ☆ al día siguiente de cualquier relación sexual en días secos, antes del día cúspide (Secretaría de Salud, 1994)

### *Ventajas*

- ✓ no se requiere de un equipo especial
- ✓ no ocasiona gastos
- ✓ no ocasiona efectos colaterales en el organismo
- ✓ puede tener participación la pareja

### *Desventajas*

- ⇒ su práctica requiere de autodominio y alto nivel de motivación
- ⇒ se requiere de un adiestramiento específico

### *Efectividad*

Va de un 70 a un 80% si su práctica es la correcta (Flores, 1996)

### **Métodos de Barrera**

Los métodos de barrera son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico, algunos se acompañan también de la acción de sustancias químicas (Secretaría de Salud, 1994)

### *Espermaticidas*

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren el útero. Por lo general son surfatantes que pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos y espuma en aerosoles. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermaticida.

### *Espumas*

Es un producto químico envasado bajo presión en una lata con gas inerte, que al ser liberado produce una espuma espesa que se coloca en un aplicador tipo jeringa, (Flores, 1996). El vehículo es el polietilenglicol, glicerina o hidrocarburos y freón. El espermicida es Nonoxinol-9 o cloruro de bencetonio, (Secretaría de Salud, 1994)

Modo de empleo. El colocador con la espuma se inserta profundamente en la vagina, cinco minutos antes de la relación sexual (o alguna otra indicación del fabricante)

Una vez colocada, la mujer deberá acostarse para evitar que se escurra la espuma. No deben realizarse lavados vaginales hasta que pasen seis u ocho horas después de la relación sexual. Porque el mismo lavado puede arrastrar la espuma dejando paso a los espermatozoides.

Si después de una hora, se vuelve a tener relaciones sexuales se deberá aplicar el producto nuevamente.

### *Ventajas*

- ✓ es de fácil aplicación
- ✓ de bajo costo
- ✓ sin efectos tóxicos
- ✓ no requiere receta médica

### *Desventajas*

- ⇒ deben usarse poco antes de empezar el coito, por lo tanto, debe haber interrupción en la experiencia sexual
- ⇒ en raros casos causa irritación local de genitales, por hipersensibilidad al compuesto químico (Flores, 1996)

### *Efectividad*

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 75 al 90% y puede incrementarse en asociación con otros métodos de barrera (Secretaría de Salud, 1994)

### *Óvulos vaginales*

Los óvulos o supositorios vaginales son productos químicos de consistencia sólida que se derriten rápidamente a la temperatura del cuerpo, al ser introducidos a la vagina, (Flores, 1996). El vehículo es manteca de cacao, glicerina, estearina o jabón. El espermicida es cloruro de bencetonio, nonoxinol-9, polietilenglicol de monoizooetilfenol, eter o éster polisacarido del ácido polisulfúrico, (Secretaría de Salud, 1994)

### *Ventajas*

- ✓ es de fácil aplicación
- ✓ de bajo costo
- ✓ sin efectos tóxicos
- ✓ no requiere receta medica

### *Desventajas*

- ⇒ en raros casos causa irritación local de genitales, por hipersensibilidad al compuesto químico.

### *Efectividad*

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 75 al 90% y puede incrementarse en asociación con otros métodos de barrera (Secretaría de Salud, 1994)

### *Crema*

Las cremas vaginales se presentan en tubo de crema dental, y se asemejan a esta en su consistencia. El vehículo es ácido estearico y derivados, o glicerina. El espermicida es nonoxinol-9 ó cloruro de bencetonio (Secretaría de Salud, 1994)

Una vez que la crema se halla en la vagina, empieza a difundirse, auxiliada por los movimientos coitales deberá cubrir el cuello del útero, es posible eyacular en ese sitio.

Modo de empleo: se lleva a cabo por medio de un aplicador de la crema que es una pequeña jeringa de plástico transparente. La parte cilíndrica de la jeringa mide alrededor de 8 centímetros de largo y para llenarse se coloca al extremo abierto sobre la salida del tubo haciendo presión, esto hace que la crema entre al cilindro; luego se inserta lo mas adentro posible de la vagina y se oprime el pistón. A continuación se retira la jeringa, esto deberá aplicarse cinco minutos antes del coito y no debe hacerse lavados vaginales hasta que pasen seis u ocho horas de la relación sexual. Si después de una hora se vuelve a tener relaciones sexuales se deberá aplicar el producto nuevamente.

#### *Ventajas*

- ✓ es de fácil aplicación
- ✓ de bajo costo
- ✓ sin efectos tóxicos
- ✓ no requiere receta médica

#### *Desventajas*

- deben usarse poco antes de empezar el coito, por lo tanto deberá haber interrupción en la experiencia sexual
- en raras ocasiones causa irritación local de genitales o hipersensibilidad al compuesto químico (Flores, 1996)

#### *Efectividad*

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 75 al 90% y puede incrementarse en asociación con otros métodos de barrera (Secretaría de Salud, 1994)

#### *Jaleas*

Son compuestos químicos con una base de gelatina translúcida que viene en tubo y su aplicación es la misma. La capacidad de dispersión de la jalea es inferior a la de la crema, por lo tanto, requiere de un mayor tiempo de espera para realizar el coito.

Modo de empleo: el aplicador es parecido al de las cremas, se llena y luego se inserta lo mas pronto posible en la vagina y se oprime el pistón, por último se retira la jeringa. Esto deberá aplicarse 10 minutos antes del coito, no debe hacerse lavados vaginales hasta que pasen seis u ocho horas de la relación sexual. Si después de una hora se vuelve a tener relaciones sexuales se deberá aplicar el producto nuevamente.

#### *Ventajas*

- ✓ es de fácil aplicación

- ✓ de bajo costo
- ✓ sin efectos tóxicos
- ✓ no requiere receta medica

#### *Desventajas*

- ⇒ deben usarse poco antes de empezar el coito, por lo tanto deberá haber interrupción en la experiencia sexual
- ⇒ en raras ocasiones causa irritación local de genitales o hipersensibilidad al compuesto químico (tomado de Flores, 1996)

#### *Efectividad*

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 75 al 90% y puede incrementarse en asociación con otros métodos de barrera (Secretaría de Salud, 1994)

Estos métodos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas (que nunca hayan tenido un embarazo), nulíparas (que nunca hayan tenido un parto), incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de efectividad media, en las siguientes condiciones:

- ⇒ contraindicación para el uso de otros métodos hormonales
- ⇒ para aumentar la eficacia anticonceptiva de otros métodos de barrera, (Secretaría de Salud, 1994)

#### *Diafragma*

Es un disco de forma material plástico con un anillo elástico, el cual se inserta en el cuello del útero para impedir que el esperma del varón suba por el cuello uterino de la mujer (Flores, 1996)

**Modo de Empleo:** La colocación es una de las desventajas, pues a pesar de la simplicidad de su construcción, su acomodo en el cuello uterino no es tan fácil, como sería de desear.

En realidad, para el empleo del diafragma hay que acudir a un ginecólogo, el cual, mediante un examen del aparato genital de la mujer, decidirá el tamaño y calidad a usar, asimismo procederá a explicar a su paciente el mejor método para su colocación. La colocación del mismo, a través de la práctica, se vuelve fácil.

#### *Ventajas*

- ✓ comodidad (si está bien seleccionado por el ginecólogo)
- ✓ duración de varios años (los años varían de acuerdo a la calidad del diafragma), (Flores, 1996)
- ✓ muy eficaces cuando se les usa correctamente

- ✓ el diafragma se disponen en varios tamaños
- ✓ ningún riesgo aparente a la salud; inmediatamente reversible (Family Planning for Maternal and child Health, 1986)

#### *Desventajas*

- ⇒ visitas al ginecólogo (al principio de la colocación del mismo)
- ⇒ dificultad para su colocación (Flores, 1996)
- ⇒ algunas mujeres presentan condiciones pélvicas que impiden el uso de estos métodos
- ⇒ pueden interferir con la espontaneidad de las relaciones sexuales, algunas usuarias lo consideran desagradables
- ⇒ puede desalojarse durante el coito (relación sexual)
- ⇒ debe usarse en combinación con espermicidas para asegurar la eficacia
- ⇒ debe quedar puesto 6 horas antes y después del coito (con el fin de asegurar su efectividad)
- ⇒ requiere agua limpia y jabón para la inserción y el mantenimiento del dispositivo (Family Planning for Maternal and child Health, 1986)

#### *Efectividad*

De 70 a 90% si es bien colocado (Flores, 1996)

#### *Preservativo o condón*

Más conocido con el nombre de condón, es una especie de funda elaborada de látex, colágena o membranas naturales, que se aplica al pene en erección para evitar el paso de los espermatozoides. Algunos contienen además un espermicida (Nonoxinol-9). El condón o preservativo es el único método que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA (Secretaría de Salud, 1994)

**Modo de Empleo:** Debe usarse un condón nuevo en cada relación sexual y desde el inicio del coito. Cada condón debe usarse una sola vez; debe verificarse la fecha de manufactura, la cual no deberá ser mayor a cinco años. Se coloca en la punta del pene cuando está erecto, desenrollándolo hasta llegar a la base del pene. Debe evitarse la formación de burbujas de aire. Posterior a la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando aún esté erecto, sostener el condón por la base del pene para evitar que se derrame el semen o permanezca el condón en la cavidad vaginal. Se anudará el preservativo antes de su depósito final en un basurero, evitando derramar el semen.

En caso necesario, se emplearán únicamente lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar que la efectividad del preservativo se vea disminuida (Secretaría de Salud, 1994)

### *Ventajas*

- ✓ no requiere receta médica
- ✓ es de bajo costo
- ✓ promueve la participación masculina en la planificación familiar
- ✓ su uso evita el contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y SIDA
- ✓ es de empleo sencillo y no requiere ningún control médico  
(Tomado de Flores, 1996)

### *Desventajas*

- ⊖ alergia al plástico (látex) o al espermicida
- ⊖ disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil (Secretaría de Salud, 1994)
- ⊖ a largo plazo puede llegar a ser más caro que otros métodos
- ⊖ puede interferir con la espontaneidad de las relaciones sexuales (Family Planning for Maternal and child Health, 1986)

### *Efectividad*

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 85 al 97% (Secretaría de Salud, 1994).

### *Dispositivos intrauterinos (DIU)*

Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de carácter temporal (Secretaría de Salud, 1994)

El dispositivo intrauterino (DIU) es un aparato de plástico o de plástico y cobre con progesterona, su presentación varía en cuanto a forma o tamaño, los dispositivos más utilizados en nuestro país son la "T" de cobre, el "7" de cobre y el asa de Lippes.

Existen dos tipos diferentes de dispositivos intrauterinos: los que únicamente están constituidos a base de plástico, a los cuales se les denomina "inertes" o "no medicados", y aquellos a los que se les agregan otras sustancias como son el cobre o la progesterona denominándose dispositivos "bioactivos" o "medicados"

En la actualidad todavía se desconocen los mecanismos exactos por los cuales evita el embarazo. Sin embargo, existen varias teorías, su principal acción se sitúa en el endometrio donde provoca una respuesta inflamatoria contra un cuerpo extraño, después de la inserción del DIU aparecen en el endometrio leucocitos (glóbulos blancos) y otras células, las cuales pueden ser que destruyan al espermatozoide o el óvulo fecundado.

Se ha observado que el cobre que posee el DIU medicado puede aumentar la reacción inflamatoria y acentuar las contraindicaciones de la capa muscular del útero, los iones del cobre liberados producen aumento de la motilidad uterina, lo cual dificultaría la implantación del óvulo fecundado (tomado de Flores, 1996)

### *Presentación*

Los dispositivos intrauterinos se obtienen esterilizados en presentación individual acompañados de su insertor, (Secretaría de Salud, 1994)

### *Indicaciones*

La inserción del DIU está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas, incluyendo las adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias:

- ↳ antes del primer embarazo
- ↳ en el intervalo intergenésico
- ↳ en el posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia
- ↳ en el posaborto

### *Contraindicaciones*

- ↳ embarazo o sospecha de embarazo
- ↳ útero con histerometría (longitud) menor a 6 centímetros
- ↳ patología (enfermedad) que deforme la cavidad uterina
- ↳ carcinoma (cáncer) del cérvix o del cuerpo uterino
- ↳ enfermedad inflamatoria pélvica activa (inflamación tanto del útero como de las trompas de falopio)

### *Precauciones*

- ☆ sangrado uterino anormal de causas no determinadas
- ☆ infecciones del tracto genital
- ☆ dismenorrea severa (sangrado menstrual doloroso)

### *Tiempo de colocación*

- periodo intergenésico: el DIU puede insertarse preferentemente durante la menstruación, o en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.

## LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCIÓN

El DIU debe ser aplicado:

- ↪ después de proporcionar consejería
- ↪ por personal capacitado en la exploración del aparato genital femenino y en las diversas técnicas de inserción
- ↪ seguir las recomendaciones específicas para cada tipo de DIU
- ↪ cumplir las técnicas de asepsia (limpieza de tejidos y objetos a utilizar)
- ↪ no se debe recomendar en mujeres con varios compañeros sexuales y expuestas a enfermedades de transmisión sexual, por el riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica (inflamación tanto del útero como de las trompas de falopio).

### *Duración de la protección anticonceptiva*

La protección anticonceptiva que brindan los dispositivos varía de acuerdo con el principio activo o coadyuvante que contengan. La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo Tcu 380A y TCU 220C es de seis a ocho años para los Multiload 375 y 250 es de cinco y tres años respectivamente. Al término del período de efectividad del DIU, si la usuaria requiere aún este tipo de método, debe reemplazarse por otro en forma inmediata a la remoción

### *Efectos colaterales*

En general, el DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuentes, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y se pueden manifestar como:

- dolor pélvico durante el periodo menstrual
- aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual (Secretaría de Salud, 1994)

### Técnica de inserción del DIU

#### *Intervalo intergenésico*

Se debe informar a la usuaria de cómo será el procedimiento de inserción y de la importancia de su colaboración durante el mismo.

Se debe hacer una exploración pélvica bimanual a la colocación del DIU para precisar la forma, tamaño y posición del útero, así como descartar alguna patología pélvica (enfermedad del conducto vaginal y uterino)

Con la ayuda de un espéculo vaginal (instrumento de exploración), se visualizará el cérvix y se hará la limpieza del cuello uterino, empleando una gasa con solución antiséptica.

Empleando pinza de Pozzi, se toma el labio anterior del cuello uterino, y se tracciona suavemente para rectificar el ángulo entre el canal cervical y la cavidad uterina. Se registra la distancia entre el orificio cervical externo y el fondo de la cavidad. Si la longitud es mayor a 6 centímetros se debe insertar el DIU siguiendo los lineamientos señalados en el instructivo de uso que es proporcionado por el fabricante o en los manuales de procedimientos elaborados por las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Una vez terminada la inserción, se retira la pinza de Pozzi, se verifica que no exista hemorragia en los sitios de prensión, se recortan los hilos guía a 2 centímetros del orificio externo de la cérvix en caso necesario y se retira el espéculo vaginal.

### *Efectividad*

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99% (Secretaría de Salud, 1994)

## Métodos Hormonales

### *Orales*

Los anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales y se dividen en dos grupos:

- ⇒ los combinados de estrógeno y progestina, y
- ⇒ los que contienen solo progestina

### *Hormonales combinados orales que contienen estrógeno y progestina*

#### *Formulación*

Contienen un estrógeno sintético: etinil estradiol (20-50 microgramos) o mestranol (de 50-100 microgramos). Las dosis diarias recomendables no deben exceder de 35 microgramos de etinil estradiol o de 50 microgramos de mestranol.

Además del estrógeno contienen una de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de la 19 nortestosterona: noretistosterona (400 microgramos-1 mg), norgestrel (300-500 microgramos), levonogestrel (50-250 microgramos), gestodeno (75 microgramos), norgestimato (250 microgramos) y desogestrel (150 microgramos), o derivadas de la 17 hidroxiprogesterona: acetato de clormadinona (2 mg) y acetato de ciproterona (2mg)

#### *Presentación*

Existen tres tipos de presentaciones de los anticonceptivos hormonales combinados orales:

- 1) Las que contienen dosis constantes del estrógeno y de la progestina en cada una de las tabletas o grageas. Se presentan en cajas de 21 tabletas o grageas.

Algunas presentaciones incluyen 6 tabletas o grageas adicionales que no contienen hormonas, sino sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para la administración ininterrumpida.

- 2) Las que contienen dosis variables del estrógeno y de la progestina en las tabletas o grageas que se administran dentro del ciclo de 21 días, se denominan trifásicos por incluir tabletas o grageas con tres cantidades diferentes de hormonas sintéticas, y
- 3) Aquellas que en paquete para 21 días contienen 15 tabletas o grageas con el estrógeno solo, seguidas por 6 tabletas o grageas con dosis fijas del estrógeno, más alguna progestina sintética, se denominan secuenciales y no se debe recomendar su uso como anticonceptivo.

**Modo de Empleo:** Los anticonceptivos combinados orales, en el primer ciclo de tratamiento, deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual. También pueden iniciarse al sexto o séptimo día. En este caso debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días de la administración del método.

- ☆ en las presentaciones de 21 tabletas se ingiere una tableta diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días de descanso sin medicación. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los siete días de descanso del ciclo previo independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.
- ☆ en las presentaciones de 28 tabletas se ingiere una de éstas, que contiene hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta que contiene hierro o lactosa. Los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.
- ☆ este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

#### *Conducta a seguir en caso de uso irregular del método*

- en caso de olvido de una tableta: tomar al día siguiente dos tabletas
- en caso de olvido de dos tabletas consecutivas: ingerir dos tabletas durante los días siguientes, y adicionar un método de barrera por siete días
- en caso de olvido de tres tabletas consecutivas, el método ya no es efectivo. Se debe suspender la ingestión de las tabletas restantes, utilizar un método de barrera durante el resto del ciclo y reiniciar la ingestión de tabletas en el siguiente ciclo menstrual
- La diarrea y el vómito intensos pueden interferir con la efectividad de las tabletas. En estos casos se debe recomendar el uso adicional de un método de barrera (Secretaría de Salud, 1994)

### *Indicaciones*

los anticonceptivos hormonales combinados orales están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas (no han tenido embarazo), nulíparas (no han tenido ningún parto), incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta (toma) diaria de las tabletas en las siguientes circunstancias:

- ↳ antes del primer embarazo
- ↳ en el intervalo intergenésico

### *Contraindicaciones*

- ↳ embarazo o sospecha de embarazo
- ↳ tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix
- ↳ tener o haber tenido tumores hepáticos (del hígado) benignos (naturales) o malignos (nocivo)

### *Lineamientos generales para la prescripción*

Los anticonceptivos hormonales combinados orales pueden obtenerse en unidades de atención médica y programas institucionales de distribución o adquirirse en las farmacias.

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:

- a). proporcionar consejería
- b). instruir a la mujer en el uso adecuado de las tabletas
- c). efectuar examen físico, en caso de adolescentes el examen pélvico y la toma de citología (estudios de células) pueden diferir para consultas subsecuentes (Secretaría de Salud, 1994)

### *Ventajas*

- ✓ es de bajo costo
- ✓ es fácil de usar
- ✓ no interfiere durante la relación sexual
- ✓ regulariza el ciclo menstrual
- ✓ reduce el síndrome de tensión premenstrual (alteraciones fisiológicas y emocionales), (Tomado de Flores, 1996)

### *Desventajas*

Algunas mujeres pueden presentar:

- ↳ cefalea (dolor de cabeza)
- ↳ náusea
- ↳ vómito
- ↳ mareo
- ↳ mastalgia (dolor en glándulas mamarias)

- ⇒ cloasma (hiperpigmentación de la piel, principalmente en la frente y mejillas)
- ⇒ manchado intermenstrual

### *Efectividad*

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 92 al 99% (Secretaría de Salud, 1994)

### *Hormonales orales que sólo contienen progestina*

#### *Formulación*

Existen dos formulaciones que contienen dosis bajas de una progestina sintética, linestrenol 0.5 microgramos y levonorgestrel 35 microgramos (no contienen estrógenos)

#### *Presentación*

Se presenta en cajas que contienen 35 tabletas o grageas

**Modo de Empleo:** Los anticonceptivos hormonales que sólo contienen progestina en su primer ciclo de tratamiento deben iniciarse preferentemente el primer día de la menstruación. Si el inicio se efectúa después del primero y antes del sexto día desde el inicio de la menstruación se deberá usar un método de barrera, como apoyo, durante siete días. Se ingiere una tableta diaria ininterrumpidamente incluso durante la menstruación.

- ☆ debido a la menor duración de su efectividad anticonceptiva, es necesario tomar la tableta o gragea a la misma hora.

### *Conducta a seguir en caso de uso irregular del método*

- ⇒ En caso de olvido de una o más tabletas o grageas se debe adicionar un método de barrera, descartar la posibilidad de un embarazo y luego reiniciar el uso de las tabletas o grageas o cambiar a otro método.

NOTA: La diarrea y el vómito intensos pueden interferir con la efectividad de las tabletas o grageas.

### *Indicaciones*

Los anticonceptivos hormonales orales que sólo contienen progestina están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas (que nunca han tenido un embarazo), nulíparas (que nunca han tenido un parto), incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y

que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas en las siguientes circunstancias:

- ↳ antes del primer embarazo
- ↳ en el intervalo intermenstrual inclusive, cuando el uso de los estrógenos esté contraindicado

### *Contraindicaciones*

- ⚠ embarazo o sospecha de embarazo
- ⚠ tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix
- ⚠ tener o haber tenido tumores hepáticos (del hígado) benignos (naturales) o malignos (nocivo)

### *Duración de la protección anticonceptiva*

La protección anticonceptiva está limitada al día en que se ingiere la tableta. Si se omiten una o más tabletas o grageas el método es inefectivo.

### *Efectos colaterales*

Algunas mujeres pueden presentar:

- irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado o amenorrea: ausencia de sangrado menstrual)
- cefalea (dolor de cabeza)
- mastalgia (dolor en glándulas mamarias)

### *Efectividad*

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 90 al 97% (Secretaría de Salud, 1994)

### *Inyectables*

Los anticonceptivos inyectables son métodos hormonales de larga duración, reversibles, muy efectivos, seguros y fáciles de usar.

De acuerdo con su composición se dividen en dos grupos:

- a). los que contienen exclusivamente una progestina sintética de acción prolongada, y
- b). los que además de la progestina, contienen un estrógeno (combinados), (Secretaría de Salud, 1995)

## *Hormonales combinados inyectables que contienen estrógeno y progestina*

### *Formulación*

Contienen un éster de estradiol: cipionato de estradiol (5 mg), valerianato de estradiol (5 mg) o enantato de estradiol (5 y 10 mg). Las dosis recomendables del éster (compuesto químico) de estradiol no deben exceder los 5 mg al mes.

→ además de estrógeno contienen una cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas esterificadas derivadas de la 19-nortestosterona:

Enantato de noretisterona (50 mg), o derivadas de la 17 hidroxiprogesterona: acetato de medroxiprogesterona (25 mg) y acetofénido de dihidroxiprogesterona (75 y 150 mg)

### *Presentación*

Existen cuatro tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables:

- 1) cipionato de estradiol 5 mg + acetato de medroxiprogesterona 25 mg en 0.5 ml de suspensión acuosa microcristalina
- 2) valerianato de estradiol 5 mg + enantato de noretisterona 50 mg en 1 ml de solución oleosa
- 3) enantato de estradiol 5 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 75 mg en 1 ml de suspensión acuosa
- 4) enantato de estradiol 10 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml de suspensión acuosa

**Modo de Empleo:** Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea (nalgas)

*La primera aplicación debe hacerse en cualesquiera de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación. También pueden iniciarse en cualquier momento, si se está razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada.*

Si el método se inicia después del quinto día del ciclo menstrual debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días después de la inyección. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30 +/- días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

### *Duración de la protección anticonceptiva*

La protección anticonceptiva se extiende hasta por 33 días después de la aplicación de la inyección. La aplicación de inyecciones subsecuentes después de 33 días a partir de la anterior no garantiza protección anticonceptiva.

### *Conducta a seguir en caso de uso irregular*

Para asegurar la efectividad del método es indispensable que las inyecciones subsecuentes se apliquen con un intervalo máximo de 33 días. No es recomendable aplicarla antes de 27 días.

Si se omite la aplicación de la inyección en el período adecuado, deben prescribirse métodos de barrera y diferir la inyección al siguiente ciclo menstrual.

Si la aplicación de la inyección se efectuó tardíamente (después de 33 días), deben adicionarse métodos de barrera durante el resto de ese ciclo menstrual.

### *Efectos colaterales*

Algunas mujeres pueden presentar:

- irregularidades menstruales
- cefalea (dolor de cabeza)
- náusea
- vómito
- mareo
- mastalgia (dolor en las glándulas mamarias)
- incremento de peso corporal

### *Indicaciones*

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas (que no hayan tenido ningún embarazo), nulíparas (que no hayan tenido ningún parto), incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias:

- ↳ antes del primer embarazo
- ↳ en el intervalo intergenésico

### *Contraindicaciones*

- ↳ embarazo o sospecha de embarazo
- ↳ tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix

### *Efectividad*

Bajo condiciones habituales de uso, brinda una protección mayor al 99% (Secretaría de Salud, 1994)

## *Hormonales inyectables que sólo contienen progestina*

### *Formulación*

Contienen una progestina sintética esterificada derivada de la 19-nortestosterona, enantato de noretisterona (200 mg); o derivada de la 17-hidroxiprogesterona, acetato de medroxiprogesterona (150 mg)

### *Presentación*

Existen dos tipos de anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen progestina:

- a). Enantato de noretisterona 200 mg, en una ampollita con 1 ml de solución oleosa
- b). Acetato de medroxiprogesterona 150mg, en una ampollita con 3 ml de suspensión acusa microcristalina

**Modo de Empleo:** Los anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen progestina se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea. La primera aplicación debe efectuarse en cualesquiera de los primeros siete días después del inicio del ciclo menstrual. Las inyecciones subsecuentes de DMPA (acetato de medroxiprogesterona) deben de aplicarse cada tres meses y las de NET-EN (enantato de noretisterona) cada dos meses independientemente de cuando se presente el sangrado.

### *Indicaciones*

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o múltiparas, incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de larga acción e inyectable en las siguientes circunstancias:

- ↳ En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso del estrógeno esté contraindicado

### *Contraindicaciones*

- ⚠ embarazo o sospecha de embarazo
- ⚠ tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix
- ⚠ tener o haber tenido tumores hepáticos (del hígado) benignos (naturales) o malignos (nocivos)
- ⚠ durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsiantes

### *Precauciones*

- ☆ sangrado uterino anormal de causas no determinandas
- ☆ insuficiencia renal (incapacidad del riñón)
- ☆ cardiopatía isquémica (enfermedades del corazón)

- ☆ depresión
- ☆ migraña focal (dolor de cabeza específica)
- ☆ alteraciones de la coagulación (cuando la sangre no se solidifica)

### *Efectos colaterales*

Algunas mujeres pueden presentar:

- irregularidades menstruales
- amenorrea (ausencia de sangrado menstrual)
- cefalea (dolor de cabeza)
- mastalgia (dolor de las glándulas mamarias)
- aumento de peso

### *Conducta a seguir en caso de uso irregular*

La aplicación del NET-EN (enantato de noretisterona) puede efectuarse hasta dos semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método. Aunque no es aconsejable, también puede aplicarse hasta dos semanas antes de la fecha programada para inyecciones subsecuentes.

La aplicación de DMPA (acetato de medroxiprogesterona) puede efectuarse hasta cuatro semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método. Aunque no es aconsejable, también puede aplicarse hasta cuatro semanas antes de la fecha programada para inyecciones subsecuentes.

### *Duración de la protección anticonceptiva*

La protección anticonceptiva conferida por NET-EN (enantato de noretisterona), se extiende por lo menos a los 60 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada.

La protección anticonceptiva conferida por DMPA (acetato de medroxiprogesterona), se extiende por lo menos a los 90 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada.

### *Efectividad*

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda una protección anticonceptiva mayor al 99% (Secretaría de Salud, 1994)

### **Métodos anticonceptivos inyectables modernos**

Los más utilizados a nivel mundial son los constituidos solo por progestina. Existen dos formulaciones de este tipo:

El acetato de medroxiprogesterona (DMPA), que se aplica cada tres meses a la dosis de 150 mg, y su nombre comercial es Depo-Provera (Upjohn), y el enantato

de noretisterona o noretindrona (NET-EN), que se aplica cada dos meses a la dosis de 200 mg.

En México existen dos presentaciones comerciales denominadas: *Noristerat* (Schering) y *syngestal* (Sdyntex). También se distribuye en empaque especial para el sector público, con el nombre genérico de Noretindrona.

Tanto el DMPA (acetato de medroxiprogesterona) como el NET-EN (enantato de noretisterona) son anticonceptivos muy efectivos y seguros, pero tienen el inconveniente de producir alteraciones del patrón de sangrado endometrial.

Los anticonceptivos inyectables combinados, de aplicación mensual, tienen la ventaja de que producen alteraciones del patrón de sangrado en menor proporción que los de progestina sola.

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha completado el desarrollo y evaluación de dos nuevas formulaciones de este tipo, cuyos nombres comerciales son:

- a) Cyclofem (o Cyclofemina) y
- b) Mesigyna

### **Cyclofem**

Es un anticonceptivo hormonal, combinado, de acción prolongada, que se aplica cada mes mediante una inyección intramuscular.

### **Ventajas**

- ✓ Como todos los anticonceptivos inyectables es de fácil administración, no requiere el recordatorio diario de las pastillas, no interfiere con la relación sexual de la pareja y permite mantener su uso en privacidad.

### **Formulación**

Contiene 25 mg de acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA), y 5 mg de cipionato de estradiol. DMPA, la misma progestina sintética que contiene Depo-Provera, es la que ha sido mas ampliamente estudiada en cuanto a su seguridad. Por ello en 1992 se aprobó su uso como anticonceptivo en los Estados Unidos de Norteamérica. La dosis de DMPA que contiene Cyclofem es mucho menor que la de depo-provera (25 y 150 mg, respectivamente)

El Cipionato de estradiol es un éster del principal estrógeno que en condiciones fisiológicas produce el ovario. Es un estrógeno de acción corta, que permanece en la circulación por 9-10 días, y por ende, no se acumule con el uso continuado de cyclofem.

### *Presentación*

Se presenta en una ampollita de vidrio transparente que contiene 0.5 ml de una suspensión acuosa microcristalina de color blanco. La ampollita de cyclofem debe agitarse vigorosamente antes de aplicarse para homogeneizar la suspensión. La aplicación es en el glúteo o en el brazo, usando una jeringa estéril de 3 cc. Para evitar el riesgo de transmitir infecciones tales como el SIDA, deberán usarse jeringas desechables y asegurarse de que después de usarlas sean eliminadas.

### *Eficacia*

Su eficacia es similar a los demás inyectables, implantes subdérmicos (Norplant) y a la salpingoclasia (oclusión de trompas bilaterales). Es superior a los anticonceptivos orales y a la de los anticonceptivos naturales y de barrera. Al igual que las pastillas anticonceptivas y que las inyecciones bi o trimestrales que contienen solo progestina (Depo-Provera y Noristerat), y a la de los implantes subdérmicos que liberan levonorgestrel (Norplant), y a la ligadura de trompas (salpingoclasia), cyclofem evita el embarazo principalmente porque inhibe la ovulación. Sin embargo, la progestina que contiene ejerce otras acciones que contribuyen al efecto anticonceptivo: adelgaza el endometrio haciéndolo inadecuado para la implantación del huevo (feto) y espesa el moco cervical impidiendo el paso de los espermatozoides. El efecto anticonceptivo de Cyclofem se inicia inmediatamente después de su aplicación.

**Modo de empleo:** Se deberá aplicar por primera vez en cualesquiera de los primeros cinco días de un ciclo menstrual normal, contados a partir del día en que se inició el sangrado, independientemente de que dicho sangrado continúe o no durante esos cinco días.

Para asegurar la efectividad de Cyclofem las inyecciones subsiguientes deberán aplicarse cada 30 días, contando el día que se aplicó la inyección anterior como día 1, independientemente de que la mujer esté menstruando o no, sin embargo, se permite un margen de 3 días ya sea antes o después de la fecha en que se cumplen los 30 días; es decir cyclofem se puede aplicar cada 27 a 33 días.

Por otra parte, la inyección no deberá usarse si se ha rebasado el tiempo límite de 33 días. Cuando ello ocurra deberá indicarse el empleo de métodos locales durante el resto del ciclo y reiniciar la inyección hasta la siguiente menstruación.

### *Indicaciones*

Cyclofem puede ser usado por: mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, nuligestas (que no hayan tenido ningún embarazo), nulíparas (que no hayan tenido ningún parto), o múltiparas (varios partos), adolescentes que deseen un método anticonceptivo inyectable, reversible y altamente efectivo y seguro.

Las adolescentes pueden utilizar este método ya que no interfiere en su desarrollo y no ocasiona riesgos para su salud o comprometa su fertilidad. En épocas anteriores el uso de inyectables se aconsejaba sólo para mujeres con paridad satisfecha puesto que no se conocía con precisión que la recuperación de la ovulación ocurre en todos los casos, aunque algunas veces tardíamente.

De hecho algunos inyectables como Depo-Provera disminuyen el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria sintomática (que es una de las causas más frecuentes de infertilidad)

### *Efectos colaterales*

El principal efecto colateral del Cyclofem es el cambio en el patrón de sangrado menstrual; además algunas mujeres pueden presentar, en forma transitoria algunos síntomas similares a los que se observan en los métodos anticonceptivos orales:

- Cefalea (dolor de cabeza)
- Náusea
- Vómito
- Mareo
- Mastalgia (dolor de las glándulas mamarias)
- Aumento de peso corporal
- En general los síntomas desaparecen al cabo de unos meses de uso de Cyclofem

### **Irregularidades menstruales**

Por lo regular, después de la primera inyección de cyclofem la siguiente menstruación se presenta de 10 a 20 días después de la inyección, los sangrados irregulares, frecuentes y/o prolongados pueden continuar durante los primeros tres meses de uso. Posteriormente las menstruaciones tienden a regularizarse presentándose aproximadamente cada mes. Con menor probabilidad también pueden presentarse la suspensión de las menstruaciones (amenorrea), aún cuando no haya embarazo (Secretaría de Salud, 1995)

### **Método hormonal subdérmico (Norplant)**

Es un anticonceptivo temporal de acción prolongada que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética (no contiene estrógeno)

### *Formulación*

Consiste en seis cápsulas de dimetilpolisiloxano que contienen cada una 36 mg de levonorgestrel.

### *Presentación*

Son seis cápsulas hechas de tubos de silastic con dimensiones individuales de 34 mm de longitud por 2.4 mm de diámetro transversal, que liberan en promedio 30 microgramos diarios de levonorgestrel.

**Modo de empleo:** Las cápsulas deben de insertarse subdérmicamente en la cara interna del brazo, siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas para el método. La inserción debe efectuarse preferentemente durante los primeros siete días del ciclo menstrual o en cualquier otro día, siempre que se tenga la seguridad de que no hay embarazo.

### **Inserción**

Se deben utilizar jeringas estériles que sean desechables para aplicar la anestesia. La mujer debe estar acostada cómodamente, boca arriba mientras se insertan los implantes.

Se hace una incisión de 2 mm, las cápsulas se introducen por la incisión en forma de abanico abierto bajo la piel a través de un trocar calibre 10, en dirección opuesta al codo. Los implantes 1° y 6° deben quedar formando un ángulo de 75 grados entre ellos.

*Brazo seleccionado:* si la mujer es izquierda se insertaran en el brazo derecho, y si es derecha en el brazo izquierdo.

### *Indicaciones*

Este método está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa nuligestas (que no hayan tenido ningún embarazo), nulíparas (que no hayan tenido ningún parto) o múltiparas (que hayan tenido varios partos), incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular, bajo las siguientes condiciones:

- ☞ En el intervalo intermenstrual, incluso cuando el uso de estrógenos esté contraindicado
- ☞ Antes del primer embarazo

### *Contraindicaciones*

- ☞ embarazo o sospecha de embarazo
- ☞ tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix
- ☞ tener o haber tenido tumores hepáticos (del hígado) benignos (naturales) o malignos (nocivos)
- ☞ durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivos

### *Precauciones*

- ☆ sangrado uterino anormal de causas no determinadas
- ☆ insuficiencia renal (incapacidad del riñón)
- ☆ cardiopatía isquémica (enfermedades del corazón)
- ☆ depresión
- ☆ migraña focal (dolor de cabeza específica)

### *Efectos colaterales*

Algunas mujeres pueden presentar:

- hematoma (acumulación de sangre) en área de aplicación
- infección local
- dermatosis (enfermedades de la piel)
- irregularidades menstruales (hemorragia, manchado por tiempo prolongado o amenorrea: ausencia de menstruación)
- cefalea (dolor de cabeza)
- mastalgia (dolor de las glándulas mamarias)

### *Efectividad*

La duración de la protección anticonceptiva es de 5 años; bajo condiciones habituales de uso este método brinda una protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año, después disminuye gradualmente al 96.5% al quinto año de uso (Secretaría de salud, 1994)

## ▪ PERMANENTES

### *Oclusión Tubaria Bilateral (OTB)*

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas con el fin de evitar la fertilización (unión del óvulo con el espermatozoide)

### *Indicaciones*

Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones:

- ↳ paridad satisfecha (ya no tener más hijos)
- ↳ razones médicas (por ejemplo que se padezca síndrome de Down)

### *Contraindicaciones*

- ↳ sangrado uterino anormal de causas no determinadas

### *Precauciones*

- ☆ embarazo o sospecha de embarazo
- ☆ anemia severa (cifras de hemoglobina: sangre por debajo de los 10 g/l)
- ☆ falta de movilidad uterina (Secretaría de Salud, 1994)

### *Ventajas*

- ✓ mayor tranquilidad para realizar el acto sexual
- ✓ evitar con seguridad el tener hijos no deseados
- ✓ no interfiere con el ciclo menstrual
- ✓ el procedimiento es simple y fácil de realizarse

### *Desventajas*

- ⊖ pueden presentarse molestias posteriores a la cirugía que retrase la incorporación inmediata a las actividades cotidianas
- ⊖ necesidad de personal calificado (ginecólogo) y condiciones adecuadas para llevarse a cabo

### *Efectividad*

Se considera como uno de los métodos más seguros con una efectividad del 100% (tomado de Flores, 1996)

## **Vasectomía**

Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes con el fin de evitar el paso de los espermatozoides.

### *Indicaciones*

Este procedimiento está indicado para hombres en edad fértil con vida sexual activa que deseen un método permanente bajo las siguientes condiciones:

- ☞ Fecundidad satisfecha
- ☞ Razones médicas (por ejemplo que se padezca síndrome de Down)

### *Contraindicaciones*

- ⊕ antecedentes de cirugía escrotal o testicular
- ⊕ historia de impotencia

### *Precauciones*

- ☆ infección en el área operatoria
- ☆ hidrocele (acumulación de líquido claro en los testículos)
- ☆ varicocele
- ☆ filariasis (escroto engrosado)

- ☆ hernia inguino escrotal (desplazamiento de un órgano)
- ☆ enfermedades hemorragíparas

### *Forma de aplicación*

Hay dos tipos de procedimientos: la técnica tradicional (con bisturí) y la de Li (sin bisturí)

### *Técnica tradicional (con bisturí)*

Es un procedimiento quirúrgico, por el cual se ligan y seccionan o bloquean los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto.

### *Técnica de Li (sin bisturí)*

Es un procedimiento quirúrgico, por el cual se ligan y seccionan o bloquean los conductos deferentes a través de una pequeña punción en el rafe escrotal (Secretaría de salud, 1994)

### *Ventajas*

- ✓ mayor tranquilidad para efectuar el acto sexual
- ✓ el procedimiento es fácil de realizar
- ✓ es un método efectivo que brinda la oportunidad al hombre de participar activamente en la planificación de su familia
- ✓ no interfiere de ninguna manera con el deseo o capacidad del hombre para llevar a cabo sus relaciones sexuales (Tomado de Flores, 1996)

### *Desventajas*

- ⇒ La vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta en las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses después del procedimiento, por lo cual se debe de recomendar el uso de un preservativo u otro método para evita embarazos no deseados hasta el conteo de espermatozoides sea negativo

### *Efectos colaterales*

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método, ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico tales como:

- equimosis (moretón o contusión)
- infección de la herida quirúrgica
- granuloma
- hematoma (acumulación de sangre), (Secretaría de Salud, 1994)

### ANTICONCEPTIVOS EN ETAPA DE DESARROLLO

Las tecnologías anticonceptivas descritas a continuación no están disponibles, ya que actualmente están siendo sometidas a pruebas clínicas.

#### ANILLOS VAGINALES ANTICONCEPTIVOS

El anillo vaginal anticonceptivo, así como el dispositivo Norplant está diseñado para liberar lenta y continuamente una hormona. A diferencia del Norplant el anillo se inserta en la vagina y dura sólo unos pocos meses; la mujer tiene la ventaja de poder insertar y retirar el dispositivo por su cuenta. El anillo debe permanecer en la vagina durante tres semanas y luego ser retirado durante una semana para el sangrado menstrual. El anillo contiene menores dosis de esteroides que las píldoras anticonceptivas orales, y actualmente está siendo sometido a pruebas clínicas.

#### DISPOSITIVO INTRAUTERINO CON LEVONORGESTREL

Este dispositivo intrauterino (DIU) en forma de "T" contiene levonergestrel (la misma hormona utilizada en el Norplant) para aumentar su eficacia anticonceptiva. La hormona es liberada por el dispositivo durante un período de cinco años. Esta tecnología ha sido aprobada para su fabricación en Finlandia.

#### NORPLANT II

Esta versión de la tecnología Norplant consiste en solo dos cápsulas de hormona gradualmente liberada, siendo éstas tan eficaces como el actual sistema de seis cápsulas, pero más económicas y fácil de implantar, el sistema está en etapa de pruebas clínicas.

#### ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS

Actualmente se están desarrollando dos propuestas para anticonceptivos masculinos: una vacuna anual y un sistema de implantes. Estas tecnologías todavía no han sido completamente desarrolladas, y las pruebas con voluntarios humanos recién empezarán este año, (The Population Council, Enero de 1991)

## CAPÍTULO 3

### ADOLESCENCIA

La pubertad está directamente precedida por un periodo de rápida maduración que se conoce como pubescencia (llamado también ciclo de desarrollo púbico). La pubescencia es un período en el que se presentan cambios producidos por las hormonas gonadales- *andrógenos* y *estrógenos*- que permiten el despertar sexual.

La adolescencia es una etapa pasajera y problemática, el concepto de adolescente y adolescencia relativamente moderno, apenas tiene algo más de cien años y es un concepto que está en permanente revisión debido a la dinámica del cambio social. El mismo término de adolescente y joven es confuso y no existe un acuerdo establecido sobre cuando empieza la adolescencia, cuándo la juventud y hasta qué edad se prolonga (Atucha, 1989)

La etapa adolescente significa la culminación de la madurez biológica; todo el aparato hormonal está listo para llevar a cabo los cambios fisiológicos sexuales que se irán manifestando gradualmente de manera corporal, tanto en la mujer como en el hombre. Esta actividad hormonal se manifiesta de manera externa en las muchachas (11-14 años) a través de la secreción de flujo vaginal blanquecino que se presenta uno o dos años antes de la primera menstruación en las mujeres y la primera eyaculación en los hombres (13-14 años), (Berne. Citado por Sarrel, 1987)

Siendo esta experiencia para ambos sexos inexplicable, cuyo origen desconoce, ya que socialmente con una cultura de sexualidad reprimida inmersa en lo prohibido y con el principio de que lo sexual es inmoral, no se le ha preparado para que conozca de manera biológica las transformaciones de su cuerpo, siendo que estos cambios llenan de confusión, vergüenza, temor, angustia y al mismo tiempo, con una sensación de placer. Lo inexplicable se debe a la ausencia de comunicación y orientación de los padres, ya que ni ellos mismos tuvieron los elementos necesarios para hacerlo, la única herramienta heredada en esta cultura tradicional, es la transmisión de la sexualidad reprimida y contradictoria (tomado de Morales Clotilde, 1996)

Los adolescentes necesitan adaptarse a su nuevo aspecto ya que la autoestima y la confianza en sí mismo sufren por igual un "deterioro". El adolescente se enfrenta a una dura realidad, en ese momento su imagen real no responde a la ideal, basada en los estereotipos culturales, ya que se distinguen diferencias en el proceso de adquisición de la masculinidad y femineidad (González, 1989)

En la integración de la esfera sexual se conjugan, además de los instintos, las conductas aprendidas por el individuo, en donde la relación madre-hijo, el medio cultural, la dinámica familiar y el manejo adecuado de las sensaciones y emociones del niño durante su desarrollo infantil repercuten de manera determinante en su sexualidad. Posteriormente en la pubertad, suma de la experiencia del impulso sexual como un nuevo fenómeno dentro de este complejo proceso; es durante la adolescencia que se hace evidente una realidad muy simple, la excitación y las relaciones sexuales se dan independientemente de las necesidades de reproducción y orientadas fundamentalmente hacia las sensaciones de placer y erotismo (Mayoral y Col, 1992)

Los guiones de comportamiento sexual para el adolescente van en dos direcciones encontradas; por un lado el hecho de ser ya un hombre, significado social a la presencia de la primera eyaculación, dando inicio socialmente a la coacción sexual; presión que recibe por parte del padre como de los amigos, de manera diferente, pero con el mismo significado, esto es, demostrar a la sociedad que es un macho cuyo significado va en la vía de la popularidad con las mujeres, demostrando su virilidad- cuántas eyaculaciones ha tenido y con cuántas mujeres.

De esta manera se guía la sexualidad del muchacho adolescente; iniciándose la relación con el sexo opuesto con un objetivo dominante: averiguar cuanto puede conseguir viendo a las muchachas principalmente con objeto de deseo (Sarrel, 1987)

La adolescencia es considerada como un período de adaptación de cambios y ajustes sociales que tienen un principio biológico, el cual recibe el nombre de pubertad. La pubertad trae consigo no solo diferencias físicas notables entre hombres y mujeres, sino diferencias en sus respectivos sistemas de respuesta sexual y en sus expectativas sociales, además de un mayor interés por el sexo. Rigiéndose la conducta del joven por los intereses sexuales que pueden ser expresados de diversas maneras, ya que la energía sexual ocupará un lugar central en el desarrollo del adolescente teniendo la necesidad de elaborar conductas que lo adopten a su nueva situación (Reyes, 1993). Por lo que puede hablarse de un cambio paulatino de valores por parte de los adolescentes, que se traduce en una mayor incidencia de relaciones sexuales coitales (Martínez, 1995)

## Definiciones de adolescencia

En cuanto a la definición de la adolescencia, juventud y población joven, existen algunas diferencias; para autores como Lince y Lezama (1993) y Sandoval (1990), la definición del comienzo y duración de la adolescencia varía de acuerdo a los criterios utilizados: fisiológicos, psicosociales y culturales. El principio de la adolescencia lo asocian con la pubertad y la aparición de las características sexuales secundarias, de acuerdo con los autores, varía de cultura a cultura.

Estos autores definen la adolescencia como un período durante el cual el individuo abandona la niñez sin que la sociedad lo considere plenamente adulto. Aceptan que la adolescencia puede iniciarse a los 10 años y terminar a los 19 años.

La definición básica de la adolescencia adoptada por la Organización Mundial de la salud (OMS) es el período entre las edades de 10 y 19 años, y hasta la distinción entre adolescencia temprana, entre los 10 y 14 años, y adolescencia tardía, entre los 15 y 19 años.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) en 1988 definió la adolescencia como una etapa de transición de la vida infantil a la vida adulta, durante la cual, el joven busca las pautas de conducta que responden al nuevo funcionamiento de su cuerpo, y a los requerimientos socioculturales de ese momento.

Etimológicamente, adolescencia proviene de ad: a, hacia y olescere de oler: crecer. Significa la condición y el proceso de crecimiento, la adolescencia es un período de transición, que marca el final de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta (González, 1989)

También se ha considerado a la adolescencia como una etapa de crisis, pero hay que considerar que cada fase del desarrollo posee sus propias tareas a realizar. La adolescencia tiene una ubicación ontológica entre la niñez y la adultez; según su significado etimológico, es una etapa de la vida cuyo elemento sustancial y característico es la aparición de cambios notables tanto morfológicos como funcionales. Los morfológicos están relacionados directamente con el crecimiento corporal y los funcionales con el nuevo funcionamiento glandular (*op. cit*). Estos cambios cuya duración es variable dependiendo de la raza, el sexo, el clima y la cultura. Esta fase de la vida ha sido mitificada, se le ha denominado "período de un nuevo nacimiento"

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, período entre la niñez y la adultez. Este período empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuan-

do se llega al pleno estatus sociológico del adulto. Sin embargo, al igual que sucede con todas las etapas de desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos.

Hall, definió a la adolescencia como un nuevo nacimiento, ya que en ese tiempo nacen los rasgos más nobles y completamente humanos.

*“Las cualidades del cuerpo y del alma que aparecen ahora son, en gran parte, totalmente nuevas. El niño viene de un pasado más remoto y vuelve a ese mismo pasado; el adolescente o neoactivista, y en las últimas adquisiciones de la raza se hacen poco a poco prepotentes. El desarrollo deja de ser gradual y se hace saltatorio; refleja cierto período remoto de una tormenta y de lucha, cuando se rompieron amarras antiguas y se logró un nivel elevado” (1904, vol. 1, XIII)*

En el desarrollo de la teoría sobre las etapas psicosociales, el muy conocido psicoanalista Erik Erikson (1959) ha sugerido que el período de la adolescencia es un período en el que el individuo lucha entre la identidad y la difusión y pérdida de identidad, donde algunas sociedades determinan el paso de la niñez a la edad adulta por medio de iniciaciones y ritos de pubertad.

Kurt Lewin (1939) se refiere al adolescente como al hombre marginal. Los adolescentes son marginales en el sentido de que sus derechos y responsabilidades, no están claramente definidos como lo están los de los niños y los adultos.

Los jóvenes sufren angustias ante dilemas físicos, psicológicos, familiares y sociales, y descubren en ellos capacidades que antes le eran inalcanzables (Chagoya, 1976), experimentan rebeldía, egoísmo, impulsos sexuales, imágenes cambiantes de sí mismo y desorientación emocional (Ackerman, 1982), entre otras. (citado por Pettersson y Uribe, 1993)

En la adolescencia se produce una gran expansión e intensificación de la vida emocional cuando el adolescente amplía sus actividades en busca de nuevas experiencias y conocimientos, por lo cual en ocasiones adopta una actitud defensiva contra las posibles consecuencias.

De una manera más objetiva Havinhurst menciona algunas de las metas sobresalientes del adolescente:

- \* Lograr el sentimiento de independencia con respecto a los padres
- \* Adquirir las actitudes sociales que se requieren de todo adulto joven
- \* Adaptarse a un físico que está cambiando rápidamente y al desarrollo sexual
- \* Asimilar un conjunto de normas y valores internalizados que le sirvan de guías.

## Etapas de la adolescencia según Blos

Peter Blos (1971, 1980) menciona que existen cuatro momentos relevantes para el estudio analítico de la adolescencia: la preadolescencia, la adolescencia temprana, la adolescencia propiamente dicha y la adolescencia tardía.

### *Etapas de la preadolescencia*

Esta etapa se caracteriza por un aumento cuantitativo de los impulsos sexuales, por lo que cualquier experiencia puede transformarse en estímulo sexual aunque no tenga connotación erótica obvia, por ejemplo, el miedo, el coraje o una excitación en general, puede provocarle al preadolescente una erección.

### *Etapas de la adolescencia temprana*

La debilitación del yo, que ocurre por el distanciamiento entre el yo y el superyó, hace que el joven tenga sentimientos de vacío y cuestione su identidad. La elección de un objeto en la adolescencia temprana sigue el modelo narcisista. La relación con el amigo puede ceder al deseo al deseo sexual y llevar a un estado de homosexualidad con voyeurismo, exhibicionismo y masturbación mutua (latente o manifiesta). Más adelante la declinación de esta tendencia bisexual marca la entrada a la adolescencia.

### *Etapas de la adolescencia propiamente dicha.*

El hallazgo de un objeto heterosexual se hace posible por el abandono de la posición narcisista y por el desprendimiento de los objetos infantiles de amor. La formación de la identidad sexual es el logro final de la diferenciación del impulso adolescente durante esa fase. Aparece el amor tierno, la pareja no representa sólo placer sexual, significa además un conglomerado de atributos sagrados y preciosos que llenan al joven de admiración, manifestando con esto las primeras señales de heterosexualidad.

### *Etapas de la adolescencia tardía*

La adolescencia tardía es una fase de consolidación caracterizada por: una posición sexual irreversible resumida a la primacía genital y a la estabilización de aparatos mentales que automáticamente salvaguardan la identidad del mecanismo psíquico.

La adolescencia tardía también se caracteriza por una identidad sexual que toma forma final ya que la predisposición a tipos específicos de relaciones se consolida. También se da una mayor estabilidad y nivelación al sentimiento y a la vida activa del joven. Se efectúa una solidificación del carácter, y por último se da una mayor estabilidad de pensamiento y acción, en tanto que la imaginación creativa decrece (Petterson y Uribe, 1993)

## TEORÍA SOCIAL

Las teorías sociales enfocadas al adolescente son indispensables para comprender las variables externas que modifican las actitudes y conductas del individuo. El enfoque social es abordado por autores como Mead (1961) y Benedic (1954), los cuales destacan la importancia de las instituciones sociales así como de los factores culturales en la pubertad y las experiencias del adolescente en sociedades primitivas, sosteniendo que la constitución biológica no determina particulares conductas, Benedic ve el crecimiento como un proceso gradual y continuo, haciendo notar la importancia que tiene una severa y constante diferencia de etapas en el proceso de la personalidad, donde cambia el modo de relación interpersonal de una edad a otra, provocando discontinuidad en el proceso. Benedic señala que en la sociedad occidental la adolescencia es la etapa donde se producen los mayores cambios “ de un estatus irresponsable vs. un estatus responsable, un cambio de sumisión a dominación y una actitud sexual constante” (Benedic, Ruth, 1954)

Kurt Lewin (1951), menciona que la adolescencia es un periodo de transición en el que el adolescente cambia de grupo, encontrándose en un estado de locomoción social donde los cambios psicológicos y social no están estructurados, no poseen una clara comprensión ni de estatus ni de obligación y su conducta refleja inseguridad. EL adolescente no reconoce dirección en un campo rápidamente y las situaciones no familiares tienden a causar una gran crisis que provoca retraimiento, excesiva sensibilidad e inhibición así como agresividad y extremismo.

## ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Los aspectos psicológicos comprenden los principales cambios en la personalidad que por lo regular ocurren durante la adolescencia con algunas fluctuaciones año con año. Durante la adolescencia ocurren importantes diferencias sexuales en el desarrollo de la personalidad muchas de las cuales se atribuyen a costumbres culturales y a expectativas en cuanto a los papeles sexuales esto dado por el contexto ambiental, que varía entre individuos, familias y grupos subculturales.

Este periodo en el cual se experimenta un incremento en la autosuficiencia, si bien se dan algunas reacciones de dependencia al principio de esta etapa. El estrés tiende a decrecer, entre la ansiedad y la hostilidad existen relaciones recíprocas y ambas están presentes en la adolescencia temprana y media, encuentran condiciones que favorecen el surgimiento de conductas circulares. El estado de atención tiende a aumentar durante este periodo, aunque la tendencia hacia la reacción física comience a decrecer.

En el último periodo de la adolescencia los sujetos muestran una tendencia no significativa a ser mas convencionales, realistas y prácticos. La ultima etapa de la

adolescencia esta configurada cada vez mas con la cultura a medida que los jóvenes se vuelven menos ideosincraticos y empiezan a participar dentro del grupo de la sociedad adulta.

El concepto de sí mismo durante la adolescencia deberá considerarse como una modificación y diferenciación continuas y en marcha. A medida que los individuos maduran, comienzan a definirse así mismos cada vez mas en términos de membresía de grupo y de categoría como la edad, el sexo o el logro educativo.

Los conceptos de identidad constituyen la guía para el adolescente acerca de los papeles que puede representar apropiadamente, y señalar la manera como manejar los papeles que no acepta para si mismo. El adolescente es capaz de darse cuenta de los aspectos más ocultos y del sentido de sus comportamientos. También es más hábil para tener en cuenta experiencias anteriores y no sólo el comportamiento actual para conocer a una persona, comprende más los procesos psíquicos de los otros, sus pensamientos, sus emociones, sus actitudes, sus valores y su personalidad.

La búsqueda de identidad es una parte de la experiencia humana en todas las etapas de la vida , aunque es precisamente durante el crecimiento rápido y durante los cambios fisiológicos de la adolescencia cuando la identidad desempeña un papel muy importante en el desarrollo.

## SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE

La sexualidad se va modificando en cada etapa del individuo y está determinada en gran medida por el aprendizaje que el individuo adquiere en el medio que lo rodea. Se produce una serie de cambios que transforman el cuerpo infantil en un cuerpo adulto y esto genera que la personalidad del joven se transforme en relación con la percepción que tiene de sí mismo, de su afectos y de sus relaciones con la sociedad.

John y cols (1983), mencionan que en la adolescencia se acentúa el interés hacia el comportamiento sexual y al mismo tiempo se da una lucha constante entre los intereses y necesidades que experimenta como individuo y los que la sociedad determina y exige. De acuerdo con ello, al adolescente no se le toleran manifestaciones de tipo sexual sino que se le prohíben; se le ridiculiza a través de prejuicios, sentimientos de culpa, creencias y tabúes.

Aunado a lo anterior se presenta una inadecuada información sexual proveniente de su hogar y en lo que respecta al proceso educativo del adolescente se observan ciertas tendencias a enfatizar sólo el respecto biológico, excluyendo los puntos psicológicos y sociales.

Los principios generales de moralidad sexual en la adolescente se expresan bajo esta actitud. "No pienso tener un verdadero acto sexual hasta que esté enamorada y tenga una relación realmente comprometida, pero no creo que necesariamente esté mal tener relaciones causales sin llegar a consumarlas" (Sarrel, 1987). A partir de esta contradicción que por un lado expresa la imposición del sexo con amor dentro del matrimonio y la negación del sexo-placer extramarital- negado para la mujer, pero que sin embargo en los hechos no se puede desvincular una relación sexual afectiva placentera (Morales 1996)

Los órganos sexuales los convertimos a través de nuestras actitudes en algo exclusivamente sexual al negarnos a tocarnos fuera de un contexto erótico, de ésta forma socializamos al adolescente dentro de valores anticorporales, antisexuales y por lo tanto, propensos a crear confusión y culpabilidad en la medida en que coinciden con una época de intensas vivencias corporales y genitales. Este trato social refuerza el guión cultural antisexual que se encuentra frecuentemente en los jóvenes educados en el sistema tradicional de silencio familiar acerca del sexo, y de conferencias antisexo por el medio escolar y la iglesia.

Cuando el adolescente comienza a aceptar su genitalidad, inicia la búsqueda de la pareja y es el período en el que comienzan los contactos superficiales como besos y caricias, las cuales son cada vez más profundos e íntimos; observándose un oscilar entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital (Tomado de Muñoz Mariana, 1997). Kinsey define las caricias sexuales como el contacto físico que no implica una unión genital, pero en la cual hay una deliberada intención de efectuar una excitación erótica.

Las caricias entre hombres y mujeres son una de las actividades eróticas más comunes en la adolescencia. Según los estudios de Kinsey y col., a los 15 años de edad el 39% de las adolescentes y el 57% de los varones adolescentes han pasado por estas experiencias.

Otra forma de liberar el impulso sexual por parte del adolescente es a través de la masturbación. Práctica sexual reprimida por los padres, considerando a la masturbación como inmoral, pecaminosa y perjudicial, lo que genera en los adolescentes sentimientos de temor, culpa y dolor y una lucha constante contra ello, ya que a pesar de estas creencias el adolescente lo practica por necesidad biológica, por no tener otro medio de liberación sexual (Tomado de Morales, 1996)

Sarrel (1987), dice : "La masturbación puede ser una fuerza positiva muy importante cuando no existe mucha culpa o conflicto, puede proporcionar lecciones importantes sobre nuestra sexualidad. Cuando nos masturbamos experimentamos los cambios fisiológicos de la respuesta sexual y éstos se nos vuelven familiares. Aprendemos que clase de estímulos nos resultan placenteros. Con el orgasmo,

descubrimos que podemos soltarnos y perder el control sin terribles consecuencias, aprendemos a integrar fantasías con la excitación manual. Todo esto puede ser una importante preparación para compartir nuestra sexualidad con otra persona, bajo esta concepción de la masturbación desarrollaríamos una sexualidad sana, creándose una actitud sexual positiva”

En lo que se refiere a la salud reproductiva, en cierta manera las necesidades de los adolescentes son similares a la de los adultos; se dividen en dos categorías: la primera es la necesidad de comprender la anatomía y la fisiología, así como los procesos psicológicos y las consecuencias de la actividad sexual. La segunda es la de recibir la atención de salud y el asesoramiento adecuado para lograr que las consecuencias de esa actividad se vean libres de problemas (embarazo no deseado, Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH-SIDA) dentro de lo posible (Martínez, 1995)

Según Reyes (1993), en el despertar sexual surgen otros aspectos psicológicos como es el amor, que es considerado por él como un sentimiento más importante que descubre el adolescente y que irrumpe en su vida de un modo apasionado profundamente excitante, a tal grado que se puede convertir en un deseo por compartir las intimidades, sueños y aspiraciones con la persona amada.

La adquisición de una papel sexual específico es consecuencia de este proceso. El éxito que el adolescente tenga con esta identificación primaria tenderá a reforzar y dirigir una conducta a futuro. La imitación de ciertos roles contribuye a la adquisición de patrones específicos de conducta y actitudes que se relacionan que el papel sexual. El anhelo de la sexual se difunde en todos los ámbitos de la personalidad saturándola en forma tal, que las aspiraciones intelectuales, afectivas y prácticas del adolescente se relacionan con el sexo. Incluso las palabras y los valores se tiñen de sexualidad. Los patrones de comportamiento sexual de la adolescencia para su identidad sexual no están determinados por los cambios hormonales ni físicos; sino por los significados sociales de cada cultura atribuidos a los cambios corporales (Gagnon, 1980)

Un aspecto importante de la sexualidad que no tiene que ver con alguna etapa de desarrollo en especial es el atractivo físico, pues tiene más relevancia a nivel cultural que a nivel de etapas de desarrollo, sin embargo es en la adolescencia donde se inicia el observar, meditar, y aprender como ser más atractivo o atractiva. Aunque es más frecuente oír hablar de la atracción de las mujeres. Las adolescentes utilizan la atracción sexual para aprender y reafirmar su feminidad, así como los varones su masculinidad. Esta búsqueda de reafirmar su género también le permite reafirmar su identidad individual, ya que cada adolescente tiene una forma diferente de ser femenina o masculino y de demostrar su atractivo sexual (Tomado de Muñoz, 1997)

Las adolescentes occidentales, por ejemplo forman su grupo de amigas para criticar las formas de vestir, peinar, maquillar, caminar, bailar, etcétera. Compran las revistas de última moda para aprender de ellas y a veces esta actividad se convierte en una actividad tan placentera que perdura para el resto de la vida. Los adolescentes occidentales por su parte, se concentran en su físico, en sus músculos y hacen competencia con sus iguales para ver quien tiene más fuerza, quien tiene una voz más grave, o quien puede conquistar más rápidamente a una mujer (*op. cit.*)

## CAMBIOS HORMONALES EN LA ADOLESCENCIA

La sexualidad humana no se entiende sino se conoce el papel que desempeñan las hormonas en la fisiología sexual y reproductiva de la conducta. Las hormonas son mensajeros químicos en el cuerpo, que se elaboran y secretan en varias glándulas, que en su conjunto se llama sistema endócrino. El sistema endócrino incluye hipófisis (siendo el centro funcional del sistema y en gran parte regula el funcionamiento de la mayoría de las demás glándulas endócrinas; incluyendo los ovarios y los testículos).

Los andrógenos fomentan la producción de proteínas, fomentan los cambios en la pubertad como el crecimiento de los testículos y pene, aparición del bello púbico, axilar y facial, la voz se hace grave, aumento de peso y estatura, fomenta el impulso sexual.

Por su parte los estrógenos causan cambios en el aumento de la masa muscular en las trompas de falopio y el útero, crecimiento del endometrio, desarrollo de los genitales externos, alcanzando la proporción del adulto; las características sexuales de los órganos secundarios son: crecimiento de las mamas, un año antes de la menarquia, cambios en la forma corporal, aumento del depósito de grasa subcutánea y crecimiento del bello axilar y púbico. Tanto el crecimiento de los senos como la aparición de la menarca (1ª menstruación) es un signo de que las niñas se sientan empujadas hacia la adultez y eso les causa angustia, vergüenza, timidez, dolor y confusión; acontecimiento psicosocial complejo que de no contar con una orientación adecuada ya sea por parte de los padres, hermanas o amigas puede dejar una marca negativa permanente en el desarrollo de la sexualidad en la adolescente (Morales, 1996).

Puede decirse que la adolescencia, en cuanto a fase de desarrollo humano, tiene un punto de partida biológico y un desenlace psicológico y social.

Desde el punto de vista biológico, su inicio está marcado por la aceleración final del crecimiento y el inicio del desarrollo sexual secundario; y su determinación está marcada por la fución de la epífisis (glándula pineal) y la terminación de la diferenciación sexual.

Desde el punto de vista psicológico, está marcada por una percepción de un nuevo yo y concluye al tener una clara diferenciación del yo para poderlo compartir con una pareja (consolidación de la identidad y capacidad de tener relaciones heterosexuales estables).

Socialmente es un período de preparación intensificada por la asunción de un papel de adulto y su terminación está marcada cuando la sociedad le otorga prerrogativas adultas plenas y el joven asume un rol laboral y marital adulto (Martínez, 1995) .

Podemos concluir que al hablar de sexualidad, podemos relacionar aspectos biológicos, psicológicos y sociales lo que implica una dimensión más amplia que la simple concepción reduccionista del sexo como biología y coito.

## INVESTIGACIONES SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES.

En nuestras sociedades el uso de métodos anticonceptivos suele considerarse responsabilidad de la mujer; esta realidad se debe por un lado a la amenaza del embarazo adolescente. El desarrollo de los métodos anticonceptivos orales y de otros métodos femeninos ha permitido que las mujeres ejerzan un mayor control sobre su fecundidad, pero también ha contribuido a una creciente indiferencia por parte de los hombres. En la mayoría de los países en desarrollo, los hombres siguen siendo los que controlan la política y la toma de decisiones en sus familias, comunidades y sus naciones.

El embarazo entre la población adolescente es un fenómeno que en casi todo el mundo se manifiesta en la actualidad cada vez con mayor intensidad y los efectos adversos que en lo inmediato dejan sentir sobre las condiciones de vida e los mismos jóvenes y en el mediano y largo plazo en el desarrollo de las generaciones de padres adolescentes y sus generaciones. Otro de los efectos importantes de la fecundidad en la adolescencia, tiene que ver con el ritmo de crecimiento poblacional derivado del lapso de tiempo en el cual una generación completa su ciclo reproductivo y que está relacionado con la edad del nacimiento del primer hijo (Coale, 1973)

Para promover una mayor prevalencia y continuidad, así como garantizar que el uso de métodos anticonceptivos se realice en forma segura y efectiva, se requiere asegurar que tanto los hombres como las mujeres dispongan de consejería e información acerca de cómo y dónde obtenerlos, y cuales son los más convenientes para sus condiciones, y el conocimiento suficiente sobre su forma de uso y los efectos colaterales. La consejería debe de considerar todos los métodos reconocidos por la Norma Oficial de Planificación Familiar; incluidos los métodos naturales o de abstinencia periódica para regular la fecundidad, cuya efectividad depende principalmente de su adecuado conocimiento, además de disciplina y perseverancia de quienes opten por ellos (Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000)

Si bien el estudio de la práctica de la anticoncepción en México se remonta a los años cincuenta, no es sino hasta los años setenta cuando su estudio cobra relevancia. Razón por la cual la década de los setenta ha sido considerada como "el espacio temporal que sienta los antecedentes de mayor alcance en el estudio y práctica social de la planificación familiar" (Palma, 1988)

Desde la segunda mitad de los años setenta se vienen realizando encuestas demográficas o de fecundidad de cobertura nacional, algunas de ellas enmarcadas en proyectos internacionales, encuestas que incluyen dentro de sus objetivos estudiar y ahondar en el comportamiento reproductivo de la población a saber: la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976; la Encuesta Nacional de Prevalencia de 1978; la Encuesta Nacional de Prevalencia con módulo de Fecundidad y Mortalidad de 1979; la Encuesta Nacional Demográfica de 1982; la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1987; la Encuesta sobre Determinantes de la Práctica anticonceptiva en México de 1988; La Encuesta Nacional de la Dinámica demográfica de 1992; y otras encuestas que aunque no tienen representatividad nacional han permitido profundizar en el estudio del comportamiento reproductivo de la población en espacios determinados (Camarena y Salas, 1988)

Entre los diferentes factores que ayudan a explicar la relevancia adquirida en el estudio de la práctica de la anticoncepción en México, se encuentran los relacionados directamente con los cambios en los lineamientos de la política de población. Hasta principios de la década de los setenta había prevalecido en México “una impresión general de vacío demográfico” (Zavala de Cosío, 1992), reconocida tanto en la primera Ley General de Población de 1936 como es la de 1947. A través de estas leyes de corte pronatalistas se promovió el estímulo de los matrimonios y el aumento de la natalidad, prohibiendo toda propaganda y venta de anticonceptivos, además de excluirlos de los medicamentos autorizados en las instituciones gubernamentales de salud (*ibidem*)

Así, en Febrero de 1973 se promulga un nuevo Código de Salud (que derogaba el artículo 24 del código anterior), en donde se autorizaba la publicidad y venta de métodos anticonceptivos. Dentro del mismo sector salud, se elaboró el Plan Nacional de Salud 1974-1983 que establecía como prioritarios los programas de salud y de planificación familiar. Así el tema tabú que había prevalecido hasta la fecha, en términos de anticonceptivos dejó de serlo para convertirse en el punto central del Programa de Planificación Familiar.

El 31 de Diciembre del mismo año se modifica el artículo 4º de la Constitución Política de los estados Unidos Mexicanos, para establecer que “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número de hijos”. En ese mismo año se crea oficialmente el Consejo Nacional de Población como instancia responsable de la planificación demográfica del país.

En 1977, siguiendo los lineamientos establecidos en la ley de población e integrada la política demográfica a la planificación del desarrollo, se presenta el Plan Nacional de Planificación Familiar 1977-1982, que tiene como finalidad regular la organización de la prestación de servicios de salud en materia de planificación familiar (Zavala, 1992).

Las encuestas también han posibilitado conocer los niveles y tendencias de la práctica anticonceptiva en México y con ellos valorar el impacto demográfico del programa nacional de planificación familiar. Desde 1976, se han levantado siete encuestas:

- Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF de 1976)
- Dos Encuestas Nacionales de Prevalencia (ENP en 1978 y 1979)
- La Encuesta Nacional Demográfica (END de 1982)
- La Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES de 1987)
- La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID de 1992)

Sin embargo, la encuesta que más se ha explotado y sobre la cual se han realizado innumerables trabajos tanto por los prestadores de servicios de planificación familiar como por parte del sector académico ha sido la ENFES, y en menor medida la correspondiente a la ENP de 1979 (Aparicio, 1993)

De estas siete encuestas solamente la Encuesta de Prevalencia de Uso de Métodos anticonceptivos de 1979 y la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1976 captaron la historia de uso de métodos anticonceptivos para las mujeres que habían adoptado la anticoncepción, con lo cual fue posible encontrar con información sobre la continuidad de las aceptantes no solo de los programas de planificación familiar, sino también de los métodos que se consiguen en farmacias o en clínicas u hospitales privados. Ha sido posible estimar además la continuidad de uso de métodos anticonceptivos como tradicionales: abstinencia periódica o el coitus interruptus (Aguilar y Aparicio, 1991)

En América Latina los programas Internacionales de Investigación en la Fecundidad a través de encuestas como la Mundial de Fecundidad, han aportado datos importantes para estimar la evolución de la fecundidad de los adolescentes, por ejemplo lo que se encontró fue que en el caso de México el 40 % del total de mujeres se convirtieron en madres durante la adolescencia (García, 1992)

En términos socioeconómicos el hecho de tener hijos en la adolescencia parece afectar directamente las condiciones de vida de los padres adolescentes, el desarrollo de los hijos y más directamente la situación de la joven madre, a través de los obstáculos que se le presentan para poder alcanzar un nivel elevado de educación o de participar en la actividad económica.

Así, una proporción importante de adolescentes que aún siendo estudiantes se embarazan o tienen a un hijo, abandonan la escuela incluso antes de dar a luz, cuando se embaraza se hace notorio y las presiones sociales le crean a la joven un ambiente adverso a su alrededor (García, 1992)

Uno de los temas que concentró el interés de algunos investigadores fue el estudio de la relación entre el conocimiento, las actitudes y la práctica en torno al comportamiento reproductivo y anticonceptivo de la población. Por lo general se trata de estudios tipo CAP, donde a través del tiempo se le asociaron otras investigaciones orientadas al análisis de las percepciones, motivaciones, aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos. Las investigaciones sobre Conocimiento, Actitud y Práctica (CAP) de métodos anticonceptivos aunque fueron ampliamente desarrolladas durante los primeros años de la década de los setenta y sus resultados sirvieron para respaldar la implantación de los programas nacionales de planificación familiar (Benítez, 1983), fueron objeto de innumerables críticas por sustentarse en marcos teóricos provenientes “de la teoría de la acción, por un lado, y de la concepción conductista por el otro; se concebía que la conducta de las personas dependía del sentido personal de la acción, en base a su capacidad cognoscitiva y racional, (conocimiento), a su orientación volitiva y sentimental (actitud) y de ésta a su proceso de decisión personal para llevar a cabo una acción (práctica) como la conducta anticonceptiva” (Leñero, 1978)

Las críticas efectuadas a estos marcos teóricos motivaron el desarrollo durante los años ochenta de otros esquemas explicativos para abordar el análisis de los procesos de toma de decisiones requerido al adoptar la anticoncepción. Para el caso de México se encuentra el modelo Transcultural elaborado por Shedlin y Hollerbach (1982) para abordar el estudio sobre el proceso de toma de decisiones acerca del comportamiento reproductivo y la práctica anticonceptiva (DGPF, 1988)

Existe también un grupo de trabajos que tienen como objeto el estudio de la anticoncepción. Este tema de investigación ha ido evolucionando en el tiempo, como señala Palma (1990), “... en sus inicios el interés estuvo centrado en el conocimiento de los niveles y algunas características de uso en nuestro país. Posteriormente se enfocó la atención hacia la vinculación entre la fecundidad y la práctica anticonceptiva”. Señala que este tipo de investigación ya ha sido trascendido y que cada vez es mayor el número de trabajos que tratan las implicaciones sociales de la anticoncepción y sus relaciones por ejemplo con la mujer, también hay varios estudios interesados en identificar los factores socioculturales que determinan la adopción y uso de la anticoncepción, (Palma, *et. al.*, 1993; Aguilar, E y R. Aparicio, 1993; Figueroa *et. al.*, 1993; Aparicio, 1990 y Figueroa, F. G., 1990)

En la década actual, (90's) la anticoncepción es concebida dentro del marco integral de la Salud Reproductiva el cual *“reconoce el derecho de toda persona no sólo a regular su fecundidad segura y efectivamente, sino también a tener y criar hijos saludables, comprender y disfrutar su sexualidad, así como ejercerla responsablemente y sin temor a las enfermedades de transmisión sexual; entre los bené-*

*ficas de un enfoque integral de salud reproductiva se encuentran la promoción de la educación sexual, de regulación de fecundidad y de salud, etcétera (Programa Nacional de Población, 1995-2000)*

La política de población enfrenta hoy en día enfrentar el reto de impulsar un enfoque integral de salud reproductiva, que subraya la atención de las necesidades de los hombres y mujeres en los ámbitos de la anticoncepción, la sexualidad, la salud y la reproducción. El acceso universal a los servicios de salud reproductiva reafirma el principio de garantizar en condiciones informadas y con plena libertad el ejercicio de los derechos reproductivos amparados en el Artículo Cuarto de nuestra Constitución (Programa Nacional de Población, 1995-2000)

Entre las características y modalidades de la práctica anticonceptiva que se contemplan están aquellas relacionadas con la condición del uso, es decir, el usar, no usar, haber usado o nunca haber usado anticonceptivos; el tipo de método y su clasificación como tradicional o moderno, reversible o irreversible y su nivel de efectividad; la edad al inicio y/o interrupción de la práctica anticonceptiva; al inicio, interrupción y reinicio en el uso de cierto método y al cambio en el uso de éste, interrupción y readopción de la práctica o método y al cambio de éste; el lugar y las condiciones de obtención de los servicios y métodos anticonceptivos; ya sea público o privado, de acceso a población abierta o no, así como el costo y la trayectoria de uso de métodos anticonceptivos, en términos del tiempo de uso, discontinuidades y cambios de método, que ocurren en el transcurso de la práctica.

La trayectoria de uso de métodos anticonceptivos está estrechamente vinculada con la historia de vida del individuo, en la medida en que éste define su actuar no solamente sobre la base de sus condiciones reales de existencia vigentes en un momento dado, sino también y de manera sustancial, sobre la base de las experiencias vividas en el pasado.

La experiencia anticonceptiva constituye el último de los rubros considerados en el esquema dentro de la práctica anticonceptiva. Su inclusión en éste, como un rubro separado de las características y modalidades de la práctica anticonceptiva, proviene de la importancia que los resultados y consecuencias del ejercicio de la anticoncepción revisten tanto por sí mismos como en razón de sus efectos sobre la práctica futura y las características que ésta adopte (SSA, DGPF, 1988)

Dentro de la experiencia anticonceptiva individual, pueden distinguirse tres grupos de factores principales:

- 1) Aquellos relacionados con la efectividad de los métodos
- 2) La facilidad y comodidad de su uso
- 3) Los relacionados con los efectos colaterales de su uso

### **Aquellos relacionados con la efectividad de los métodos**

La efectividad de la práctica y/o el método empleado, puede ser referida al número de embarazos evitados durante el uso del método y depende tanto de la forma como actúe el método mismo, como de la calidad de su uso, es decir, la forma en que se consume, utiliza, aplica, etcétera.

### **La facilidad y comodidad de su uso**

Es el grado de facilidad y/o comodidad de su empleo lo cual, ya sea a través de su impacto sobre la efectividad o por sí mismo, puede actuar como estimulante u obstaculizante de la continuidad, abandono o reinicio de su empleo.

### **Los relacionados con los efectos colaterales de su uso**

Los efectos colaterales pueden actuar en dos vertientes: sobre la fecundidad, en cuanto al tiempo de dispersión o demora para lograr un nuevo embarazo después de la utilización de un método, o sobre la salud y estado físico y psicológico de la usuaria(o), ya sea que estén médicamente comprobados o asociados a condiciones psicobiológicas particulares del individuo, derivados del uso del método (*op. cit.*).

Así la práctica de la anticoncepción, y/o el conocimiento de la potencialidad y factibilidad de su ejercicio pueden estar precedidos o bien generar o traer aparejado una serie de cuestionamientos y replanteamientos de los valores, normas, costumbres, conductas, y actitudes del individuo, no solamente en lo que respecta a su reproducción sino también en cuanto a sus aspectos tales como el ejercicio de su sexualidad, las prácticas, los roles sexuales, las aspiraciones y capacidades de desarrollo y bienestar personal y en general en la forma de ver y vivir su vida, con las siguientes situaciones de armonía o conflicto derivadas tanto del nivel de logro de sus expectativas creadas con el ejercicio de la anticoncepción, como de la confrontación de dichos cambios con lo establecido en el medio en que se desenvuelve. Los efectos que la práctica de la anticoncepción pudieran tener sobre dichos sujetos y agentes son finalmente recogidos en términos de rasgos que caracterizan al individuo, tanto en lo ideológico, material, social y demográfico.

A medida que la práctica de la anticoncepción se extiende hacia mayores y diversos segmentos de la sociedad, deja de sentir sus efectos sobre otros niveles de la realidad social aún sobre aquellos en apariencia más lejanos al nivel de las conductas individuales, como es el caso de la denominadas como institucionales oficiales y los pertenecientes a la dimensión macrosocial (SSA, DGPF, 1988)

A pesar de que la mayoría de los trabajos señalan la importancia y necesidad de los programas de anticoncepción, así como el ambiente favorable a su implementación, los estudios de corte empírico muestran el poco conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por parte de la población mexicana.

Una investigación realizada a principios de los setenta señalaba que prácticamente el 97% de las mujeres que necesitaban la asistencia para regular su fecundidad no la recibían de ningún programa de asistencia social, ya que prácticamente no existían, y que el 86% no eran atendidas ni en estos programas ni en el sector privado; aun cuando en este sector ya existían clínicas aisladas funcionando desde tiempo atrás sin el respaldo de una política acorde con estos servicios. Otro de los hallazgos importantes de este trabajo fue que en el país sólo el 9% de todas las mujeres en edad de procrear estaban protegidas por métodos eficaces (FEPAC, 1972)

En los estudios de Palma (1990) y Welti (1988) se reconoce que la investigación sobre el uso de anticonceptivos en México en sus inicios, se preocupó fundamentalmente de la descripción de los patrones de uso, diferenciales entre grupos poblacionales y del impacto de la anticoncepción sobre la fecundidad. Sin embargo, dentro de los trabajos revisados se encontró que si bien hay muchos que efectivamente restringen su interés hacia los aspectos mencionados, hay indicios de que este tipo de investigación ha sido rebasado sobre todo por aquellos estudios realizados a finales de los años ochenta y principios de los noventa, que abordan el tema de la anticoncepción como objeto de estudio, tratando de rescatar las fases de adopción y continuidad en el uso como aspectos que hacen singular el examen de la práctica anticonceptiva dentro de la investigación social, en la medida que las dos fases (adopción y continuidad) están determinadas y condicionadas por el ambiente socioeconómico y cultural en que se presenten (Palma, *et. al.*, 1993; Aguilar, E y R. Aparicio, 1993; Figueroa *et. al.*, 1993)

En la primera fase la adopción entra en juego tres elementos que actúan a nivel individual y que parecen seguir una secuencia temporal:

- 1) la percepción que se tiene sobre la regulación de la fecundidad
- 2) la motivación por la regulación de la fecundidad
- 3) los costos de la regulación de la fecundidad que se asocian directamente con el acceso real y percibido sobre los métodos anticonceptivos, con su valoración en cuanto a riesgo sobre la salud y las barreras de orden psicológico o cultural para su utilización.

La segunda fase comprende la continuidad en el uso con los correspondientes momentos de abandono y reinicio (citado por Palma, 1990, y Palma *et. al.*, 1993)

Por su parte Palma y col., (1993), partiendo de la información de la ENFES, se propusieron indagar sobre las características asociadas a la adopción de la práctica anticonceptiva, los elementos que intervienen en la selección de un determinado método y las influencias de las variables sociodemográficas en el uso y selección de los métodos anticonceptivos.

· En la selección de un determinado tipo de anticonceptivo se considera la percepción que tienen la población sobre la disponibilidad y el conocimiento de los diferentes métodos, como elementos que en última instancia determinan la selección.

Schofield en 1965 demostró que a principios de la década de los sesenta más de la mitad de la población de adolescentes adoptaban irregularmente precauciones y quienes las adoptaban utilizaban o bien el preservativo (82%) o el coito interrumpido (31%)

Posteriormente Farrell (1978) pudo informar de un importante cambio. Los jóvenes sexualmente activos utilizaban métodos anticonceptivos en la década de 1970 y tan sólo un 8% manifestaron no haber adoptado jamás precauciones. Este pequeño grupo de adolescentes pertenecía predominantemente a la clase trabajadora y de ellos, dos de cada tres eran varones.

Esto es un indicador de que el paso del tiempo, cada vez más adolescentes están siendo más responsables en sus relaciones sexuales, aunque muy lentamente, y también es necesario reconocer que esto ocurre en las poblaciones más informadas.

Algunos aspectos relacionados con el control de la natalidad han despertado gran interés. En primer lugar está la cuestión básica de la moralidad que limita el recurso de tomar los diferentes tipos de métodos anticonceptivos que hay. Una segunda cuestión es la referente a la distinción entre los métodos que impiden el embarazo y los que actúan una vez que ha tenido lugar la fecundación; entre estos últimos se encuentra el DIU, la píldora de la mañana siguiente y el aborto.

Dada la dificultad de precisar cuándo empieza una vida humana, un sector de la opinión afirma que sólo son moralmente aceptados aquellos sistemas de control que impiden la anticoncepción (condones, espumas, o cremas vaginales)

Otro de los problemas es el de la promiscuidad entre los jóvenes en la cual existe una fuerte actitud negativa a que los adolescentes utilicen los métodos anticonceptivos, ya que estos estarían promoviendo la promiscuidad entre esta población.

Una investigación de Shan, Zelnik y Kanter (en Papalia, 1985), realizaron una investigación sobre el uso de métodos anticonceptivos, encontraron que la mayoría de las adolescentes sexualmente activas, no usaban anticonceptivos en sus relaciones sexuales; muchas de ellas creían que si no deseaban un bebé, no lo tendrían. Otra razón que encontraron para no usar anticonceptivos, fue la no-disponibilidad

de los mismos. Algunas jóvenes ignoraban cuáles serían los métodos más efectivos y había temores de que sus padres se los encontraran y otra más, consideraban que era responsabilidad del compañero.

El aplazar el uso de métodos anticonceptivos puede ser debido al rechazo a asistir a un centro médico, en el que deban identificarse y admitir ante otros su actividad sexual. Por lo anterior, es de gran importancia llevar del por qué los adolescentes tienen relaciones sexuales sin usar anticonceptivos (Henry P, 1988 citado por Alfaro).

En la investigación de Alfaro M. (1990), se observaron diferencias en adolescentes mexicanos que han tenido relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, puesto que los adolescentes que siempre usan anticonceptivos tiene una actitud más favorable hacia la libertad en las relaciones sexuales que los adolescentes que no lo usan.

A pesar de los grandes avances en el sentido que los adolescentes utilicen anticonceptivos, todavía existe un gran número de ellos que no los utiliza; en este sentido Byron (1975) plantea tres factores que configuran la dinámica en el uso de los métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes:

- a). *conocimiento de los métodos*
- b). *motivación*
- c). *posibilidad de acceso a los métodos*

Byron considera que estos tres aspectos deben estar presentes siempre para que se logre un uso adecuado y eficaz de los anticonceptivos.

“Con respecto a la motivación, existen graves problemas de guardar anticonceptivos para quienes viven en su casa; el miedo de que sus padres y compañeros se enteren de su actividad sexual, el temor a las sanciones paternas, la misma espontaneidad sexual y finalmente la molestia de usarlos” (Byron, 1975)

Leslie (1967), coincide con Byron acerca de que el simple conocimiento de los anticonceptivos no determina el buen uso de éstos; muchos jóvenes piensan que el hombre es quién tiene la responsabilidad del uso de los métodos anticonceptivos, ya que ellas se exponen a que su compañero las juzgue mal al pensar que ellas están deseando y premeditando la relación sexual.

En la investigación realizada por Cruz Zamorano (1986), se encontró que el 97% de los entrevistados (de 100 estudiantes) estaban a favor de que los anticonceptivos sean usados tanto por hombres como por mujeres.

De las personas sexualmente activos que participaron en la investigación de Cuevas y Wilfert (1983), el 28% de las mujeres reportaron no ejercer ningún tipo de anticoncepción, al igual los hombres (43%)

Se tiene evidencia de que la actitud de los varones hacia los métodos anticonceptivos, es determinante para el uso de ellos; también se ha visto que a los varones en general no les gusta usar los métodos anticonceptivos (Lugo, citado por Reyes, 1993)

Utilizando la información de la Encuesta sobre los Determinantes de la Práctica Anticonceptiva en México de 1988 (EDEPAM), se encontró un trabajo que se preocupa por conocer la dinámica del uso de métodos anticonceptivos en diferentes regiones del país, prestándole especial atención a los patrones y variables asociadas a la selección de un método anticonceptivo, así como a la continuidad y al reinicio del uso de algún método (Figuroa *et. al.*, 1993)

Otro trabajo interesado en indagar sobre el comportamiento reproductivo y en particular sobre el proceso "conocimiento-motivación-valoración" de la práctica anticonceptiva es el desarrollado por Figuroa *et. al.*, (1993) que trata de ver cómo se da este proceso en tres grandes regiones del país; para lograr el objetivo parten de la información brindada por las ENFES y la EDEPAM.

La transformación que se ha dado en la población mexicana ha sido bastante importante en el uso de métodos anticonceptivos modernos y eficaces, ya que se encuentra que mientras en 1976 alrededor del 70% de las usuarias estaban protegidas por un método eficaz, en 1982 estos porcentajes se habían elevado a un 83% (Urbina y col., 1984)

La ampliación de cobertura de usuarias ha dado elementos para que se afirme que la extensión en el uso de métodos anticonceptivos, pasó de ser una práctica de grupos minoritarios durante los sesenta a un comportamiento regular entre la población mexicana en los años recientes (Figuroa, 1993)

El incremento en el uso de métodos anticonceptivos resulta importante para todos los grupos poblacionales, ya sean grupos por edad, por zona de residencia urbano-rural, por regiones, por características socioeconómicas, por grupos sociales, etcétera., en cuanto a patrones de adopción y continuidad en el uso, y por tanto en la efectividad.

La dinámica del uso de métodos anticonceptivos también se ha estudiado desde una perspectiva longitudinal, (Aparicio, 1990; Palma *et. al.*, 1993). En particular se ha centrado el interés por estudiar el momento de la adopción y la continui-

dad del uso de anticonceptivos en relación con las características socioeconómicas y demográficas de la población y el contexto cultural.

Los resultados de las ENFES (1987) muestran una tendencia a la disminución en la continuidad de uso del primer método anticonceptivo y en el ritmo de crecimiento de la anticoncepción, disminución que involucra a toda la población independiente de la escolaridad y el tamaño de localidad donde reside la mujer; Aparicio (1990) sugiere que este hecho puede obedecer entre otras cuestiones a "que la expansión y consolidación de los programas públicos y privados de anticoncepción ha generado una mayor gama e opciones por parte de la población aceptante"

La selección de un método específico para regular la fecundidad se relaciona con varios factores, los que se ha dado en llamar factores por el lado de la oferta y factores por el lado de la demanda. En el caso de la oferta se menciona la accesibilidad y disponibilidad de métodos anticonceptivos; y por el lado de la demanda se identifican el impacto sobre la fecundidad que espera cada uno de los que usa el método, el nivel de entendimiento y conocimiento que se tiene acerca del método, y por último la evaluación del método en términos de sus consecuencias e impacto para la salud y creencias morales (Balatao, 1989, citado por: Figueroa, 1993)

Otro hallazgo de interés en el trabajo de Palma y col. (1993), está referido a la preferencia por métodos naturales que se da en la población mexicana, situación que según los autores puede estar explicada por motivos religiosos o por la percepción que se tiene de los efectos colaterales de los métodos más modernos. El uso del ritmo se asocia positivamente con la escolaridad, posiblemente por requerir de cierto conocimiento de la reproducción biológica para poderlo manejar. Otro elemento que se encuentran los autores, es con relación a que las mujeres más instruidas recurren menos a la oclusión tubaria, "al parecer la instrucción da a las mujeres una mayor percepción de los cambios que pueden efectuar en el futuro de su ciclo vital, lo cual les impide tomar la decisión de adoptar un método definitivo"

En cuanto a la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos encontraron fuertes diferencias entre las regiones noroeste, centro y suroeste de México. La región suroeste donde la prevalencia es menor, el no uso de métodos anticonceptivos es asociado prioritariamente con la falta de acceso a los mencionados servicios. Por su parte en la región central prevalecen barreras de tipo cultural tales como la religión, la oposición de la mujer o de la pareja al uso de métodos anticonceptivos. Las mujeres de la región noroeste parecen tener ideales reproductivos más concretos y un mayor acceso a los métodos anticonceptivo, de aquí su mayor prevalencia (Figueroa *et. al.*, 1993)

Aguilar y Aparicio (1993) hallan que si bien muchas mujeres abandonan la práctica anticonceptiva; un gran número de mujeres la abandonan por falla del método o por efectos secundarios; esta revelación les hace proponer que el estudio de la dinámica del uso de métodos anticonceptivos no puede limitarse exclusivamente a los patrones de adopción y continuidad.

### Conocimientos de Métodos Anticonceptivos

Bajo este rubro se consideran los trabajos que abordaron el análisis sobre el conocimiento que tenía la población sobre los diferentes métodos anticonceptivos. Por lo regular son estudios empíricos basados en datos de encuestas y desarrollados principalmente en los años setenta.

Los resultados encontrados por los estudios dan cuenta del incremento tan importante que registro el conocimiento de los métodos anticonceptivos entre la población mexicana.

Para finales de la década de los ochentas, los datos de las encuestas sobre Determinantes de la Práctica Anticonceptiva en México (EDEPAM), indicaron que más del 95% de las mujeres entrevistadas conocían al menos un método anticonceptivo e incluso cerca del 25% declaró conocer el total de métodos considerados por la encuesta (Figuroa, *et. al.*, 1991)

En cuanto a los métodos conocidos por la población, en 1970 las pastillas al igual que las inyecciones eran los métodos más importantes. Con la implantación de los programas gubernamentales de Planificación, se sumaron el dispositivo intrauterino (DIU) y los métodos quirúrgicos, básicamente los femeninos, en tanto que los métodos locales y el preservativo fueron los métodos menos conocidos hasta mediados de la década de los ochenta. Sin embargo, el hecho de que las mujeres reportaran que conocían los métodos anticonceptivos no implicaba necesariamente que conocieran su funcionamiento y el lugar de obtención de los mismos, ya que de acuerdo con los datos de la encuesta de fecundidad rural de planificación familiar, más del 40% de las mujeres que declararon conocer la ligadura, el DIU, los métodos locales y el preservativo, no sabían dónde obtenerlos, en tanto que para los anticonceptivos hormonales la proporción fue menor: 30 y 35% para las pastillas y las inyecciones, respectivamente.

De acuerdo a la percepción de la mujeres que conocían tanto los métodos anticonceptivos como las fuentes donde podían obtenerlos, la farmacia fue el principal lugar de obtención de los métodos hormonales, locales y preservativo, mientras que las instituciones del sector público principalmente el IMSS y la SSA fueron las fuentes más conocidas para el DIU y la esterilización (Mendoza, *et. al.*, 1986)

Por lo general fueron las mujeres de los grupos extremos de la vida reproductiva (menores de 20 años y mayores de 40 años de edad) quienes registraron el mayor desconocimiento de las fuentes de obtención de los métodos anticonceptivos. En contraparte, las mujeres de los grupos centrales (20 a 34 años), conocían el mayor número de lugares o personas para conseguir los métodos anticonceptivos.

Si bien en las ENFES, las mujeres menores de 25 años registraron los menores niveles de conocimiento de métodos anticonceptivos, en la EDEPAM se parecía una disminución en los diferenciales, pues el conocimiento de al menos un método fue superior al 93% en todos los grupos de edad. El nivel de escolaridad según el número de grados aprobados discriminó considerablemente el conocimiento de las fuentes de obtención de los métodos anticonceptivos.

En base a los datos de la EDEPAM, el conocimiento de los métodos anticonceptivos fue mayor entre las mujeres que habitan en la región norte, las que residían en las áreas urbanas del país y las de mayor escolaridad; las mujeres que desde el levantamiento de las ENFES casi el 100% había declarado conocer por lo menos un método anticonceptivo.

#### Actitudes ante la Planificación Familiar

Dentro de este rubro se agrupan los trabajos que de manera específica analizaron las actitudes en relación con la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivo.

El desarrollo de este tipo de trabajos data de la década de los setenta y los primeros años de los ochenta; en su mayoría fueron estudios de caso, de corte antropológico y psicológico.

En investigaciones realizadas en sectores específicos de la población mexicana se encontró que existía desconocimiento respecto a la anticoncepción y cuando esta existía se asocio con la mayoría de las veces con el uso de los métodos anticonceptivos, básicamente con las pastillas y las inyecciones.

En otra investigación realizada en mujeres de estratos medios y bajos de la ciudad de México, combinado con técnicas de análisis cuantitativo con una encuesta aplicada a 876, encontró solamente el 1.8% de las mujeres entrevistadas sabían de la existencia de los programas de planificación familiar, en tanto que el 65.3% conocía uno o más métodos anticonceptivos (Pick, 1979)

## DINÁMICA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Actualmente se cuenta con una gran cantidad de trabajos que desde diferentes perspectivas teóricas y metodológicas han abordado el tema de la anticoncepción en nuestro país. Los trabajos que datan de los años setenta son estudios realizados en base a registros clínicos de las usuarias. Si bien la información de las estadísticas institucionales sobre las usuarias de métodos anticonceptivos ha sido fundamental en las tareas de evaluación y programación, su alcance es limitado, ya que no permiten conocer el número de usuarias que consiguen los métodos anticonceptivos en farmacias y con médicos e instituciones privadas, ni tampoco dan cuenta en que medida la población regula su fecundidad a través de las prácticas tradicionales (Aparicio, 1988)

Por su parte los trabajos desarrollados en los años ochenta, la mayoría de ellos se basaron en la información proporcionada por las encuestas nacionales de fecundidad que desde 1976 se ha realizado en el país. El levantamiento de las encuestas por muestreo permitió subsanar algunas de las limitaciones de los registros clínicos, al proporcionar información sobre todos los métodos utilizados por la población así como también de la fuentes de abastecimiento de estos métodos (Nuñez, 1988)

Otras encuestas que también han sido utilizadas en la investigación sobre el tema han sido: la Encuesta Rural de Planificación Familiar realizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1981, la Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo de Planificación Familiar realizada por el IMSS en 1981, la Encuesta Nacional sobre Factores en la Anticoncepción Hormonal (ENFRAH) efectuada en 1984, por la SSA, y por último la Encuesta Sobre Determinantes de la Práctica Anticonceptiva en México (EDEPAM), levantada en 1988.

La década de los setenta marca el inicio de uno de los cambios más significativos que se han observado en las actitudes y en las prácticas de la anticoncepción en México, estos cambios se han traducido en incrementos constantes en el uso de métodos anticonceptivos (Aparicio, 1988, Palma *et. al.*, 1993)

En base a la información generada en años recientes Aparicio (1988) llegó a la conclusión que si bien la mayoría de las mujeres de esa época ejercían prácticas tradicionales como método anticonceptivo, un porcentaje importante hacia uso de la píldora (16%) y del preservativo (14%) a pesar de la inexistencia de programas oficiales de planificación familiar.

Para mediados de 1976, Gallegos y col. (1976) dan cuenta de los primeros cambios que experimento la practica anticonceptiva en México algunas de las usuarias de la píldora, los condones y las espumas reemplazaron sus practicas por

el dispositivo, debido principalmente a la promoción realizada por los programas públicos de planificación familiar. De acuerdo a estos autores el nivel de uso de las pastillas disminuyó hasta el 44%, mientras que las prácticas del dispositivo se incrementó al 41%, por su parte los anticonceptivos inyectables, los métodos quirúrgicos, condones, espermaticidas y otros métodos, observaron niveles de uso del 8, 3 y 4% respectivamente. Esta distribución presenta algunas variaciones cuando se consideran a las usuarias de métodos tradicionales. De acuerdo con Urbina y col. (1984), el 70% de las mujeres estaba protegida por un método eficaz y moderno; 7% usaba métodos locales (preservativo o espermaticidas) y un alto porcentaje (23.3%) de las mujeres a nivel nacional aceptaron métodos tradicionales para regular su fecundidad (ritmo, retiro o hierbas)

Durante el periodo de 1978 a 1982, se percibió un incremento en la práctica anticonceptiva a través de métodos hormonales orales continuo descendiendo hasta llegar en 1987 a cubrir solamente el 18% de las mujeres en edad reproductiva. Por su parte el nivel de prevalencia del DIU entre 1978 y 1982 se incrementó en un 19% (Palma *et. al.*, 1987)

Estos cambios en el patrón de distribución de los métodos anticonceptivos se ha vinculado estrechamente con las variaciones en el proceso de adopción, continuidad, abandono y el reinicio de la anticoncepción después de un tiempo (Aparico, 1988)

Los primeros estudios realizados por la Fundación en los Estudios de la Población A.C., a principios de la década de los setenta, hasta los trabajos desarrollados en base a los datos de las encuestas nacionales de fecundidad, la preocupación por conocer y analizar las características socioeconómicas y demográficas de las usuarias de métodos anticonceptivos ha estado presente. Entre las variables más utilizadas por la investigación han sido la edad, el nivel de escolaridad, el lugar de residencia y uso previo de la anticoncepción (sí es que lo hubo)

En cuanto a la edad de las aceptantes las mujeres de 15 a 19 años de edad que desde finales de la década de los setenta habían presentado los niveles más bajos en la práctica anticonceptiva, experimentaron entre 1982 y 1987 un incremento relativo del 46% (14.2% en 1976, 19.2% 1979, 20.8% en 1982 y 30.2% en 1987)

El hecho de que las mujeres más jóvenes (15 a 19 años) incrementara su nivel de uso de métodos anticonceptivos entre 1976 y 1982 fue interpretado por Urbina y col. (1984) como un gran cambio en las actitudes de la población hacia los métodos.

Otra de las características que ha sido considerada en los estudio de métodos anticonceptivos ha sido el nivel de escolaridad. En las investigaciones realizadas hasta la fecha en México, esta variable ha sido utilizada solamente para discriminar los niveles de uso de métodos anticonceptivos. Entre 1976 y 1987 el análisis llevado por Llera (1990) con información de tres encuestas nacionales de fecundidad (EDF, EDM Y ENFES) muestra que la prevalencia entre el uso de métodos anticonceptivos y el nivel de escolaridad existe una relación directa ya que en todos estos años fueron las mujeres con mayor grado escolar (preparatoria y mas años de estudio) las que tuvieron los porcentajes de uso mas importantes del orden del 74.8, 76.1 y 83.2%, en 1976, 1982 y 1987. Los datos de las tres encuestas posibilitaron apreciar que las diferencias en el nivel de uso de la anticoncepción entre las mujeres de baja escolaridad y la de mayor educación era todavía relevante a fines de los ochenta por lo cual el hecho de que las mujeres tuvieran acceso al sistema de educación formal, aun sea en sus niveles mas bajos, marco una diferencia de suma importancia en la práctica anticonceptiva (Llera, 1990). Como la dinámica de uso de métodos anticonceptivos esta determinada no solo por el numero de individuos que han decidido practicar la anticoncepción, sino también por la duración de uso, el abandono y el posible reincido de la practica anticonceptiva (Aparicio, 1993; Figueroa *et. al.*, 1993). Los efectos colaterales *fueron frecuentemente mencionados como la principal razón de abandono de los anticonceptivos modernos básicamente los métodos hormonales y el DIU, Sin embargo cuando la mujer conocía los efectos colaterales antes de empezar a usar el método, la probabilidad de abandono se redujo substancialmente; de acuerdo con los datos de las ENFES se encontró que el 20% de las aceptantes había dejado los métodos hormonales en el primer año de uso debido a esta razón, a diferencia de los métodos tradicionales, donde su abandono respondió en mayor medida a las fallas del método.* Igualmente Solís y col.(1975) mencionaron que unas de las dificultades que enfrentaban las aceptantes era el no contar con información adecuada sobre el uso de los métodos anticonceptivos, efectos colaterales y procedimientos clinicos, lo que propiciaba los temores mal fundados y prejuicios difundidos hacia el uso de los métodos anticonceptivos.

## COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO EN LA ADOLESCENCIA.

En este apartado se han considerado algunos de los trabajos que tuvieron dentro de sus objetivos analizar el comportamiento reproductivo en esta etapa específica de la vida de los seres humanos tal como es la adolescencia. La mayoría de los trabajos fueron elaborados durante la década de los ochenta, antes de estos años prácticamente no existen trabajos elaborados que den cuenta sobre el comportamiento sexual de los adolescentes en México. Dentro de los primeros trabajos desde la perspectiva psicológica abordaron el estudio del comportamiento sexual en la adolescencia fue Brostein (1980). Esta autora intentó conocer en un grupo

de 366 estudiantes de enfermería de la Ciudad de México los valores y las prácticas en torno a la masturbación, el coito, el embarazo premarital y el uso de métodos anticonceptivos; los resultados de este estudio fueron que, solo una tercera parte de las mujeres había participado en la masturbación, del 13.4% que había tenido relaciones sexuales el 22.4% admitió haberse embarazado premaritalmente. Entre las soluciones para el embarazo se encontraron el matrimonio o acudir a un aborto, la mayoría de las mujeres no había utilizado métodos anticonceptivos y cuando lo hacían usaban un método de baja intensidad: ritmo y retiro. Por su parte el trabajo de Nuñez y col (1988) tuvo como objetivo presentar los principales resultados de la Encuesta de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes (ESRAJ) realizada en 1985 en dos delegaciones del Distrito Federal, los resultados fueron los siguientes: por lo general los hombres a diferencia de la mujeres tuvieron una mayor incidencia a las relaciones sexuales premaritales; al igual se destacó la alta proporción de adolescentes que recibieron cursos de educación sexual desde el 5 año de secundaria, lo cual influyó posiblemente para que cerca del 20% de las mujeres y el 33% de hombres usaran algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Hernández (1990) utilizó la información de esta encuesta pero solamente la correspondiente a la población femenina para estudiar el efecto de cinco factores sociales y demográficos: inicio de la actividad sexual antes de los veinte años de edad y uso de métodos anticonceptivos durante el primer coito y encontró que los factores que se relacionaban con el contexto familiar de las mujeres (educación de los padres y número de hermanos) no tenían ningún efecto en el establecimiento de las relaciones sexuales premaritales a diferencia de los otros tres factores que disminuyeron los riesgos de inicio a la vida sexual antes de los veinte años de edad. En cuanto a las asociaciones (derivadas del análisis multivariado) el autor concluye que el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual permaneció estable entre las diferentes generaciones y que las mujeres con educación sexual prevista al primer coito empleaban mayormente anticonceptivos; igualmente se observó en mujeres provenientes de hogares cuyos padres tenían mayores niveles de escolaridad. Sandoval (1990) los datos de la Encuesta sobre comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México (ESCRAMM) se caracterizó por el inicio de las relaciones sexuales, la práctica anticonceptiva y la historia reproductiva de la población adolescente y joven del AMCM. Las características de la población fueron la: edad de la menarquia y de la espermaquia, y también del suceso que denota el comienzo de la exposición al riesgo de embarazarse o embarazar, edad de inicio de las relaciones sexuales; encontrando que si bien las mujeres a diferencia que los hombres alcanzan a edades más tempranas la madurez física y sexual (87% de la mujeres y el 71% de los hombres reportó haber tenido su primera menstruación y eyaculación, respectivamente), fueron los hombres los que comenzaron su vida sexual más jóvenes (la edad promedio en que las mujeres tuvieron su primera relación sexual fue de 17 años y para los hombres de 16

años). Sandoval (1990) hace un análisis de acuerdo a la población que es sexualmente activa y llega a la conclusión que cuatro de cada cinco mujeres tenía al menos un embarazo en tanto que los hombres uno de cada tres había embarazado. A pesar del alto porcentaje de población que reportó no desear el embarazo, el nivel de uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual fue bastante bajo, debido principalmente a la falta de conocimientos sobre el modo de usos y al lugar de obtención de los mismos; en los casos en que se reportó el uso de métodos anticonceptivos, estos fueron en su mayoría métodos naturales y de baja efectividad. García y Figueroa (1992) estudiaron el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, al igual que los motivos por los cuales los jóvenes no usaron métodos anticonceptivos en sus primeras relaciones sexuales, por lo cual se encontró que el total de la población entre 10 y 25 años de edad, el 32.7% había tenido relaciones sexuales (41.9% hombres y 22.9% mujeres) de los cuales solamente el 33.8% declaró utilizar algún método anticonceptivo. Los principales métodos utilizados por la población fueron el ritmo (36.9%), coito interrumpido (23.6%), condón (12.3%); a diferencia de los hombres que recurrieron más al uso de estos métodos, las mujeres usaron más los hormonales (25.5%) y el DIU al doble 39.0%

Entre las razones más importantes que se encuentran en el no uso de métodos anticonceptivos están: \* no conocían los métodos\* no sabían como obtenerlos\* no planearon tener relaciones sexuales. En cuanto al conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, los hombres declararon conocer más los métodos anticonceptivos: orales, condón y de barrera; las mujeres conocían más las pastillas, los inyectables y el DIU. García y Figueroa (1992) realizaron una investigación que se caracterizó por la descripción del conocimiento y uso de métodos anticonceptivos entre los adolescentes y los jóvenes. Las investigaciones exploraron el estudio sobre el comportamiento reproductivo de los adolescentes como parte de la problemática asociada al inicio de la actividad sexual temprana, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, los factores sociales y demográficos que intervienen tanto en el uso de métodos anticonceptivos como en el inicio a edades tempranas de la actividad sexual, así como también las consecuencias económicas, sociales y demográficas que conllevan los embarazos. La información se basó en dos encuestas por muestreo levantadas en población adolescente de ambos sexos de las delegaciones del Distrito Federal: \* Encuesta sobre la Información Sexual y Reproductiva de jóvenes\* Encuesta sobre Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes del Área Metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM) También se han utilizado datos correspondientes a pequeñas encuestas levantadas en población universitaria inscrita en diferentes Universidades públicas y privadas (Figueroa, 1992). Varios autores (Arestey, 1988; Darling y Hicks, 1982; Rusell-Brown, 1989; Stark, 1986) mencionan que las altas tasas de fecundidad se deben a tres factores: «reducción en la edad de apareamiento de la

primera menstruación» el inicio temprano de la actividad sexual entre jóvenes (12 a 15 años en varones y 13 a 17 años en mujeres) y «la baja incidencia del uso de anticonceptivos debido a que las relaciones sexuales son esporádicas y no planeadas» (Pattersson y Uribe, 1993). Landy, Schubert (1983) y Phoenix (1991) opinan que la causa del embarazo adolescente no se explica totalmente mediante la falta de conocimiento de los anticonceptivos; la mayoría de las mujeres saben como ocurre el proceso de concebir y cómo lograr evitarlo, sin embargo *el deseo sexual anula el conocimiento racional de las posibles consecuencias* (Pattersson y Uribe, 1993). La relación sexual en los adolescentes presenta ciertas desventajas, por ejemplo, no siempre tienen la madurez suficiente como para compartir realmente esa experiencia con su pareja y no siempre se toman medida anticonceptivas adecuadas originando un embarazo no deseado, que lleva muchas veces a los jóvenes a recurrir al aborto.

La actividad sexual entre los adolescentes ha ido en aumento, lo que ha ocasionado altos niveles de embarazos no deseados debido en gran parte a la poca información que se tiene sobre los métodos anticonceptivos, además ha propiciado un aumento en la transmisión de enfermedades venéreas, abortos y madres solteras; por ejemplo en 1982 el 12.9% del total de nacimientos en México fue de madres adolescentes con edades entre 12 y 19 años de edad (Díaz Loving, Pick de Weiss, Andrade Palos, 1988)

Otro ejemplo es que en la década de los setenta, en Estados Unidos, se incrementaron los nacimientos y la mayoría de las madres se habían embarazado hacia los 17 años (Papalia, 1985)

En los años más recientes en México, la problemática de la incidencia de los embarazos entre adolescentes ha hecho que se realicen investigaciones en áreas urbanas, que tienen la intención de estudiar factores relacionados con el fenómeno, entre las más relevantes se pueden mencionar la encuesta realizada en dos delegaciones políticas: Venustiano Carranza e Iztapalapa en 1985 y en la cual se entrevistaron a casi tres mil jóvenes de ambos sexos, con el objetivo de conocer la actividad sexual de esta población, su conocimiento sobre los anticonceptivos y su fecundidad (Morris, Bailey, Nuñez, *et. al.*, 1987). En la actualidad las medidas anticonceptivas continúan siendo un tema de controversia, y esto se debe a las profundas emociones que se asocian a la reproducción como resultado de la larga historia de nuestro intento por sobrevivir como especie (Katchadourian, 1985). El uso de métodos anticonceptivos se está volviendo cada vez más ilícito; ya que la mayoría de las personas que ahora emplean anticonceptivos lo hacen por razones personales o privadas, como sería evitar el embarazo fuera del matrimonio, posponer el embarazo por razones económicas y psicológicas (Katchadourian, 1985). Existe el temor común de que si se da información e instrumentos anticonceptivos

tácitamente se alienta a participar en el acto sexual; de esta manera el número creciente de embarazos en la adolescencia parece indicar que la falta de conocimiento o de disposición para emplear anticonceptivos no desalienta a muchos jóvenes a participar en las prácticas sexuales (Katchadourian, 1985). La consecuencia más directa e indiscutible de negar o prohibir la información de métodos anticonceptivos y manejarse en un principio de silencios y mentiras, es que de cualquier forma las cosas del sexo se aprenden, en la mayoría de los casos a través de los compañeros de la escuela o de juegos practicados por otros compañeros mayores. El que nuestros jóvenes tengan que aprender clandestinamente y en un ambiente confuso en el que se mezcla la verdad con la mentira, la excitación con la repugnancia y el miedo con la vergüenza; esto es la prueba evidente de la incapacidad de nuestra civilización y de sus sistemas pedagógicos para tratar estos temas (Valabregue, 1973). Para que exista la planificación es indispensable la utilización de métodos anticonceptivos que además de disminuir la tasa de población, evite abortos y embarazos no deseados y pueda prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual (como el condón), que ya por sí solos son temas de grandes controversias. El conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos es un problema de multivariable ya que el adolescente no está convencido de que ya es activo sexualmente y por consecuencia tendrán algunas relaciones sexuales ocasionales, otro de los factores y por falta de orientación de los padres por que no saben acerca de los métodos o por que simplemente el tema de por si es difícil de tratar con sus hijos, la falta de educación sexual, el conflicto con el sexo mismo, culpándose, avergonzándose, todo esto en ámbito de la sexualidad tradicional, que ha generado esta actitud negativa hacia el uso de métodos anticonceptivos, que provoca que haya una alta probabilidad de embarazos, transmisión de enfermedades sexuales y VIH- SIDA y los abortos (Tomado de Morales, 1996). El aborto inducido es un problema social y de salud pública, ya que representa la quinta causa más importante de las muertes en mujeres de México; las estimaciones que se tiene sobre la incidencia del aborto inducido en nuestro país son poco confiables ya que de acuerdo con datos recientes de la ENANDID (1992) indica que alrededor del 19% de las mujeres de entre 15 y 49 años de edad algunas vez embarazadas, había experimentado un aborto. Entre las mujeres mas jóvenes (15 a 19 años de edad), la proporción ascendió a casi 10 %. Por su parte la información de las encuestas demográficas indica que la tasa global de abortos fue de 0.38% entre 1990 y 1992. Tomando en cuenta la carencia de mediasen fidedignas sobre la incidencia del fenómeno del aborto en México, diversos autores has realizado estimaciones indirectas que conducen a resultados no confiables. Una investigación reciente del Consejo Nacional de Población (CONAPO) permite derivar una estimación indirecta del numero de abortos: aproximadamente 220 mil abortos anuales para el período de 1990-1992 (Programa Nacional de Población, 1995-2000). *Para esto se considera de suma importancia que la información que se le de al adolescente sobre este tema, sea en el tiempo y forma adecuada, sincera y*

*honestas y científicas, ya que esta población es la que más necesita y a la cual se debe proporcionar para que en un futuro estén preparados para enfrentar los problemas que se le presenten en la vida y que esta información ayude a lograr en ellos un desarrollo psicosexual armónico* (Tomado de Flores, 1996). Varios estudios han demostrado que los varones tienen un mayor interés en los métodos de lo que se había supuesto. Su falta de apoyo se debe por ejemplo, a la costumbre de asociar los métodos con la virilidad, además porque temen o se sienten incómodos con los pocos métodos que ellos pueden utilizar: condones, coito interrumpido, y ritmo; por lo que se está reconociendo la necesidad de desarrollar una mayor gama de métodos anticonceptivos para los hombres. Actualmente muchas organizaciones están involucradas en iniciativas para motivar a los hombres a que usen anticonceptivos; dichas iniciativas se han intensificado como consecuencia de las inquietudes que existen alrededor de la seguridad de los métodos anticonceptivos femeninos. Otros programas buscan cambiar las actitudes o el comportamiento de los adolescentes, (ver Programas de planificación familiar, Population Reports, 1994). Muchos programas han empleado estrategias de Información, Educación, Comunicación, (IEC), de maneras creativas y eficaces para informar a los adolescentes de los métodos anticonceptivos. En la Encuesta demográfica de Salud, más del 90% de la población femenina había oído hablar de por lo menos un método anticonceptivo, y el conocimiento sobre métodos modernos alcanzaba casi el mismo nivel. Estos conocimientos forman la base fundamental para la elección informada de un método, y para el uso continuado de la anticoncepción. Por consiguiente se siguen necesitando estrategias de IEC que atiendan los aspectos generales del conocimiento sobre anticoncepción, cuando éste es limitado, y que eduquen al público sobre la gama de opciones disponibles. Otros de los temas que requieren atención incluyen cómo mejorar el conocimiento y el apoyo a los hombres sobre métodos anticonceptivos; dado que en muchos contextos son ellos los que deciden sobre su uso, como combatir mitos sobre los efectos secundarios de los métodos; y cómo asegurar que el individuo sepa usar correctamente el anticonceptivo que ha escogido, para garantizar su eficacia. Además es evidente que la brecha entre el conocimiento y la práctica de la anticoncepción sigue siendo bastante ancha (Hanafi Hamouda, 1988). Actualmente en México se han lanzado programas especialmente orientados para jóvenes solteros, los cuales incluyen la distribución gratuita de anticonceptivos, por ejemplo PROFAM, es una organización mexicana sin fines de lucro, la cual ha tenido mucho éxito en la promoción de venta de métodos anticonceptivos de bajo costo a todo el país. Sus técnicas promocionales han incluido la edición de un número especial sobre condones en una popular revista de historietas: cada ejemplar fue distribuido con un condón de regalo. También se venden condones a través de canales regulares, como tiendas y supermercados. Recientemente PROFAM introdujo "PROFAM dúo" un paquete especial diseñado para parejas de jóvenes sexualmente activos, que contiene dos condones y dos supositorios vaginales. En la actualidad el paquete solo se vende

en farmacias. PROFAM también está promoviendo "flash", una caja de condones en cuatro colores. El paquete y diseño del producto, que se vende a un precio menor al promedio, fue seleccionado por jóvenes de 18 a 24 años (Population Reports, 1994).

Datos más actuales de CONAPO señalan que la mayoría de los jóvenes entre 18 y 25 años de edad tienen acceso al conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, además poco más del 89% de las mujeres y 91% de los hombres de este grupo de edad valoran positivamente este conocimiento.

Pese a los conocimientos e imagen positiva que al parecer tienen los métodos anticonceptivos entre la juventud actual, su relación de acuerdo a su utilización es de 17 de 100 parejas jóvenes los utiliza con objeto de evitar un embarazo; cifra que en las áreas rurales disminuye y representa al 5% de este grupo de edad. Estas cifras se ven elevadas por diferentes factores tales como: el peso de la costumbre o la fuerza de la tradición que todavía dominan, aspectos psicológicos, o en todo caso esto debería reflexionarse y empezar a hacer algo para reducir los embarazos adolescentes por un lado, y de otro dar la posibilidad de elegir tanto a hombres como a mujeres (adolescentes) sobre la gama de métodos anticonceptivos que se encuentran en la actualidad (Fernández, A. M., 1997). De acuerdo a las investigaciones realizadas se ha confirmado que algunas de las razones por las cuales los adolescentes no utilizan los métodos anticonceptivos son: El adolescente no cree posible la probabilidad de un embarazo, ya sea por desconocimiento o por la poca frecuencia de las relaciones sexuales.

- ☛ El no haber previsto tener relaciones sexuales.
- ☛ Pensar que el uso de métodos anticonceptivos quita lo romántico de la relación.
- ☛ El pensar que usar anticonceptivos trae el riesgo de que otros va a averiguar sus relaciones sexuales.
- ☛ La negación al usar anticonceptivos porque esto implica una aceptación por parte de los adolescentes de que se está siendo sexualmente activo.
- ☛ Los adolescentes presentan actitudes negativas hacia los anticonceptivos, por las ideas y temores acerca de los efectos colaterales y el daño a la salud que creen que van a tener al utilizarlos (Reyes, 1993).

## CAPÍTULO 4

### METODOLOGÍA

#### 4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existirán diferencias en el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de acuerdo a conocimientos y actitudes hacia los mismos?

##### 4.1.1. JUSTIFICACIÓN

La importancia que tuvo la presente investigación fue evaluar el uso, conocimientos y actitudes que tiene los adolescentes hacia los métodos anticonceptivos; de esta forma se evidenció que la mayoría de los adolescentes del Distrito Federal y en especial en una zona que se encuentra en la periferia del D.F. tienen un mayor rezago en cuanto al uso y conocimiento de los métodos anticonceptivos. Así mismo se ha visto que los adolescentes tienen sus primeras relaciones sexuales entre los 12 y 19 años de edad, y que la edad promedio del inicio sexual de las adolescentes que han tenido experiencia sexual es a los 16.4 años de edad y en el caso de los hombres es alrededor de los 15 años (Pick de Weiss, 1990)

Aunque la mayoría de los adolescentes empieza a tener sus relaciones sexuales después de los 17 años. Como ya se mencionó la falta de conocimientos de los métodos anticonceptivos trae como consecuencia que un gran número de mujeres adolescentes queden embarazadas. Los factores que facilitan que un(a) adolescente embarace o quede embarazada son de orden físico, psicológico, social y cultural (Morris, *et. al.*, 1992)

El desconocimiento del uso y la forma en que se puede adquirir un método anticonceptivo, la escasa preparación para asumir su sexualidad, son algunos de los factores que aumentan la probabilidad de embarazo en o durante la adolescencia. Por parte de los adolescentes también hay un desconocimiento de los métodos; ya sea cuales son los más eficaces, más accesibles y de menor costo para ellos.

El uso eficaz de cualquier método anticonceptivo trae como consecuencia una disminución en el número embarazos adolescentes no planeados, disminución de la tasa global de fecundidad, un menor número de Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.) y VIH-SIDA entre los adolescentes, al igual tener una aspiración hacia un nivel de estudios superiores.

Al igual evitaría que las adolescentes optaran por practicar un aborto clandestino, que en nuestro país es una de las causas más frecuentes de muerte entre los adolescentes (Secretaría de Gobernación, Consejo Nacional de Población, 1995-2000)

También es relevante ya que se pondrían de manifiesto que actitudes tienen nuestros adolescentes hacia los métodos y de esta forma implementar una intervención ya sea elaborando un curso o taller dirigido hacia ellos, pero de antemano estas intervenciones ya estarán contemplando las actitudes de los adolescentes.

Otro de los puntos es ver hasta qué grado los servicios de salud le brindan la atención necesaria a la población adolescente, ya que se ha visto que la mayoría del personal de salud tiene muchos prejuicios hacia que los adolescentes tengan relaciones sexuales a tan temprana edad y por consecuencia se les niega la atención y no se les da ningún tipo de información acerca de los métodos que se encuentran disponibles para ellos; ya sea a bajo precio o gratuitos (Koontz y Cols, 1994 y Friedman, 1989)

De esta forma, tomando en cuenta no sólo al adolescente sino su entorno familiar y social y a los prestadores de servicios de salud podremos contribuir a elevar el bienestar de la población adolescente que día a día se enfrentan a un problemática más aguda que se vive en nuestro país.

#### 4.2 HIPÓTESIS

**HIPÓTESIS NULA:** No existirán diferencias estadísticamente significativas en el uso de métodos anticonceptivos de acuerdo a los conocimientos y actitudes que tienen los y las adolescentes hacia los métodos anticonceptivos.

**HIPÓTESIS DE ALTERNA:** Si existen diferencias estadísticamente significativas en el uso de métodos anticonceptivos de acuerdo a los conocimientos y actitudes que tiene los y las adolescentes hacia los métodos anticonceptivos.

#### 4.3 VARIABLES

**Variable Dependiente:** Uso de los métodos anticonceptivos.

**Variable Independiente:** Conocimientos y Actitudes hacia los métodos anticonceptivos.

#### 4.4. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

*Variable dependiente.*

**Uso de Métodos Anticonceptivos:** Se refiere a la conducta de utilizar o no, así como su frecuencia del método anticonceptivo;

Conjunto de métodos que permiten a la pareja tener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo, encontrando de nuevo una fecundidad normal en el momento que lo(a) desee. Se trata, de impedir provisionalmente el encuentro entre el óvulo, o célula reproductora femenina que se desprende del ovario cada mes, y los espermatozoides los cuales, liberados en cada relación en la vagina, suben hacia el óvulo (Nathan, 1974)

#### *Variable independiente*

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos: Se refiere al " grado en el cual un sujeto conoce el mecanismo de acción de cualesquiera de los métodos anticonceptivos, y el nivel de eficacia y de uso para sus necesidades"

Actitud hacia métodos anticonceptivos: " es una predisposición aprendida que responde en una forma favorable o desfavorable respecto a un objeto determinado (métodos anticonceptivos)" (Fishbein y Ajzen, 1975)

#### *Variable Atributiva: Sexo*

### 4.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable Independiente: Conocimiento y actitudes hacia los métodos anticonceptivos; los puntajes arrojados a partir de la escala de actitudes hacia los métodos anticonceptivos y del cuestionario sobre conocimientos de métodos anticonceptivos.

Variable Dependiente: Uso de los métodos anticonceptivos; los datos que se obtuvieron de la pregunta ¿Has utilizado algún método anticonceptivo?

### 4.6. SUJETOS

Para el presente estudio se requirió de un población cautiva de la colonia Molino, organización Cananea, Iztapalapa, D.F. Adolescentes tanto hombres como mujeres, con edades entre los 16 y 19 años de edad, que sean estudiantes de nivel bachillerato del Campus: Colegio Nacional de Educación Profesional y Técnica, (CONALEP) Iztapalapa, IV

### 4.7. TIPO DE MUESTRA

En el presente estudio se trabajó con una  $n = 88$ , con un nivel de error del 10% y con un nivel de confianza del 95%. Donde 44 fueron hombres y 44 mujeres. Se utilizó el tipo de muestra no probabilístico de tipo intencionado. La selección de los sujetos se hizo de forma aleatoria hasta que se tuviera una muestra representativa por: sexo, semestre, edad y carrera.

Para la obtención de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(t^2 (p \cdot q))}{\frac{e^2 + (t^2 (p \cdot q))}{N}}$$

donde:

- n = el tamaño de la muestra
- t = el valor t-student correspondiente al nivel de confianza deseado, dado el tamaño de la población.
- p = la proporción (conocida o supuesta) de caso en la población de interés, con una característica específica (proporción de éxitos estadísticos)
- q = 1 - p, o la proporción de caso que no tienen la característica esperada.
- e = el nivel de error que se está dispuesto a correr.
- N = el tamaño de la población de interés.

#### 4.8. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo será un estudio evaluativo, de campo, es decir, no existe una manipulación directa o indirecta, por parte del investigador. Es de campo ya que la investigación está encaminada a descubrir las relaciones entre las variables que se van a trabajar en la presente investigación.

#### 4.9. DISEÑO

En la presente investigación se utilizará un diseño no-experimental de tipo post-evaluatorio, esto se debe al tipo de estudio con el cual se va a trabajar (véase Tipo de estudio). Es post-evaluatorio porque se va a realizar una medición o evaluación después de la aplicación de los instrumentos de medición seleccionados para el presente trabajo (Investigación operativa en planificación familiar, 1991).

#### 4.10. INSTRUMENTOS

Para la presente investigación se retomará el instrumento sobre conocimientos de métodos anticonceptivos elaborado por Flores, (1996). El instrumento se elaboró en base a dos temas de sexualidad, uno sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y el otro sobre Métodos Anticonceptivos, en este tema se incluyeron 16 tipos de métodos, de los cuales para cada tipo de método se elaboraron cuatro preguntas, dos que se refieren a su uso y dos a su efectividad. Cada reactivo tuvo cuatro alternativas de respuesta ( una respuesta verdadera, dos respuestas falsas y una de no sé). El cuestionario fue calificado por diez expertos en el tema y se

validó cada uno de los reactivos por el método de interjueces, utilizando la validez de contenido. El instrumento original constó de ciento treinta y nueve reactivos. Para la presente investigación se utilizó la parte que corresponde exclusivamente sobre conocimiento de los métodos anticonceptivos.

Para la construcción de la escala de actitudes hacia los métodos anticonceptivos tanto en hombres como en mujeres. El primer paso fue pedirle a 10 hombres y 10 mujeres que escribieran cinco palabras que asociaran con la palabra “métodos anticonceptivos”. Después, que acomodaran estas cinco palabras desde: la palabra que mejor definiera “métodos anticonceptivos” hasta la que menos la definiera. Después se hizo un registro de frecuencias de cada una de las palabras, de las cuales se tomaron las diez con frecuencias más altas tanto en hombres como en mujeres. Ya tomadas las diez palabras se procedió a buscar su antónimo; quedando conformada la escala de actitudes con 20 palabras las cuales se asignaron a cada uno de los 16 métodos anticonceptivos. La escala cuenta con cinco opciones de respuesta: **TOTALMENTE DE ACUERDO, DE CUERDO, INDECISO, DESACUERDO Y COMPLETAMENTE DESACUERDO.**

#### 4.11. PROCEDIMIENTO

Se contactó a la escuela: Colegio Nacional de Educación Profesional y Técnica (CONALEP), campus: Iztapalapa IV. En donde se habló con las autoridades del plantel para que dieran su consentimiento para la aplicación de los dos instrumentos a la población requerida para la presente investigación. El procedimiento que se siguió fue el siguiente: se nos dio acceso a las listas con los nombres de los alumnos de las carreras: Mantenimiento de micro-computadoras, contabilidad fiscal y combustión interna automotriz, de estas carreras se tomaron de manera probabilística a cada uno de los sujetos hasta conformar la muestra deseada para la investigación.

El siguiente pasó fue llamar a los alumnos de veinte en veinte a un salón en el cual se les mencionó el que iban a participar en una investigación en la cual sus respuestas eran totalmente confidenciales y anónimas y los resultados se iban a manejar de manera estadística. Como primer paso se les aplicó el cuestionario de conocimientos de métodos anticonceptivos el cual tenía una duración de 25 minutos, al termino del cuestionario se les daba la escala de actitudes, la cual tenía una duración de 10 minutos aproximadamente. Tanto el cuestionario de conocimientos como la escala de actitud hacia los métodos anticonceptivos son auto-aplicables y además cuenta cada instrumento con las instrucciones.

#### 4.12. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

El tipo de análisis estadístico que se utilizó fue una distribución de frecuencias (estadística descriptiva), y prueba t, para conocer las diferencias respecto al uso de los métodos anticonceptivos de acuerdo a los conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos. El análisis estadístico fue realizado por medio del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS, versión 5.01 para Windows.

## RESULTADOS

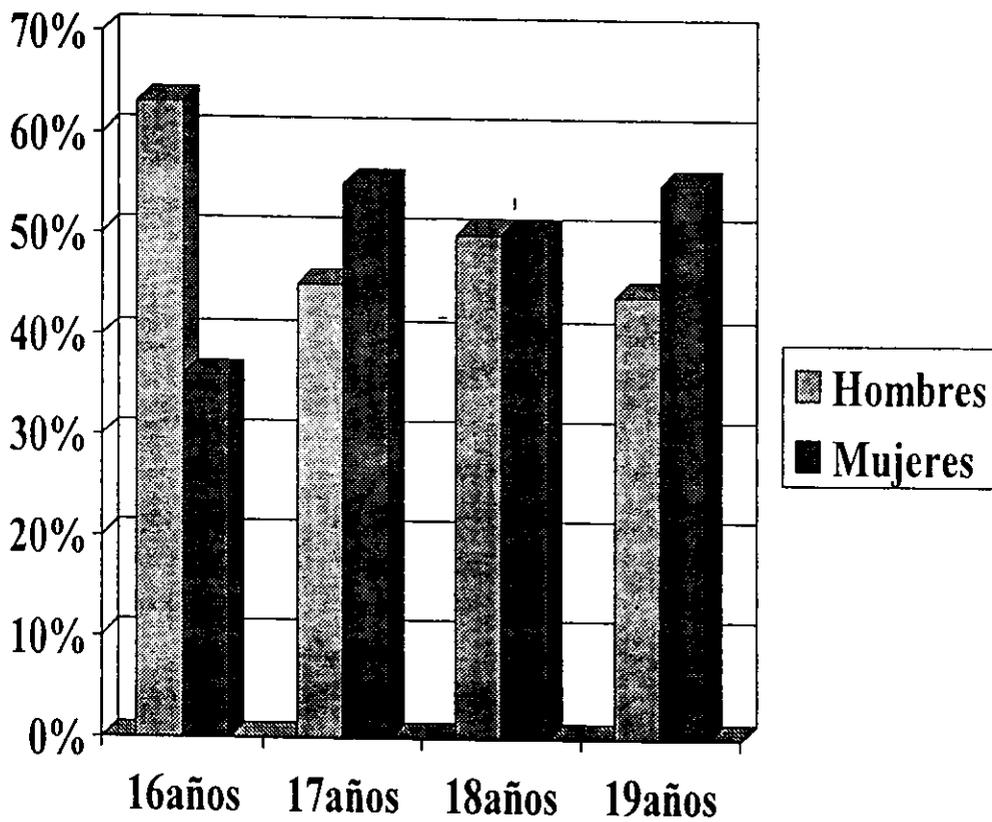
Distribución de la muestra de acuerdo a las siguientes variables:

- N = 88, donde: n = 44 hombres y n = 44 mujeres
- Edad  $\bar{x}$  = 17.6 años.
- Semestres = de 1° a 6° semestre del plantel CONALEP IV. Iztapalapa
- Carreras técnicas = 1. Mantenimiento de micro computadoras (MACO)  
2. Contabilidad administrativa y fiscal (COAF)  
3. Combustión interna automotriz (CIAU)
  
- ¿ Has utilizado algún método anticonceptivo ?

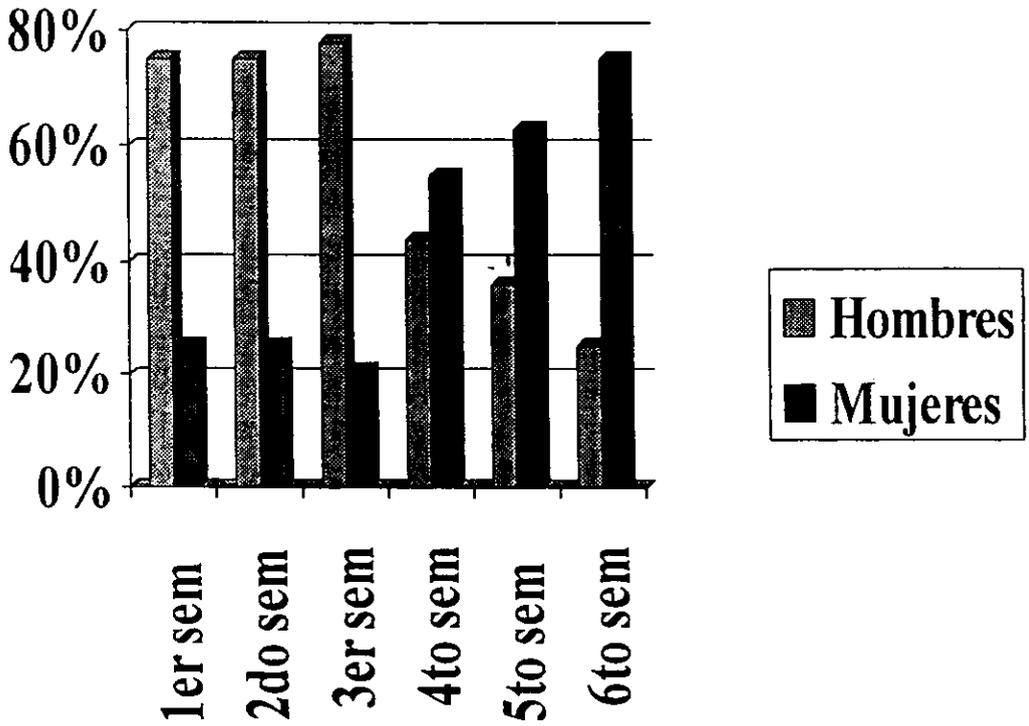
Hombres	sí = 2%	no = 98%
Mujeres	sí = 5%	no = 95%

NOTA: Cabe señalar, que debido a que los porcentajes respecto a la pregunta " ¿has utilizado algún método anticonceptivo? " no fueron comparativos, se decidió no reportar las diferencias de esta variable en relación a las actitudes y los conocimientos.

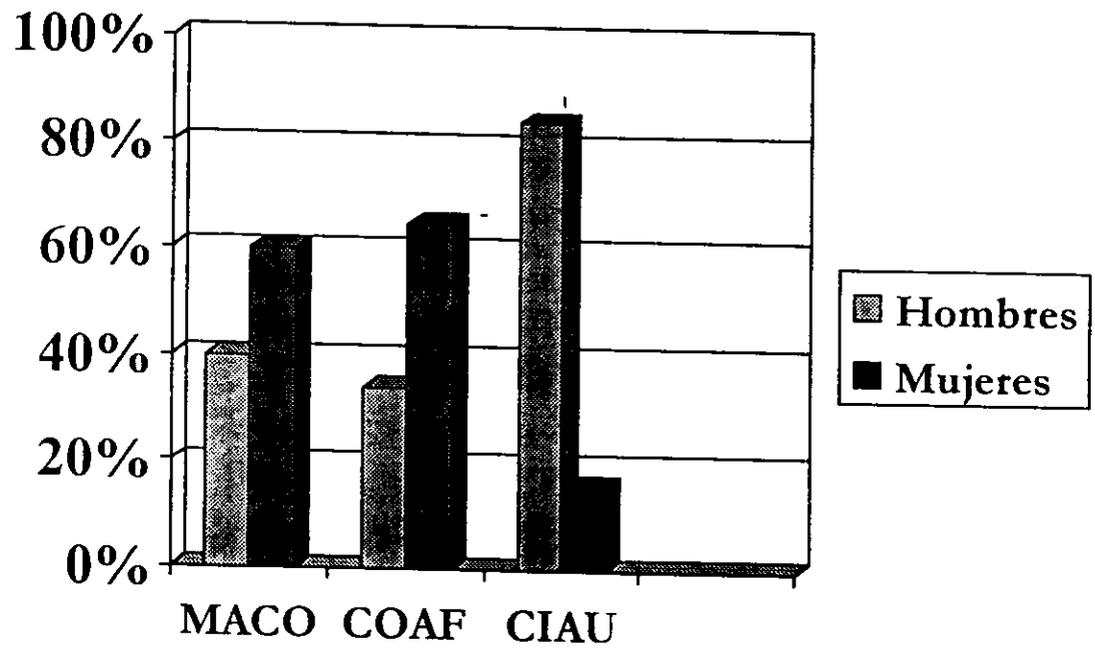
## COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS DE EDAD



### DISTRIBUCIÓN POR SEMESTRE



# CARRERAS IMPARTIDAS EN EL CONALEP IV



A continuación se muestran los valores Alfa, así como el número de reactivos que conforman cada uno de éstas escalas en el grupo de mujeres.

NIVELES DE CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS DE ACTITUD HACIA LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES		
ESCALAS	# DE REACTIVOS	ALFA
Espumas	15	.6604
Condón	12	.7199
Óvulos	13	.7244
Dispositivo intrauterino	14	.7658
Ritmo	15	.7542
Vasectomía	19	.7869
Cremas	04	.7057
Inyecciones	15	.7911
Salpingoclasia	11	.7462
Temp. corporal	11	.7583
Moco cervical	10	.7649
Coito interrumpido	11	.7647
Jaleas	10	.7056
Diafragma	10	.7698
Norplant	10	.7344
Pastillas	10	.7802

A continuación se muestran los valores Alfa, así como el número de reactivos que conforman cada una de éstas escalas en el grupo de hombres.

NIVELES DE CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS DE ACTITUD HACIA LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN HOMBRES		
ESCALAS	# DE REACTIVOS	ALFA
Espumas	13	.7010
Condón	13	.7399
Óvulos	20	.6633
Dispositivo intrauterino	17	.6113
Ritmo	17	.6152
Vasectomía	17	.6347
Cremas	16	.6879
Inyecciones	17	.6859
Salpingoclasia	12	.7055
Temp. corporal	20	.7352
Moco cervical	19	.6932
Coito interrumpido	20	.7968
Jaleas	18	.7259
Diafragma	20	.7305
Norplant	20	.7448
Pastillas	20	.7532

Tabla 1. Conocimientos sobre los métodos anticonceptivos naturales de acuerdo al género.

MÉTODOS ANTI- CONCEPTIVOS (NATURALES)	RITMO		TEMPERATURA CORPORAL		MOCO CERVICAL		COITO INTERUMPIDO	
	SABE	NO SABE	SABE	NO SABE	SABE	NO SABE	SABE	NO SABE
Hombres	41.7%	58.3%	13.1%	86.9%	17.5%	82.5%	60.6%	39.4%
Mujeres	37.1%	62.9%	11.9%	88.1%	38.6%	61.4%	55.7%	44.3%
CONOCIMIENTO TOTAL	39.4%	60.6%	12.5%	87.5%	28.1%	71.9%	58.1%	41.9%

NOTA: Algunas preguntas que integraron el cuestionario de conocimientos fueron: el objetivo del método anticonceptivo del moco cervical o billings es .... La espuma como método anticonceptivo es ... El tiempo de efectividad del norplant es .... la efectividad de las inyecciones anticonceptivas es de ... El método anticonceptivo de la vasectomía consiste en ... La salpingoclasia puede ver reducida su efectividad si ... ( Ver anexo núm. 1 ).

TABLA 2. Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos de barrera de acuerdo al género .

MÉTODOS ANTI- CONCEPTIVOS (DE BARRERA)	ESPUMAS		CONDON		ÓVULOS		CREMAS		JALEAS		DIAFRAGMA	
	SABE	NO SABE	SABE	NO SABE	SABE	NO SABE	SABE	NO SABE	SABE	NO SABE	SABE	NO SABE
Hombres	25.0%	75.0%	67.4%	32.6%	37.5%	62.5%	34.1%	65.9%	39.4%	60.6%	30.2%	69.8%
Mujeres	26.8%	73.2%	73.5%	26.5%	45.5%	54.5%	37.1%	62.9%	52.3%	47.7%	37.7%	62.3%
CONOCIMIENTO TOTAL	25.9%	74.1%	70.5%	29.5%	41.5%	58.5%	35.6%	64.4%	45.8%	54.2%	33.9%	66.1%

Como se puede observar en la tabla anterior las mujeres presentan mayor nivel de conocimientos sobre el método anticonceptivo condón, a comparación con los hombres que muestran un nivel menor de conocimientos sobre el método anticonceptivo de las espumas.

TABLA 3. Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos hormonales de acuerdo al género.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (HORMONALES)	NORPLANT (IMPLANTES SUBDÉRMICOS)		PASTILLAS		INYECCIONES	
	SABE	NO SABE	SABE	NO SABE	SABE	NO SABE
hombres	7.2%	92.8%	71.2%	28.8%	16.5%	83.5%
mujeres	6.4%	93.6%	75.7%	24.3%	19.3%	80.7%
CONOCIMIENTO TOTAL	6.8%	93.2%	73.5%	26.5%	17.9%	82.1%

Como se puede contemplar en esta tabla hay un desconocimiento mucho menor en el método anticonceptivo del norplant tanto en hombres como en mujeres; por otra parte el método anticonceptivo con mayor nivel de conocimiento es el de las pastillas

TABLA 4. Conocimiento sobre el dispositivo intrauterino de acuerdo al género .

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	
	SABE	NO SABE
hombres	41.6%	58.4%
mujeres	43.2%	56.8%
CONOCIMIENTO TOTAL	42.4%	57.6%

Como se puede apreciar ( tabla 4) el método anticonceptivo del dispositivo intrauterino tiene un similar nivel de conocimientos tanto en mujeres como en hombres.

TABLA 5. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos permanentes de acuerdo al género

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (PERMANENTES)	VASECTOMÍA (ESTERILIZACIÓN MASCULINA)		SALPINGOCLASIA (ESTERILIZACIÓN FEMENINA)	
	SABE	NO SABE	SABE	NO SABE
hombres	72.7%	27.3%	17.1%	82.9%
mujeres	59.1%	40.9%	17.1%	82.9%
CONOCIMIENTO TOTAL	65.9%	34.1%	17.1%	82.9%

Como se puede advertir , en la presente tabla se muestra un mayor nivel de conocimientos sobre el método anticonceptivo de la vasectomía (esterilización masculina), el cual cuenta con un renombramiento más popular entre los hombres, a diferencia del método anticonceptivo de la salpingoclasia (esterilización femenina) la cual tiene un mucho menor conocimiento tanto en hombres como en mujeres , a tal grado de que el porcentaje se iguala en ambos sexos.

TABLA 6. COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS DE EDAD Y LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TIPO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	G R U P O S D E E D A D													
	16 AÑOS				17 AÑOS				18 AÑOS				19 AÑOS	
	SABE	NO SABE	SABE	NO SABE	SABE	NO SABE	SABE	NO SABE	SABE	NO SABE	SABE	NO SABE		
CLASIFICACIÓN														
NATURALES	37.5%	62.5%	38.3%	61.7%	36.9%	63.1%	36.2%	63.8%	37.5%	62.5%	38.3%	61.7%	36.2%	63.8%
DE BARRERA	31.7%	68.3%	31.7%	68.3%	40.1%	59.9%	43.3%	56.7%	31.7%	68.3%	40.1%	59.9%	43.3%	56.7%
HORMONALES	57.9%	42.1%	33.4%	66.6%	30.5%	79.5%	38.1%	61.9%	57.9%	42.1%	33.4%	66.6%	38.1%	61.9%
PERMANENTES	35.5%	64.5%	38.7%	61.3%	74.9%	25.1%	50.0%	50.0%	35.5%	64.5%	38.7%	61.3%	50.0%	50.0%
DIU	43.8%	56.2%	35.0%	75.0%	46.9%	53.1%	43.2%	56.8%	43.8%	56.2%	35.0%	75.0%	43.2%	56.8%
CONOCIMIENTO TOTAL	41.3%	58.7%	35.4%	64.6%	45.9%	54.1%	42.2%	57.8%	41.3%	58.7%	35.4%	64.6%	42.2%	57.8%

Como se muestra en la tabla anterior (tabla. 6) los valores por grupos de edad demuestran que en el grupo de 16 años los adolescentes manifiestan un mayor nivel de conocimientos respecto a los métodos anticonceptivos hormonales (pastillas, inyecciones, implantes), a diferencia, se indica un menor conocimiento respecto a los anticonceptivos de barrera (espumas, jaleas, cremas, etc). En el grupo de adolescentes de 17 años el nivel de conocimientos se incrementa en el grupo de métodos anticonceptivos permanentes (salpingoclasia y vasectomía), y el método que tiene un mayor nivel de desconocimiento es el método del dispositivo intrauterino. En el conjunto de adolescentes de 18 años se destaca el mayor porcentaje de conocimientos en el grupo de métodos permanentes, y entre los métodos que más desconocen se encuentran los anticonceptivos hormonales. En el último rango de edad (19 años) el mayor nivel de conocimientos se encuentra entre los métodos permanentes y los métodos de los que tienen un mayor nivel de desconocimiento se encuentran los métodos anticonceptivos naturales (temperatura corporal, coito interrumpido, ritmo, moco cervical o billings).

**TABLA 7. Comparación de hombres y mujeres y los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos**

CONOCIMIENTOS	MASCULINO	FEMENINO	TOTALES
No sabe	n= 20 23.3%	n= 27 31.4%	n= 47 54.7%
Si sabe	n= 24 27.9%	n= 15 17.4%	n= 39 45.3%
<b>T O T A L E S</b>	<b>n= 44 51.2%</b>	<b>n= 42 48.8%</b>	<b>N= 86 100.0%</b>

Como se aprecia en esta tabla del 51% de la población total de los hombres, el 27.9% de los hombres si conocen los métodos anticonceptivos, a diferencia del 48.8% de la población total de mujeres, el 17.4% de las mujeres si conocen los métodos anticonceptivos.

**TABLA 8. Valores dados (en medias globales) en cuanto al grado de actitud hacia los métodos anticonceptivos tanto en hombres como mujeres.**

ACTITUD	HACIA LOS MÉTODOS	ANTICONCEPTIVOS
CATEGORIA	NO SABE	SI SABE
Hombres	$\bar{X} = 2.33$	$\bar{X} = 2.05$
Mujeres	$\bar{X} = 2.46$	$\bar{X} = 3.15$

En las siguientes tablas se muestran los valores de la prueba  $t$  (comparación de medias entre los que saben y los que no saben acerca de métodos anticonceptivos), así como la probabilidad  $F$  y el nivel de significancia de cada una de las escalas de actitud hacia los métodos anticonceptivos tanto en la escala de hombres como en la de mujeres.

TABLA 9. Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en mujeres

**MUJERES**

Métodos Anticonceptivos	( - ) conocimientos	( + ) conocimientos	F	significancia
Espumas	2.66	3.26	.562	.45
Condón	2.39	2.96	.099	.75
Ovulos	2.62	3.24	.070	.79
Dispositivo intrauterino	2.59	3.19	.950	.33
Ritmo	2.66	3.26	.562	.45
Vasectomía	2.67	3.28	1.22	.27
Cremas	2.55	3.17	.239	.62
Inyecciones	2.65	3.24	.080	.77
Salpingoclasia	2.50	3.16	2.38	.13
Temperatura Corporal	2.50	3.16	2.38	.13
Moco Cervical	2.50	3.15	.711	.40
Coito Interrumpido	2.26	2.84	.427	.51
Jaleas	2.50	3.15	.711	.40
Diafragma	2.50	3.15	.711	.40
Norplant	2.50	3.15	.711	.40
Pastillas	2.50	3.15	.711	.40

TABLA 9.1 Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en hombres.

HOMBRES

Métodos Anticonceptivos	( - ) conocimientos	( + ) conocimientos	F	significancia
Espumas	2.41	3.13	.022	.88
Condón	2.50	3.30	.081	.77
Ovulos	2.26	2.94	1.22	.27
Dispositivo intrauterino	2.19	2.89	1.15	.29
Ritmo	2.18	2.85	1.91	.17
Vasectomía	2.47	3.21	.418	.52
Cremas	2.28	3.01	.583	.45
Inyecciones	2.37	3.09	.109	.74
Salpingoclasia	2.50	3.12	.309	.58
Temperatura Corporal	2.19	2.83	1.16	.28
Moco cervical	2.30	2.98	1.16	.28
Coito interrumpido	2.35	3.05	1.01	.32
Jaleas	2.33	3.03	1.44	.23
Diafragma	2.35	3.05	1.01	.32
Norplant	2.35	3.05	1.01	.32
Pastillas	2.35	3.05	1.01	.32

Como se puede observar en los análisis realizados, se encontró que no hay diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a los conocimientos y actitudes que tienen adolescentes tanto hombres como mujeres hacia los métodos anticonceptivos por lo que se concluye que: se apoya la  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$ .

## DISCUSIÓN

De acuerdo al objetivo del presente estudio y el análisis por medio de tablas de contingencia se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en conocimientos sobre los diferentes métodos anticonceptivos entre hombre y mujeres. A pesar de que estadísticamente no existen diferencias, se encontraron contrastes interesantes de acuerdo al conocimiento de los métodos anticonceptivos de manera tal que los hombres conocen más de estos (27.9%) que las mujeres. Reforzando este argumento Byron (1975) señala que hay tres factores que configuran el uso de los métodos:

1. **Conocimiento de los métodos anticonceptivos**
2. **Motivación**
3. **Posibilidad de accesibilidad a los métodos**

Byron considera que estos tres factores deben de estar presentes para que se logre un uso adecuado y eficaz de los métodos anticonceptivos.

## USO

En lo que se refiere a la variable uso de los anticonceptivos se observó que más del 90% de la población estudiada no usa algún método anticonceptivo lo cual puede estar reflejando el no ejercicio de su sexualidad o no necesariamente que la estén ejerciendo en este aspecto de la anticoncepción. Debido al rango de edad que se maneja en este estudio se evidencio que la mayoría de la población no los usa por diferentes motivos, tales como: el no tener aún su debut sexual, los efectos que pudiera tener sobre la salud y estado físico o psicológico de la usuaria(o), cuestionamientos o replanteamientos (resocialización sobre la sexualidad) de los valores, normas, costumbres, conductas y actitudes del individuo en cuanto al ejercicio de su sexualidad o de su salud reproductiva. Así, reforzando lo que menciona Palma y col (1993) que dentro de los elementos que intervienen en el uso de los métodos anticonceptivos se encuentran la percepción que tiene la población sobre la disponibilidad y el conocimiento de los mismos. En lo que se refiere a los adolescentes que son sexualmente activos se concuerda con lo que menciona Shan, Zelnick y Kanter (1985) que las creencias influyen sobre el no uso de los anticonceptivos y la falta de información sobre los anticonceptivos. Asimismo, el aplazar el uso de los métodos anticonceptivos puede ser debido al rechazo a asistir a un centro de salud en el que deban **identificarse y admitir ante personas extrañas su actividad sexual**. De acuerdo a García y Figueroa (1992) se observó en este estudio que las razones más importantes que se encuentran en el no uso de los métodos anticonceptivos están:

- ☆ *no conocer los métodos*
- ☆ *no saber como obtenerlos*
- ☆ *no saber como usarlos y*
- ☆ *la **NO planeación** de tener relaciones sexuales.*
- ☆ *pensar que el uso de los anticonceptivos quita lo romántico de la relación*
- ☆ *los adolescentes presentan **actitudes negativas** hacia los anticonceptivos, por las **ideas y temores** acerca de **los efectos colaterales y el daño a la salud** que creen que van a tener al usarlos*

## CONOCIMIENTOS

Los conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos en lo que respecta al coito interrumpido los hombres lo conocen en un 60.6%, mientras que en las mujeres es de un 55.7%. En lo que se refiere a los métodos de barrera, el condón masculino es conocido por un 64.4% de los hombres, mientras que las mujeres lo conocen en un 73.5%; entre los métodos más conocidos se encuentran: las pastillas y en los métodos permanentes se encontró que la vasectomía cuenta con mayor grado de conocimiento entre los adolescentes.

En contraste, entre los métodos menos conocidos están: la temperatura corporal, espumas, norplant, salpingoclasia y el dispositivo intrauterino.

Los resultados obtenidos concuerdan con lo que menciona Leslie (1967) y Byron (1975) acerca de que el conocimiento de los métodos anticonceptivos no determina que vaya a usarse de forma eficaz.

Respecto a las actitudes hacia los anticonceptivos en hombres y mujeres se observó que no hay diferencias estadísticamente significativas, aunque cabe destacar que los hombres presentan una actitud más favorable hacia el uso de los métodos que las mujeres. Reforzando lo citado por Lugo (1993) menciona que la actitud de los varones hacia los anticonceptivos es determinante para el uso de ellos. Al igual se observó que *es diferente la percepción hacia los métodos anticonceptivos en los dos grupos* de la población estudiada.

La política de población enfrenta hoy en día el reto de impulsar un enfoque integral de lo que es la salud reproductiva, que subraya la necesidad en el ámbito de la anticoncepción, la sexualidad, la salud y la reproducción.

Así la práctica de la anticoncepción y el conocimiento de la potencialidad de su ejercicio pueden estar precedidos por una serie de cuestionamientos y planteamientos de los valores, normas, costumbres, conductas y actitudes del individuo, no solamente a lo que respecta a su reproducción sino también en cuanto a sus

aspectos tales como el ejercicio de la sexualidad, las prácticas, los roles sexuales, las aspiraciones y capacidades de desarrollo y bienestar personal, y en general en la forma de ver y vivir su vida, con las siguientes situaciones de armonía y conflicto derivadas tanto del nivel de logro de sus expectativas creadas con el ejercicio de la anticoncepción. Los efectos que la práctica de la anticoncepción pudiera tener sobre dichos sujetos y agentes son finalmente recogidos en términos de rasgos que caracterizan al individuo, tanto en lo ideológico, material, social, psicológico y demográfico. Para garantizar que el uso de los métodos anticonceptivos se realice en forma segura y efectiva se requiere de consejería e información acerca de cómo y dónde obtenerlos y cuáles son los métodos más convenientes para sus condiciones; así como el conocimiento suficiente sobre su forma de uso y los efectos colaterales.

## **SUGERENCIAS**

- ☛ Incrementar el tamaño de la muestra
- ☛ Comparar niveles de educación secundaria con nivel bachillerato
- ☛ Implementar programas de sexualidad tomando en cuenta los temas de anticoncepción, VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual.
- ☛ Incluir en posteriores estudios variables de personalidad
- ☛ Comparar niveles de educación privada *vs.* Educación pública

aspectos tales como el ejercicio de la sexualidad, las prácticas, los roles sexuales, las aspiraciones y capacidades de desarrollo y bienestar personal, y en general en la forma de ver y vivir su vida, con las siguientes situaciones de armonía y conflicto derivadas tanto del nivel de logro de sus expectativas creadas con el ejercicio de la anticoncepción. Los efectos que la práctica de la anticoncepción pudiera tener sobre dichos sujetos y agentes son finalmente recogidos en términos de rasgos que caracterizan al individuo, tanto en lo ideológico, material, social, psicológico y demográfico. Para garantizar que el uso de los métodos anticonceptivos se realice en forma segura y efectiva se requiere de consejería e información acerca de cómo y dónde obtenerlos y cuáles son los métodos más convenientes para sus condiciones; así como el conocimiento suficiente sobre su forma de uso y los efectos colaterales.

## **SUGERENCIAS**

- ☛ Incrementar el tamaño de la muestra
- ☛ Comparar niveles de educación secundaria con nivel bachillerato
- ☛ Implementar programas de sexualidad tomando en cuenta los temas de anticoncepción, VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual.
- ☛ Incluir en posteriores estudios variables de personalidad
- ☛ Comparar niveles de educación privada *vs.* Educación pública

## REFERENCIAS

- Andrew, A. (1995). Manual para el Diseño de Investigación Operativa en Planificación Familiar. (2nd.ed). USAID. the Population Council.
- Camarena, R. (1996) Educación y actitudes a fines del siglo XX. Retos de la juventud. Demos, México.
- Cruz, A. (1986). El uso de anticonceptivos en adolescentes en relación con la influencia de las amistades y el tipo de disciplina Materna. Tesis. Facultad de Psicología. UNAM.
- Dawes, M. (1975) Fundamentos y técnicas de medición de actitudes. Limusa, México.
- Espinoza, G. (1993) Creencias y actitudes del médico familiar del I.S.S.S.T.E. en el estado de Sinaloa, hacia la planificación familiar. Tesis. Facultad de Psicología. UNAM.
- Fernández, Ana. M. (1997) La salud reproductiva de los jóvenes. México, periódico: El Nacional, Año: LXXXIX. Tomo IV. Número: 24,656.
- Flores, F. (1996) Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos y E.T.S. en un grupo de adolescentes de Nivel Medio Superior. Tesis. Facultad de Psicología. UNAM
- García, H. (1992) Población y sociedad en México. México, Porrúa. Compilación.
- Greewald, A., Brock, T. (1968) Psychological Foundations of attitues. academic Proos, New York. pp. 6-25.
- Gómez, C. (1996) Fecundidad y anticoncepción. Tendencias recientes, diferencias y agentes institucionales. Demos, México.
- Hanafi, H. (1988) IEC for safe motherhood. A paper for discussion. Monografía.
- Hernández, D. (1996) Anticoncepción y derechos reproductivos. La búsqueda del pleno ejercicio del derecho en la planificación familiar. Demos, México.
- Katchadourian, H. (1981). Las Bases de la Sexualidad Humana. Segunda impresión. Continental.

- Martín, F., Icek, A. (1975) Attitude, intention and Behavior: an introduction to theory and research. addison-wesley publishing company.
- Martínez, L. (1995) La influencia de la autoestima y asertividad en un Programa de Educación Sexual en la actitud hacia la sexualidad y los métodos anticonceptivos. Tesis. UNAM.
- Mercado, L. (1994) Factores Psicosociales que inciden en la Planificación Familiar. Tesis. Facultad de Psicología. UNAM.
- MexFam (1967) La Historia de los Anticonceptivos. Federación Internacional de Planificación Familiar de la Familia. Preparada por el Comité médico por Beryl Suitters, bibliotecario de IIPF
- Morales, C. (1996) Actitudes de estudiantes de bachillerato hacia la sexualidad y el SIDA. Tesis. Facultad de Psicología. UNAM.
- Muñoz, M. (1997) Estudio de actitudes hacia la sexualidad en la adolescencia y factores que intervienen en su formación. Tesis. Facultad de Psicología. UNAM.
- Nathan-Kahn, J. (1974). La anticoncepción en diez lecciones. Diana, México.
- Pérez, M. (1996) Algunos indicadores de conocimientos y conductas anticonceptivas en mujeres que asisten a un centro de salud. Tesis. Facultad de Psicología. UNAM.
- Pick de Weiss, S.(1979). Estudio Social-Psicológico de la Planificación Familiar. Siglo XXI, México Primera edición.
- Pick de Weiss, Andrade Patricia, Chávez Noé. (1988) Conocimientos de los adolescentes de la ciudad de México sobre la conducta sexual y los anticonceptivos. Resultado de una encuesta de hogares. Salud mental. Volumen 11. Número: 2.
- Pick de Weiss, S. y *et.al.* (1996). Planeando tu Vida. Programa de Educación Sexual y para la vida dirigido a los Adolescentes. Siglo XXI, México.
- Pizzonia, C. (1996) Educación sexual. El programa de gente joven. Demos, México.
- Population Reports. (1994) Lecciones y retos de la planificación familiar: para que un programa tenga éxito. Serie J, número 40. Volumen XXII.
- Population Reports. (1995) Inyectables e implantes: Una nueva era para los inyectables. Serie K, número 5. Volumen XXIII.
- Population Council. (1991) Anticonceptivos del futuro/anticonceptivos en etapa de desarrollo. Boletín provisto por el Population Council, New York.
- Population Council. ( 1996) From Cairo to Beijing to the clinics of Latin America and the world : Women's reproductive health: a subject come of age?. Reproductive health symposium, mexico city, October, 22 th.

- Psicología Social en México (1986). Volumen. VI
- Psicología Social en México (1996). Volumen. VI, pp. 169-173, 181-192
- Reich, B. y Acock, C. (1980) Valores, actitudes y cambio de conducta. Continental, México.
- Rodríguez, A. (1976) Psicología social. Trillas, México. pp. 327-340.
- Salazar, J.M. (1980) Psicología social. Actitudes y conducta. Trillas, México.
- Secretaría de Gobernación. (1995-2000). Programa Nacional de Población. CONAPO.
- Secretaría de Salud. (1994) Norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar.
- Secretaría de Salud. (1994) El entorno de la regulación de la fecundidad en México. Una experiencia de investigación en la Dirección general de planificación familiar. Dirección general de planificación familiar, México.
- Secretaría de Salud. (1995) Cyclofem: la inyección de cada mes. 1ª edición. Subsecretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. OMS. OPS. INNSZ. FNUAP.
- Secretaría de Salud. (1995) La investigación social en planificación familiar en México. Avances y perspectivas en el estudio social de la planificación familiar. Tomo I. México, Dirección General de salud Reproductiva.
- Vázquez, M. (1997) Estudio de actitudes hacia la sexualidad en adolescentes y factores que intervienen en su formación. Tesis. Facultad de Psicología. UNAM.
- World Federation of public health associations. (1986) Family planning for maternal child health. Washington, D.C.
- Young, K. (1977) Psicología de las actitudes. Paidós, México.



# **ANEXO 1**



## INSTRUCCIONES

Marque con una " X " dentro del paréntesis que se encuentra en la hoja de respuestas, el inciso que consideres correcto. *(Por favor marque sólo una respuesta en cada una de las preguntas y conteste en forma sincera)*

*Ejemplo:*

Las siglas E.Z.L.N. significan:

- a  Ejército Zapatista de Liberación Nacional
- b  Ejército Zapatista Liberalista de la Nación
- c  Ejército Zapatista de Líderes Nacionales
- d  No sé

La respuesta sería la letra "a". Que significa Ejército Zapatista de Liberación Nacional.

A continuación te presentamos una serie de preguntas, las cuales tiene cuatro opciones de respuesta, sólo puedes marcar una, la que consideres correcta, anotándola en la hoja de respuesta.

SI TIENES ALGUNA DUDA LE PUEDES PREGUNTAR AL EXAMINADOR DEL CUESTIONARIO.

**DE ANTEMANO... GRACIAS POR TU COOPERACIÓN!**

- 1) El Dispositivo Intrauterino (DIU) se coloca en: (    )
  - a) La Vagina
  - b) El útero
  - c) Las Trompas de Falopio
  - d) No sé
  
- 2) Los óvulos anticonceptivos son: (    )
  - a) Para no tener hijos
  - b) Para abortar
  - c) Para detener la eyaculación
  - d) No sé
  
- 3) Cuando una mujer utiliza jalea como método anticonceptivo, ésta se debe colocar: (    )
  - a) Un día antes del acto sexual y lavarse un día después
  - b) 15 min. antes de la penetración y lavarse 6 horas después
  - c) 2 horas antes del acto sexual y lavarse un día después
  - d) No sé
  
- 4) Si una mujer toma pastillas anticonceptivas: (    )
  - a) Evita tener hijos durante el tiempo que se las tome
  - b) Evita que tenga contactos sexuales
  - c) Ya no puede tener hijos permanentemente
  - d) No sé
  
- 5) El condón se coloca: (    )
  - a) Cuando el pene esta erecto antes de la penetración
  - b) 15 minutos antes de la penetración
  - c) Antes de que el pene se ponga erecto
  - d) No sé
  
- 6) Son los métodos anticonceptivos más eficaces para tener contacto sexual en forma esporádica: (    )
  - a) Ritmo y Pastillas anticonceptivas
  - b) Condón y óvulo
  - c) Norplant y Espumas
  - d) No sé
  
- 7) El uso del condón como único método anticonceptivo en una relación sexual tiene una efectividad de: (    )
  - a) 95%
  - b) 85%
  - c) 75%
  - d) No sé

- 8) Usar el óvulo como único método anticonceptivo en una relación sexual tiene una efectividad de: ( )
- a) 75%
  - b) 99%
  - c) 55%
  - d) No sé
- 9) El uso del DIU (dispositivo Intrauterino), para evitar el embarazo tiene una efectividad de: ( )
- a) 95%
  - b) 75%
  - c) 85%
  - d) No sé
- 10) El uso de la espuma como único método anticonceptivo durante el contacto sexual tiene una efectividad de: ( )
- a) 75%
  - b) 95%
  - c) 63%
  - d) No sé
- 11) Las pastillas anticonceptivas se deben empezar a tomar: ( )
- a) Al quinto día después de comenzar a menstruar
  - b) En el momento de tener el contacto sexual
  - c) Al catorceavo día, cuando se da la ovulación
  - d) No sé
- 12) El objetivo de las pastillas anticonceptivas es: ( )
- a) Evitar la menstruación
  - b) Evitar la ovulación
  - c) Evita contraer una enfermedad sexualmente transmisible
  - d) No sé
- 13) El uso del dispositivo intrauterino (DIU) es recomendado para: ( )
- a) Las mujeres que ya han tenido un embarazo
  - b) Todas las mujeres
  - c) Las mujeres mayores de 40 años
  - d) No sé
- 14) Las cremas como método anticonceptivo son usadas: ( )
- a) Antes del coito
  - b) Inmediatamente después del coito
  - c) Todas las mañanas
  - d) No sé

- 15) El proceso que se sigue durante el coito interrumpido es: ( )
- a) Sacar el pene de la vagina después de la eyaculación
  - b) Sacar el pene de la vagina antes de la eyaculación
  - c) Lavar la vagina antes de la penetración
  - d) No sé
- 16) El coito interrumpido o interruptus provoca: ( )
- a) Esterilidad
  - b) Que se inhiba el deseo sexual
  - c) Irritación en los genitales
  - d) No sé
- 17) La efectividad del coito interrumpido o interruptus es de: ( )
- a) 70%
  - b) 90%
  - c) 50%
  - d) No sé
- 18) Las mujeres que pueden hacer uso del método anticonceptivo del ritmo son: ( )
- a) Todas
  - b) Las que tengan menstruaciones regulares
  - c) Las que tengan menstruaciones irregulares
  - d) No sé
- 19) El objetivo del método anticonceptivo del moco cervical o Billings es: ( )
- a) Evitar la eyaculación
  - b) Evitar el contacto sexual en días fértiles
  - c) Evitar el contacto sexual
  - d) No sé
- 20) El método del moco cervical o Billings consiste en: ( )
- a) Introducir los dedos limpios y extraer el moco cercano al cérvix y observar su elasticidad
  - b) Introducir los dedos limpios y extraer el moco cercano al cérvix y detectar si tiene buen o mal olor
  - c) Introducir los dedos limpios y sentir la temperatura del cérvix
  - d) No sé

- 21) El método de la temperatura consiste en: ( )
- a) Tomar la temperatura los primeros días del mes para calcular los posibles días de ovulación.
  - b) Tomar la temperatura diariamente e identificar cuando aumenta ésta por la ovulación
  - c) Tomar la temperatura los dos últimos días del mes para calcular los posibles días de ovulación
  - d) No sé
- 22) Las inyecciones que evitan el embarazo son: ( )
- a) Sustancias químicas parecidas a las hormonas femeninas
  - b) Sustancias químicas parecidas a las hormonas masculinas
  - c) Sustancias químicas parecidas a las hormonas femeninas y masculinas
  - d) No sé
- 23) Cada cuando se deben administrar las inyecciones anticonceptivas: ( )
- a) Cada uno, dos o tres meses
  - b) Cada primer día del mes
  - c) Cada quince días
  - d) No sé
- 24) El método anticonceptivo de la vasectomía consiste en: ( )
- a) Cortar y/o amarrar los conductos por los que pasan los espermatozoides
  - b) Cortar y/o amarrar los conductos por los que se da la eyaculación
  - c) Cortar y/o amarrar los conductos por los que pasan los óvulos
  - d) No sé
- 25) En el método anticonceptivo del ritmo o calendario se toma como: ( )
- a) El día primero de cada mes
  - b) El primer día del sangrado menstrual
  - c) El día catorce de cada mes
  - d) No sé
- 26) El uso del calendario o ritmo como método anticonceptivo tiene una efectividad de: ( )
- a) 70%
  - b) 90%
  - c) 50%
  - d) No sé

- 27) Cuando se siguió el método de la temperatura ésta se debe tomar de la siguiente forma: ( )
- a) Todos los días antes de levantarse o hacer algún otro movimiento
  - b) Todos los días antes de levantarse
  - c) Todos los días antes de dormir
  - d) No sé
- 28) El método anticonceptivo de la temperatura tiene una efectividad de: ( )
- a) 90%
  - b) 60%
  - c) 75%
  - d) No sé
- 29) En el método anticonceptivo de la temperatura se debe colocar el termómetro en: ( )
- a) Axila, boca o recto
  - b) Solo en axila
  - c) Boca y recto
  - d) No sé
- 30) El método anticonceptivo del moco cervical o Billings tiene una efectividad de: ( )
- a) 60%
  - b) 70%
  - c) 90%
  - d) No sé
- 31) Para quitar el condón o preservativo después de su uso, debe ser de la siguiente forma: ( )
- a) Cuando el pene está todavía erecto y jalando el condón sujetándolo de los lados
  - b) Cuando el pene está ya flácido y jalando el condón sujetándolo de los lados
  - c) Cuando la mujer ya no está excitada
  - d) No sé
- 32) Los condones o preservativos se deben usar de la siguiente manera: ( )
- a) Después de la primera vez lavarlo y usarlo cada vez que se necesite
  - b) Se usa solamente una vez y se desecha
  - c) Se lava antes de usarlo y se desecha
  - d) No sé

- 33) Comúnmente los condones o preservativos vienen enrollados para: ( )
- a) Que se transporten de una forma más práctica
  - b) Que al colocarlo se vaya desenrollando
  - c) Para que la mujer se lo introduzca fácilmente
  - d) No sé
- 34) La espuma como método anticonceptivo es: ( )
- a) Una sustancia química
  - b) Una sustancia hormonal
  - c) Una sustancia química y hormonal
  - d) No sé
- 35) La espuma como método anticonceptivo tiene la siguiente presentación: ( )
- a) Envasado bajo presión en una lata o botella con gas inerte que al ser liberado produce una espuma espesa
  - b) Envasado en una lata o botella con un dispositivo que hace que funcione con spray
  - c) Envasado a alta presión
  - d) No sé
- 36) La espuma como método anticonceptivo debe ser usada de la siguiente forma: ( )
- a) Se inserta la espuma en el aplicador, el cual es colocado dentro de la vagina lo más profundo que se pueda y se vierte el contenido, quince minutos antes de la relación sexual.
  - b) Se toma la espuma con los dedos, estos se introducen a la vagina y se embarra la espuma cinco minutos antes de la relación sexual
  - c) Se coloca el dispositivo del spray en la vagina y se presiona
  - d) No sé
- 37) El uso de la espuma como método anticonceptivo tiene una efectividad de: ( )
- a) 50%
  - b) 70%
  - c) 90%
  - d) No sé

- 38) Los óvulos vaginales que son usados como método anticonceptivo, son: ( )
- a) Un producto químico de consistencia sólida, que se derrite rápidamente a la temperatura del cuerpo, al ser introducida en la vagina
  - b) Un producto químico de consistencia líquida, el cual es introducido a la vagina por medio de un aplicador especial
  - c) Un producto hormonal de consistencia sólida, que se derrite rápidamente a la temperatura del cuerpo, al ser introducido en la vagina
  - d) No sé
- 39) La efectividad del diafragma es de: ( )
- a) 99%
  - b) 75%
  - c) 85%
  - d) No sé
- 40) La efectividad del diafragma depende de: ( )
- a) El uso adecuado (colocación y extracción)
  - b) Que el orificio por el que pasan los espermatozoides no sea mayor de un milímetro
  - c) Que la caducidad no este vencida
  - d) No sé
- 41) La efectividad de la vasectomía es de: ( )
- a) 99%
  - b) 58%
  - c) 82%
  - d) No sé
- 42) La efectividad de la salpingoclasia es de: ( )
- a) 99%
  - b) 58%
  - c) 86%
  - d) No sé
- 43) La efectividad de las inyecciones anticonceptivas es de: ( )
- a) 99%
  - b) 75%
  - c) 89%
  - d) No sé

- 44) La efectividad del norplant es de: ( )
- a) 50%
  - b) 99% o más
  - c) 70%
  - d) No sé
- 45) El objetivo del diafragma es: ( )
- a) No permitir el paso del pene a la vagina
  - b) Cubrir el cuello del útero
  - c) Impedir la maduración del óvulo
  - d) No sé
- 46) El diafragma se usa de la siguiente forma: ( )
- a) En el borde del diafragma se coloca crema o jalea anticonceptiva, se introduce éste hasta el fondo de la vagina, antes del contacto sexual
  - b) Antes de la penetración se coloca en la entrada de la vagina
  - c) En el borde del diafragma se coloca crema o jalea anticonceptiva, y se coloca en la punta del pene
  - d) No sé
- 47) El diafragma se debe extraer: ( )
- a) Inmediatamente después de la relación sexual
  - b) 24 horas después de la relación sexual
  - c) 15 minutos después de la relación sexual
  - d) No sé
- 48) El tiempo de efectividad del norplant es de: ( )
- a) 3 meses
  - b) 5 años
  - c) 24 horas
  - d) No sé
- 49) El norplant está constituido por: ( )
- a) 30 mg de hormonas
  - b) 6 cápsulas de silastic
  - c) 300 ml de hormonas
  - d) No sé
- 50) El norplant puede tener las siguientes presentaciones: ( )
- a) De 21 y 28 pastillas
  - b) De 2 y 6 cápsulas
  - c) De 40 y 45 ml. de solución inyectable
  - d) No sé

- 51) El norplant se usa de la siguiente forma: ( )
- a) Las cápsulas se colocan debajo de la piel del brazo o antebrazo por medio de un trocar, en una incisión de 3 a 4 mm. distribuyendo las 6 cápsulas en forma de abanico
  - b) Las cápsulas se toman durante 28 días consecutivos, se dejan pasar dos días, y se comienza a tomar nuevamente, para provocar regularidad en el ciclo menstrual
  - c) La solución es inyectada el día primero de cada mes en el glúteo
  - d) No sé
- 52) Para dejar de usar el norplant, se realiza lo siguiente: ( )
- a) Se realiza una incisión en el mismo lugar de la colocación, extrayéndose las cápsulas
  - b) Después de terminado el ciclo de las cápsula, ya no se ingieren las siguientes
  - c) Se deja de inyectar, dejándose disolver la que se encuentre dentro del cuerpo
  - d) No sé
- 53) Es un disco de hule de látex en forma de cúpula montada en un resorte circular: ( )
- a) Condón
  - b) Diafragma
  - c) norplant
  - d) No sé
- 54) Cuando se utiliza este método, se le coloca una crema o jalea espermaticida sobre la superficie y al rededor del borde, antes de introducirlo: ( )
- a) Condón
  - b) Diafragma
  - c) norplant
  - d) No sé
- 55) Para que el uso del condón sea afectivo es necesario: ( )
- a) Fijarse en la fecha de caducidad y que exista aire bajo presión en el interior
  - b) Fijarse en que la marca del condón sea conocida y que estén lubricados
  - c) Fijarse en que el tamaño sea adecuado y que no esté vencida la fecha de caducidad
  - d) No sé

- 56) Para que el uso del óvulo sea efectivo como método anticonceptivo, es necesario: (    )
- a) Que se use un óvulo en cada contacto sexual
  - b) Que el óvulo no se derrita rápidamente
  - c) Que se use un óvulo y que la mujer no se levante entre cada contacto sexual
  - d) No sé
- 57) La salpingoclasia puede ver reducida su efectividad si: (    )
- a) No se evita el coito durante dos meses
  - b) No se realice bien la técnica
  - c) Si se hace cada dos años
  - d) No sé
- 58) La efectividad en el uso del moco cervical o Billings como método anticonceptivo radica en que: (    )
- a) La mujer conozca los cambios que se dan en su organismo a nivel cervical durante la ovulación
  - b) La mujer sea capaz de detectar en forma simple la diferencia de olores en las secreciones cervicales
  - c) El hombre conozca los cambios que se dan en su organismo a nivel cervical durante la espermatogénesis
  - d) No sé
- 59) El coito interrumpido puede tener poca eficacia: (    )
- a) Porque el líquido pre-eyaculatorio algunas veces contiene espermatozoides
  - b) Porque la mujer con la que se tiene el coito es virgen
  - c) Porque la posición en la que se lleva a cabo el acto sexual no es el adecuado
  - d) No sé
- 60) La eficacia de las inyecciones anticonceptivas radica en: (    )
- a) Que sean administradas exactamente el día primero del mes
  - b) Que sean prescritas por el médico
  - c) Que sean administradas después de terminado el ciclo menstrual
  - d) No sé
- 61) La efectividad de la jalea como método anticonceptivo es de: (    )
- a) 70%
  - b) 90%
  - c) 80%
  - d) No sé

- 62) Para que el uso de la espuma espermaticida sea efectivo: (    )
- a) Se debe colocar la espuma en el fondo de la vagina
  - b) Se debe de embarrar perfectamente bien en los genitales externos
  - c) Se debe colocar un día antes de tener el coito
  - d) No sé
- 63) Las jaleas anticonceptivas son eficaces en la medida en que: (    )
- a) Su administración sea en el lugar y tiempo indicado
  - b) Su administración sea inmediatamente después del coito
  - c) Su administración sea un día antes del contacto sexual
  - d) No sé
- 64) El uso de las cremas anticonceptivas tiene como objetivo: (    )
- a) Imposibilitar al espermatozoide en cuanto a su movimiento
  - b) Posibilitar al espermatozoide un mayor tiempo de vida
  - c) Debilitar al espermatozoide para que no viva más de 30 segundos
  - d) No sé
- 65) La efectividad en el uso de la crema espermaticida radica en: (    )
- a) Administrarla según la cantidad de coitos que se tengan
  - b) Administrar la cantidad indicada en el aplicador
  - c) Administrarla inmediatamente después del coito
  - d) No sé

## HOJA DE RESPUESTAS

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

- |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1.-  | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 34.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 2.-  | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 35.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 3.-  | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 36.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 4.-  | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 37.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 5.-  | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 38.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 6.-  | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 39.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 7.-  | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 40.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 8.-  | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 41.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 9.-  | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 42.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 10.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 43.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 11.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 44.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 12.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 45.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 13.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 46.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 14.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 47.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 15.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 48.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 16.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 49.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 17.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 50.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 18.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 51.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 19.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 52.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 20.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 53.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 21.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 54.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 22.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 55.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 23.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 56.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 24.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 57.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 25.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 58.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 26.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 59.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 27.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 60.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 28.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 61.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 29.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 62.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 30.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 63.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 31.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 64.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 32.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) | 65.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |
| 33.- | a( ) | b( ) | c( ) | d( ) |      |      |      |      |      |



## **ANEXO 2**



## “ H O M B R E S ”

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

¿HAS UTILIZADO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? SI ( ) NO ( )

### I N S T R U C C I O N E S

A continuación se te presenta una lista de palabras para describir cada uno de los métodos anticonceptivos. Por favor marca con algún “número” dentro de cada uno de los paréntesis la opción que vaya más con tu forma de pensar. **No hay respuestas buenas o malas.** El objetivo de esta escala es sólo con fines estadísticos. Te recuerdo, **las respuestas son totalmente confidenciales y anónimas.**

Hay cinco opciones de respuesta:

- ( 1 ) TOTALMENTE DE ACUERDO
- ( 2 ) DE ACUERDO
- ( 3 ) INDECISO
- ( 4 ) EN DESACUERDO
- ( 5 ) TOTALMENTE EN DESACUERDO

*Ejemplo:*

Chiapas

- |                  |                |                |
|------------------|----------------|----------------|
| ( 1 ) INJUSTICIA | ( 5 ) POBREZA  | ( 5 ) RIQUEZA  |
| ( 2 ) MATANZA    | ( 4 ) JUSTICIA | ( 5 ) ALEGRÍA  |
| ( 4 ) ANARQUÍA   | ( 2 ) EJÉRCITO | ( 1 ) TRIZTEZA |

DE ANTEMANO ... ¡GRACIAS POR TÚ COLABORACIÓN!

¡¡ YA PUEDES EMPEZAR !!

- ( 1 ) TOTALMENTE DE ACUERDO ( 2 ) DE ACUERDO ( 3 ) INDECISO  
 ( 4 ) EN DESACUERDO ( 5 ) TOTALMENTE EN DESACUERDO

**CÓMO DEFINIRÍAS CADA UNO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:**

**Espumas**

- ( ) SALUD ( ) PARTICIPACIÓN ( ) IRRESPONSABILIDAD  
 ( ) PLANIFICACIÓN ( ) CONCIENCIA ( ) RESPONSABILIDAD  
 ( ) PROTECCIÓN ( ) DOLOR ( ) ENFERMEDAD  
 ( ) PLACER ( ) INCONCIENCIA ( ) DIFUSIÓN  
 ( ) EXPOSICIÓN

**Condón**

- ( ) LIMITACIÓN ( ) PARTICIPACIÓN ( ) REPRODUCCIÓN  
 ( ) INPORVIZACIÓN ( ) PLANIFICACIÓN ( ) IRRESPONSABILIDAD  
 ( ) DOLOR ( ) ABSTINENCIA ( ) PROTECCIÓN  
 ( ) PLACER ( ) RESPONSABILIDAD ( ) DIFUSIÓN  
 ( ) DESCONFIANZA

**Óvulos**

- ( ) LIMITACIÓN ( ) SALUD ( ) PARTICIPACIÓN  
 ( ) PREVENCIÓN ( ) INPORVIZACIÓN ( ) CONFIANZA  
 ( ) PLANIFICACIÓN ( ) REPRODUCCIÓN ( ) PROTECCIÓN  
 ( ) DOLOR ( ) DESCONFIANZA ( ) ABSTINENCIA  
 ( ) PLACER ( ) INCONCIENCIA ( ) CONCIENCIA  
 ( ) DIFUSIÓN ( ) RESPONSABILIDAD ( ) IRRESPONSABILIDAD  
 ( ) EXPOSICIÓN ( ) ENFERMEDAD

**D.I.U (dispositivo intrauterino)**

- ( ) LIMITACIÓN ( ) SALUD ( ) PARTICIPACIÓN  
 ( ) INPORVIZACIÓN ( ) CONFIANZA ( ) IRRESPONSABILIDAD  
 ( ) PLANIFICACIÓN ( ) RESPONSABILIDAD ( ) PROTECCIÓN  
 ( ) DESCONFIANZA ( ) ABSTINENCIA ( ) PLACER  
 ( ) INCONCIENCIA ( ) CONCIENCIA ( ) DIFUSIÓN  
 ( ) EXPOSICIÓN ( ) ENFERMEDAD

### **Ritmo**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN    | <input type="checkbox"/> LIMITACIÓN      | <input type="checkbox"/> PARTICIPACIÓN |
| <input type="checkbox"/> ABSTINENCIA   | <input type="checkbox"/> INPORVIZACIÓN   | <input type="checkbox"/> CONFIANZA     |
| <input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN | <input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD | <input type="checkbox"/> PROTECCIÓN    |
| <input type="checkbox"/> DOLOR         | <input type="checkbox"/> DESCONFIANZA    | <input type="checkbox"/> PLACER        |
| <input type="checkbox"/> INCONCIENCIA  | <input type="checkbox"/> CONCIENCIA      | <input type="checkbox"/> DIFUSIÓN      |
| <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN    | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD      |  |

### **Vasectomía**

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> LIMITACIÓN   | <input type="checkbox"/> SALUD           | <input type="checkbox"/> PARTICIPACIÓN     |
| <input type="checkbox"/> PLACER       | <input type="checkbox"/> INPORVIZACIÓN   | <input type="checkbox"/> CONFIANZA         |
| <input type="checkbox"/> DOLOR        | <input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD | <input type="checkbox"/> IRRESPONSABILIDAD |
| <input type="checkbox"/> DESCONFIANZA | <input type="checkbox"/> ABSTINENCIA     | <input type="checkbox"/> INCONCIENCIA      |
| <input type="checkbox"/> CONCIENCIA   | <input type="checkbox"/> DIFUSIÓN        | <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN        |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD   | <input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN   |  |

### **Cremas**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> LIMITACIÓN    | <input type="checkbox"/> SALUD         | <input type="checkbox"/> PARTICIPACIÓN     |
| <input type="checkbox"/> REPRODUCCIÓN  | <input type="checkbox"/> INPORVIZACIÓN | <input type="checkbox"/> CONFIANZA         |
| <input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN | <input type="checkbox"/> DOLOR         | <input type="checkbox"/> IRRESPONSABILIDAD |
| <input type="checkbox"/> PROTECCIÓN    | <input type="checkbox"/> PLACER        | <input type="checkbox"/> INCONCIENCIA      |
| <input type="checkbox"/> CONCIENCIA    | <input type="checkbox"/> DIFUSIÓN      | <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN        |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD    |  |  |

### **Inyecciones**

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> LIMITACIÓN   | <input type="checkbox"/> SALUD         | <input type="checkbox"/> PARTICIPACIÓN     |
| <input type="checkbox"/> REPRODUCCIÓN | <input type="checkbox"/> INPORVIZACIÓN | <input type="checkbox"/> CONFIANZA         |
| <input type="checkbox"/> PROTECCIÓN   | <input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN | <input type="checkbox"/> IRRESPONSABILIDAD |
| <input type="checkbox"/> DOLOR        | <input type="checkbox"/> DESCONFIANZA  | <input type="checkbox"/> PLACER            |
| <input type="checkbox"/> INCONCIENCIA | <input type="checkbox"/> CONCIENCIA    | <input type="checkbox"/> DIFUSIÓN          |
| <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN   | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD    |  |

### **Salpingoclasia**

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> LIMITACIÓN   | <input type="checkbox"/> SALUD           | <input type="checkbox"/> PARTICIPACIÓN     |
| <input type="checkbox"/> CONFIANZA    | <input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN   | <input type="checkbox"/> ABSTINENCIA       |
| <input type="checkbox"/> DESCONFIANZA | <input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD | <input type="checkbox"/> INCONCIENCIA      |
| <input type="checkbox"/> CONCIENCIA   | <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN      | <input type="checkbox"/> IRRESPONSABILIDAD |

### **Temperatura Corporal**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> LIMITACIÓN    | <input type="checkbox"/> SALUD           | <input type="checkbox"/> PARTICIPACIÓN     |
| <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN    | <input type="checkbox"/> INPORVIZACIÓN   | <input type="checkbox"/> CONFIANZA         |
| <input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN | <input type="checkbox"/> REPRODUCCIÓN    | <input type="checkbox"/> PROTECCIÓN        |
| <input type="checkbox"/> DOLOR         | <input type="checkbox"/> DESCONFIANZA    | <input type="checkbox"/> ABSTINENCIA       |
| <input type="checkbox"/> PLACER        | <input type="checkbox"/> INCONCIENCIA    | <input type="checkbox"/> CONCIENCIA        |
| <input type="checkbox"/> DIFUSIÓN      | <input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD | <input type="checkbox"/> IRRESPONSABILIDAD |
| <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN    | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD      |  |

### **Moco Cervical**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> LIMITACIÓN    | <input type="checkbox"/> SALUD         | <input type="checkbox"/> PARTICIPACIÓN   |
| <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN    | <input type="checkbox"/> INPORVIZACIÓN | <input type="checkbox"/> CONFIANZA       |
| <input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN | <input type="checkbox"/> REPRODUCCIÓN  | <input type="checkbox"/> PROTECCIÓN      |
| <input type="checkbox"/> DOLOR         | <input type="checkbox"/> DESCONFIANZA  | <input type="checkbox"/> ABSTINENCIA     |
| <input type="checkbox"/> PLACER        | <input type="checkbox"/> INCONCIENCIA  | <input type="checkbox"/> CONCIENCIA      |
| <input type="checkbox"/> DIFUSIÓN      | <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN    | <input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD    |  |  |

### **Coito Interrumpido**

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> LIMITACIÓN   | <input type="checkbox"/> SALUD           | <input type="checkbox"/> PARTICIPACIÓN     |
| <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN   | <input type="checkbox"/> INPORVIZACIÓN   | <input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN     |
| <input type="checkbox"/> REPRODUCCIÓN | <input type="checkbox"/> PROTECCIÓN      | <input type="checkbox"/> DOLOR             |
| <input type="checkbox"/> DESCONFIANZA | <input type="checkbox"/> ABSTINENCIA     | <input type="checkbox"/> PLACER            |
| <input type="checkbox"/> INCONCIENCIA | <input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD | <input type="checkbox"/> IRRESPONSABILIDAD |
| <input type="checkbox"/> DIFUSIÓN     | <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN      | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD        |
| <input type="checkbox"/> CONCIENCIA   |  |  |

### **Jaleas**

- |                   |                   |                     |
|-------------------|-------------------|---------------------|
| ( ) LIMITACIÓN    | ( ) PARTICIPACIÓN | ( ) PREVENCIÓN      |
| ( ) INPORVIZACIÓN | ( ) CONFIANZA     | ( ) PLANIFICACIÓN   |
| ( ) REPRODUCCIÓN  | ( ) PROTECCIÓN    | ( ) DOLOR           |
| ( ) DESCONFIANZA  | ( ) ABSTINENCIA   | ( ) PLACER          |
| ( ) INCONCIENCIA  | ( ) CONCIENCIA    | ( ) RESPONSABILIDAD |
| ( ) DIFUSIÓN      | ( ) EXPOSICIÓN    | ( ) ENFERMEDAD      |

### **Diafragma**

- |                   |                     |                       |
|-------------------|---------------------|-----------------------|
| ( ) LIMITACIÓN    | ( ) SALUD           | ( ) PARTICIPACIÓN     |
| ( ) PREVENCIÓN    | ( ) INPORVIZACIÓN   | ( ) CONFIANZA         |
| ( ) PLANIFICACIÓN | ( ) REPRODUCCIÓN    | ( ) PROTECCIÓN        |
| ( ) DOLOR         | ( ) DESCONFIANZA    | ( ) ABSTINENCIA       |
| ( ) PLACER        | ( ) INCONCIENCIA    | ( ) CONCIENCIA        |
| ( ) DIFUSIÓN      | ( ) RESPONSABILIDAD | ( ) IRRESPONSABILIDAD |
| ( ) EXPOSICIÓN    | ( ) ENFERMEDAD      |                       |

### **Norplant**

- |                   |                     |                       |
|-------------------|---------------------|-----------------------|
| ( ) LIMITACIÓN    | ( ) SALUD           | ( ) PARTICIPACIÓN     |
| ( ) PROTECCIÓN    | ( ) INPORVIZACIÓN   | ( ) CONFIANZA         |
| ( ) PLANIFICACIÓN | ( ) PREVENCIÓN      | ( ) DOLOR             |
| ( ) DESCONFIANZA  | ( ) ABSTINENCIA     | ( ) REPRODUCCIÓN      |
| ( ) PLACER        | ( ) INCONCIENCIA    | ( ) CONCIENCIA        |
| ( ) DIFUSIÓN      | ( ) RESPONSABILIDAD | ( ) IRRESPONSABILIDAD |
| ( ) EXPOSICIÓN    | ( ) ENFERMEDAD      |                       |

### **Pastillas**

- |                   |                     |                       |
|-------------------|---------------------|-----------------------|
| ( ) LIMITACIÓN    | ( ) SALUD           | ( ) PARTICIPACIÓN     |
| ( ) PREVENCIÓN    | ( ) INPORVIZACIÓN   | ( ) CONFIANZA         |
| ( ) PLANIFICACIÓN | ( ) REPRODUCCIÓN    | ( ) PROTECCIÓN        |
| ( ) DOLOR         | ( ) DESCONFIANZA    | ( ) ABSTINENCIA       |
| ( ) PLACER        | ( ) INCONCIENCIA    | ( ) CONCIENCIA        |
| ( ) DIFUSIÓN      | ( ) RESPONSABILIDAD | ( ) IRRESPONSABILIDAD |
| ( ) EXPOSICIÓN    | ( ) ENFERMEDAD      |                       |

# " MUJERES "

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

¿HAS UTILIZADO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? SI ( ) NO ( )

## I N S T R U C C I O N E S

A continuación se te presenta una lista de palabras para describir cada uno de los métodos anticonceptivos. Por favor marca con algún "número" dentro de cada uno de los paréntesis la opción que vaya más con tu forma de pensar. No hay respuestas buenas o malas. El objetivo de esta escala es sólo con fines estadísticos. Te recuerdo, las respuestas son totalmente confidenciales y anónimas.

Hay cinco opciones de respuesta:

- ( 1 ) TOTALMENTE DE ACUERDO
- ( 2 ) DE ACUERDO
- ( 3 ) INDECISO
- ( 4 ) EN DESACUERDO
- ( 5 ) TOTALMENTE EN DESACUERDO

Ejemplo:

Chiapas

- |                  |                |                |
|------------------|----------------|----------------|
| ( 1 ) INJUSTICIA | ( 5 ) POBREZA  | ( 5 ) RIQUEZA  |
| ( 2 ) MATANZA    | ( 4 ) JUSTICIA | ( 5 ) ALEGRÍA  |
| ( 4 ) ANARQUÍA   | ( 2 ) EJÉRCITO | ( 1 ) TRIZTEZA |

DE ANTEMANO ... ¡GRACIAS POR TÚ COLABORACIÓN!

¡¡ YA PUEDES EMPEZAR !!

- ( 1 ) TOTALMENTE DE ACUERDO ( 2 ) DE ACUERDO ( 3 ) INDECISO  
 ( 4 ) EN DESACUERDO ( 5 ) TOTALMENTE EN DESACUERDO

## **CÓMO DEFINIRÍAS CADA UNO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:**

### **Espumas**

- ( ) INSEGURIDAD ( ) PROTECCIÓN ( ) INMADUREZ  
 ( ) PLANIFICACIÓN ( ) MADUREZ ( ) DESCONOCIMIENTO  
 ( ) CONFIANZA ( ) FALSEDAD ( ) EMBARAZO  
 ( ) INFORMACIÓN ( ) DESPROTECCIÓN ( ) PLENITUD  
 ( ) CONONIMIENTO ( ) REALIDAD ( ) DESCONFIANZA

### **Condón**

- ( ) INSEGURIDAD ( ) PROTECCIÓN ( ) DESCONFIANZA  
 ( ) PLANIFICACIÓN ( ) INMADUREZ ( ) DESCONOCIMIENTO  
 ( ) CONFIANZA ( ) EMBARAZO ( ) INFORMACIÓN  
 ( ) DESPROTECCIÓN ( ) CONONIMIENTO ( ) REALIDAD

### **Óvulos**

- ( ) PROTECCIÓN ( ) SEGURIDAD ( ) DESINFORMACIÓN  
 ( ) PLANIFICACIÓN ( ) PLENITUD ( ) DESCONOCIMIENTO  
 ( ) CONFIANZA ( ) EMBARAZO ( ) FALSEDAD  
 ( ) INFORMACIÓN ( ) DESPROTECCIÓN ( ) REALIDAD  
 ( ) DEFECTO

### **D.I.U (dispositivo intrauterino)**

- ( ) INSEGURIDAD ( ) PROTECCIÓN ( ) PLANIFICACIÓN  
 ( ) SEGURIDAD ( ) PLENITUD ( ) CONFIANZA  
 ( ) FALSEDAD ( ) EMBARAZO ( ) MUJER  
 ( ) INFORMACIÓN ( ) DESPROTECCIÓN ( ) REALIDAD  
 ( ) DEFECTO ( ) DESCONFIANZA

### **Ritmo**

- |                   |                   |                     |
|-------------------|-------------------|---------------------|
| ( ) INSEGURIDAD   | ( ) PROTECCIÓN    | ( ) INMADUREZ       |
| ( ) PLANIFICACIÓN | ( ) MADUREZ       | ( ) DESCONOCIMIENTO |
| ( ) CONFIANZA     | ( ) FALSEDAD      | ( ) EMBARAZO        |
| ( ) INFORMACIÓN   | ( ) DESPROTECCIÓN | ( ) PLENITUD        |
| ( ) CONONIMIENTO  | ( ) REALIDAD      | ( ) DESCONFIANZA    |

### **Vasectomía**

- |                   |                   |                     |
|-------------------|-------------------|---------------------|
| ( ) INSEGURIDAD   | ( ) PROTECCIÓN    | ( ) HOMBRE          |
| ( ) PLANIFICACIÓN | ( ) MADUREZ       | ( ) DESINFORMACIÓN  |
| ( ) INMADUREZ     | ( ) CONFIANZA     | ( ) DESCONOCIMIENTO |
| ( ) FALSEDAD      | ( ) EMBARAZO      | ( ) DEFECTO         |
| ( ) INFORMACIÓN   | ( ) DESPROTECCIÓN | ( ) PLENITUD        |
| ( ) SEGURIDAD     | ( ) CONONIMIENTO  | ( ) REALIDAD        |
| ( ) DESCONFIANZA  |                   |                     |

### **Crevas**

- |                |                   |               |
|----------------|-------------------|---------------|
| ( ) PROTECCIÓN | ( ) PLANIFICACIÓN | ( ) CONFIANZA |
| ( ) SEGURIDAD  |                   |               |

### **Inyecciones**

- |                   |                 |                   |
|-------------------|-----------------|-------------------|
| ( ) INSEGURIDAD   | ( ) HOMBRE      | ( ) PROTECCIÓN    |
| ( ) PLANIFICACIÓN | ( ) SEGURIDAD   | ( ) PLENITUD      |
| ( ) CONFIANZA     | ( ) FALSEDAD    | ( ) EMBARAZO      |
| ( ) MUJER         | ( ) INFORMACIÓN | ( ) DESPROTECCIÓN |
| ( ) REALIDAD      | ( ) DEFECTO     | ( ) DESCONFIANZA  |

### **Salpingoclasia**

- |                   |                   |              |
|-------------------|-------------------|--------------|
| ( ) PLANIFICACIÓN | ( ) MADUREZ       | ( ) DEFECTO  |
| ( ) CONFIANZA     | ( ) SEGURIDAD     | ( ) MUJER    |
| ( ) INFORMACIÓN   | ( ) CONONIMIENTO  | ( ) REALIDAD |
| ( ) PLENITUD      | ( ) DESPROTECCIÓN |              |

### **Temperatura Corporal**

- |  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN | <input type="checkbox"/> MADUREZ       | <input type="checkbox"/> DEFECTO  |
| <input type="checkbox"/> CONFIANZA     | <input type="checkbox"/> SEGURIDAD     | <input type="checkbox"/> MUJER    |
| <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN   | <input type="checkbox"/> CONONIMIENTO  | <input type="checkbox"/> REALIDAD |
| <input type="checkbox"/> PLENITUD      | <input type="checkbox"/> DESPROTECCIÓN |                                   |

### **Moco Cervical**

- |  |                                    |                                      |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN | <input type="checkbox"/> SEGURIDAD | <input type="checkbox"/> CONFIANZA   |
| <input type="checkbox"/> EMBARAZO      | <input type="checkbox"/> MUJER     | <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN |
| <input type="checkbox"/> REALIDAD      | <input type="checkbox"/> DEFECTO   | <input type="checkbox"/> PLENITUD    |
| <input type="checkbox"/> DESPROTECCIÓN |                                    |                                      |

### **Coito Interrumpido**

- |  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN | <input type="checkbox"/> MADUREZ       | <input type="checkbox"/> DEFECTO  |
| <input type="checkbox"/> CONFIANZA     | <input type="checkbox"/> SEGURIDAD     | <input type="checkbox"/> MUJER    |
| <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN   | <input type="checkbox"/> CONONIMIENTO  | <input type="checkbox"/> REALIDAD |
| <input type="checkbox"/> PLENITUD      | <input type="checkbox"/> DESPROTECCIÓN |                                   |

### **Jaleas**

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN | <input type="checkbox"/> DESPROTECCIÓN | <input type="checkbox"/> CONFIANZA   |
| <input type="checkbox"/> EMBARAZO      | <input type="checkbox"/> MUJER         | <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN |
| <input type="checkbox"/> REALIDAD      | <input type="checkbox"/> DEFECTO       | <input type="checkbox"/> PLENITUD    |
| <input type="checkbox"/> SEGURIDAD     |  |                                      |

### **Diafragma**

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN | <input type="checkbox"/> DESPROTECCIÓN | <input type="checkbox"/> CONFIANZA   |
| <input type="checkbox"/> EMBARAZO      | <input type="checkbox"/> MUJER         | <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN |
| <input type="checkbox"/> REALIDAD      | <input type="checkbox"/> DEFECTO       | <input type="checkbox"/> PLENITUD    |
| <input type="checkbox"/> SEGURIDAD     |  |                                      |

**Norplant**

- PLANIFICACIÓN     DESPROTECCIÓN     CONFIANZA  
 EMBARAZO         MUJER                 INFORMACIÓN  
 REALIDAD           DEFECTO              PLENITUD  
 SEGURIDAD

**Pastillas**

- PLANIFICACIÓN     DESPROTECCIÓN     CONFIANZA  
 EMBARAZO         MUJER                 INFORMACIÓN  
 REALIDAD           DEFECTO              PLENITUD  
 SEGURIDAD