

00921
135



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**CONOCIMIENTO, USO Y MITOS ACERCA DEL CONDÓN MASCULINO Y SU
RELACION CON EMBARAZOS NO PLANEADOS E INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL TURNO MATUTINO DEL
COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES, PLANTEL NAUCALPAN**

TESIS GRUPAL

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

presentan:

**IRENE PÉREZ LARA
JANELLE VALENCIA SOSA**

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS.

[Firma manuscrita]



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

L.E.O. DANIEL RANGEL PORTILLA.

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE 2003

A



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.

IRENE Y JANELLE, AGRADECEN A:

A DANIEL RANGEL; POR SU TIEMPO, DEDICACIÓN, A SI COMO SU GRAN PACIENCIA, PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROYECTO. GRACIAS POR CREER EN NOSOTROS. Y POR TU GRAN APOYO.

A TODOS EL PERSONAL DIRECTIVO, ADMINISTRATIVO, ACADÉMICO Y A LA POBLACION ESTUDIANTIL DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES PLANTEL NAUCALPAN, POR LAS FACILIDADES OTORGADAS Y POR SU PARTICIPACIÓN EN EL DESARROLLO DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN. EN ESPECIAL, AGRADECEMOS A TERE Y FER POR SU AMISTAD Y SU GRAN APOYO.

A TODOS EL EQUIPO QUE CONFORMA UNISSER, ENCABEZADO POR EL DR. GREGORIO PEREZ. Y EN PARTICULAR AGRADECEMOS A ANTONIO HERNANDEZ POR SU APOYO Y PACIENCIA, ASI COMO SU AMISTAD...

A ELSA ZAVALA; LE DAMOS LAS GRACIAS POR SU APOYO, DESINTERESADO E INCONDICIONAL, ASI COMO SU PACIENCIA, GRACIAS.

A LOS SINODALES; ELVIA LETICIA, MARTHA LILIA, QUERUBIN, MARIA DE LOURDES. POR SUS RESPECTIVAS CONTRIBUCIONES PARA LA MEJORIA DE ESTE TRABAJO. A USTEDES GRACIAS.

Y A TODOS A AQUELLOS QUE EN ESTE MOMENTO PUDIESEMOS OLVIDAR, PERO QUE NOSA POYARON DE MANERA DIRECTA E INDIRECTA PARA REALIZACIÓN DE LA PRESENTE LES DAMOS LA S GRACIAS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B

IRENE AGRADECE A:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

A MIS PADRES IDULIO Y DOMINGA: CON TODO MI AMOR RESPETO Y ADMIRACION, LES OFRESCO UN ETERNO AGRADECIMIENTO POR MI OPORTUNIDAD DE EXISTIR.

A USTEDES LES DEBO TODO LO QUE SOY. ESTE TRIUNFO MIO TAMBIEN ES UN TRIUNFO SUYO.

GRACIAS POR DARME LA VIDA.

A MIS HERMANOS; ARMANDO, MARGOT, PEDRO HUGO, LILIA, GUADALUPE, MIGUEL Y HECTOR. MIS ETERNOS Y SILENCIOSOS AMIGOS QUE ESTARAN A MI LADO, A LO LARGO DE TODA LA VIDA, COMPARTIENDO MIS TRISTEZAS Y ALEGRÍAS. Y QUE SIN SABERLO HAN SIDO FUENTE DE INSPIRACIÓN PARA QUE YO SEA MEJOR DIA A DIA. ESTE LOGRO SE LOS DEDICO A USTEDES.

A MIS SOBRINOS; NANCY, EDUARDO. PERO EN ESPECIAL A TI CESAR, Y YO ESPERO QUE ESTO TE MOTIVE E INSPIRE A SER MEJOR CADA DIA Y QUE LOGRES TODAS LAS METAS QUE TE PROPONGAS.

A MIS AMIGOS; SERGIO, MIRIAM, MARIBEL, VERO, MARIANA, ADRIANA, LAURA, YES, A TI VIC. A TODOS USTEDES GRACIAS POR SU AMISTAD INCONDICIONAL

Y A TODOS AQUELLOS QUE HE CONOCIDO EN EL TRANSCURSO DE MI VIDA, PERO QUE POR DIVERSAS CAUSAS, YA NO ME FUE POSIBLE VOLVER, A VER. A USTEDES GRACIAS.

IN MEMORIAM DE XICOTENCATL Y NEZHUALCOYOTL MUÑOZ. ALGUN DIA NOS VOLVEREMOS A ENCONTRAR

C

A MIS QUERIDOS Y ADMIRADOS, PROFESORES. QUE SIN SABERLO HAN INFLUIDO EN MI , PARA CONTINUAR CON MI CARRERA Y DE QUIENES RETOMARE, PARA MI DESARROLLO PROFESIONAL , SU EXCELENCIA ACADEMICA Y SUS DESEOS DE SUPERACIÓN , ASI COMO LAS GANAS DE COMPARTIR CON LOS DEMAS PARTE DE SUS CONOCIMIENTOS.
GRACIAS; MARTHA LILIA, GHANDI QUERUBIN, MARIA DE LOS ANGELES.

TAMNBIEN DOY LAS GRACIAS A TODA AQUELLA GENTE QUE GREYO EN MI Y QUE ME OFRECIO LA OPORTUNIDAD DE DEMOSTRARLO, APOYANDOME CUANDO MAS LO NECESITE.

Y A TODOS A AQUELLOS QUE EN ESTE MOMENTO PUDIERA OLVIDAR, PERO QUE SIEMPRE HAN ESTADO AL PENDIENTE DE MI. LES DOY MIS MAS SINCERAS GRACIAS.

Y FINALMENTE DOY GRACIAS A DIOS, YA QUE SIN EL NADA DE ESTO SERIA POSIBLE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

D

JANELLE AGRADECE A:

A MIS PADRES: TERESA Y ANTONIO. POR HABERME DADO LA VIDA, POR IMPULSARME CADA DIA, POR SU DEDICACIÓN, ESFUERZO Y POR EL APOYO QUE SIEMPRE ME HAN DADO PARA CON TODO LO QUE HE HECHO.

A MIS HERMANOS: TANIA Y MAURICIO. POR TODA LA PACIENCIA , APOYO Y CARÍÑO QUE SIEMPRE ME HAN DEMOSTRADO A PESAR DE LOS MALOS RATOS QUE LES HAGO PASAR A CONSECUENCIA DE MI CARÁCTER IMPULSIVO.

A LA COMADRE: SILVIA Y A TODA SU FAMILIA, POR LA AMISTAD Y EL APOYO QUE SIEMPRE ME HAN BRINDADO.

AMIS AMIGOS: CECI, IRENE, IVAN, PAZ, VICTOR, GLEDY Y CARLOS, POR APOYARME EN TODO LO QUE SIEMPRE HE EMPRENDIDO Y POR TODAS LAS VECES QUE HAN ESTADO CUANDO LOS HE NECESITADO.

A DIOS POR QUE SIN EL ESTO NO SERIA POSIBLE.

GRACIAS POR TODO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

E

ÍNDICE

	PÁGINA
<u>INTRODUCCIÓN</u>	1
<u>JUSTIFICACIÓN</u>	4
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	5
<u>OBJETIVOS</u>	6
<u>VARIABLES</u>	7
<u>METODOLOGÍA</u>	8
a) Tipo de Estudio	
b) Universo	
c) Tipo de Muestra	
d) Tamaño de la Muestra	
e) Criterios de Selección	
f) Método de Recolección de Datos	
g) Análisis de la Investigación	
h) Recursos	
i) Cronograma	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I SALUD REPRODUCTIVA

<u>1. -Salud Reproductiva</u>	14
a) La Planificación Familiar.....	15
b) Salud Perinatal.....	15
c) Salud de la Mujer.....	16
<u>1.1. Planificación Familiar</u>	17
<u>1.2 Preservativo o Condón Masculino</u>	19
a) Descripción.....	19
b) Forma de Uso	19
c) Lineamientos para la Prescripción.....	20
d) Efectividad Anticonceptiva.....	20

F

e) Fiabilidad de los Condones.....	20
f) Indicaciones.....	21
g) Contraindicaciones.....	21
h) Duración de la Protección Anticonceptiva.....	21
i) Efectos Colaterales.....	22
j) Conducta a Seguir en caso de presentarse efectos colaterales.....	22
k) Seguimiento del Usuario.....	22
l) Ventajas.....	22
m) Desventajas.....	23
<u>1.2 Mitos y Realidades acerca del Condón o Preservativo Masculino.....</u>	<u>24</u>
<u>1.3. Derechos Sexuales y reproductivos.....</u>	<u>27</u>
a) Ley General de Salud.....	28
b) Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar.....	30
c) Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1995-2000).....	31
d) Ley General de Población.....	32
e) Reglamento de la Ley General de Población.....	33
f) Código Penal.....	34
g) Derechos Sexuales.....	37
<u>1.4. La Perspectiva de Género en la Salud Reproductiva.....</u>	<u>39</u>

CAPÍTULO II ADOLESCENCIA

<u>2. La Adolescencia.....</u>	<u>43</u>
a) Crecimiento y Desarrollo del Adolescente.....	43
b) Desarrollo Físico.....	43
c) Desarrollo Psicosocial.....	44
<u>2.1. Adolescencia y Contracepción.....</u>	<u>47</u>
<u>2.2 Comportamiento Sexual e Información.....</u>	<u>49</u>
<u>2.3. Embarazo No planeado.....</u>	<u>50</u>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

G

<u>2.4. Principales Causas de Muerte Materna y su Situación actual en México.....</u>	<u>52</u>
---	-----------

CAPITULO III INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

<u>3. -Infecciones de Transmisión Sexual en la Adolescencia.....</u>	<u>54</u>
3.1. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA.....	57
3.1.2. Virus del Papiloma Humano (V.P.H).....	60
3.1.3. Clamidiaisis.....	62
3.1.4. Linfogranuloma Venéreo.....	64
3.1.5. Sífilis.....	66
3.1.6. Gonorrea.....	68
3.1.7. Tricomoniasis.....	71
3.1.8. Herpes Simple (V.H.S).....	74
<u>3.2 Situación actual en México.....</u>	<u>76</u>

CAPÍTULO IV ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA

<u>4. Estrategia de Extensión de Cobertura.....</u>	<u>80</u>
---	-----------

RESULTADOS

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CUADROS Y GRÁFICAS

a) Distribución por Sexo.....	85
b) Distribución por Edades.....	86
c) Distribución por Semestre.....	87
d) Has escuchado leído o te han informado de la Planificación Familiar.....	88

H

e) A través de que medio te has informado de la Planificación Familiar.....	89
f) Qué consideras que puede hacer una pareja para evitar un Embarazo.....	90
g) Qué método Anticonceptivo utilizarías para prevenir las I.T.S.	91
h) ¿Conoces el Condón Masculino?.....	92
i) ¿Para tí que es el Condón o Preservativo Masculino?.....	93
j) ¿ Quién consideras que puede Utilizar el Condón Masculino?.....	94
k) ¿Para tí qué personas no deben utilizar el Condón?.....	95
l) ¿Cómo consideras que funciona el Condón?.....	96
m) ¿Por cuánto tiempo te protege el Condón Masculino de un embarazo o de una infección?.....	97
n) ¿ Cuándo consideras que debe de usarse el Condón Masculino?.....	98
o) ¿ Cuántas veces piensas que se puede utilizar un mismo condón masculino?.....	99
p) ¿ Alguna vez has tenido relaciones sexuales (coitales)?.....	100
q) ¿ A qué edad tuviste tu primera relación sexual (coital)?.....	101
r) ¿Usaste algún Método Anticonceptivo?.....	102
s) ¿Cuál?.....	103
t) ¿ Actualmente usas algún Método Anticonceptivo?.....	104
u) ¿Cuál?.....	105
v) Antes de abrir el condón masculino ¿ Qué es lo que debes de revisar?...	106
w) Cuándo sacas el condón masculino de su envoltura ¿ Qué es lo que haces con él?.....	107
x) ¿En qué momento consideras, que se debe de colocar el condón masculino?.....	108
y) Una vez que ya te colocaste el Condón ¿ Qué es lo que debes de revisar?.....	109
z) ¿ En que momento consideras que se debe de retirar el Condón masculino?.....	110
aa)¿ Cómo debes de retirar el Condón masculino?.....	111

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

bb) Después de utilizar el condón masculino ¿Qué debes hacer?.....	112
cc) Los condones no sirven.....	113
dd) Los condones se rompen fácilmente en las relaciones coitales.....	114
ee) El condón evita que el hombre tenga eyaculación.....	115
ff) Sólo los Adultos deben usar el Condón.....	116
gg) Los condones se guardan en cualquier lugar.....	117
hh) Con condón no se siente lo mismo.....	118
ii) El condón quita sensibilidad.....	119
jj) Dos condones juntos son más efectivos.....	120
kk) El condón previene de un embarazo al 100%.....	121
ll) Los condones no impiden el paso de las Infecciones de Transmisión Sexual.....	122
mm) El Virus del VIH puede atravesar los condones.....	123
nn) El condón masculino se puede utilizar varias veces.....	124
oo) Los lubricantes a base de aceite no dañan el condón de látex.....	125

<u>CONCLUSIONES</u>	127
----------------------------------	-----

<u>PROPUESTA</u>	133
-------------------------------	-----

<u>ANEXOS</u>	136
----------------------------	-----

Cuestionario

<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	141
----------------------------------	-----

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN.

El concepto integral de Salud Reproductiva, a través de sus componentes, Planificación Familiar, Salud Perinatal y Salud de la Mujer, confiere una alta prioridad a la salud sexual y reproductiva de la población de adolescentes y jóvenes, privilegiando las acciones de tipo preventivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia como la etapa de la vida de los individuos comprendida entre los 10 y 19 años de edad, mientras que la juventud es la etapa comprendida entre los 15 y 24 años. Las definiciones de estos dos núcleos poblacionales se acuñaron con un estricto enfoque de salud, ya que los adolescentes y jóvenes requieren estrategias de información, atención médica y apoyo psicológico diferenciadas de acuerdo a los procesos intrínsecos de maduración en estas etapas de la vida.

En las últimas décadas han ocurrido cambios importantes en el inicio de la pubertad y de la vida sexual de la población adolescente. En efecto, un número importante de estudios clínicos y epidemiológicos, así como encuestas de comportamiento revelan que en los últimos años, la edad a la que se presenta la menarquía ha disminuido significativamente, el inicio de la vida sexual es más temprano y la edad de la primera unión es más tardía. Estas circunstancias de la vida contemporánea, condicionan la necesidad de que la población de adolescentes y jóvenes tenga acceso a información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca de la sexualidad y desarrollo saludable, reproducción humana y salud sexual y reproductiva, para poder prevenir embarazos no planeados y no deseados, abortos inducidos practicados en forma clandestina, infecciones de transmisión sexual(ITS), incluyendo (VIH) y el virus del papiloma humano (VPH).

Las infecciones de transmisión sexual son muy frecuentes en este grupo de población, ya que habitualmente inician su vida sexual sin la información adecuada, que les permita la prevención de estas enfermedades. Las infecciones bacterianas, no diagnosticadas de manera oportuna y/o manejadas con tratamientos insuficientes o inadecuados, conducen con frecuencia a la infertilidad tanto en la mujer como en el hombre, con gran repercusión en su vida de adultos. La pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), ha sido motivo de gran preocupación por su grave impacto. Las infecciones causadas por VPH, han cobrado recientemente un gran interés, ya que algunas cepas de la familia de este virus, han sido relacionadas con la génesis del carcinoma cérvico uterino, por lo que su prevención, diagnóstico oportuno y manejo adecuado durante la adolescencia, constituyen elementos fundamentales en la prevención de esta neoplasia maligna. Considerando que las infecciones virales sexualmente transmisibles, no se acompañan de síntomas y/o signos clínicos ostensibles, representan un enemigo silencioso.

Las medidas recomendadas para evitar o disminuir el riesgo de exposición a ITS, incluyendo el VIH son:

- Abstinencia sexual.
- Relación monógama donde ambos miembros de la pareja estén sanos.
- Relación sexual protegida.
- Sexo seguro.

Las prácticas sexuales se han considerado sin riesgo (sexo seguro) cuando el intercambio de secreciones como sangre, semen y fluidos vaginales es nulo (besos secos, abrazos, masturbación mutua); de poco riesgo (sexo protegido), si tal intercambio es escaso (besos húmedos, coito con uso de condón o preservativo); o con riesgo (coito sin empleo de preservativo).

La medida más eficaz dentro de las prácticas de poco riesgo es la utilización del condón masculino. Recientemente se ha introducido el condón femenino, aunque su difusión comercialización y uso aún son mínimos, por lo que no se incluyó en este proyecto.

Dentro de numerosos programas preventivos de ITS / VIH entre adolescentes, se ha proporcionado información sobre el condón masculino y en algunos se ha promovido su empleo. La adopción de un comportamiento como el uso del condón, implica tanto factores sociales como personales. Dentro de los factores personales, el conocimiento, uso y mitos representan los pensamientos de un individuo acerca de las posibilidades de reducir las amenazas sobre su propia salud. ¹

En el presente estudio de investigación se contemplan los siguientes aspectos: En el Capítulo I se describe a la Salud Reproductiva, se define a la Planificación Familiar y se describe lo que es el condón masculino, así como Los derechos Sexuales y Reproductivos, concluyendo con la perspectiva de género en la Salud Reproductiva.

En el Capítulo II se habla del Embarazo en la Adolescencia y de la Situación actual en México.

En el Capítulo III se menciona a las Infecciones de transmisión Sexual y cuál es su Situación actual en México.

Posteriormente en el Capítulo IV trata lo relacionado a los antecedentes de la Estrategia de Extensión de Cobertura.

En los Resultados Obtenidos de la investigación se representan en Cuadros y Gráficas

Por último, las conclusiones y propuestas se incluyen en la última parte de la investigación.

¹ PÉREZ Palacios G et al. Aspectos Biopsicosociales de la Sexualidad de los Adolescentes. En prevención de Embarazo No planeado en la Adolescencia Pub. de la Secretaría de Salud. Ediciones Buena Vista S.A de C.V. México 2000.

JUSTIFICACIÓN.

Durante la prestación del Servicio Social se implementó el Modelo Universitario en Salud Sexual y Reproductiva para la Comunidad Estudiantil en el Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Naucalpan, para lograr Objetivos que el Modelo solicitaba, se desarrollaron diversas actividades dentro de las cuales podemos destacar las siguientes; sesiones educativas, talleres, y conferencias, dirigidas a los adolescentes del turno matutino, con los siguientes temas

- Colocación y uso correcto del condón masculino.
- Anticoncepción de emergencia.
- Anticonceptivos hormonales orales e inyectables.
- Infecciones de transmisión sexual.

Se observó que en la actualidad a pesar de que existe información de Planificación Familiar a través de los diversos medios de comunicación y de que existe una gran facilidad para acceder a medios como la Internet en donde se puede tener un acercamiento a información como la Planificación Familiar o de cómo evitar las Infecciones de Transmisión Sexual. Nos percatamos de que esto no es suficiente ya que los Adolescentes, aún continúan presentando diversas ideas y conceptos con relación a los temas tratados y esto es un Factor de riesgo para la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes 0

Por otro lado hay que señalar que en el Reglamento del Servicio Social de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, señala que para obtener el Título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia, se requiere de la presentación de un trabajo escrito así como su réplica oral.

Por todo lo anterior se justifica la elaboración del presente documento, que a su vez permitirá proponer estrategias relacionadas Con la Salud Sexual y Reproductiva, así como enriquecer el campo de acción del Licenciado de Enfermería y Obstetricia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Conocimiento, uso y mitos acerca del condón masculino y su relación con los embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, en adolescentes del turno matutino del Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Naucalpan.

¿Qué conocimiento tienen los (as) adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM acerca del condón masculino ?

¿Qué conocimiento tienen los (as) adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM acerca del uso del condón masculino?

¿Cuáles son los mitos más comunes que tienen los (as) adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM acerca del condón masculino?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar, el uso y los mitos acerca del condón masculino y la relación en el embarazo no planeado e infecciones de transmisión sexual, en los (as) adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer, el uso y los mitos acerca del condón masculino y la relación en el embarazo no planeado e infecciones de transmisión sexual, en los (as) adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM.
- Describir el uso y los mitos acerca del condón masculino y la relación en el embarazo no planeado y las infecciones de transmisión sexual en los (as) adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM.
- Analizar el uso y los mitos del condón masculino y la relación en el embarazo no planeado y las infecciones de y transmisión sexual, en los (as) adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM.

VARIABLES

- Conocimiento
- Uso
- Mitos
- Condón masculino
- Adolescente

DEFINICIONES CONCEPTUALES.

Conocimiento; acción y efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia, razón natural.

Uso: acción y efecto de usar.// práctica habitual de una cosa // modo característico de obrar // empleo característico y habitual.

Mito: relato de los tiempos fabulosos y heroicos // tradición alegórica que tiene por base un hecho real, histórico o filosófico // cosa fabulosa.

Condón Masculino: es una bolsa de plástico (látex), que se aplica en el pene en erección para evitar el paso de los espermatozoides.

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

En esta investigación se entenderá por conocimiento: lo que el adolescente y refiera saber o decir con referencia al uso y mitos del condón masculino

METODOLOGÍA

Durante la realización del Servicio Social en el Modelo Universitario en Salud Sexual y reproductiva para la Comunidad Estudiantil; Se impartieron sesiones educativas, conferencias, mesas redondas y talleres, con temas como: Sexualidad, Métodos anticonceptivos, Infecciones de Transmisión Sexual entre otros. Estos temas fueron dirigidos a adolescentes.

Durante la Convivencia con los Adolescentes surgieron varias preguntas con relación a; sí ¿Los adolescentes saben utilizar los métodos anticonceptivos? (hormonales orales, hormonales inyectables, DIU, condón masculino y femenino) Antes de tener una relación sexual (coito); en especial el condón masculino ya que es el único método que previene de Infecciones de Transmisión Sexual.

Otra de las preguntas fue con relación a mitos que hay en la población adolescente y como repercuten en la opción de este método (condón masculino). Por lo anterior, se toma la decisión de hacer una investigación sobre el Conocimiento, Uso y Mitos acerca del condón masculino y su relación con Embarazos no planeados y su relación con Infecciones de Transmisión Sexual.

a) TIPO DE ESTUDIO.

El estudio es, prospectivo, transversal, descriptivo, y observacional.

Es un estudio prospectivo, por que la información acerca del conocimiento, uso y mitos del condón masculino se recabara a través de un cuestionario.

Es transversal debido a que se medirán las variables en una sola ocasión y en un momento determinado sin pretender evaluar la evaluación de éstas.

Descriptivo, por que se estudiara una sola población que son los adolescentes, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables.

Observacional por que se estudiara la población sin modificar conscientemente ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

b) UNIVERSO

El Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan cuenta con una población total de 11,000 alumnos, de esta población total solo será tomada en cuenta la correspondiente al turno matutino para la presente investigación, teniendo como resultado un total de 5499 alumnos incluyendo a la población flotante (es decir estudiantes que se encuentran recursando algún semestre) y a su vez esta población puede dividirse por sexos dándonos los siguientes resultados; 2439 del sexo masculino y 3060 sexo femenino

c) TIPO DE MUESTRA

Población objetivo: Adolescentes.

Unidad de muestreo: Colegio de Ciencias y Humanidades.

Marco Muestral: Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan.

d) TAMAÑO DE LA MUESTRA

393 Adolescentes de la UNAM.

e) CRITERIOS DE SELECCIÓN.

INCLUSIÓN.

- Adolescentes de nivel medio superior que asistan al Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel "Naucalpan".
- Adolescente que se ubiquen entre 13 a 19 años de edad. .

- Alumnos inscritos en los semestres que se estén cursando en el periodo de esta investigación es decir 2° semestre, 4° semestre y 6° semestre.
- Adolescentes; hombres y mujeres.

EXCLUSIÓN.

- Adolescentes que sean menores de 13 años y mayores de 19 años.

ELIMINACIÓN.

- Alumnos que no deseen participar en el estudio.
- Alumnos que no estén presentes en el momento de aplicación del cuestionario.

f) MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la investigación se realizó un Cuestionario con los siguientes temas; Planificación Familiar, Embarazo no planeado, Infecciones de Transmisión Sexual, Conocimiento del Condón Masculino, Uso del Condón Masculino y Mitos acerca del Condón Masculino.

El Cuestionario fue contestado por 393 Adolescentes del turno matutino, el tiempo aproximado que les llevo a cada uno de los adolescentes responderlo fue de 15 a 20 minutos.

g) ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez obtenida la información se procedió al vaciado de esta a una base de datos para hacer una representación en cuadros y gráficas para su interpretación y análisis.

h) RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

1 Director de tesis, 2 pasantes de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia y 393 adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades, plantel Naucalpan turno Matutino.

RECURSOS MATERIALES

Computadora de escritorio, Software (Word, Excel, SPSS) impresora, 393 cuestionarios, hojas blancas, plumas, lápices, y marca textos.

RECURSOS FINANCIEROS

Los costos de la elaboración de la Investigación corrieron por cuenta de las responsables.

i) CRONOGRAMA

Noviembre 2002 a Febrero 2003 Recolección de información para Marco Teórico

Marzo - Abril del 2003 Elaboración del Protocolo.

Primera semana de Mayo 2003 Aplicación de Prueba Piloto

Tercer Semana de Mayo del 2003 Aplicación del Instrumento.

Junio a Octubre del 2003, Captura, Codificación, e Interpretación de Resultados.

MARCO TEÓRICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO I

SALUD REPRODUCTIVA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO I SALUD REPRODUCTIVA

1. SALUD REPRODUCTIVA

México fue uno de los primeros países en adoptar las recomendaciones internacionales acerca de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a favor del desarrollo de las personas, las cuales emanaron del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo 1994 y de la Conferencia Internacional sobre la Mujer, realizada en Beijing 1995; sobre la base de los acuerdos tomados en estas y otras conferencias, en nuestro país se implantó el Programa de Salud Reproductiva a partir de 1995. Una de las acciones realizadas por la Secretaría de Salud fue la fusión de las Direcciones Generales de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar en el año de 1994 para iniciar las acciones de salud reproductiva con una visión integral.

Dentro de los esfuerzos encaminados a fortalecer el desarrollo de nuestro país, en el período 1995 -2000 se constituyó el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, en este contexto, el concepto integral de salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor sus funciones y sus procesos. La salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas, para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Esta visión holística considera que toda la población debe tener acceso a información amplia y a una gama completa de servicios de salud reproductiva, los cuales deberán ser asequibles y aceptables.²

² PÉREZ, G. Et al. El derecho a la libre decisión la Planificación Familiar en el contexto de la Salud reproductiva. Secretaría de Salud. México 2000. pp. 17.

La salud reproductiva representa un avance de mayor importancia para la humanidad, ya que constituye un enfoque integral, parte esencial de un individuo, la familia y su comunidad.³

La información y prestación de servicios en salud reproductiva se definen y articulan a través de tres componentes fundamentales: Planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer.

Componentes fundamentales:

a) La planificación familiar.

En su nuevo contexto la Planificación Familiar pone al alcance de toda la población información veraz y oportuna, así como una diversidad de métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y cada pareja de acuerdo a las diferentes etapas de su ciclo reproductivo, promueve la participación activa del varón, fomenta actitudes y conductas responsables para la población adolescente, para garantizar su salud sexual y reproductiva.

b) Salud perinatal

Las acciones de salud perinatal tienen como objetivo fundamental propiciar la maternidad saludable y sin riesgos para todas las mujeres, estableciendo estrategias tendientes a incrementar la calidad de la atención y contribuir a la reducción de las tasas de morbilidad materna y perinatal.

³ CARDONA, J. Los nuevos Espacios y oportunidades de la Planificación Familiar. Gac. Med. Mex Vol 136 suplemento no 3, 2000.

c) Salud de la Mujer.

Este componente de la salud reproductiva tiene como objetivo fundamental la prevención y control de enfermedades neoplásicas en la mujer destacando por su importancia los cánceres cérvicouterino y mamario. Además este componente incluye programas de atención al climaterio y posmenopausia, para la prevención, detección oportuna y tratamiento de la infertilidad.

1.1. PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

En 1974 en consonancia con la reorientación de la política de población del estado mexicano, el sector salud inició oficialmente acciones de información y servicios de Planificación Familiar (PF) en todo el país, con estricto apego al mandato del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con absoluto respeto a la dignidad de los individuos y al derecho a su libre decisión.⁴

La PF se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de salud reproductiva con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños, sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho que tiene toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener información especializada y los servicios idóneos ⁵

La PF, pone al alcance de toda la población información veraz, oportuna así como una diversidad de métodos y estrategias anticonceptivas, que respondan a la necesidad de cada individuo y de cada pareja, de acuerdo a las diferentes etapas de su ciclo reproductivo, promueve la participación activa del varón en las decisiones y correlaciones en todas las fases del proceso reproductivo, fomenta actitudes y conductas responsables en la población adolescente, para garantizar su salud sexual y reproductiva, y propone estrategias que con pleno respeto a la diversidad cultural y étnica del país, que permitan fortalecer la salud reproductiva de las poblaciones en el área rural dispersa y en diversidad indígenas, la vinculación con los otros componentes de la salud reproductiva fortalece y amplía su campo de acción.

⁴ Reforma de Sector Salud. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. 1995-200 México 1996

⁵ Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. Secretaría de Salud. Mayo 1994. pp 8-12

En el último siglo la PF, ha hecho contribuciones significativas al bienestar de la humanidad, mejorando el estado de salud de las mujeres, al permitirles junto con sus parejas tener control sobre su vida y sus aspiraciones familiares.

La PF, también ha contribuido a propiciar una actitud responsable frente a la sexualidad y la reproducción, favoreciendo las condiciones de salud materna e infantil y ha fomentado entre la población una cultura de auto cuidado de su salud⁶

La práctica de la PF ha sido uno de los factores que ha contribuido a la reducción de la fecundidad en nuestro país⁷ a través del uso de métodos anticonceptivos, ahora modernos, que ofrecen la posibilidad de usarlos desde el inicio de la vida sexual, habiendo una gran diversidad que se ofrecen de acuerdo a las edades y estado de salud de las y los futuros usuarias (os).

⁶ SEGAL, S. Planificación Familiar, los aportes del Siglo XX en el Cambio de paradigmas de la Planificación Familiar a la Salud Reproductiva Pérez G. , Varela y Zavala E. Esquivel C(Comp.). Secretaria de Salud. México 2000 pp. 58.

⁷ PÉREZ, G. Et al. La Salud Reproductiva en México al filo del Siglo XXI. En el Cambio de Paradigmas de la Planificación Familiar a la Salud Reproductiva. México 2000 pp. 15.

1.2. - PRESERVATIVO O CONDÓN MASCULINO

a) Descripción

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.

Condón o preservativo: es una bolsa de plástico (látex) , que se aplica al pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. Algunos contienen además un espermicida (Nonoxinol-9). El condón o preservativo es el unico método que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

b) Forma de uso

- Debe de usarse un condón o preservativo en cada relación sexual y desde el inicio del coito.
- Cada condón puede usarse una sola vez.
- Debe de verificarse la fecha de manufactura, la cual no deberá ser mayor a cinco años.
- Se coloca en la punta del pene cuando está en erección, desenrollándolo hasta llegar a la base del pene. Debe de evitarse la formación de burbujas de aire.
- Cuando el hombre no esta circuncidado debe retraer el prepucio hasta la base del pene antes de colocar el condón.
- Posterior a la eyaculación se debe de retirar el pene de la vagina cuando aún este 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 deposito final en el basurero, evitando derramar el semen.⁸

⁸ Norma Oficial Mexicana. IBIDEM 6

- En caso necesario, se emplearán únicamente lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de efectividad del preservativo.

c) Lineamientos generales para la prescripción

Se puede obtener en unidades de atención médica, en programas de distribución comunitaria y de mercadeo social mediante o mediante adquisición libre en farmacias y otros establecimientos comerciales.

d) Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 85 al 97%.⁹

e) Fiabilidad de los condones

Los condones son sometidos a un riguroso control de calidad a lo largo de todo el proceso de fabricación. Antes de ser empaquetado, cada condón es probado electrónicamente en busca de defectos. Adicionalmente, se hacen pruebas muestras en cada lote utilizando pruebas de goteo de agua y de estallamiento por inyección de aire.

Si se encuentra algún defecto, el lote completo es desechado. Así mismo también se hacen pruebas al azar, para asegurarse que los condones cumplen con los estándares de calidad. Se han probado muestras que representan millones de condones, y el promedio por lote es superior al 99.7 por ciento de los condones libres de defectos. Todos los condones son sometidos a los mismos estándares de calidad. Los estudios publicados a la fecha no consideran conveniente calificar la calidad relativa de varias marcas (algunos estudios han colocado en distintos

⁹ Norma Oficial Mexicana. IBIDEM 6

lugares de la escala a una misma marca porque se utilizan métodos diferentes para calificar). Los consumidores deben buscar la palabra (látex) en el paquete. El color, la forma, la talla y otras características (como lo rugoso) dependen de las preferencias personales y no afectan la fiabilidad. Todos los condones con la leyenda (para protección de enfermedades son efectivos. ¹⁰

En teoría el condón masculino de látex, es el más protege contra las ITS incluido el VIH / SIDA. Cuando se usa sistemáticamente también es sumamente eficaz como anticonceptivo, sin embargo estudios recientes indican que el uso del condón no evita la infección del virus del papiloma humano.

f) Indicaciones

Es un método indicado para el hombre con vida sexual activa, en las siguientes situaciones:

- Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.
- En personas con actividad sexual esporádica.
- Como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía.
- Cuando además hay riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

g) Contraindicaciones

- Alergia o hipersensibilidad al plástico (látex) o al espermicida.
- Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil.

h) Duración de la protección anticonceptiva

Limitada al tiempo de utilización correcta del método.

¹⁰ WWW. Servidor central 12 . com / abesexologia/articulos/condón.htm. México 2003.

l) Efectos Colaterales

- Intolerancia al látex o al espermicida.

j) Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales.

- Reforzar consejería y cambiar a otro método.¹¹

k) Seguimiento del usuario

Las visitas se deben efectuar de acuerdo a las necesidades del usuario, si procede para proveer condones, para reforzar las instrucciones de uso y la consejería.

l) Ventajas

- Prevención de enfermedades como son: VIH / SIDA, infecciones por Virus de Papiloma Humano (VPH), Chlamydia trachomatis, Micoplasma hominis, Neiseria gonorrhoeae, Treponema pallidum, Tricomonas vaginalis, Gardenella vaginalis, Candida albicans, Herpes genital, entre las más frecuentes.
- Se puede utilizar en el embarazo (no es teratogénico).
- Se puede retirar en cualquier momento, previene en algunos hombres la eyaculación precoz, es de fácil acceso o disponibilidad.
- Puede ser usado sin atención médica previa y responsabiliza al hombre para prevenir el embarazo y enfermedades de transmisión sexual, se puede usar en el posparto, durante la lactancia, no tiene efectos hormonales, puede incrementar el gozo sexual.¹²

¹¹ Norma Oficial Mexicana. IBIDEM 6

¹² Norma Oficial Mexicana. IBIDEM 6

m) Desventajas

- El condón de látex puede causar irritación en algunas personas que son alérgicas a él.
- Algunas personas pueden ser alérgicas al lubricante utilizado por algunas marcas de condones.
- La pareja tiene que tomar algún tiempo para colocar el condón en el pene erecto antes del coito.
- El condón se puede deteriorar si se almacena por mucho tiempo o si se expone a la luz solar, a la humedad, o si se utiliza con lubricantes a base de aceites o vaselina.
- Puede romperse con el exceso de la fricción.
- La cooperación del hombre es necesaria para que la mujer pueda protegerse de un embarazo o enfermedad de transmisión sexual.¹³

¹³ Norma Oficial Mexicana. IBIDEM 6

1.3 MITOS Y REALIDADES DEL CONDÓN O PRESERVATIVO **MASCULINO..**

Mito. El condón protege al 100 por ciento de la posibilidad de adquirir una enfermedad de transmisión sexual.

Realidad. Es un buen método para la protección de este tipo de males, pero no es 100 por ciento seguro

Mito. El condón previene la posibilidad de embarazos.

Realidad. Esta demostrado que tienen una efectividad del 98 por ciento para evitar embarazos; sin embargo hay casos en los que las mujeres conciben, lo cual casi siempre está directamente relacionado con el uso incorrecto del preservativo. Los condones de látex son altamente efectivos como métodos de control natal siempre y cuando se usen adecuadamente.

Mito. El condón evita que el hombre tenga eyaculación.

Realidad. El hombre, usando adecuadamente el condón, alcanza a plenitud su orgasmo.

Mito. Solo en adultos se debe usar el condón.

Realidad. Toda persona que inicie con su vida sexual puede usar el condón.

Mito. Los condones no sirven.

Realidad. Los condones funcionan muy bien si se usan correctamente cada vez que se tienen relaciones sexuales (coito).

Mito. Los condones se rompen mucho.

Realidad. Menos de 2 por ciento de los condones se rompen cuando se usan correctamente.

Mito. El VIH puede atravesar los condones.

Realidad. Una duda frecuente es si los condones de látex tienen pequeños poros que puedan permitir el paso del virus de inmunodeficiencia adquirida; estudios de laboratorio han demostrado que los condones de látex brindan una barrera contra múltiples microorganismos, incluyendo al virus del SIDA.

Mito. Con condón no se siente lo mismo.

Realidad. Algunas personas creen que el uso del condón disminuye la sensibilidad durante el acto sexual, sobre todo en el varón. Los condones actuales están hechos de látex muy delgado que permite sentir y gozar la relación sexual y gozar la relación sexual como si no se tuviera condón.

Mito. Los condones producen reacciones alérgicas.

Realidad. Hay hombres y algunas mujeres que manifiestan que los condones les producen cierto tipo de alergia, la cual se caracteriza por la aparición de ronchas pequeñas, descamación e inflamación en los genitales; en ese caso es conveniente probar otras marcas hasta que se encuentre la adecuada.

Mito. Ponerse dos condones juntos es más efectivo.

Realidad. Definitivamente no. Incluso puede ser riesgoso, pues es más fácil que se zafen o que al frotarse, uno de ellos se rompa.

Mito. Los condones se guardan en cualquier lugar .

Realidad. Los condones se pueden deteriorar si se guardan en lugares donde se expongan a la humedad y a la luz solar.

Mito. El condón masculino se puede utilizar varias veces.

Realidad. Debe de usarse un condón masculino en cada relación sexual y desde el inicio del coito.

Mito. los lubricantes a base de aceite no dañan el condón de látex.

Realidad. Se deben emplear únicamente lubricantes solubles en agua, nunca de aceite para evitar la pérdida de efectividad del condón.¹⁴

¹⁴ [WWW. Servidor central 12 . com / abesexologia/articulos/condón.htm](http://www.servidorcentral12.com/abesexologia/articulos/condon.htm). México 2003.

1.4 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

El concepto de derechos sexuales implica la protección en contra de la coacción, la discriminación y la violencia, así como el respeto mutuo en el ejercicio de la sexualidad. El concepto está orientado en dos sentidos: la responsabilidad social para apoyar la expresión de la sexualidad, y la interrelación de los sujetos participantes

Los derechos reproductivos están contemplados en el Art. 4° de la Constitución Política mexicana, que dice:

"Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.¹⁵

La Ley General de Salud y la Ley General de Población deben ser observadas en toda la república y determinan la normatividad general respecto de la salud reproductiva y la planificación familiar. La primera hace énfasis en el derecho a la salud y la segunda en la regulación de los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional. Ambas leyes se sustentan en el derecho constitucional emanado del Art. 4°, citado en el párrafo anterior.¹⁶

- La puesta en práctica de la política de salud reproductiva y planificación familiar forma parte del Programa de Reforma del Sector Salud (1995-2000) y se desarrolla específicamente en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1995-2000). Las acciones de dicho programa se basan en los lineamientos de las normas oficiales vigentes en la materia; en lo que a nuestro interés concierne: la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993).

¹⁵ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Edit- Porrúa México 1997.

¹⁶ Secretaría de Salud Ley General de Salud. Edit. Porrúa México 1996.

- Por su parte, el Reglamento de la Ley General de Población regula la aplicación de la política de población y, en lo que nos interesa en particular, los derechos reproductivos, en su Sección II "Planificación Familiar". El actual interés estatal por regular el volumen de la población nacional es el objetivo que da sentido a que la planificación familiar y la atención de la salud reproductiva formen parte de las políticas de población.¹⁷

a) Ley General de Salud

El Art. 67 de la Ley General de Salud resume el propósito en materia de planificación familiar. Y determina:

- El carácter prioritario de la planificación familiar;
- Que las actividades deben incluir información y orientación educativa para adolescentes y jóvenes;
- La correcta información anticonceptiva, (oportuna, eficaz y completa, a la pareja);
- Que quienes practiquen la esterilización sin la voluntad del / la paciente o ejerzan presiones para que éste / a la admita serán sancionados.¹⁸

¹⁷ Consejo Nacional de Población. Ley General de Población y Reglamento de la Ley General de Población. Secretaría de Gobernación. México 1993.

¹⁸ Ley General de Salud IBIDEM 17.

El Art. 68 especifica las actividades comprendidas en los servicios de planificación familiar:¹⁹

- Programas de comunicación educativa sobre planificación familiar y educación sexual, definidos por el Consejo Nacional de Población (CONAPO);
- Atención y vigilancia de los usuarios de los servicios de planificación familiar;
- Asesoría a los sectores público, social y privado, para la prestación de servicios de planificación familiar y la supervisión y evaluación de su ejecución, por parte del CONAPO; el apoyo y fomento a la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;
- participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento, y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar, y Recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

Los Art. 69, 70 y 71 determinan a CONAPO como la instancia estatal que definirá las acciones del programa de planificación familiar y a la Secretaría de Salud (SSA) como la que coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del programa mencionado. Esto de acuerdo con lo que establecen la Ley General de Población y su reglamento. También queda determinado que la SSA prestará, a través del CONAPO, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual requiera el sistema educativo nacional.

¹⁹ Ley General de Salud IBIDEM 17.

b) Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar

(NOM-005-SSA2-1993)

El objetivo de esta norma es "uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México". Por tanto, sus instancias de ejecución son "todos los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado de la república". La principal tarea y obligación que determina esta norma es "la regulación de los requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar".

En ese sentido se encuentran definidas, detalladas y reguladas las siguientes temáticas y acciones:

- Servicios de planificación familiar.
- Promoción y difusión
- Información y educación
- Consejería
- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos
- Identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad
- Métodos anticonceptivos
- Conducta a seguir (por parte de los y las prestadores / as de servicios de salud)

c) Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1995-2000)

Este programa forma parte del Programa de Reforma del Sector Salud (1995-2000) y en su elaboración participó el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva. Cabe destacar que éste es el primer documento oficial que señala y define a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres e incorpora en todas sus actividades la perspectiva de género:

Un componente de particular relevancia es la incorporación de la perspectiva de género en todas las actividades de normatividad, educación-comunicación, prestación de servicios, investigación y evaluación en materia de salud reproductiva, tendientes a asegurar relaciones equitativas entre los géneros y con igualdad de oportunidades, para contribuir a la emancipación y defensa de los derechos de las mujeres, particularmente los sexuales y reproductivos. (Poder Ejecutivo Federal, Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995 - 2000, Secretaría de Salud, México, 1995. p. ii.

El programa contempla, como prioridad, la atención de grupos sociales vulnerables y de alto índice de marginación, como son las comunidades rurales e indígenas.

Para el cumplimiento de los objetivos del programa, se consideran y detallan las actividades a seguir respecto a los siguientes temas:

- Planificación familiar
- Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes
- Salud perinatal
- Riesgo preconcepcional
- Enfermedades de transmisión sexual

- Prevención y detección de neoplasias del tracto reproductor de la mujer
- Climaterio y menopausia
- Perspectiva de género en la salud reproductiva.

Para cada una de estas temáticas se detallan objetivos generales y específicos por conseguir. Igualmente el programa contempla determinadas metas a alcanzar, estrategias generales y líneas de acción definidas, y un seguimiento y evaluación; también la realización de investigaciones y la utilización de estudios previos sobre el tema.

d) Ley General de Población

La atención a los derechos reproductivos se desprende de los objetivos y atribuciones de la Ley General de Población. Entre éstos destaca la regulación del volumen de la población (Art. 1º) y la implementación de mecanismos necesarios para "realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público, y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre..." (Art. 3º).

e) Reglamento de la Ley General de Población

El contenido del Art. 14 es muy similar al del Art. 4° de la Constitución, citado anteriormente. Lo que se puede destacar como una inclusión en el Art. 14 es el derecho de toda persona a obtener información y servicios idóneos en lo que respecta a los derechos reproductivos.

Los artículos 15 al 27 del citado Reglamento definen y determinan:

- El carácter indicativo de la planificación familiar (es decir, su no obligatoriedad y, por tanto, la libertad del usuario de decidir si quiere adoptarla);
- La integración y coordinación de los servicios entre los sectores de salud, educación, seguridad social e información pública;
- La gratuidad de los servicios;
- La existencia de programas permanentes;
- La prohibición de violar la libertad del o la usuario / a en la elección de métodos de regulación de la fecundidad;
- Que las normas y servicios estarán en concordancia con las Leyes generales de Salud y Población;
- Reevaluar el papel de la mujer y del varón en el seno familiar, y evitar toda forma de abuso y discriminación individual y colectiva, hacia la mujer.

f) Código penal

El único acto que tiene que ver con la salud reproductiva de las mujeres y que está penalizado es el aborto. Su consideración es similar en los códigos penales de cada estado de la República, aunque la legislación no es la misma para todas las entidades federativas del país. Las razones por las que el aborto no está penalizado y el número de estados que las permiten se resumen en el cuadro siguiente:

Causales por las que el aborto no es penado no es penado en México	Número de estados que las admiten
por violación	32
imprudencial	29
por peligro de muerte	28
eugenésico	10
grave daño a la salud	9
otras causas	4 (3 inseminación no deseada, 1 económicas, cuando la mujer tenga al menos 3 hijos)

Los artículos que citaremos posteriormente corresponden al Código Penal del Distrito Federal. Llama la atención el hecho de que en este Código no aparece penalizada ninguna acción realizada en detrimento de la salud y / o salud reproductiva de la mujer (salvo en el caso de aborto).

El aborto NO es penalizado sólo en los casos en que éste sea producto de la imprudencia de la mujer embarazada o de una violación (Art. 333); o, cuando de no realizarse, la mujer embarazada corra peligro de muerte (Art. 334).

Los sujetos de la acción penal son la mujer y la persona que le realice el aborto (cualquiera que sea su formación profesional). Para la mujer las penas van de 6 meses a 5 años de prisión, con la especificación de situaciones atenuantes (Art. 332). En el caso de la persona que realice el aborto, de 1 a 8 años de prisión, según exista o no consentimiento por parte de la mujer y / o violencia física o moral (Art. 330); además de la suspensión del ejercicio de la profesión (aplicable a médicos y parteras) (art. 331).

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales son tres fundamentalmente:

1. - El derecho de todos los individuos y parejas a decidir de manera responsable y libre sobre el número y el espaciamiento de sus hijos con acceso a información, educación y servicios.

El primer derecho se refiere a la decisión sobre el número y las características del proceso de reproducción. Aquí sin embargo, no se contempla el derecho a no reproducirse, que está impulsándose significativamente como una más de las coerciones sufridas por las personas para tener un número determinado de hijos.

2. -El derecho de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Esta es una gran utopía. En los planteamientos de políticas públicas internacionalmente se ha insistido en que, para que una pareja se reproduzca, debe contar con la calidad de vida suficiente para asegurar que el proceso se dé en los niveles, más elevados de salud sexual y reproductiva. Esto implica empleo, vivienda, acceso a los servicios etc.

3. -El derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción o violencia.

Teóricamente la promoción y el ejercicio de estos derechos deben ser la base primordial de las políticas y los programas estatales y comunitarios en las áreas de salud reproductiva, incluida la salud sexual y la planificación de la familia. La población usuaria de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar de los sectores público, social y privado tiene derecho a:

Información. Enterarse de los beneficios de la práctica de la planificación familiar y de los riesgos potenciales del uso de los métodos anticonceptivos..

Acceso. Recibir atención y servicios de salud reproductiva con calidad.

Elección. Decidir responsable y libremente sobre la práctica de la planificación familiar y el uso de métodos de regulación de la fertilidad.

Seguridad. Acceso a métodos anticonceptivos efectivos y exentos de riesgos y daños para la salud.

Privacidad. Recibir información , orientación – consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias.

Confidencialidad. Seguridad de que cualquier información personal proporcionada no será Divulgada a terceras personas.

Dignidad. Ser tratado con respeto, consideración y atención.

Continuidad. Recibir información, servicios y suministros en planificación familiar por el tiempo que sea requerido para asegurar el uso ininterrumpido de un método anticonceptivo.

Opinión. Expresar sus puntos de vista acerca de la información, métodos y servicios recibidos.

g) Los Derechos Sexuales Incluyen:

- 1) El derecho a la felicidad, al placer, al erotismo, a los sueños y a las fantasías. Ha sido un elemento de difícil inclusión el hablar no solamente de la actividad sexual, sino también de los significados y las sensaciones implicadas, más allá de lo carnal.
- 2) El derecho a la libertad, a la integridad y la autonomía en el control del cuerpo y al ejercicio de la sexualidad, y a la democracia en las relaciones entre las personas. Esto estaba reflejado de alguna manera, anteriormente: lo que aquí se enfatiza es la integridad y la autonomía en el control del cuerpo.
- 3) Ejercer la sexualidad libre de coerción, violencia y discriminación, en el marco del respeto, la igualdad y la justicia y el que las mujeres puedan también decir "no". La última parte del párrafo – el decir "no"- está relacionado con la necesidad de enfatizar la coerción, pues la discriminación y la violencia ya han sido muy trabajadas, pues en ella se basaron los argumentos utilizados en conferencias anteriores para que se tomara en cuenta la sexualidad y sus efectos sociales. Por ser la violencia la dimensión más impactante, se ha logrado avanzar en su estudio. En contraste, ha costado mucho trabajo reconocer los derechos individuales.
- 4) El derecho a una sexualidad exenta de miedos, vergüenzas, culpas, falsas creencias, tabúes y otros factores culturales que la prohíben e inhiben.

Normalmente se ignora la relación de estos con la expresión de la sexualidad

- 5) El derecho a al ejercicio libre de las orientaciones sexuales, ajeno a toda discriminación. Se utiliza en plural –es decir, orientaciones sexuales- para colocar el concepto en su justa medida, reconociendo la diversidad de orientaciones existentes; entre ellas, está la heterosexualidad.
- 6) El derecho a la salud sexual, a la información y al uso de servicios asequibles, que ofrezcan trato humanitario, calidad médica y confidencialidad, que garanticen una vida sexual donde la enfermedad prevenible y curable no tenga sitio. Desde el principio, este derecho enmarca a la salud, pues el termino "derechos sexuales" no se puede orientar hacia un solo aspecto.
- 7) En pleno respeto a la integridad física del cuerpo humano.
- 8) El derecho a adoptar decisiones a la sexualidad sin sufrir discriminación, coerción y violencia.
- 9) El derecho al ejercicio de la sexualidad independiente de la reproducción. Esto pareciera también reiterativo, pero es importante señalar la independencia de la sexualidad con respecto a la reproducción. Aunque muchas personas no aceptan el término "independiente", por ola relación existente. Todas las esferas de la vida de las personas están vinculadas, pero tienen su propia dimensión; eso es lo que habríamos de recuperar con respecto a la sexualidad.
- 10) El derecho a conocer y a explorar el propio cuerpo y sus genitales. Al estar muy estigmatizada la exploración corporal, se le debe enfatizar como parte de la necesidad de expresión corporal durante las diferentes etapas de la vida.
- 11) El derecho al ejercicio de la sexualidad independientemente del estado civil.
- 12) El derecho a disfrutar de la sexualidad independientemente del coito.²⁰

²⁰ Ley para la protección de los Derechos de los niños y Adolescentes. Colección Leyes. Vig 2000 Servicios de Planificación Familiar. Diario Oficial de la Federación. México 1994.

1.5. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA SALUD REPRODUCTIVA

Acercarnos a la perspectiva de género implica distinguir que el sexo es un hecho biológico, y el género, una construcción cultural. Es decir, es diferente la asignación del sexo de una persona, de acuerdo a sus genitales externos, del significado y las implicaciones conductuales, sentimentales y factuales del ser hombre o mujer. La identidad de género va a estar encaminada por el contexto socio histórico donde se desenvuelva la persona. A su vez, la identidad genérica también determina el ser, el actuar, el sentir y el pensar

Las construcciones culturales y subjetivas en función de las cuales la diferencia biológica hombre – mujer se traduce en desigualdad social suponen la asignación de funciones y responsabilidades sociales que se expresan centralmente en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción.

La división del trabajo según el sexo se establece un criterio según el cual se asigna a la mujer desde los primeros años de vida una serie de tareas, las cuales determinan su desarrollo futuro como madres y esposas la responsabilidad del ámbito doméstico, el cuidado de las personas - niñas (os), ancianas (os), enfermas (os) – y la responsabilidad en la reproducción biológica, al mismo tiempo que los hombres son entrenados únicamente para ser hijos, y no para convertirse en padres y esposos. Es decir el tránsito de hijo a Esposo y Padre se efectúa sin ninguna clase de orientación, por que el proyecto de los hombres está encaminado al logro de un proyecto personal en el ámbito público, mientras que, el de las mujeres, hacia la maternidad y el matrimonio. Por ello, tras la ruptura de una pareja, es frecuente ver un gran número de mujeres viviendo solas, y una minoría de hombres en esta situación. Ellos por lo general, retornan al hogar de sus padres, y / o contraen matrimonio tan pronto como les sea posible.

Según el modelo tradicional, la mujer es la responsable del funcionamiento de la familia; el hombre de ejercer la autoridad. La mujer debe controlar el orden y la estabilidad de la familia, los recursos, la sexualidad y la reproducción. El hombre, proveer y proteger. Los hombres cuentan con la posibilidad de aventurar; las mujeres, no, pues deben garantizar la estabilidad.

La diferente valoración de lo femenino y lo masculino, y la división sexual del trabajo, determinan inequidades sociales entre varones y mujeres que se expresan en diferencias en el acceso a los recursos, la información y prestación de servicios, en el grado de autonomía que cada uno (a) tiene, en el papel que desempeñan en la familia y en la sociedad y en la valoración de retribución social de su trabajo, lo que a su vez se traduce en diferentes maneras en la salud reproductiva de la población con especiales desventajas para las mujeres.

Debido a su estatus legal y cultural, las mujeres enfrentan rezagos que es necesario atender para contribuir al mejoramiento de su condición. Por ello, se requiere alentar la apropiación y el ejercicio de sus derechos sexuales reproductivos, así como proveer la responsabilidad de los varones en el ejercicio de su sexualidad y en la reproducción incluyendo el cuidado de los hijos (as). De igual manera, es necesario reconocer la forma en que los patrones culturales de la masculinidad – feminidad se constituye en factores que afectan a la salud sexual y reproductiva de varones y mujeres. Los esquemas culturales que identifican la maternidad como el núcleo fundamental de ser mujer favorece los embarazos de alto riesgo al centrar la autoestima, la aceptación y el reconocimiento social en la función reproductiva de las mujeres. De igual manera, la legitimación social de las relaciones de poder al interior de la pareja obstaculiza la toma de decisiones en cuanto al ejercicio pleno de su sexualidad, la regulación de su fertilidad y una atención pre y posnatal adecuada. Esta desvaloración de la mujer también le impide establecer relaciones de equidad y de autonomía con otros actores sociales, entre los cuales se encuentran quienes prestan servicios de salud, lo que repercute en la calidad de atención.

Por ello elevar la calidad de la atención en los servicios de salud reproductiva requiere de promover el ejercicio de derechos, dignidad, autonomía y asegurar la adquisición de poder de las mujeres en la toma de decisiones y desmitificar muchos de los esquemas de la masculinidad que se constituyen en factores de riesgos para unos y otras.²¹

²¹ Seminario de Salud Sexual y Reproductiva y participación social género y sexualidad. México

CAPÍTULO II

ADOLESCENCIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO II ADOLESCENCIA

2. LA ADOLESCENCIA

El periodo de la vida conocido como adolescencia es una época de grandes cambios < Por lo general la adolescencia se inicia a los 11-12 años y se finaliza entre los 18 y los 21 años> (Kaplan y Mammel, 1994). El desarrollo físico y sexual suele finalizar antes de los 16-18 años de edad, aunque en las sociedades occidentales << el período de la adolescencia se prolonga para permitirle al joven un mayor desarrollo psicosocial antes de asumir las responsabilidades del adulto>>(Kaplan y Mammel, 1994).

Todos los adolescentes comparten el mismo proceso de crecimiento y desarrollo , pero las características sociales y culturales de cada uno influyen notablemente en el proceso de <hacerse mayor>

a) Crecimiento y Desarrollo del Adolescente

La transición desde la infancia hasta la edad adulta es un periodo de desarrollo físico y psicosocial. Los adultos sufren grandes cambios en las áreas física , intelectual , emocional, social y espiritual

b) Desarrollo físico

Durante la adolescencia, el desarrollo del aspecto físico se produce en dos áreas generales: 1) maduración física y 2) desarrollo sexual.

La maduración es el proceso mediante el cual se llega al desarrollo completo

(Wong, 1995). La maduración física es el proceso por el que se desarrolla el cuerpo adulto. Muchos de los cambios físicos se producen durante la adolescencia. El peso y la altura se incrementan y los músculos se desarrollan. Los principales órganos del organismo doblan su tamaño. La voz se modifica.

La adolescencia también es un periodo de desarrollo sexual. A medida que el cuerpo comienza a secretar ciertas hormonas, denominadas gonadotropinas, se inicia el proceso de la pubertad. La pubertad se define como la etapa durante la cual el individuo adquiere la capacidad física de reproducirse. Se inicia alrededor de los 9 años, con un período de crecimiento acelerado de unos 24 a 36 meses de duración, y finaliza aproximadamente a los 18 años.

En las niñas, la pubertad se inicia entre los 8 y los 14 años de edad. La menarquía se presenta entre los 12 años y 9 meses, aunque la menarquía puede ser precoz y comenzar a los 10 años, o tardía e iniciarse a los 16 años. El crecimiento del pecho, la distribución de la grasa corporal y los restantes cambios físicos que preparan el cuerpo adolescente para la edad adulta suelen haber terminado a los 16 – 18 años.

Los niños se desarrollan más lentamente. Los primeros signos de pubertad se observan entre los 10 y los 12 años. Los testículos incrementan su tamaño, aparece vello púbico y el pene aumenta de grosor y longitud. El estirón masculino se inicia a los 11 años y continúa hasta alrededor de los 14 años. La pubertad se prolonga hasta cerca de los 18 años en la mayoría de los casos, sí bien todos los adolescentes varones son capaces de engendrar hijos a los 12 años.

c) Desarrollo psicosocial

El término psicosocial hace referencia a las esferas o áreas no físicas de la conducta humana.

El pensamiento infantil es concreto, es decir, se basa en lo que se observa o se experimenta en cada momento. A los jóvenes adolescentes (de 10 a 13 años) les resulta difícil pensar de un modo realista acerca del futuro. Sin embargo, a medida que crecen, su pensamiento cambia desde lo presente y lo real (concreto) hacia lo futuro y lo posible.

Empiezan a mirar el mundo de una forma nueva y apasionante , a pensar más allá del momento presente, a considerar las secuencias de acontecimientos o de relaciones y a resolver problemas mediante el empleo de razonamiento científico y lógico.

Hacia la mitad de la adolescencia (14 a 17 año), el pensamiento abstracto ya esta bien establecido. La capacidad de pensar de un modo abstracto se acompaña de una sensación de poder y egocentrismo. Muchos piensan que pueden cambiar al mundo sólo con el hecho de pensarlo. Alrededor de los 17 años , el pensamiento abstracto de los adolescentes se hace más realista y ya son capaces de planear acciones asequibles, objetivos y carreras.

El desarrollo emocional durante la adolescencia está marcado por rápidos periodos de cambio y adaptación. Entre los 10 y 13 años , la estabilidad emocional de la infancia es reemplazada por una preocupación por los cambios corporales. Las modificaciones en el área física se acompañan de cambios de autoestima, en la imagen corporal y en el concepto de sí mismos, que desconciertan al adolescente. Los comportamientos se modifican ; el niño cooperador y agradable se convierte en un adolescente imprescindible, malhumorado y emocional.

Emocionalmente la adolescencia se caracteriza por bruscas oscilaciones entre un comportamiento angustiado y una calma relativa. El humor va desde la euforia y la felicidad hasta la introversión y la depresión. Las reacciones emocionales ante acontecimientos insignificantes pueden desencadenar conductas incontroladas y comportamientos agresivos. Además, los adolescentes sueñan despiertos la gran parte del tiempo. debido a esta ensoñación diurna, no suelen atender a lo que les dice la gente a su alrededor , llegando a ser etiquetados de hoscos o retraídos.

Las emociones y oscilaciones del humor de la pubertad se intensifican cuando los adolescentes tienen entre 14 y 17 años. A estas edades , tienden a permanecer solitarios , analizándose a sí mismos y su forma de encajar en el

mundo. Para muchos de ellos, esta es una época problemática y solitaria . Alrededor de los 18 años , la mayoría controlan sus emociones y ya han elaborado un autoconcepto.

El desarrollo Social es un área importante para los adolescentes. Los más jóvenes luchan por establecer su identidad grupal, además de la personal , por lo que deben de pertenecer a un grupo. A esta edad, la pandilla satisface muchas de las necesidades, pero la función más importante del grupo es la de ayudar a los adolescentes a determinar las diferencias que existen entre ellos y .sus padres.. la pertenencia a un grupo sirve de trampolín al proceso del establecimiento de la identidad individual y de separación de la familia.

El desarrollo espiritual de los adolescentes se inicia poniendo en duda los valores y los ideales familiares. Algunos se aferran frenéticamente a lo valores familiares durante los periodos conflictivos , mientras que otros hacen caso omiso de ellos. Es frecuente que dejen de acudir a la iglesia y opten por rezar en la intimidad de sus habitaciones o en otros lugares. Muchos se sienten atraídos por sectas o movimientos religiosos y la mayoría experimenta un intenso grado agitación emocional. Temiendo que nadie los vaya a comprender, los adolescentes se vuelven extremadamente reservados. La mayoría experimentan profundas preocupaciones espirituales y necesitan aceptación, comprensión y paciencia mientras dura la lucha por encontrar la roca en la que se apoyarán cuando sean adultos.

La adolescencia es un período de cambios rápidos e incontrolables. Entre los 10 y 20 años , los adolescentes crecen y se desarrollan y maduran en cada una las áreas de la conducta. A medida que maduran , los adolescentes comienzan a alejarse de la familia y a funcionar de modo independiente.

La sociedad los recibe como adultos, con todos los derechos y obligaciones que les corresponden como tales.²²

2.1.ADOLESCENCIA Y CONTRACEPCIÓN

La conducta sexual en la adolescencia es, turbulenta, apasionada e inexperta. Las dificultades con las que tropieza el adolescente para dar curso a sus deseos no son insuperables, pero configuran una situación en la que el dónde, el cuándo y el cómo se convierten en cuestiones angustiosas. La carencia de un lugar íntimo adecuado, el miedo a ser sorprendidos, la escasez de tiempo o la expresa prohibición paterna dan pie al nerviosismo, al temor al fracaso, a las prisas y a los ocultamientos. Los encuentros amorosos llegan a convertirse en una aventura plagada de dificultades, entre las que no es la menor un embarazo no planeado.

La inmensa mayoría de los jóvenes permanecen hoy, por falta de medios, ligados a su familia y residiendo en el domicilio de sus padres hasta los veinte años o más es estúpido pretender que durante esta etapa de sus vidas cancelen su sexualidad. Aun si el domicilio paterno les está vedado como lugar de encuentro, éste no dejará de llevarse a cabo: será durante un fin de semana en el campo o en la casa generosamente cedida por un amigo. En tales condiciones el único impedimento importante que se alza entre los jóvenes y el placer sexual no es la inmadurez ni la experiencia, si no la posibilidad de que la mujer quede embarazada inoportunamente.

Padres y educadores deben evitar a toda costa pensar que la posibilidad de un embarazo puede "frenar" la conducta sexual. Nada de eso. Las estadísticas arrojan una escalofriante cifra de primeros encuentros y relaciones sexuales entre los adolescentes que se llevan a cabo sin tomar precaución alguna.

²² Morrison Michelle FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA Y SALUD MENTAL, Edit – Mosby México 1999.

Y sin embargo, ¡cuántos son los adultos que utilizan la posibilidad de un embarazo como una amenaza contra la vida sexual de los jóvenes!

Los padres y educadores que niegan o prohíben a sus hijos o alumnos la información necesaria y los medios para acceder a los métodos anticonceptivos (hay uno adecuado para cada caso y situación personal), les niegan, de paso, la conquista de un placer sano de forma responsable, y los convierten en candidatos a sufrir las consecuencias de la falta de previsión (embarazo no planeado, aborto, I.T.S., etc) de un placer reprimido (disfunciones sexuales), clandestino y prohibido (angustia). La actitud opuesta tampoco es aconsejable. No hay que ofrecer anticonceptivos a adolescentes en ciernes, ostensiblemente inmaduros y que, además, no lo habían pedido. Pero si deben ser, en toda ocasión, informados sobre el tema.

Será el mismo adolescente, en último término, el que decidirá sobre su conducta y sobre las medidas anticonceptivas que crea oportuno tomar, pero por eso es absolutamente necesario que él tome conciencia de la responsabilidad que comporta el no tomarlas. Una vez la responsabilidad personal ha entrado en juego, toda maniobra de distracción, rechazo o prohibición por parte del adulto está,

Sencillemente, fuera de lugar: el adolescente ya sabe qué debe hacer.²³

²³ PEDAGOGÍA Y PSICOLOGÍA INFANTIL, PUBERTAD Y ADOLESCENCIA, Biblioteca práctica para padres y Educadores. España 1995 Pág. 162 y 163.

2.2.COMPORTAMIENTO SEXUAL E INFORMACIÓN

El comportamiento sexual en la adolescencia implica diferentes formas de manifestación, tanto autoeróticas (con nuestro cuerpo) como aloeróticas (con los demás), La evolución de las conductas de autoestimulación o masturbación es importante. Estas aumentan progresivamente con la edad, siendo mayor su incidencia entre los chicos que entre las chicas, probablemente por factores de represión en el caso de las segundas. Así por ejemplo, la edad de iniciación de la autoestimulación es fundamentalmente entre los once y los catorce años en el caso de los chicos y entre los doce y los quince en las chicas.

El comportamiento homosexual y heterosexual supone manifestaciones afectivas y sexuales normales en esta etapa de la vida y puede dar lugar a una gama muy amplia de conductas: desde las primeras citas o la experiencia del primer beso, al beso profundo (con la introducción de la lengua en la boca del compañero o compañera), la estimulación activa y pasiva por encima o por debajo de la ropa, el tocamiento de los genitales, así como el contacto intergenital sin penetración o con penetración.

Estas conductas se irán incrementando con la edad. Es también posible el comportamiento ambisexual (orientación hacia personas del mismo y diferente sexo). La información no supone que el comportamiento sexual vaya a incrementarse, en contra de la creencia generalizada en este sentido entre muchos adultos.

Por lo tanto no debe existir un límite en la información sexual proporcionada a los adolescentes ya que cada individuo la adecuará a sus necesidades²⁴.

²⁴ Farre Martí José Ma et al.. PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. Edit-OCEANO España – 1999.

2.3 EMBARAZO NO PLANEADO

El embarazo no planeado es toda concepción que resulta de una relación sexual (coito) y que no se tenía contemplada en el proyecto de vida²⁵.

El debate acerca de las consecuencias que tiene el embarazo en adolescentes sobre la salud de la madre y su hijo es variable. Al tener sesgos, algunas veces no permiten ver que es un problema que no sólo afecta lo biológico, sino también la esfera psicológica y social.

Además de los riesgos a la salud que conlleva el embarazo en las etapas tempranas de la vida, debe considerarse la importante secuela psico-social que un embarazo no planeado imprime en las adolescentes y en las jóvenes, particularmente los cambios sustantivos en sus proyectos de vida y su contribución a la deserción escolar; una deserción escolar muy costosa para las adolescentes y jóvenes por tratarse de niveles de educación secundaria, preparatoria y aún universitaria.

Considerar las condiciones biológicas con las psicológicas y sociales, es una circunstancia de integración muy importante en el proceso de fomento de una cultura de salud entre los / las jóvenes, ya que algunas veces se les brinda la información sobre sexualidad, embarazo, métodos anticonceptivos, etc., sin embargo desconocen a donde acudir en caso en caso de necesitar metodología anticonceptiva, o en caso de embarazo, a donde acudir oportunamente para solicitar atención prenatal. Algunos estudios demuestran que adolescentes embarazadas que llevaron un buen control prenatal mostraron una adecuada evolución, incluso mejor que la observada en grupos de mujeres de mayor edad

²⁵ Instituto Nacional de Perinatología. PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA. Vol -13. México

Para Toro (1992) , la mayor incidencia de complicaciones en hijos de adolescentes de somatometría, peso y calificación Apgar; Se deben más a factores sociales que a determinantes biológicos. Es necesario reconocer que aunado ala pobre sensibilización, los estratos económicamente vulnerables tienen menos probabilidades de recibir cualquier cuidado prenatal o de recibirlo será tardíamente. Estas circunstancias empeoraran en el área rural.

Dentro de las posibles causas que influyen en la aparición de los embarazos no planeados se mencionan factores personales, familiares y sociales. Entre los más sobresalientes están la pobre o nula educación sexual, las cuestiones de género, la doble moral sexual, la baja autoestima, el acceso limitado a servicios especializados de salud sexual y reproductiva destinados a los / las jóvenes, la escasa prevención con que los jóvenes llevan a efecto sus prácticas sexuales. El bajo uso de métodos anticonceptivos seguros, así como la edad de la primera experiencia sexual y como marco el nivel socioeconómico. Aunado a lo anterior, el periodo adolescente en sí mismo representa un riesgo, por las características propias de el / la joven como son; Emergencia del impulso sexual, idealismo, impulsividad sentimiento de vulnerabilidad y necesidad de alcanzar su identidad y autonomía.²⁶

²⁶ Secretaría de Salud, Subsecretaría de prevención y Control de Enfermedades Dirección General de Salud Reproductiva. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO PLANEADO EN LA ADOLESCENCIA, México 1999. Pag. - 31-32.

2.4 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA Y SU SITUACIÓN ACTUAL EN MÉXICO

Dentro de las principales causas de muerte materna se encuentra la toxina del embarazo ocupando el primer lugar; seguida de las hemorragias durante el embarazo y el parto, el tercer sitio lo ocuparon durante el puerperio y el cuarto lugar fue el aborto representado por el 7.8%. Estas cuatro causas concentraron, entre 1995 y 1997, poco más del 70% de las defunciones asociadas al parto y puerperio.

A pesar de que no se cuente con la información precisa sobre el número de abortos que ocurren en el país, se estima, con base en las encuestas sociodemográficas, que la incidencia del aborto en México ha venido descendiendo de 230,000 abortos anuales, durante el periodo 1985-1987 a 196 mil para el periodo 1995-1997. A partir de esto, se estima que en 1995 ocurrieron alrededor de 110 mil abortos inducidos en el país y cerca de 102 mil en 1997.

Hablar del número de abortos donde dicha práctica está restringida por la ley, es hablar únicamente de estimaciones. La medición de la magnitud del aborto inducido, se ve afectada por variables imposibles de controlar, como el peso del estigma de la mujer que aborta y el miedo a la ilegalidad, lo que ha llevado a algunos especialistas a desarrollar una tolerancia a la ambigüedad frente a cifras que no pueden ser exactas.

Varios factores contribuyen a esta situación, muchas mujeres se niegan a admitir que se han practicado un aborto, el personal de salud no suele reportar como tales los abortos inducidos y existe miedo a las implicaciones legales.²⁷

²⁷ CONAPO IBIDEM 18.

CAPÍTULO III

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO III INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

3. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) anteriormente denominadas Enfermedades de Transmisión Sexual o venéreas, han permanecido durante varias décadas dentro de las primeras cinco causas por las cuales los adultos buscan servicios de salud en los países en vías de desarrollo. A pesar de que el norte y este de Europa han experimentado un descenso espectacular en la incidencia de I.T.S., especialmente de gonorrea y sífilis, la situación en América del Norte es más variable y presenta aumentos continuos en poblaciones minoritarias.

En los países en vías de desarrollo, tanto la incidencia como la prevalencia de I.T.S. se mantienen muy altas; Las I.T.S. representan la segunda causa de vida sana perdida en mujeres de 15 a 45 años de edad después de la mortandad y mortandad materna.²⁸

En la actualidad las I.T.S. se encuentran en franco aumento, en particular entre la gente joven, que conforma el grupo etéreo de 15 a 25 años de edad, de hecho se puede decir que entre los jóvenes se ha desatado una especie de epidemia en parte, debido al inicio temprano de las relaciones sexuales lo cual da lugar a la posibilidad de tener múltiples parejas sexuales sea en secuencia o simultáneamente.

El inicio temprano de relaciones sexuales aumenta la posibilidad de exposición a ITS, debido al período más largo de actividad sexual. Asimismo por razones sociales o económicas, los adolescentes pueden tener dificultad con el uso de

²⁸ DALLABETTA G. Et al. El control de las Enfermedades de Transmisión Sexual, un Manual para el diseño y la administración de programas. AIDS CAP: Family Health International. Guatemala. 1997. pp.5.

métodos de barrera (condones o espermicidas), los cuales ofrecen protección contra I.T.S. También tienen la probabilidad de relacionarse con parejas de alto riesgo.

En el ámbito biológico, las mujeres parecen tener una susceptibilidad mayor debido a los cambios hormonales y la falta de inmunidad para ciertos patógenos de I.T.S. Los adolescentes también pueden tener menos acceso a los servicios de salud, por la falta de conocimiento, dinero, o por las políticas restrictivas de las clínicas.

En los países en desarrollo se estima que alrededor de la mitad de la población es menor de 15 años. En consecuencia una mayor proporción de la población entra en actividad sexual y al grupo etáreo con la prevalencia más alta de I.T.S.²⁹

La migración y la urbanización rápida, representan un papel importante en el comportamiento sexual dentro de una comunidad en donde prevalece el sexo masculino, aumentando el riesgo de infección debido a que el sexo comercial y casual se convierte en los modos de expresión sexual. Las desigualdades debido a la pobreza y al género, promueven también la necesidad en algunas mujeres de involucrarse en sexo comercial como medio de sobrevivencia. Estos factores conjuntamente con la guerra, la ausencia de servicios de diagnóstico y tratamiento, y la falta de educación sexual, se combinan para agudizar el problema de las ITS.

Las ITS se clasifican como curables e incurables. Dentro de las curables se encuentran: Gonorrea, clamidiasis, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, sífilis y chancroide.

Las ITS prevenibles pero no curables son las virales; dentro de las cuales se encuentran: el virus de inmunodeficiencia humana, papiloma humano, hepatitis B,

²⁹ Network en español. Los métodos hormonales y riesgo de contraer I.T.S. 2001 20 (4). <http://www.fhi.org/sp/networks:sv20-4/ns2047.html>

y el virus del herpes simple. Del estimado de 333 millones de casos nuevos de ITS curables en adultos por año, de acuerdo a la OMS se calcularon 12 millones de casos nuevos de sífilis, 62 millones de gonorrea, 89 millones de infección por clamidia y 170 millones de casos nuevos de tricomoniasis.

Además de las ITS curables, se estima que para mediados de 1995, se han infectado acumulativamente 18.5 millones de adultos y más de 1.5 millones de niños con el VIH. Para el año 2000 se proyectó la cifra de 30 a 40 millones de personas infectadas por el VIH.³⁰

³⁰ DALLABETTA G. et al IBIDEM 25.

3.1.SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

El SIDA es causado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que es un retrovirus. Se han identificado dos tipos; tipo 1 (VIH-1) y tipo 2 (VIH-2). Desde los puntos de vista sexológico y geográfico estos virus son relativamente diferentes, pero comparten algunas características epidemiológicas. La patogenicidad del VIH-2 es menor que la del VIH-1.

El SIDA es un síndrome clínico grave, que fue identificado como tal en 1981. El síndrome representa la última etapa clínica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En el término de semanas a meses después de la infección por el virus, muchas personas terminan por presentar una enfermedad aguda de curso limitado, que dura de una a dos semanas. Después de ese periodo, las personas infectadas pueden permanecer asintomáticas durante meses o años antes de que aparezcan otras manifestaciones clínicas. La gravedad de las infecciones oportunistas vinculadas con el VIH o de cánceres ulteriores, en términos generales, guarda relación directa con el grado de distinción del sistema inmunitario. Se han identificado más de una docena de infecciones oportunistas, y diversos cánceres, que constituyen indicadores suficientemente específicos de la inmunodeficiencia subyacente, y que fueron incluidos en la definición inicial de caso de SIDA elaborada por los CDC en los Estados Unidos en 1982.

Se ha estimado que la proporción de personas infectadas por el VIH, que no han recibido tratamiento contra este virus y que al final presentarán SIDA, excede de 90%. En caso de no recibir tratamiento eficaz contra el virus, la tasa de letalidad es muy alta y casi todos los pacientes (80 a 90%) han muerto en el término de tres a cinco años después del diagnóstico.

Si bien, la epidemia sigue afectando más a los hombres que tiene relaciones sexuales con otros hombres, las tasas más altas de incremento en los casos notificados de SIDA en la segunda mitad del decenio de 1999 se han observado en mujeres y grupos de población minoritarios.

De los 33.4 millones de personas que según las estimaciones, viven con VIH/SIDA³¹ en todo el mundo en 1999, se ha calculado que hay 22.5 millones en países de África Subshariana, 6.7 millones en el sur y el sudeste de Asia, 1.4 millones en América Latina y 665 000 en los Estados Unidos. En el mundo, el SIDA ha ocasionado más de 14 millones de muertes, incluidos 2.5 millones en 1998. El VIH-1 es el más prevalente en todo el mundo, se ha detectado VIH-2 sobre todo en el occidente de África y algunos casos en países vinculados epidemiológicamente con esta zona.

El VIH se transmite de una persona a otra, por contacto sexual; al compartir agujas y jeringas contaminadas por el virus; por la transfusión de sangre infectada o hemoderivados, por el transplante de órganos y tejidos infectados por el VIH y a través de la placenta cuando la mujer embarazada es portadora del virus.

Los factores determinantes básicos de la transmisión sexual de VIH son los patrones y la prevalencia de comportamientos de riesgo sexual, tales como las relaciones sexuales sin protección, con varios compañeros sexuales, concurrentes o consecutivos. Ningún dato de estudios de laboratorio o de tipo epidemiológico indica que se haya transmitido la infección por el VIH por picaduras de insectos.

El riesgo de transmisión por prácticas de sexo oral no se puede cuantificar con facilidad, pero al parecer es muy bajo.

El periodo de incubación, es variable; pero el lapso que va desde la infección por el VIH hasta el diagnóstico de SIDA varía desde menos de 1 año a 15 años o más.

³¹ Ibidem CONAPO

Los adolescentes, los varones y mujeres adultos que se infectan en edad temprana, evolucionan con mayor lentitud hasta la aparición del SIDA, que los infectados en edades posteriores.

Dentro de las medidas preventivas para evitar el contagio del VIH se encuentran:

- La educación para la salud; hacer hincapié en que la actividad sexual con varios compañeros, sobre todo concurrentes o consecutivos, así como el compartir instrumentos para inyectarse drogas, aumentan el riesgo de infección por el VIH. También se debe brindar a los estudiantes los conocimientos y los medios necesarios para evitar conductas peligrosas.
- La única forma segura de evitar la infección por contacto sexual es la abstinencia o la práctica de relaciones sexuales monogámicas con una persona que no esté infectada. De lo contrario, es importante utilizar en forma correcta condones de látex cada vez que la persona tenga contacto sexual vaginal, anal u oral. Los condones de látex con lubricantes hidrófilos disminuyen el peligro de transmisión sexual.
- Los enfermos y sus parejas sexuales no deben donar sangre, plasma órganos para trasplante, tejidos, células, semen para inseminación artificial, ni leche materna para bancos de leche humana.³²

³² <http://www.entornomedico.org/saludyenfermedades/alfa-omega.html>

3.1.2. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (V.P.H)

El V.P.H es una enfermedad vírica que se manifiesta por diversas lesiones en la piel y en las mucosas, entre las que se incluyen: las verrugas vulgares, que son unas pápulas circunscritas, hiperqueratósicas, de consistencia áspera e indoloras, cuyo tamaño varía desde el de la cabeza de un alfiler hasta una masa grande; las verrugas filiformes, lesiones alargadas en punta y finas, que pueden tener hasta 1 cm de largo; los papilomas laríngeos de las cuerdas vocales y la epiglotis en los niños y en los adultos; las verrugas planas, lesiones por lo común múltiples, lisas y moderadas sobresalientes, cuyo tamaño varía desde 1 mm hasta 1 cm; las verrugas venéreas (condiloma acuminado), con aspecto de coliflor, que en la mayoría de las veces aparecen en las zonas húmedas de los genitales, en la zona perianal y dentro del conducto anal, que deben diferenciarse del condiloma plano de la sífilis secundaria; los papilomas planos del cuello uterino, y las verrugas plantares, que son lesiones planas de las plantas de los pies, a menudo dolorosas. Los papilomas laríngeos y las verrugas genitales a veces se transforman en cáncer. Las verrugas en la epidermodisplasia verruciforme por lo común aparecen en el tronco y en los miembros superiores en el primer decenio de la vida; a menudo pasan por una fase de transformación maligna hasta volverse carcinomas de células escamosas en los comienzos de la vida adulta.

Las verrugas víricas son causadas por el virus del papiloma humano (VPH), del grupo de papovavirus de ADN (virus de las verrugas humanas). Se han identificado por lo menos 70 tipos de VPH con manifestaciones específicas, y más de 20 tipos de VPH pueden infectar las vías genitales. Casi todas las infecciones de órganos genitales por VPH son asintomáticas, subclínicas o no identificadas. Las verrugas genitales visibles, por lo común son causadas por los tipos 6 y 11 del VPH: también producen verrugas en el cuello del útero y en la vagina, la uretra y el ano, y a veces causan síntomas. Otros tipos de VPH en la región anogenital, como 16, 18, 31, 33, y 35, han sido vinculados firmemente con displasia genitouterina; también se han asociado con neoplasia intraepitelial escamosa de la vulva, el

pene y el ano (por ejemplo, carcinoma in situ de células escamosas, papulosis bowenoide, eritroplasia de Queyrat o enfermedad de Bowen de los genitales). El tipo 7 se ha vinculado con verrugas en manipuladores de carne y veterinarios, y los tipos 5 y 8, con la epidermodisplasia verruciforme.

El VPH se transmite por contacto directo también pueden auto inocularse, por medio de navajas de afeitarse. A menudo se ha señalado que los pisos contaminados son la fuente de infección. El condiloma acuminado suele transmitirse por contacto sexual, y el papiloma laríngeo quizá se contagie durante el paso del niño por el conducto del parto. Los tipos víricos de las vías genitales y respiratorias son iguales.

Su periodo de incubación es de dos a tres meses, con límites de 1 a 20 meses.

Se piensa que se transmite mientras persisten las lesiones visibles y su incidencia aumenta en los pacientes inmunosuprimidos.

El tratamiento de las personas afectadas disminuirá el número de virus de verrugas que se pueda transmitir. Las verrugas casi siempre muestran regresión espontánea en el término de meses a años.

Dentro de las medidas preventivas para evitar la infección se encuentran:

- Evitar el contacto directo con las lesiones de otra persona.
- Estudios recientes indican que el empleo del condón no evita la infección.
- Recibir tratamiento específico y tratar a los contactos sexuales de los pacientes con verrugas venéreas.
- Realizarse el examen microscópico y de células (frotis de Papanicolaou)³³.

³³ <http://www.entornomedio.org/saludyenfermedades/alfa-omega.html>

3.1.3. CLAMIDIASIS

Las clamidias son bacterias intracelulares obligadas que difieren de los virus y de las rickettsias, pero a semejanza de estas últimas, son sensibles a los agentes antimicrobianos de amplio espectro. Las que son patógenas para los seres humanos se clasifican en tres especies.

- 1) *Clamidia psittaci*.
- 2) *C. trachomatis*, incluye varios serotipos que causan el tracoma, infecciones genitales, conjuntivitis por clamidias y neumonía del lactante; y otros serotipos que causan linfogranuloma.
- 3) *C. pucomunine*.

En la actualidad se acepta cada vez más que las clamidias son bacterias patógenas importantes que ocasionan varias infecciones de transmisión sexual (*Clamidia trachomatis*, inmunotipos D a K), en las que las infecciones oculares y pulmonares de los lactantes son consecuencia de la infección de la vía genital de su madre.

Las infecciones genitales por clamidias se transmiten por vía sexual, en los hombres se manifiesta en forma de uretritis y en las mujeres por cervicitis mucopurulenta.

Las manifestaciones clínicas de la uretritis incluyen secreción muco purulenta en cantidad moderada o escasa, prurito uretral y ardor al orinar. Se pueden presentar infecciones asintomáticas en 1 a 25% de los hombres sexualmente activos. Las posibles complicaciones incluyen epididimitis, infertilidad y síndrome de Reiter. En los hombres homosexuales, el coito anorrectal pasivo puede ocasionar proctitis por clamidias.

En la mujer las manifestaciones clínicas suelen ser la secreción endocervical muco purulenta, con edema, eritema y hemorragia endocervical de fácil aparición. Incluso 70% de las mujeres sexualmente activas con infecciones por clamidias son

asintomáticas. Las complicaciones incluyen salpingitis, con el riesgo de infertilidad, embarazo ectópico o dolor pélvico crónico.

Durante el embarazo puede ocasionar rotura prematura de las membranas y parto pretérmino, e infección de la conjuntiva o neumonía en el recién nacido. La clamidiasis endocervical se ha acompañado de un mayor peligro de contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

La Clamidia se encuentra en todo el mundo, en los Estados Unidos, Canadá, Australia y Europa, la identificación ha aumentado constantemente en los últimos 20 años. El período de incubación no se ha definido, quizá sea de 7 a 14 días o más.

Las medidas preventivas para evitar la infección por Clamydias son:

- Insistencia especial en el uso de condones durante las relaciones sexuales.
- Es indispensable la búsqueda de clamidias en todas las adolescentes sexualmente activas. La detección sistemática de clamidias en mujeres adultas también se realizará si tienen menos de 25 años de edad, compañeros sexuales múltiples o nuevos, utilizan anticonceptivos de barrera de modo inconstante, o tienen estas características.
- Evitar las relaciones sexuales mientras no se termine el tratamiento y de sus compañeros sexuales actuales.³⁴

³⁴ <http://www.entornomedico.org/saludyenfermedades/atfa-omega/html>

3.1.4.LINFOGRANULOMA VENÉREO

Es una infección de transmisión sexual causada por clamidias, comienza con una pequeña erosión evanescente e indolora, una pápula, un nódulo o una lesión herpetiforme en el pene o en la vulva, a menudo inadvertida. Los ganglios linfáticos regionales muestran supuración, seguida por extensión del proceso inflamatorio a los tejidos contiguos. En el hombre se observan bubones inguinales que pueden adherirse a la piel, mostrar fluctuación y culminar con la formación de fístulas. En la mujer el ataque de los ganglios inguinales es menor; la afección se localiza principalmente en los ganglios pelvianos, con extensión al recto y al tabique rectovaginal, de lo cual surge proctitis, estenosis del recto y fístulas. La proctitis puede ser consecuencia del coito rectal; el LGV es causa muy común de la proctitis intensa en los hombres homosexuales. En uno u otro sexo puede haber elefantiasis de los genitales. Por lo común se presentan fiebre, escalofríos, cefalalgia, artralgias y anorexia. La evolución de la enfermedad suele ser prolongada y producir gran incapacidad, pero por lo regular no es una infección mortal. En raras ocasiones se observa sepsis generalizada, con artritis y meningitis.

El agente infeccioso es la *Chlamydia trachomatis*, de inmunotipos L-1, L-2 y L-3; guarda relación con los microorganismos del tracoma y de las infecciones oculogenitales por clamidias.

Su distribución es mundial, en especial en las zonas tropicales y subtropicales; es endémica en Asia y África.

El período de incubación varía, con límites de 3 a 30 días para lesión primaria; si el bubón es la primera manifestación, de 10 a 30 días y hasta varios meses. La infección se puede transmitir de semanas a años, mientras existan lesiones activas.

Las medidas preventivas incluyen:

- Control del paciente, de los contactos y del ambiente inmediato.
- Evitarse las relaciones sexuales hasta que cicatricen las lesiones.
- Eliminación cuidadosa de los exudados de las lesiones y de los objetos contaminados con ellos.
- Búsqueda de los contactos sexuales infectados. Los contactos recientes de los casos activos confirmados deben ser sometidos a tratamiento específico.³⁵

³⁵ <http://www.entornomedic.org/saludyenfermedades/alfa-omega/html>

3.1.5. SÍFILIS

Es una enfermedad causada por el *Treponema Pallidum*, se caracteriza clínicamente por una lesión primaria, una erupción secundaria, que afecta la piel y las membranas mucosas, largos periodos de latencia, lesiones tardías y lesiones en la piel, huesos, las vísceras y el sistema nervioso central y el cardiovascular.

La lesión primaria (chancro) aparece unas tres semanas después de la exposición, en forma de una úlcera indolora e indurada, con exudado seroso, en el sitio de la invasión inicial. Antes de la lesión inicial se produce la invasión del torrente sanguíneo, y generalmente surgen ganglios linfáticos satélites, indoloros, no fluctuantes y firmes (bubones).

La lesión puede darse sin la presencia manifiesta de un chancro, es decir, puede estar oculta en el recto o en el cuello uterino. Después de cuatro a seis semanas, incluso sin tratamiento específico, el chancro comienza a mostrar involución, y en aproximadamente un tercio de los casos no tratados puede surgir una erupción secundaria, generalizada, a menudo con síntomas generales leves. Se considera clásica la erupción maculopapulosa simétrica que abarca las palmas de las manos y las plantas de los pies y su linfadenopatía acompañante.

Las manifestaciones secundarias muestran resolución de modo espontáneo en el término de semanas a 12 meses, un tercio de los casos de sífilis secundaria no tratada termina por ser clínicamente latentes durante semanas o años.

En cualquier momento puede producirse la enfermedad del sistema nerviosos central: en la forma de meningitis sífilítica aguda en la sífilis secundaria o latente temprana, más tarde se forma la sífilis meníngeo vascular y por último la forma de paresia o tabes dorsal.

La infección concurrente por el VIH puede aumentar el riesgo por sífilis del sistema nervioso central.

La sífilis afecta a personas jóvenes, sexualmente activas, prevalece en las zonas urbanas y su incidencia es mayor en los hombres; entre los factores de riesgo se encuentran: el consumo de drogas, ilícitas, la prostitución, el SIDA y el inicio de la vida sexual a edad más temprana.

La sífilis se transmite durante las relaciones sexuales, por contacto directo con exudados infecciosos de lesiones iniciales húmedas, evidentes o no manifiestas de la piel y las membranas mucosas; también se transmite de la madre infectada al feto vía transplacentaria; por transfusión sanguínea, si el donante está en la fase temprana de la enfermedad.

Su periodo de incubación es de 10 días a 3 meses, por lo común tres semanas. La transmisión de la infección es rara después del primer año, la infección de la madre al feto es más probable si ella está en la fase temprana de la enfermedad, pero puede producirse durante todo el periodo de latencia.

Las formas preventivas para adquirir la enfermedad son:

- Promover la conveniencia de diferir el inicio temprano de actividad sexual, establecer relaciones monógamas mutuas y disminuir el número de parejas sexuales.
- Disuadir la promiscuidad.
- Usar condón en todas las relaciones sexuales.
- Educar a la población para la identificación oportuna de síntomas que indiquen la aparición de alguna ITS, modo de transmisión y acceso a los servicios de salud.
- Abstenerse de tener relaciones sexuales en tanto no se complete el tratamiento específico y desaparezcan las lesiones.
- Identificar los contactos sexuales de las que se adquirió la infección y de las que pudo haber infectado y recibir el tratamiento específico.³⁶

³⁶ <http://www.entornomedico.org/salud/enfermedades/alfa-omega.html>

3.1.6 GONORREA

La gonorrea es una enfermedad bacteriana de transmisión sexual causada por un gonococo llamado *Neisseria gonorrhoeae*; se limita al epitelio cilíndrico y de transición, que difiere en hombres y mujeres en su evolución, gravedad y facilidad con que se la identifica. En los hombres, la infección gonocócica tiene como manifestaciones iniciales secreción purulenta de la uretra anterior con disuria, en el término de dos a siete días de la exposición a la infección.

En las mujeres, después de la infección surge cervicitis muco purulenta que a menudo es asintomática, pero en algunas personas surge secreción vaginal anormal y hemorragia vaginal después del coito. En aproximadamente 20% de los casos hay invasión uterina en el primero, segundo u otro período menstrual, con síntomas de endometritis, salpingitis o peritonitis pelviana y riesgo inferior de infertilidad y embarazo ectópico. En las niñas prepúberes puede manifestarse vulvovaginitis crónica después del contacto genital directo con exudado de personas infectadas, en casos de abuso sexual.

En hombres homosexuales y en mujeres surgen con frecuencia infecciones faríngeas y ano rectales. Estas últimas suelen ser asintomáticas, pero pueden causar prurito, tenesmo y secreción purulenta. La conjuntivitis aparece en recién nacidos y rara vez en adultos, pero puede causar ceguera si no se trata en forma rápida y adecuada. Se puede presentar septicemia en 0.5 a 1% de todas las infecciones gonocócicas, con artritis, lesiones cutáneas y, rara vez, endocarditis y meningitis. La artritis puede producir lesión articular permanente si no se hace oportunamente el tratamiento con los antibióticos apropiados. Pocas veces sobreviene la muerte, salvo en personas con endocarditis.

La gonorrea es una enfermedad común en todo el mundo, que afecta a ambos sexos y en particular a los adolescentes y adultos jóvenes sexualmente activos. Su prevalencia es máxima en comunidades de nivel socioeconómico bajo. En casi todos los países industrializados, en los últimos 20 años ha disminuido su incidencia.

Se transmite por contacto con exudados de las membranas mucosas de las personas infectadas, casi siempre como consecuencia de la actividad sexual. Su período de incubación es generalmente de dos a siete días. El período de transmisibilidad puede durar varios meses si no se trata a la persona.

El tratamiento eficaz suele interrumpir la transmisibilidad en cuestión de horas.

Las mujeres que usan dispositivos intrauterinos tienen mayor riesgo de presentar salpingitis en los primeros tres meses después de su inserción. El gonococo afecta solamente al epitelio cilíndrico y de transición, por lo tanto, el epitelio vaginal de la mujer adulta (cubierto por el epitelio escamoso estratificado) es resistente a la infección, en tanto que el epitelio vaginal prepuberal cilíndrico o de transición es susceptible a ella.

Dentro de las medidas preventivas para evitar la gonorrea se encuentran:

- Practicar relaciones sexuales sin riesgo, es decir, monogamia mutua con una pareja no infectada, evitar múltiples contactos sexuales o las relaciones sexuales anónimas o casuales, y utilizar condones de manera constante y adecuada con todos los compañeros de los que se desconocen si tienen o no alguna infección de transmisión sexual.
- Los enfermos deben abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que se haya completado el tratamiento antimicrobiano y, para evitar la reinfección no deberán tener contacto con sus parejas sexuales previas mientras éstas no reciban tratamiento.
- Eliminar cuidadosamente los exudados de las lesiones y de los artículos contaminados.

- Investigar los contactos y notificar las parejas o compañeros sexuales.
- Se recomienda iniciar el tratamiento sistemático y eficaz contra la clamidiasis genital en todos los pacientes que reciben tratamiento contra la gonorrea, porque la infección por clamidias es frecuente en ellos. Este tratamiento también curará la sífilis en incubación e inhibirá la aparición de gonococos resistentes a los antimicrobianos.
- Los individuos con infecciones gonocócicas están expuestos a un mayor peligro de infección por el VIH, por lo que se les brindará consejo y se practicarán estudios de laboratorio, ambos en forma confidencial.³⁷

³⁷ <http://www.entornomedic.org/saludyenfermedades/alfa-omega/.html>

3.1.7. TRICOMONIASIS

La tricomoniasis es una enfermedad común y persistente del aparato genitourinario, causada por la *Trichomonas vaginalis*, un protozoo flagelado. En las mujeres se caracteriza por vaginitis, a menudo con pequeñas Petequias o lesiones hemorrágicas puntiformes "de color de fresa" y una secreción profusa, poco espesa, espumosa y verde amarillenta de olor fétido. Puede causar uretritis o cistitis, pero a menudo es asintomática; también puede ocasionar complicaciones obstétricas y facilitar la infección por el VIH.

En los hombres, el agente infeccioso invade y persiste en la próstata, la uretra o las vesículas seminales, y a menudo produce solo síntomas leves, pero puede causar hasta el 5 a 10% de los casos de uretritis no gonocócica en algunas zonas.

El diagnóstico se hace por identificación del parásito móvil, por estudio microscópico de secreciones o por cultivo, que es la técnica más sensible. Las tricomonas se identifican también en el frotis de Papanicolaou.

La tricomoniasis es una enfermedad de amplia distribución geográfica y frecuente en todos los continentes y en todas las razas, especialmente en los adultos, con mayor incidencia entre las mujeres de 16 a 35 años de edad. Aproximadamente 20% de las mujeres pueden infectarse en los años de vida reproductiva.

Se transmite por contacto con secreciones vaginales y uretrales de las personas infectadas durante las relaciones sexuales. Su periodo de incubación es de 4 a 20 días, con un promedio de siete días; muchas personas son portadoras asintomáticas durante años. El periodo de transmisibilidad dura mientras la infección persiste, a veces años. La enfermedad clínica afecta principalmente a las mujeres.

- Las medidas preventivas incluyen:
- Acudir al médico en caso de secreción anormal de los genitales, abstenerse de mantener relaciones sexuales mientras no se complete la investigación y el tratamiento. Promover conductas sexuales "sin riesgos", entre ellas el uso del condón, en los contactos sexuales monogámicos.
- Evitar las relaciones sexuales durante el periodo de infección y tratamiento.
- Investigar los contactos y la fuente de infección: necesario evaluar a los compañeros sexuales en busca de otras infecciones de transmisión sexual y someterlos a tratamiento.

La lesión puede darse sin la presencia manifiesta de un chancro, es decir, puede estar oculta en el recto o en el cuello uterino. Después de cuatro a seis semanas, incluso sin tratamiento específico, el chancro comienza a mostrar involución, y en aproximadamente un tercio de los casos no tratados puede surgir una erupción secundaria, generalizada, a menudo con síntomas generales leves. Se considera clásica la erupción maculopapulosa simétrica que abarca las palmas de las manos y las plantas de los pies y su linfadenopatía acompañante.

Las manifestaciones secundarias muestran resolución de modo espontáneo en el término de semanas a 12 meses, un tercio de los casos de sífilis secundaria no tratada termina por ser clínicamente latentes durante semanas o años.

En cualquier momento puede producirse la enfermedad del sistema nervioso central: en la forma de meningitis sífilítica aguda en la sífilis secundaria o latente temprana, más tarde se forma la sífilis meningo vascular y por último la forma de paresia o tabes dorsal.

La infección concurrente por el VIH puede aumentar el riesgo por sífilis del sistema nervioso central.

La sífilis afecta a personas jóvenes, sexualmente activas, prevalece en las zonas urbanas y su incidencia es mayor en los hombres; entre los factores de riesgo se encuentran: el consumo de drogas, ilícitas, la prostitución, el SIDA y el inicio de la vida sexual a edad más temprana.

La sífilis se transmite durante las relaciones sexuales, por contacto directo con exudados infecciosos de lesiones iniciales húmedas, evidentes o no manifiestas de la piel y las membranas mucosas; también se transmite de la madre infectada al feto vía transplacentaria; por transfusión sanguínea, si el donante esta en la fase temprana de la enfermedad.

Su periodo de incubación es de 10 días a 3 meses, por lo común tres semanas. La transmisión de la infección es rara después del primer año, la infección de la madre al feto es más probable si ella está en la fase temprana de la enfermedad, pero puede producirse durante todo el periodo de latencia.

Las formas preventivas para adquirir la enfermedad son:

- Promover la conveniencia de diferir el inicio temprano de actividad sexual, establecer relaciones monógamas mutuas y disminuir el número de parejas sexuales.
- Disuadir la promiscuidad.
- Usar condón en todas las relaciones sexuales.
- Educar a la población para la identificación oportuna de síntomas que indiquen la aparición de alguna ITS, modo de transmisión y acceso a los servicios de salud.
- Abstenerse de tener relaciones sexuales en tanto no se complete el tratamiento específico y desaparezcan las lesiones.
- Identificar los contactos sexuales de las que se adquirió la infección y de las que pudo haber infectado y recibir el tratamiento específico.³⁸

³⁸ <http://www.entornomedioec.org/saludyenfermedades/alfa-omega/html>

3.1.8 HERPES SIMPLE (VHS)

El herpes simple es una infección vírica, causada por el virus del herpes simple de la familia Herpesviridae, subfamilia Alphaherpesvirinae; la enfermedad se caracteriza por una lesión primaria localizada, un periodo de latencia y una tendencia a reaparecer en forma localizada. Los dos agentes etiológicos, llamados virus del herpes simple (VHS) tipos 1 y 2, por lo general producen síndromes clínicos distintos, según la vía de entrada. Ambos pueden infectar el aparato genital o la mucosa de la boca.

El VHS tipo 2 suele causar herpes genital, afecta principalmente a los adultos y se transmite por contacto sexual. Se presenta en infecciones primarias y recurrentes, con síntomas o sin ellos.

En las mujeres los sitios principales de infección primaria son el cuello uterino y la vulva; la enfermedad recurrente por lo general abarca la vulva, la piel perineal, las piernas y los glúteos.

En los hombres, las lesiones aparecen en el glande o en el prepucio, y en el ano y el recto entre quienes practican relaciones sexuales anales. En ambos sexo, la infección puede afectar otros sitios anales o perineales, así como la boca según las prácticas sexuales de los individuos.

La distribución del herpes simple es mundial, del 50 al 90% de los adultos poseen anticuerpos circulantes contra VHS tipo 1; la infección inicial con el VSH 1 por lo general se produce antes del quinto año de vida, pero cada vez se notifican infecciones primarias en adultos, la infección por VSH tipo 2 comienza con la actividad sexual y es rara antes de la adolescencia, excepto en menores que han sido objeto de abuso sexual.

El periodo de incubación es de 2 a 12 días, la transmisibilidad es de dos y hasta siete semanas.

Las medidas preventivas incluyen:

- Educación para la salud, reducir al mínimo la transferencia de material infectante.
- Evitar la contaminación de la piel de los enfermos con material infectante.
- Emplear al condón durante los contactos sexuales para disminuir el riesgo de infección.³⁹

³⁹ <http://www.entornomedioe.org/saludyenfermedades/alfa-omega/html>

3.2 SITUACIÓN ACTUAL EN MÉXICO

Las infecciones de transmisión sexual, constituyen un problema endémico en nuestro país que requiere atención prioritaria, debido a que tienen una frecuencia elevada; su incidencia se da principalmente entre la población económicamente activa, con mayor frecuencia entre los 15 y 49 años de edad, ocasionando problemas graves de salud reproductiva. Las ITS mantienen una estrecha relación con la incidencia del VIH/SIDA.

En México, como en otros países existe un subregistro de las ITS. Esto se debe a que muchas de las infecciones se presentan de manera asintomática, aunado a que la población no identifica oportunamente los síntomas iniciales de algunas enfermedades, en virtud de las creencias particulares con relación a su cuerpo y su salud.

Representan una de las diez principales causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998, la incidencia de las ITS principales se ha incrementado considerablemente. En el caso de la candidiasis y la tricomoniasis urogenitales en 1998 ascendió a 238.6 y 142.1 casos por 1000 habitantes respectivamente.

La tendencia de las ITS clásicas como la gonorrea y la sífilis, es descendente, a diferencia de las llamadas de nueva generación (como el VIH, VPH y el herpes genital, entre otras) que tienden a aumentar. Entre 1990 y 1998, la incidencia de la infección gonocócica pasó de 23.2 a 15.6 casos por 100 mil habitantes, la sífilis adquirida de 5.7 a 1.8, y la del herpes genital de 4.4 a 5 casos por 100 mil.

En 1997, el SIDA se ubicó como la decimoquinta causa de muerte en el país, la tercera entre hombres de 25 a 34 años y la sexta causa entre las mujeres del mismo grupo de edad.

Para 1999, el número acumulado de casos diagnosticados de casos de SIDA en el país ascendió a 42 762. Sin embargo se considera que ésta cifra subestima el nivel de casos realmente existentes en toda la República, debido tanto al retraso con el que se reportan, como al subregistro de los mismos. De acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), los casos acumulados de esta enfermedad desde los primeros casos notificados en 1983 hasta diciembre de 1999 ascendía a 64 mil. Asimismo, en 1997 se estimaba que el número de personas seropositivas (aquellas que viven con el VIH pero que no han desarrollado el SIDA) oscilaba entre 116 mil y 174 mil personas.

Entre 1989 y 1997, el SIDA había cobrado 26, 463 muertes en el país, con una tasa de mortalidad que ha aumentado de .1.8 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 4.4 defunciones por 100 mil en 1997.

Los casos por entidad federativa de ITS, hasta la semana epidemiológica 28 de 2002, se presentaron como sigue:

Infecciones de Transmisión sexual	Casos Acumulados 2002	Casos Acumulados 2001
Sífilis congénita CIE 10ª Rev. A 50	47	55
Sífilis adquirida CIE 10 a. Rev. A 51- A 53	1048	904
Infección gonocócica Genitourinaria CIE 10 a. Rev. A 54.0- A542	1167	1542
Infección asintomática por VIH CIE 10 a Rev. Z 21	1559	1892
SIDA * CIE 10ª. Rev. B 20-B 24	463	

*Casos diagnosticados en 2002.

Fuente: Dirección General de Epidemiología. Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica. Secretaría de Salud México, 2002.

CAPÍTULO IV

ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA

ESTE TEXTO NO SE
DEBE DELEGAR

CAPÍTULO IV ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA

4. ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA

La Estrategia de Extensión de Cobertura de Servicios de Salud a población abierta de las comunidades rurales dispersas , constituye un mecanismo operativo, mediante el cual la Secretaría de Salud proporciona servicios de atención primaria a la población a través de un recurso de la comunidad.

Dicho recurso , conjuntamente con el resto del personal de salud involucrado en la estrategia deben tener el conocimiento de las características de la comunidad, como son: tipo. Ubicación. , vías de comunicación , líderes , autoridades , grupos formales , servicios públicos , organización , así como los valores , costumbres , tradiciones , etc., a fin de identificar en forma conjunta con la comunidad . tanto las necesidades como las alternativas para contribuir a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la propia comunidad.

Las auxiliares de Salud son personas seleccionadas por la propia comunidad, generalmente en las reuniones convocadas por Comité de Salud; organismo creado en el seno de la misma para el impulso de acciones concretas que permiten mejorar las condiciones de salud de los habitantes de las comunidades.

Este Auxiliar de Salud representa la base de los servicios que se proporcionan a la población rural dispersa.

La capacitación inicial y el adiestramiento en servicio se realiza durante las supervisiones a las comunidades o en las reuniones con las Auxiliares de Salud, estos son proporcionados por el personal Supervisor de Auxiliares quienes fueron capacitados previamente.

Cada Supervisor de Auxiliares de Salud tiene a su cargo en promedio de diez auxiliares, una por comunidad, con las cuales constituye un "Módulo de atención comunitaria". La Supervisora visita a cada Auxiliar en su comunidad dos veces por mes para proporcionarle asesoría, supervisión y adiestramiento en servicio, además, recopila mensualmente los datos relativos a las atenciones prestadas por cada Auxiliar para concentrarlos en el informe mensual del módulo; la Supervisora es responsable de apoyar las actividades que realiza la Auxiliar de Salud y de proporcionarle los materiales necesarios para cumplir sus funciones. Estas acciones son apoyadas por el Coordinador Médico Jurisdiccional, quien representa el enlace entre la Supervisora de Auxiliares de Salud y la Jurisdicción Sanitaria.

La organización y la administración de las unidades de primer y segundo nivel deben considerar la demanda que se genera en la comunidad atendida por el Auxiliar de Salud, a fin de garantizar realmente el acceso a los servicios de salud. En este aspecto en el que el apoyo del Coordinador Médico Jurisdiccional es trascendental, ya que le corresponde verificar a través de las Supervisoras Auxiliares de Salud, no, sólo si dan atención oportuna e inmediata en los centros de Salud y Hospitales, si no que continúen las indicaciones médicas en la comunidad. El cumplimiento del proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes entre el Auxiliar de Salud y las unidades de atención médica debe ser considerado como prioritario.

Los diferentes servicios que conforman la Estrategia de extensión de Cobertura y que se proporcionan a la comunidad a través del Auxiliar de Salud son: Planificación Familiar, Atención al menor de cinco años, incluyendo la distribución de sobres de hidratación oral y las inmunizaciones; la Atención al Embarazo, parto y Puerperio. Así como aquellas actividades en que sea necesaria su colaboración para atender problemas de salud prevalentes en la localidad o región como puede ser el control de tuberculosis, paludismo, dengue y otros, además de la notificación oportuna de enfermedades, dentro del marco del Sistema de Vigilancia

Epidemiológica Simplificada y la referencia de pacientes a las unidades de atención Médica. Invariablemente, la asignación de responsabilidades al Auxiliar de Salud deberá de acompañarse a la capacitación correspondiente para cumplirla satisfactoriamente.

En lo que se refiere a planificación Familiar los servicios que provee el Auxiliar de Salud comprenden la promoción de las ventajas que para la salud de la mujer y la familia conlleva el espaciamiento entre los embarazos así como el nacimiento del primer hijo después de los veinte años de edad de la madre y el último antes de los treinta y cinco años de edad, así como también la distribución de los métodos anticonceptivos hormonales y preservativos de acuerdo al estado de salud de cada mujer y sus condiciones Familiares atendiendo las disposiciones que señala la norma técnica de Planificación en la atención primaria a la salud.

El control prenatal comprende la promoción de las ventajas que ofrece para la salud de la madre y del niño la vigilancia oportuna y periódica del embarazo, la atención del parto por personal capacitado y vigilancia del puerperio. Esta tarea promocional se complementa con la revisión periódica durante el embarazo con la finalidad de detectar factores de riesgo materno y perinatal que permitan la referencia oportuna a las unidades médicas.

La atención del menor comprende la vigilancia del crecimiento y desarrollo a través de su revisión periódica y de la protección específica contra las enfermedades prevenibles por vacunación como la poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, tuberculosis pulmonar, también comprende la distribución de sobres de sales para hidratación oral, resultado de la participación de la madre y de la familia indispensable para que esta actividad sea efectiva.

La referencia y contrarreferencia constituyen una acción importante que contribuye a que las personas que deban ser atendidas fuera de su comunidad, reciban la atención en los Centros de Salud y Hospitales más próximos a su domicilio.

Sin embargo, para que dicha acción se realice es indispensable que todo el personal de los Centros de Salud y Hospitales conozcan el trabajo que realiza la Auxiliar de Salud, la Supervisora de Auxiliares de Salud y el Coordinador Médico Jurisdiccional en la Estrategia de Extensión de cobertura para que puedan identificar la importancia de su propia participación, así como la trascendencia que tiene para apoyar el trabajo de la Auxiliar de Salud en las comunidades que no cuentan con los servicios formales de atención Médica.⁴⁰

⁴⁰ SSA y Col's La Supervisora de Auxiliares de Salud dentro del Programa de Salud del Programa de Planificación Familiar en la Estrategia de Extensión de Cobertura. Pp7 a 13.

RESULTADOS

CUADROS Y GRÁFICAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

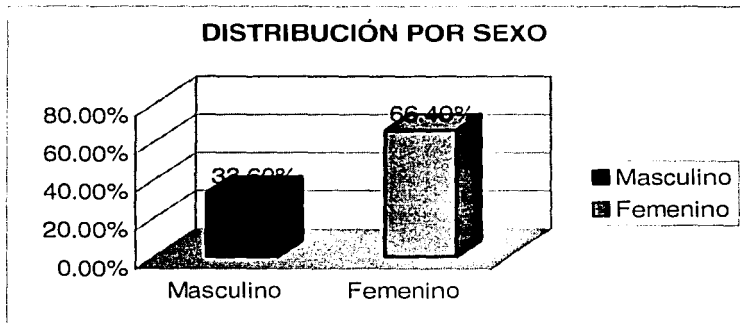
CUADROS Y GRÁFICAS

a) CUADRO 1 DISTRIBUCIÓN POR SEXO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	132	33.6%
Femenino	261	66.4%
Total	393	100.0%

FUENTE : DATOS OBTENIDOS DE CUESTIONARIO APLICADO A ADOLESCENTES DEL CCH Naucalpan. MÉXICO 2003.

GRÁFICA 1



FUENTE : CUADRO 1.

Para la presente investigación participaron 393 Adolescentes de los cuales el 66% corresponde a la población femenina y aún cuando la muestra se tomó al azar se puede observar el notable predominio que hay del sexo femenino contra el masculino ya que los varones estuvieron representados por un 34%.

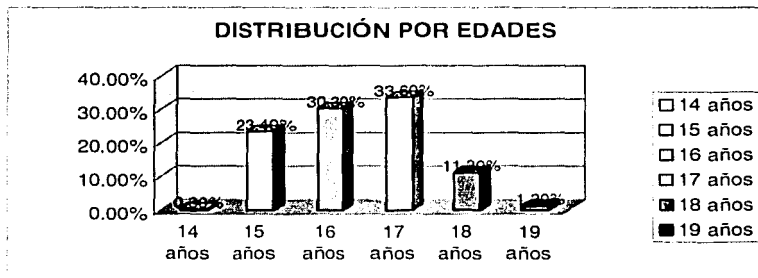
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

b) CUADRO 2 DISTRIBUCIÓN POR EDADES.

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14 años	1	.3%
15 años	92	23.4%
16 años	119	30.3%
17 años	132	33.6%
18 años	44	11.2%
19 años	5	1.3%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM CUADRO 1

GRÁFICA 2



FUENTE : CUADRO 2

Dentro de los criterios de inclusión se pidió que los participantes tuvieran una edad mínima de 13 años y una máxima de 19 años. La población dominante se localizó en los 17 años con un 34%, seguida por la de 16 años con un 30% y la de 15 años con un 23%.

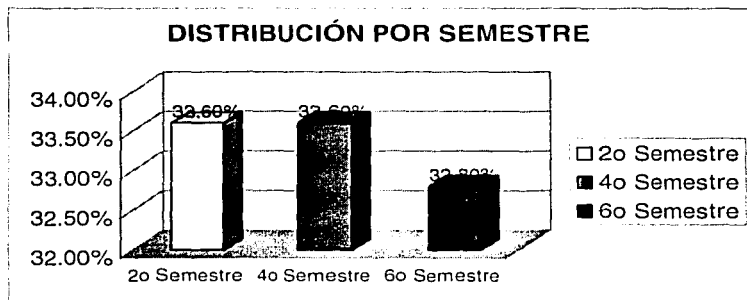
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

c) CUADRO 3 DISTRIBUCIÓN POR SEMESTRE

SEMESTRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Segundo semestre	132	33.6%
Cuarto semestre	132	33.6%
Sexto semestre	129	32.8%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 3



FUENTE : CUADRO 3

Los semestres existentes en el momento de la aplicación fueron 2°, 4°, y 6° por lo que a conveniencia se aplicaron los cuestionarios dividiéndose el total de cuestionarios entre 3 para que fuera equitativa la muestra representativa de la población del plantel.

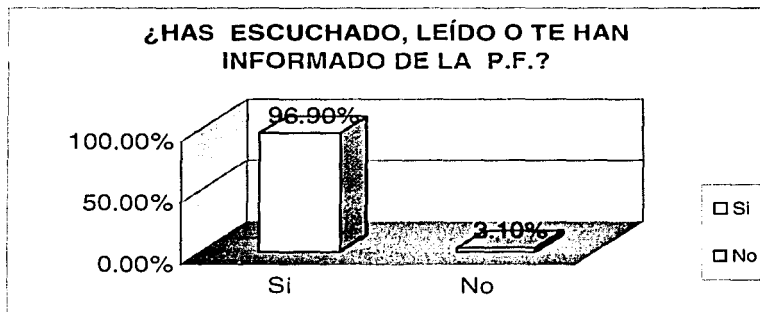
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

d) CUADRO 4 HAS ESCUCHADO LEÍDO O TE HAN INFORMADO ACERCA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Si	381	96.9%
No	12	3.1%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 4



FUENTE : CUADRO 4

El 97% de los Adolescentes aceptó conocer a la Planificación Familiar y sólo un 3% negó conocer a la Planificación Familiar

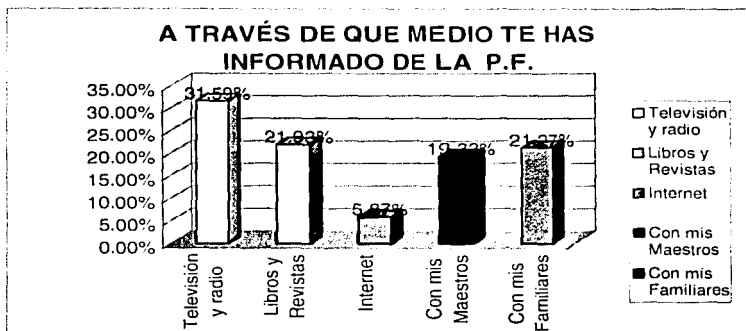
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

e) CUADRO 5 ¿A TRAVÉS DE QUE MEDIO TE HAS INFORMADO DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Televisión y radio	242	31.59%
Libros y revistas	168	21.93%
Internet	45	5.87%
Con mis Maestros	148	19.32%
Con mis Padres	163	21.27%
Total	766	100.00%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 5



FUENTE : CUADRO 5

Del 97% que aceptó conocer a la Planificación Familiar el 32% se informó a través de la Televisión y la radio, el 22% a través de libros y revistas y el 21% con sus Padres

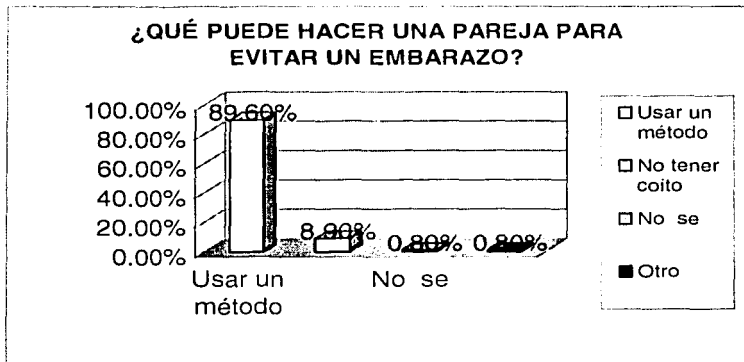
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

f) **CUADRO 6 ¿ QUÉ CONSIDERAS QUE PUEDE HACER UNA PAREJA PARA EVITAR UN EMBARAZO?**

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Usar algún método	352	89.6%
No tener relaciones sexuales	35	8.9%
No sé	3	.8%
Otro	3	.8%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 6



FUENTE : CUADRO 6

Los Adolescentes en un 90% consideran que para evitar un embarazo se debe de usar algún método anticonceptivo y tan sólo el 9% consideran que no se debe de tener relaciones sexuales.

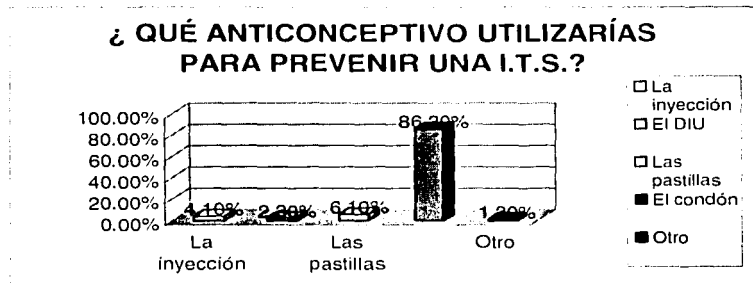
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

g) CUADRO 7 ¿ QUÉ MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZARÍAS PARA PREVENIR LAS I.T.S.?

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Inyección	16	4.1%
El DIU	9	2.3%
Las pastillas anticonceptivas	24	6.1%
El condón masculino	339	86.3%
Otro	5	1.3%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 7



FUENTE : CUADRO 7

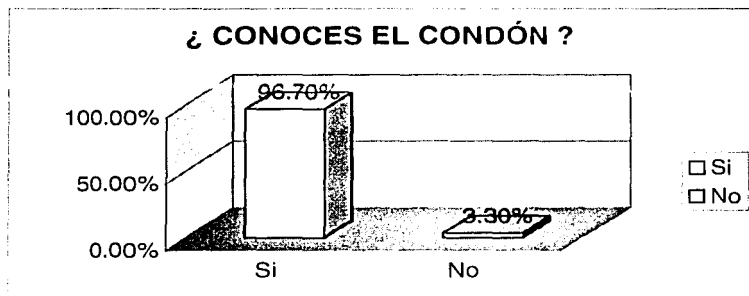
El 86% utilizaría como primera alternativa el condón masculino para evitar contraer una Infección de Transmisión Sexual, el 14% restante utilizarían un método anticonceptivo el cuál únicamente servirá para evitar un embarazo no planeado, pero no para evitar infectarse con una I.T.S.

h) CUADRO 8 ¿ CONOCES EL CONDÓN MASCULINO?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	380	96.7%
No	13	3.3%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM CUADRO 1

GRÁFICA 8



FUENTE : CUADRO 8

EL 97% de la población entrevistada aceptó conocer el condón Masculino y el 3% refirió no conocerlo

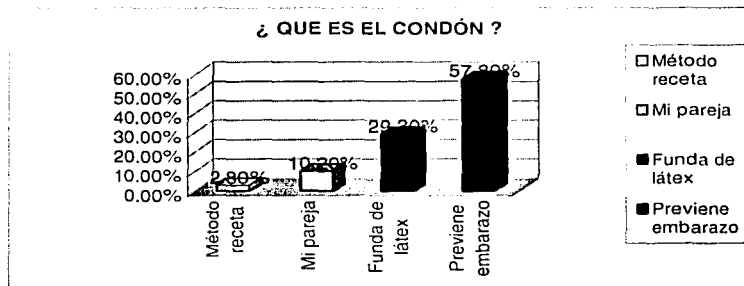
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1) CUADRO 9 ¿ PARA TÍ QUE ES EL CONDÓN O PRESERVATIVO MASCULINO?

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Es un método anticonceptivo que sólo se consigue con receta	11	2.8%
Es un método anticonceptivo que sólo mi pareja decide si lo uso o no	40	10.2%
Es una funda de plástico (látex) que se utiliza para cubrir el pene	115	29.3%
Es un método anticonceptivo que sólo previene los embarazos no planeados	227	57.8%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 9



FUENTE : CUADRO 9

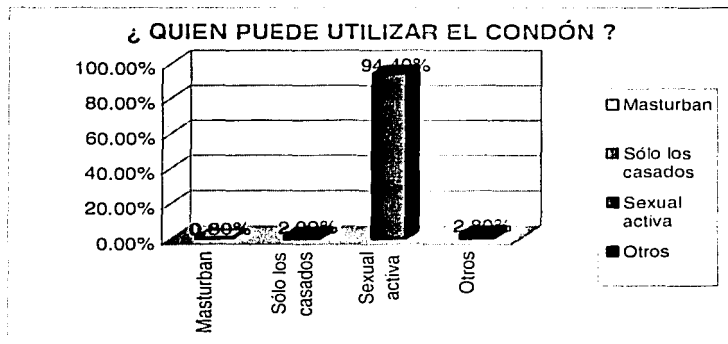
Del 97% de los adolescentes que afirmaron conocer el condón masculino el 58% dice que es un método anticonceptivo que solo previene los embarazos y el 29% respondió que es una funda de látex que cubre el pene. Y el 10% considera que solo su pareja decidirá si lo utiliza o no.

j) CUADRO 10 ¿QUIÉN CONSIDERAS QUE PUEDE UTILIZAR EL CONDÓN MASCULINO?

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Sólo los hombres que se masturban	3	.8%
Sólo los adultos casados	8	2.0%
El hombre con vida sexual activa	371	94.4%
Otro	11	2.8%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 10



FUENTE : CUADRO 10

EL 94% de los adolescentes consideran que el condón lo deben utilizar los hombres con vida sexual activa, el 3% que contesto otros se refirieron a que todos aquellos que quieran protegerse y a que todos por precaución deben utilizarlo y tan solo un 2% considera que sólo los adultos casados deben utilizarlo.

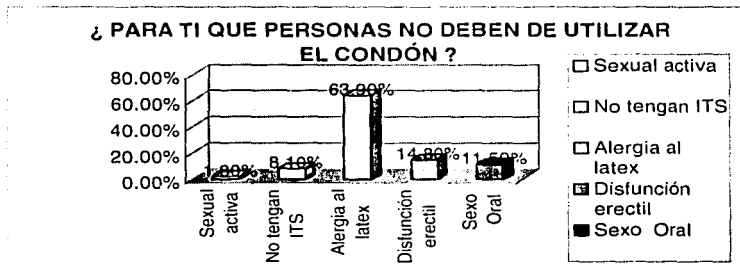
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

k) CUADRO 11 ¿PARA TÍ QUÉ PERSONAS NO DEBEN UTILIZAR EL CONDÓN?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombres con vida sexual activa	7	1.8%
Hombres que no tengan alguna infección de transmisión sexual	32	8.1%
Hombres que tengan alergia al latex	251	63.9%
Hombres con disfunción eréctil	58	14.8%
Hombres que practican el sexo oral	45	11.5%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 11



FUENTE : CUADRO 11

El 79% de los encuestados piensan que aquellos que no deben utilizar el condón son aquellos que tengan alergia al látex o disfunción impide, mientras que el 11% piensan que aquellos que practiquen el sexo oral no deben utilizar el condón y el 8% considera que si no hay Infección de Transmisión Sexual No hay por que utilizar el condón.

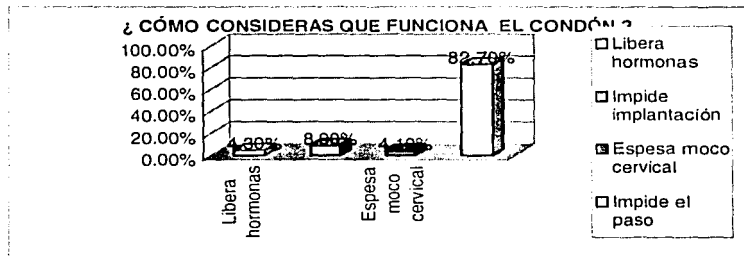
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1) CUADRO 12 ¿CÓMO CONSIDERAS QUE FUNCIONA EL CONDÓN MASCULINO?

RÉSPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Libera hormonas e impide el embarazo	17	4.3%
Impide que el óvulo y el espermatozoide se implanten	35	8.9%
Espesa moco cervical	16	4.1%
Impide el paso de los espermatozoides y de microorganismos al aparato reproductor femenino	325	82.7%
Total	393	100.0%

FUENTE: IBIDEM

GRÁFICA 12



FUENTE: CUADRO 12

El 82% dice que el condón funciona impidiendo el paso de los espermatozoides y de microorganismos al aparato reproductor femenino el 9% dice que impide que el óvulo y el espermatozoide se implanten y el 8% restante dicen que actúa a nivel hormonal liberando hormonas y espesando el moco cervical.

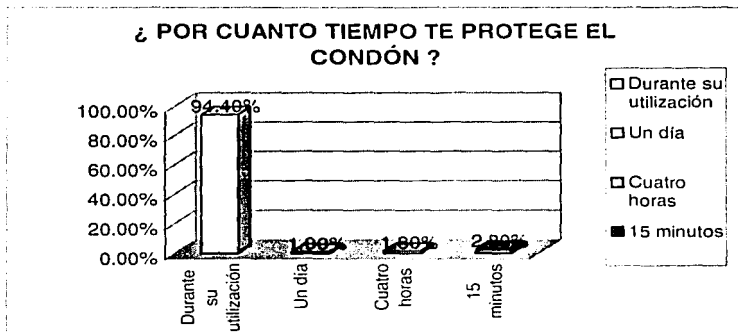
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

m) CUADRO 13 ¿ POR CUÁNTO TIEMPO TE PROTEGE EL CONDÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA INFECCIÓN?

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Sólo durante el tiempo de su utilización	371	94.4%
Durante un día	4	1.0%
Durante cuatro horas	7	1.8%
Durante 15 minutos	11	2.8%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 13



FUENTE : CUADRO 13

Con relación al tiempo de protección del condón masculino en cuanto a un embarazo o una infección de transmisión sexual el 94% de los encuestados dice que sólo durante el tiempo de su utilización, el 3% que durante 15 minutos, el 2% que durante 4 horas y 1% que durante un día

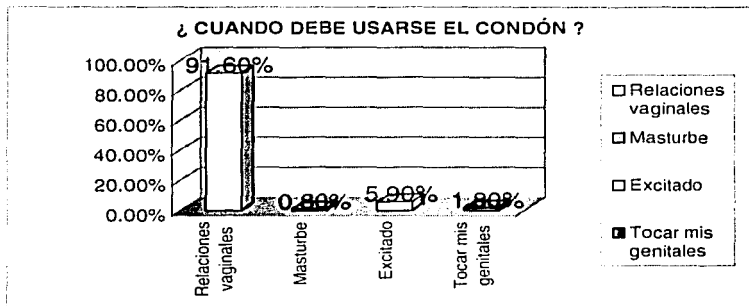
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

n) CUADRO 14 ¿CUÁNDO CONSIDERAS QUE DEBE USARSE EL CONDÓN MASCULINO?

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Cuando tenga relaciones vaginales, anales u orales	360	91.6%
Sólo cuando me masturbe	3	.8%
Cuando este excitado	23	5.9%
Cuando vaya a tocar mis genitales	7	1.8%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 14



FUENTE : CUADRO 14

Los adolescentes en un 92% consideran que el condón debe de utilizarse sólo cuando se tengan relaciones vaginales, anales u orales, el 6% dice que cuando están excitados, el 2% que debe de usarse cuando vayan a tocar sus genitales

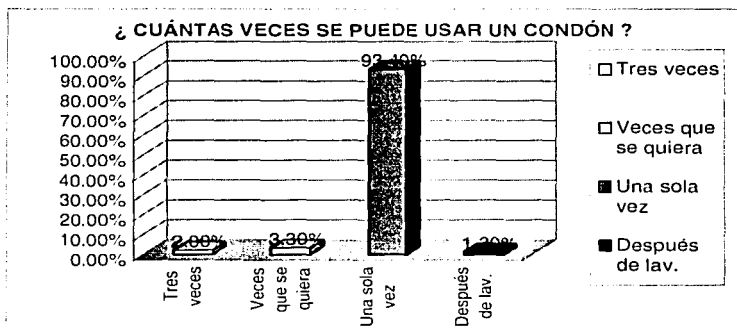
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

o) CUADRO 15 ¿CUÁNTAS VECES PIENSAS QUE SE PUEDE UTILIZAR UN MISMO CONDÓN MASCULINO?

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Tres veces	8	2.0%
Las veces que se quiera	13	3.3%
Una sola vez	367	93.4%
Después de lavarlo las veces que se quiera	5	1.3%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 15



FUENTE :CUADRO 15

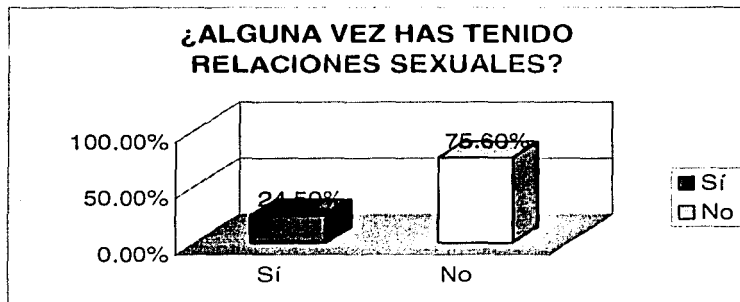
Con respecto a las veces que se debe utilizar un mismo condón masculino el 93% de los adolescentes dice que sólo puede utilizarse una vez, el 7% de la población restante piensa que el condón se puede utilizarse en más de una vez e inclusive piensa que después de lavarlo puede utilizarse las veces que se quiera.

p) CUADRO 16 ¿ALGUNA VEZ HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES (COITO)?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	96	24.5%
No	297	75.6%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRAFICA 16



FUENTE : CUADRO 16

De los 393 estudiantes que participaron en la investigación el 24% ya inicio su vida sexual y el 46% aún no la ha iniciado.

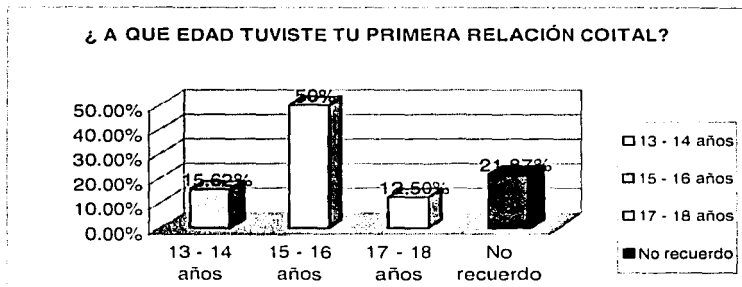
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

q) CUADRO 17 ¿A QUÉ EDAD TUVISTE TU PRIMERA RELACIÓN COITAL?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13-14 años	15	15.62
15-16 años	48	50.00
17-18 años	12	12.50
No recuerdo	21	21.07
Total	393	100.0

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 17



FUENTE : CUADRO 17

Las edades en las que los adolescentes inician su vida sexual son entre los 15 y 16 años lo cual equivale a un 50%, un 22% No recuerda la edad y un 16% la inicio entre los 13 y 14 años.

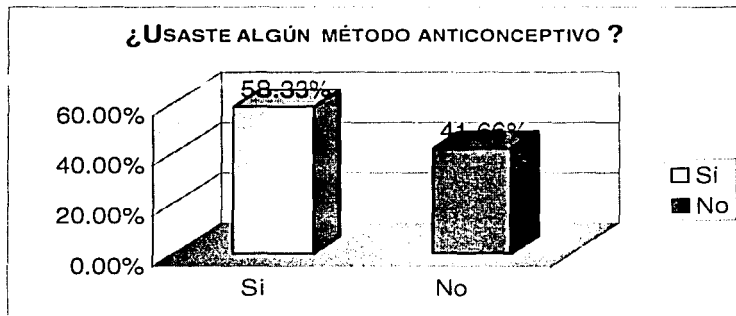
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

r) CUADRO 18 ¿USASTE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	56	58.33%
No	40	41.66%
Total	96	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 18



FUENTE :CUADRO 18

De los 96 alumnos que han tenido relaciones sexuales el 58% si utilizo un método anticonceptivo, mientras que el 42% no utiliza ningún método anticonceptivo.

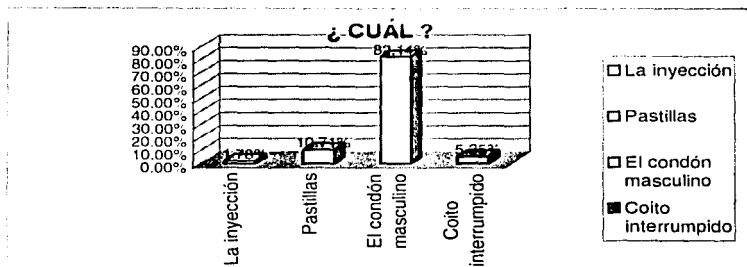
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

s) CUADRO 19 ¿CUÁL?

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Inyección anticonceptiva	1	1.78%
Pastillas anticonceptivas	6	10.71%
Condón masculino	46	82.14%
Coito interrumpido	3	5.35%
Total	56	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 19



FUENTE : CUADRO 19

Del 58% de los adolescentes que usaron un método anticonceptivo en su primera relación coital, el 82% utilizó el condón masculino, sólo el 11% usó pastillas y el resto usó otro método anticonceptivo pudiendo ser este natural u hormonal.

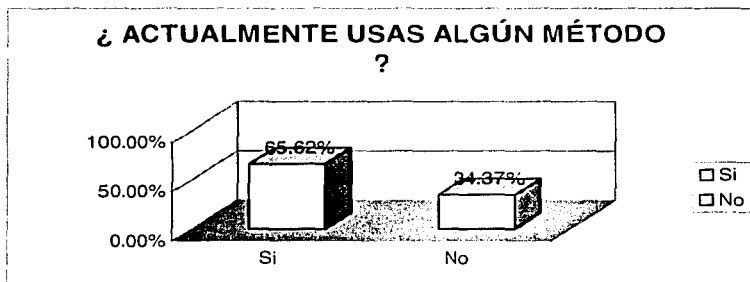
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

t) CUADRO 20 ¿ACTUALMENTE USAS ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Sí	63	65.62%
No	33	34.37%
Total	96	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 20



FUENTE :CUADRO 20

De los adolescentes que actualmente tienen vida sexual activa el 66% si utiliza un método anticonceptivo, y el 34% No utiliza ningún método anticonceptivo.

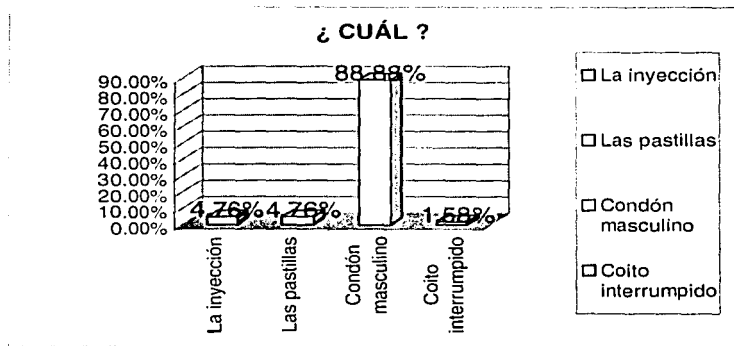
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

u) CUADRO 21 ¿CUÁL?

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Inyección anticonceptiva	3	4.76%
Pastillas anticonceptivas	3	4.76%
Condón masculino	56	88.88%
Coito interrumpido	1	1.58%
Total	63	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 21



FUENTE : CUADRO 21

De los adolescentes que actualmente utilizan un método anticonceptivo el 89% utiliza el condón masculino y el 11% v el restante utilizan diversos métodos como lo son; los métodos anticonceptivos hormonales y métodos anticonceptivos naturales.

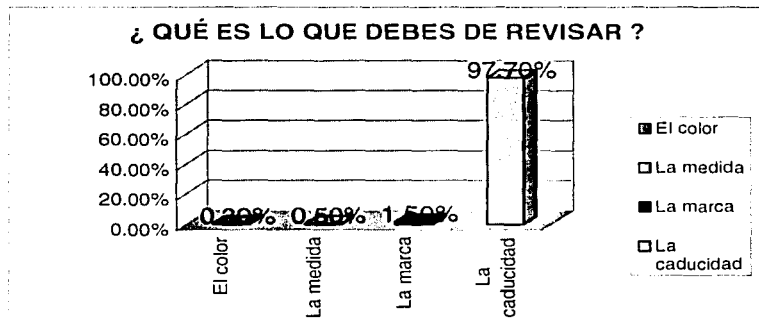
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

v) CUADRO 22 ANTES DE ABRIR EL CONDÓN MASCULINO ¿QUÉ ES LO QUE DEBES DE REVISAR?

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Que sea del color que le gusta a mi pareja	1	.3%
Que sea de la medida que uso	2	.5%
La marca	6	1.5%
La fecha de caducidad y que contenga la burbuja de aire	384	97.7%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 22



FUENTE : CUADRO 22

El 98% de los adolescentes dicen que antes de abrir el condón se debe de revisar la fecha de caducidad y que la envoltura no este perforada para ello debe de contener la burbuja de aire un 1.5 % lo que revisa antes abrirlo es la marca y él .8% revisa la medida y el color

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

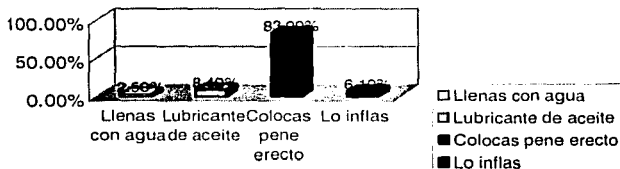
w) CUADRO 23 ¿CUÁNDO SACAS EL CONDÓN MASCULINO DE SU ENVOLTURA ¿ QUÉ ES LO QUE HACES CON ÉL?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lo llenas con agua para ver que no tenga ruptura y después te lo pones	10	2.5%
Le pones lubricante a base de aceite Y te lo pones	33	8.4%
Tomas el condón de la punta y lo colocas en el pene erecto	326	83.0%
Lo inflas para ver que no se salga el aire y té, lo pones	24	6.1%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 23

CUANDO SACAS EL CONDÓN DE SU ENVOLTURA ¿ QUÉ ES LO QUE HACES CON ÉL?



FUENTE :CUADRO 23

Se les cuestionó a los adolescentes que una vez que sacan el condón de su envoltura que es lo que hacen con él y el 83% respondió que toman el condón de la punta y lo colocan en el pene erecto. El 8% le pone lubricante a base de aceite y se lo coloca y el 6% lo infla para ver que no se encuentre perforado y después se lo coloca.

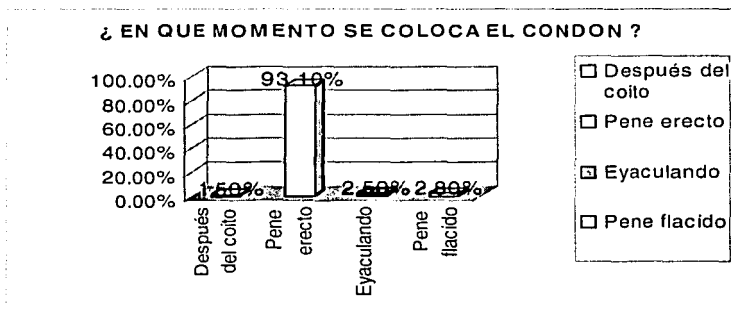
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

x) CUADRO 24 ¿EN QUÉ MOMENTO CONSIDERAS, QUE SE DEBE DE COLOCAR EL CONDÓN MASCULINO?

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Después de haber tenido la relación coital	6	1.5%
Cuando el pene esta en erección antes de introducirlo a la vagina ano u boca.	366	93.1%
Cuando este eyaculando	10	2.5%
Cuando el pene esta flácido	11	2.8%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 24



FUENTE :CUADRO 24

El 93% de la población considera que el momento en que debe de colocarse el condón es cuando el pene esta erecto y antes de introducirlo a la vagina ano u boca el 7% restante divide su opinión. El 3% considera que se debe de colocar cuando el pene esta flácido el 2% considera que se debe de colocar en el momento de la eyaculación.

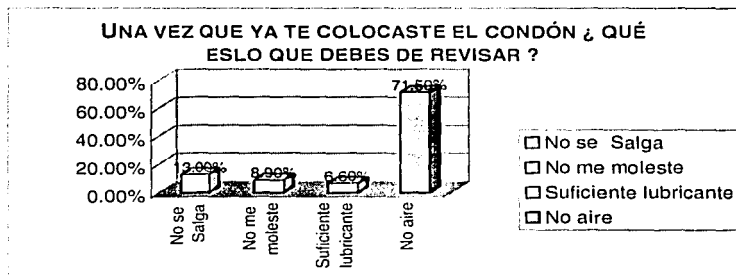
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y) CUADRO 25 UNA VEZ QUE YA TE COLOCASTE EL CONDÓN ¿ QUÉ ES LO QUE DEBES DE REVISAR?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Que no se salga	51	13.0%
Que no me moleste su uso	35	8.9%
Que tenga suficiente lubricante	26	6.6%
Que no tenga burbujas de aire	281	71.5%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 25



FUENTE :CUADRO 25

Lo que el 71% de los adolescentes revisa una vez que ya se colocó el condón es que no se hayan formado burbujas de aire entre el condón y la pared del pene el 13% revisa que el condón no se salga el 9% revisa que su uso no le moleste.

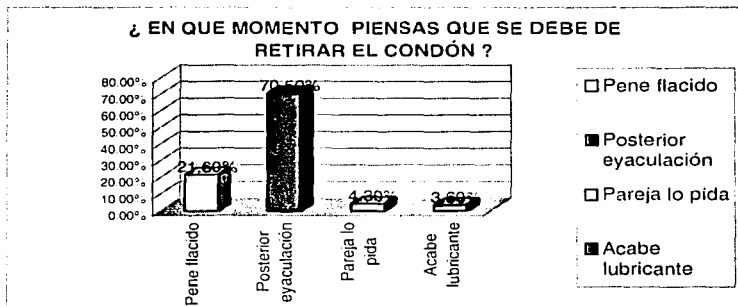
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

z) CUADRO 26 ¿EN QUÉ MOMENTO PIENSAS QUE SE DEBE DE RETIRAR EL CONDÓN MASCULINO?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cuando el pene esta flácido	85	21.6%
Posterior a la eyacuación cuando el pene aún esta erecto	277	70.5%
Cuando la pareja lo pida	17	4.3%
Cuando se acabe el lubricante	14	3.6%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 26



FUENTE :CUADRO 26

El 70% de los encuestados piensan que el condón debe de retirarse posterior a la eyacuación con el pene aún erecto, el 22% piensa que se debe de retirar cuando el pene se encuentra flácido y el 8% restante divide su opinión en que se debe de retirar cuando la pareja lo pida o cuando se le acabe el lubricante.

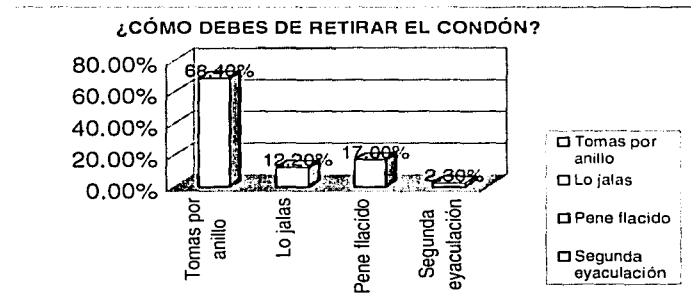
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

aa) CUADRO 27 ¿CÓMO DEBES DE RETIRAR EL CONDÓN MASCULINO?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con el pene aún erecto lo tomas por el anillo y lo desplaza	269	68.4%
Tomas el condón por la punta y lo jalas	48	12.2%
Esperas a que el pene este flácido y lo retiras	67	17.0%
Esperas la segunda eyaculación y lo retiras	9	2.3%
Total	393	100.0

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 27



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FUENTE : CUADRO 27

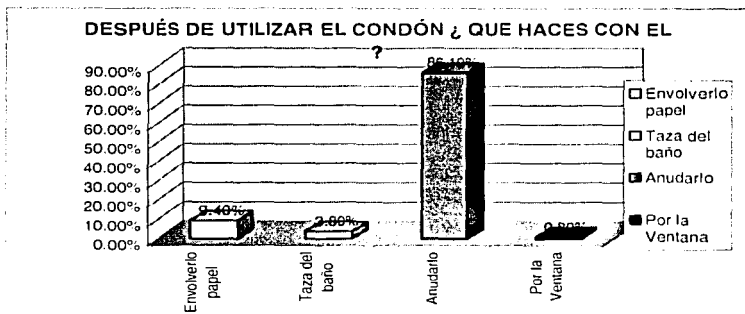
El 68% de los adolescentes piensan que el condón se debe de retirar con el pene aún en erección y se debe de tomar el condón por el anillo y lo desplazan hacia arriba procurando no derramar el semen. El 17% piensan que deben de esperar a que el pene se encuentre flácido para retirar el preservativo. El 12% piensan que para retirar el condón deben de tomarlo por la punta y jalarlo.

bb) **CUADRO 28 DESPUÉS DE UTILIZAR EL CONDÓN MASCULINO
¿QUÉ DEBES HACER?**

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Envolverlo en papel y tirarlo	37	9.4%
Tirarlo en la taza del baño	15	3.8%
Anudarlo el preservativo para que no se derrame el semen y tirarlo	338	86.1%
Tirarlo por la ventana	3	.8%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 28



FUENTE :CUADRO 28

Los adolescentes en un 86% piensan que posterior a la utilización del condón, se debe de anudar para que no se derrame el semen y tirarlo al bote de la basura, un 9% piensa que se debe de envolver en papel y tirarlo y el 5% restante divide su opinión en que se debe desechar a la taza del baño o tirarlo por la ventana.

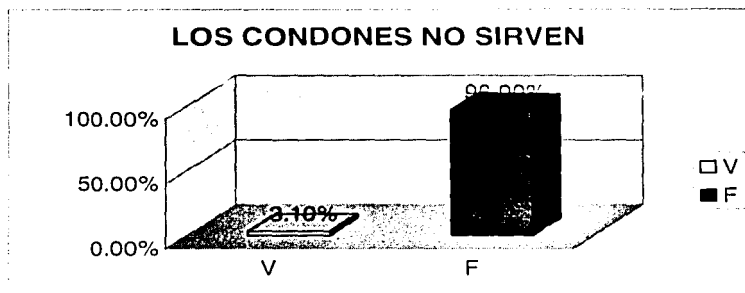
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

cc) CUADRO 29 LOS CONDONES NO SIRVEN

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Verdadero	12	3.1%
Falso	381	96.9%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRAFICA 29



FUENTE : CUADRO 29

NOTA: En la gráfica V; representa a Verdadero y F; a falso

Para el 97% de los adolescentes es falsa el Mito de que los condones No sirven y para el 13% este Mito es verdadero ya que para ellos los condones No sirven.

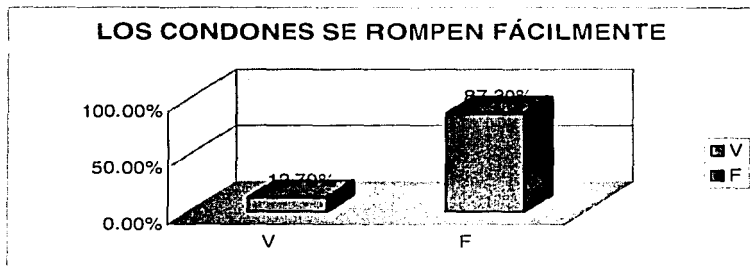
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

dd) **CUADRO 30 LOS CONDONES SE ROMPEN FÁCILMENTE EN LAS RELACIONES COITALES**

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Verdadero	50	12.7%
Falso	343	87.3%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 30



FUENTE :CUADRO 30

NOTA ;IBIDEM GRÁFICA 29.

El 87% de los adolescentes considera que es falso que los condones se rompen fácilmente durante las relaciones coitales, mientras que para el 13% es verdadero que los preservativos se rompan fácilmente durante la relación coital.

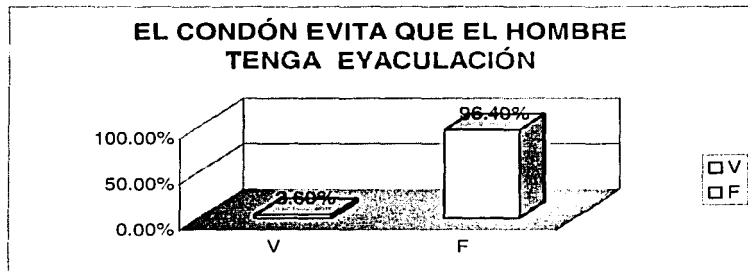
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ee) CUADRO 31 EL CONDÓN EVITA QUE EL HOMBRE TENGA EYACULACIÓN

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Verdadero	14	3.6 %
Falso	379	96.4%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 31



FUENTE : CUADRO 31

NOTA : IBIDEM

Para el 96% de los adolescentes es falso que el condón evita que el hombre tenga eyaculación, mientras que para el 4% es verdadero y consideran que el condón si evita que el hombre tenga eyaculación.

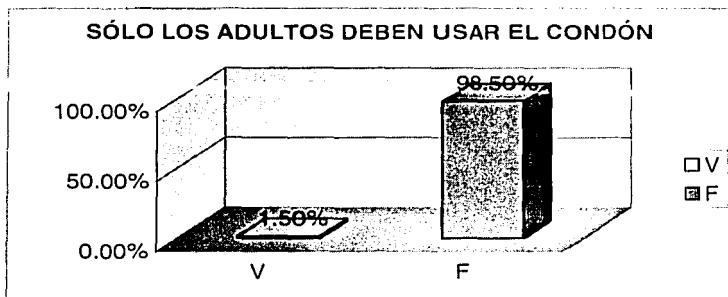
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ff) CUADRO 32 SÓLO LOS ADULTOS DEBEN USAR EL CONDÓN

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Verdadero	6	1.5%
Falso	387	98.5%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 32



FUENTE :CUADRO 32

NOTA : IBIDEM

Para el 98.5% de los adolescentes es falso que el uso del condón masculino sea exclusivo de los adultos y para el 1.5% piensan que es verdadero que solo los adultos deban de utilizar el condón masculino.

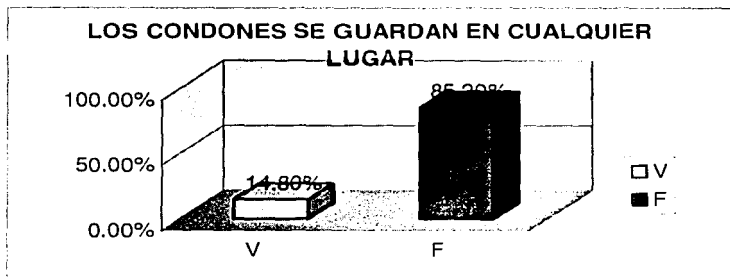
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

gg) **CUADRO 33 LOS CONDOMES SE GUARDAN EN CUALQUIER LUGAR**

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Verdadero	58	14.8%
Falso	335	85.2%
Total	393	100.0%

FUENTE: IBIDEM

GRÁFICA 33



FUENTE :CUADRO 33

NOTA: IBIDEM.

El 85% de los adolescentes piensan que es falsa la idea de que los condones se puedan guardar en cualquier lugar y 15% piensa que es verdadero que los condones sí se pueden guardar en cualquier lugar

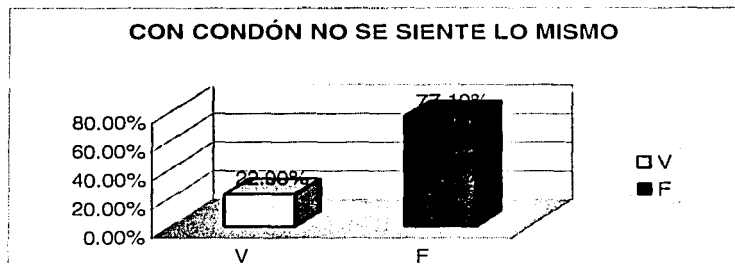
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

hh) **CUADRO 34 CON CONDÓN NO SE SIENTE LO MISMO**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Verdadero	90	22.9%
Falso	303	77.1%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 34



FUENTE : CUADRO 34

NOTA : IBIDEM.

El 77% de los adolescentes piensan que es falso el Mito de que condón no se siente lo mismo mientras que para el 23% este es verdadero consideran que les va a quitar sensibilidad la utilización del condón masculino.

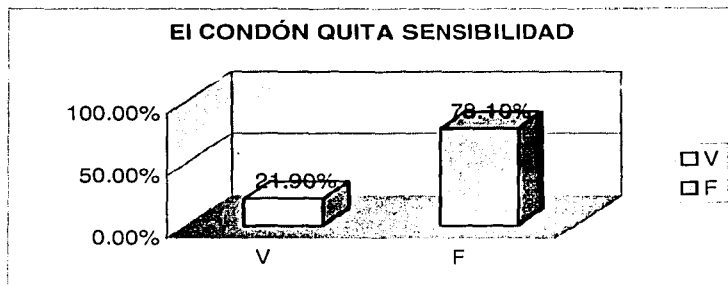
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ii) CUADRO 35 EL CONDÓN QUITA SENSIBILIDAD

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
verdadero	86	21.9
falso	307	78.1
Total	393	100.0

FUENTE : IBIDEM

GRAFICA 35



FUENTE : CUADRO 35

NOTA : IBIDEM.

Para el 78% de los encuestados es falso que el condón quite sensibilidad y para el 22% es verdadero, es decir ellos piensan que el condón sí quite sensibilidad.

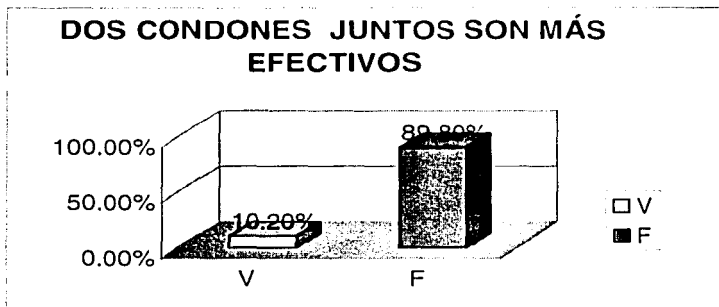
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

jj) CUADRO 36 DOS CONDONES JUNTOS SON MÁS EFECTIVOS

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Verdadero	40	10.2%
Falso	353	89.8%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 36



FUENTE : CUADRO 36

NOTA: IBIDEM.

Para el 90% es falso que dos condones juntos sean más efectivos, mientras que para el 10% esto es verdadero, es decir si utilizan dos condones juntos van a estar más protegidos o va a ver mayor eficacia.

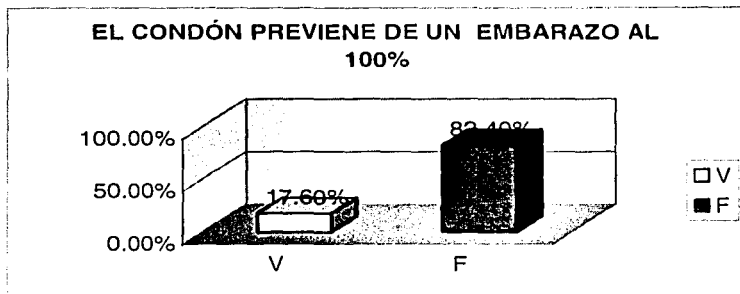
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

kk) CUADRO 37 EL CONDÓN PREVIENE DE UN EMBARAZO AL 100%

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Verdadero	69	17.6%
Falso	324	82.4%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRAFICA 37



FUENTE : CUADRO 37

NOTA : IBIDEM.

El 82% de los adolescentes consideran que es falso que el condón prevenga de un embarazo al 100%, mientras que para el 18% es verdadero, es decir para ellos el condón masculino si previene de un embarazo al 100%

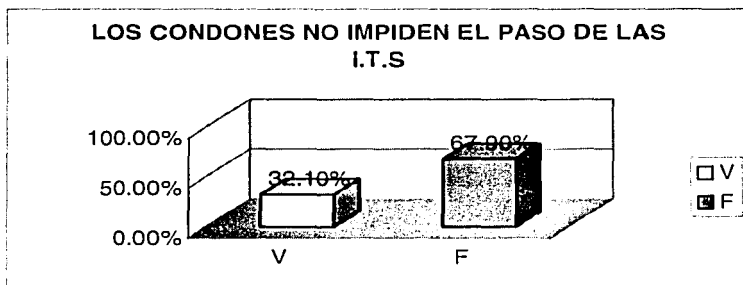
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**II) CUADRO 38 LOS CONDONES NO IMPIDEN EL PASO DE
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Verdadero	126	32.1%
Falso	267	67.9%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRAFICA 38



FUENTE : CUADRO 38

NOTA; IBIDEM.

El 68% de la población piensa que las Infecciones de Transmisión Sexual no pueden atravesar el condón masculino, mientras que el 32% de los adolescentes piensan que las Infecciones de Transmisión sexual si pueden atravesar el condón.

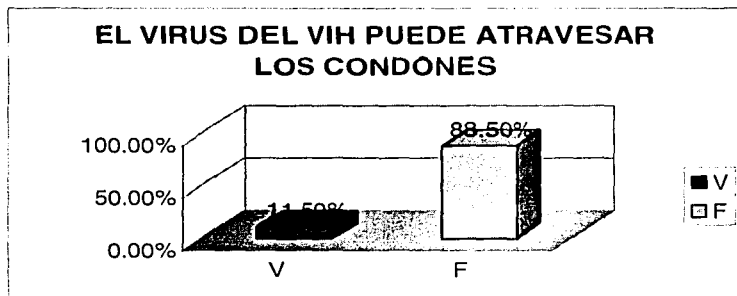
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

mm) **CUADRO 39 EL VIRUS DEL VIH PUEDE ATRAVESAR LOS CONDONES**

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Verdadero	45	11.5%
Falso	348	88.5%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRAFICA 39



FUENTE : CUADRO 39

NOTA : IBIDEM.

Para el 88% de los adolescentes el virus del VIH no puede atravesar el condón, mientras que para el 12% el virus si puede atravesar el condón masculino.

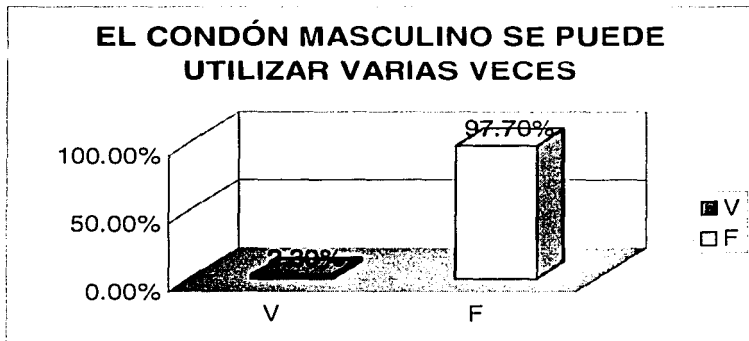
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

nn) **CUADRO 40 EL CONDÓN MASCULINO SE PUEDE UTILIZAR VARIAS VECES**

RESPUESTA.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
Verdadero	9	2.3%
Falso	384	97.7%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 40



FUENTE : CUADRO 40

NOTA; IBIDEM.

Para el 98% de la población el condón no se debe de utilizar varias veces. El 2% piensa que el condón masculino si se puede utilizar varias veces.

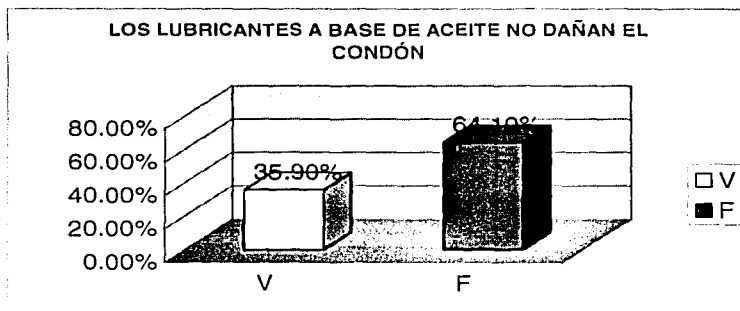
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

oo) **CUADRO 41 LOS LUBRICANTES A BASE DE ACEITE NO DAÑAN EL CONDÓN DE LÁTEX**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Verdadero	141	35.9%
Falso	252	64.1%
Total	393	100.0%

FUENTE : IBIDEM

GRÁFICA 41



FUENTE :CUADRO 41

NOTA; IBIDEM.

El 64 % de los adolescentes piensan que los lubricantes a base de aceite si dañan el condón y el 36% piensa que los lubricantes a base de aceite no dañan el condón.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CONCLUSIONES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

De los anteriores resultados se concluye:

Los alumnos que asisten al Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Naucalpan, se encuentran en su gran mayoría entre los 15-17 años y el sexo que más predominó fue el femenino.

En cuanto a la Planificación familiar la gran mayoría de los encuestados han escuchado o han leído acerca de ella y se han informado en varios medios de los cuales la televisión, libros y revistas son los más conocidos; ya que son de muy fácil acceso para toda la población en general

Sobre la prevención de una embarazo la mayoría de los encuestados saben que la única manera de prevenirlo es usando un método anticonceptivo, aunque cabe mencionar que una minoría prefiere la abstinencia.

El único método anticonceptivo que sirve para la prevención de embarazos no planeados y previene infecciones de transmisión sexual, es el condón masculino; Por ello , un gran porcentaje de los encuestados afirmó que el condón masculino es el único método que previene las I.T.S , aunque es importante mencionar que una minoría todavía cree que las pastillas anticonceptivas, la inyección y el DIU las previenen; aquí nos muestran claramente que todavía hay confusión entre los anticonceptivos hormonales y los anticonceptivos de barrera como lo es el condón masculino. Lo cual indica que la información que reciben en este concepto no es suficiente .

La gran mayoría de los encuestados, conoce el condón masculino, sin embargo es de llamar la atención que cuando se les solicitó que de entre varias definiciones de condón masculino eligieran una; estos lo relacionaron con un método que sólo previene embarazos y además que solo lo usan si su pareja así lo decide. Con respecto a lo anterior se puede mencionar que los adolescentes mas que definir al condón, están hablando de actitudes.

Aunque la gran mayoría refirió saber quien debe utilizar el condón masculino, todavía hay adolescentes que creen, que solamente los casados lo deben utilizar.

En lo que se refiere a las personas que no deben usar el condón, algunos adolescentes contestaron que hombres que practican el sexo oral y hombres que no tengan alguna infección de transmisión sexual no es necesario utilizarlo; Siendo que esto puede ser un riesgo de adquirir alguna infección de transmisión sexual porque al haber sexo oral esta existe contacto con fluidos y aunque esto representa un bajo riesgo no se puede descartar la posibilidad de contagio por esta vía.

Un gran porcentaje de Adolescentes dice saber como es el funcionamiento del condón masculino, aunque es importante resaltar, que una minoría confunde la función de un método anticonceptivo hormonal, con la de el condón masculino que es un método anticonceptivo de barrera; por lo que se menciona, que a pesar de la difusión sobre los métodos anticonceptivos aun existe confusión sobre las funciones de estos.

Un gran porcentaje de los adolescentes sabe que un condón masculino se usa solo una vez, el menor porcentaje piensa que se puede utilizar varias veces.

De los adolescentes que ya iniciaron su vida sexual activa, destaca que ha pesar de haber contestado correctamente las preguntas anteriores como definición del condón y como funciona el condón masculino; menos de la mitad de la población

encuestada no ha utilizado un método anticonceptivo al tener una relación sexual. (coito). Lo cual es un factor de alto riesgo para contraer una infección de transmisión sexual, o para un embarazo no deseado

En cuanto al uso del condón masculino una gran parte sabe que se debe revisar la fecha de caducidad y que antes de abrir la envoltura esta debe de contener una burbuja de aire aunque una menor parte, ve de mayor importancia el color, la medida y la marca del condón masculino.

Con relación a la colocación del condón masculino una gran mayoría sabe que el condón debe ser colocado cuando el pene esta en erección antes de introducirlo a la vagina, ano o boca, y un menor número de los adolescentes cree que se coloca con el pene flácido, lo cual es totalmente complicado y erróneo.

De los adolescentes encuestados lo que revisan una vez que se colocaron el condón masculino es que no tenga burbujas de aire, aunque una minoría le resta importancia lo que revisa predominantemente es que no se salga, que no moleste su uso o que tenga suficiente lubricante. Aunque es una minoría se destaca que la falla del preservativo se debe a errores humanos y no fallas de fabricación, ya que estos errores pueden traer consecuencias como lo son la ruptura

El condón se debe retirar posterior a la eyaculación, cuando el pene aún está erecto después de la relación coital. Un poco más de la mitad de los encuestados lo afirman; aunque es importante mencionar que el restante grupo de la población encuestada, toman de la punta el condón y lo jalan o esperan a que el pene este flácido y lo retiran; este es uno de los errores frecuentes entre los adolescentes en el momento de retirar el del condón masculino lo cual nuevamente los coloca en una situación de riesgo ya que de retirar el condón masculino de estas maneras entran en contacto directo con líquido seminal.

Los mitos más frecuentes entre los adolescentes son:

- Los condones se guardan en cualquier lugar
- Con condón no se siente lo mismo
- El condón quita sensibilidad
- El condón previene de un embarazo al 100%
- Los lubricantes a base de aceite no dañan el condón de látex

Si los mitos anteriores representan la manera de pensar de los adolescentes, esto puede llegar a repercutir en la vida sexual y reproductiva de estos ,ya que ello los conducirá , cuando llegue el momento de que tomen la decisión sobre el uso o no del método anticonceptivo y si deciden usarlo y continúan con la idea de que los condones se guardan en cualquier lugar o de que los lubricantes a base de aceite no dañan el condón esto nos dará como consecuencia la falla del condón , falla que será por supuesto humana.

Si los adolescentes crecen con la idea de que con condón no se siente lo mismo y de que el condón quita sensibilidad estas ideas serán un factor muy importante para que, cuando llegado el momento en que ellos tengan que decidir entre utilizar o no el condón masculino, se decidan a no usarlo por que este les quitará sensibilidad. . Lo cual los llevará a ser una población con un alto de Factor de riesgo de contraer I.T.S. o de un embarazo no planeado , hecho que repercutirá en su vida de Adultos

Como conclusión final, los Licenciados en Enfermería y Obstetricia cuentan con los conocimientos necesarios para abordar temas en Salud Sexual Reproductiva, ya que dentro de su formación académica, se les proporciona de los elementos necesarios para que en su desarrollo Profesional den soluciones a problemáticas existentes en el medio en que se desarrollen.

Por lo cual , la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia , es necesaria en este campo de acción que es amplio, y trascendente para la salud Pública en especial la del desarrollo integral del adolescente dado que muchos de los problemas del adulto tienen su raíz en la adolescencia.

PROPUESTA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROPUESTA

- De acuerdo a los resultados obtenidos, proponemos tanto a las autoridades como a la población en general del Colegio de Ciencias y Humanidades del Plantel Naucalpan lo siguiente:
- Mayor apertura en abordar temas como Derechos Sexuales y Reproductivos, Métodos Anticonceptivos, Embarazo en adolescentes, Infecciones de Transmisión Sexual en materias como Biología, Psicología y Taller de Lectura Redacción e Iniciación a la Investigación Documental; ya que en su currícula manejan temáticas sobre sexualidad.
- Continuar proporcionando el apoyo a proyectos como el Modelo Universitario en Salud Sexual y Reproductiva para la comunidad estudiantil, dado que se cuenta con personas capacitadas para tratar estos temas con la comunidad estudiantil, a través de talleres en los que se tenga la oportunidad de garantizar que los temas abordados sean asimilados por los alumnos, dando un seguimiento de reforzamiento dentro de los mismos talleres sobre sexualidad y salud reproductiva. Es vital mencionar que en dichos talleres sea de prioridad la enseñanza y aprendizaje del uso correcto del condón masculino, utilizando para ello un dildo y condones de látex, ejemplificando la colocación correcta de este, invitando a los alumnos a realizar el ejemplo con el mismo material.
- De esta manera, se pueden observar los errores mas comunes en los que incurren los adolescentes, en la colocación correcta del condón y hacerles una retroalimentación en el momento en que se observe el error , para que en un futuro no cometan los errores que podrían llevarlos a consecuencias como lo son ; un embarazo no planeado o contraer alguna infección de transmisión sexual.

- Al proporcionar información de sexualidad en los talleres, es necesario que las personas que los imparten se enfoquen únicamente a la concepción del tema pues es necesario que no impongan sus prejuicios e ideologías ya que ellos podrían influenciar en las decisiones que los adolescentes puedan llegar a tomar , en el momento en que decidan iniciar con su vida sexual y si estos ya la han iniciado no cometan errores inducidos por una mala información.
- Dada la importancia de los talleres de sexualidad y sus tópicos, la población estudiantil debe estar enterada de su realización, para lo cual es necesario su oportuna y permanente difusión.

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y COMUNICACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA

"CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO, USO Y MITOS ACERCA DEL CONDÓN MASCULINO Y SU RELACIÓN CON EMBARAZOS NO PLANEADOS E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL TURNO MATUTINO DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES, PLANTEL NAUCALPAN"

ESTE CUESTIONARIO NOS PERMITIRÁ IDENTIFICAR EL CONOCIMIENTO USO Y MITOS ACERCA DEL CONDÓN MASCULINO Y SU RELACIÓN CON EMBARAZOS NO PLANEADOS E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES DEL CCH NAUCALPAN PARA EL DESARROLLO DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.

DATOS GENERALES.

FOLIO _____

Sexo : Masculino _____ Femenino _____ Edad _____
Semestre _____

INSTRUCCIONES: LEE CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y MARCA EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA QUE CONSIDERES CORRECTA.

1. ¿Has escuchado, leído o te han informado acerca de planificación familiar?	Si 1 No 2	
2. ¿A través de que medio te has informado de la planificación familiar?	Televisión y radio 1 Libros y revistas 2 Internet 3 Con mis maestros 4 Con mis Familiares. 5	
3. ¿Que consideras que puede hacer una pareja para evitar un embarazo?	Usar algún método anticonceptivo. 1 No tener relaciones sexuales.....2 No se3 Otro4 Especifique	
4. ¿Que método anticonceptivo utilizarías para prevenir las infecciones de transmisión sexual?	La inyección1 El DIU.....2 Las pastillas anticonceptivas.....3 El condón masculino.....4 Otro5 Especifique	
5. ¿Conoces el condón o preservativo masculino?	Si.....1 No.....2	

<p>6. ¿Para ti que es el condón o preservativo masculino?</p>	<p>Es un método anticonceptivo que solo se consigue con receta.....1 Es un método anticonceptivo que sólo mi pareja decide si lo uso o no2 Es un método anticonceptivo que solamente previene los embarazos no planeados.....3 Es una funda de plástico (látex) que se utiliza para cubrir el pene4</p>	
<p>7. ¿Quién consideras que puede utilizar el condón masculino?</p>	<p>Solo los hombres que se masturban.....1 Solo los adultos casados.....2 El hombre con vida sexual activa.....3 Otro.....4 Especifique</p>	
<p>8. ¿Para ti que personas no deben de utilizar el condon masculino?</p>	<p>Hombres con vida sexual activa.....1 Hombres que no tengan alguna infección.....2 Hombres con alergia al latex.....3 Hombres con disfunción eréctil.....4 Hombres que practican el sexo oral.....5</p>	
<p>9. ¿Cómo consideras que funciona el condon masculino?</p>	<p>Libera hormonas e impide el embarazo.....1 Impide que el ovulo y el espermatozoide se implanten.....2 Espesa moco cervical.....3 Impide el paso de los espermatozoides y de microorganismos al aparato reproductor femenino.....4</p>	
<p>10. ¿Por cuanto tiempo te protege el condon masculino de un embarazo o de una infección?</p>	<p>Solo durante el tiempo de su utilizacion.....1 Durante un día.....2 Durante 4 horas.....3 Durante 15 minutos.....4</p>	
<p>11. ¿Cuándo consideras que debe usarse el condon masculino?</p>	<p>Cuando tenga relaciones vaginales, anales y orales.....1 Solo cuando me masturbe.....2 Cuando este excitado.....3 Cuando vaya a tocar mis genitales.....4</p>	

12. ¿Cuántas veces piensas que se puede utilizar un mismo condón masculino?	Tres veces 1 Las veces que se quiera 2 Una sola vez 3 Después de lavarlo, las veces que se quiera 4	
13. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales (coital)?	Si 1 No 2	Pasa a la pregunta 19
14. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual (coital)?	Edad No recuerdo 5	
15. ¿Usaste algún método anticonceptivo?	Si 1 No 2	Pasa a la pregunta 17
16. ¿Cual?	Inyección 1 Pastillas anticonceptivas 2 Condón masculino 3 Coito interrumpido 4 Método del ritmo 5 Otros 6	
17. ¿Actualmente usas algún método anticonceptivo?	Si 1 No 2	Pasa a la pregunta 19
18. ¿Cual?	Inyección 1 Pastillas anticonceptivas 2 Condón masculino 3 Coito interrumpido 4 Método del ritmo 5 Otros 6	
19. Antes de abrir el condón masculino ¿Que es lo que debes revisar?	Que sea del color que le gusta a mi pareja 1 Que sea de la medida que uso 2 La marca 3 La fecha de caducidad y que tenga la burbuja de aire 4	
20. ¿Cuándo sacas el condón masculino de su envoltura ¿Que es lo que haces con él?	Lo llenas con agua para ver que no tenga ruptura y después te lo pones 1 Le pones lubricante a base de aceite y te lo pones 2 Tomas el condón de la punta y lo colocas en el pene erecto 3 Lo inflas para ver que no se salga el aire y te lo pones 4	
21. ¿En que momento consideras que se debe de colocar el condón masculino?	Después de haber tenido la relación coital 1 Cuando el pene está en erección antes de introducirlo a la vagina, ano y boca 2 Cuando este eyaculando 3 Cuando el pene está fláccido 4	

22. Una vez que ya te colocaste el condón ¿Que es lo que debes de revisar?	Que no se silga 1 Que no me moleste su uso 2 Que tenga suficiente lubricante 3 Que no tenga burbujas de aire 4	
23. ¿ En que momento piensas que se debe de retirar el condón masculino?	Cuando el pene esta flácido 1 Posterior a la eyaculación Cuando el pene aun esta erecto 2 Cuando la pareja lo pida 3 Cuando se acabe el lubricante 4	
24. ¿Cómo debes de retirar el condon masculino?	Con el pene aun erecto Lo tomas por el anillo y lo desplazas hacia la punta 1 Tomas el condon por la punta y lo jalas 2 Esperas a que el pene este flácido y lo retiras 3 Esperas la segunda eyaculación y lo retiras 4	
25. Después de utilizar el condón masculino ¿Que debes hacer?	Envolverlo en papel y tirarlo 1 Tirarlo en la taza del baño 2 Anudar el preservativo para que no se derrame el semen y tirarlo en la basura 3 Tirarlo por la ventana 4	

LOS SIGUIENTES SON MITOS QUE ALGUNOS ADOLESCENTES TIENEN, MARCA EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE VERDADERO O FALSO SEGUN LA RESPUESTA QUE TU CONSIDERES CORRECTA.

MITOS	V	F
1. Los Condones no sirven		
2. Los condones se rompen facilmente en las relaciones coitales		
3. El condon evita que el hombre tenga eyaculación		
4. Solo los adultos deben de usar el condon		
5. Los condones se guardan en cualquier lugar		
6. Con condon no se siente lo mismo		
7. El condon quita sensibilidad		
8. Dos condones juntos son mas efectivos		
9. El condon previene de un embarazo al 100%		
10. Los condones no impiden el paso de infecciones de transmision sexual		
11. El Virus del VIH puede atravesar los condones		
12. El condon masculino se puede utilizar varias veces		
13. Los lubricantes a base de aceite no dañan el condon de latex		

BIBLIOGRAFÍA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

Cardona, J. **LOS NUEVOS ESPACIOS Y OPORTUNIDADES DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.** Gaceta . Médica México Volumen 136 suplemento No. 3, 2000. s 29.

Coll A.: **"EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA"** – Clínicas Perinatológicas Argentinas, Nº 4, 1997 – Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Porrúa, México, 1997.

CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DE FUERO COMÚN Y PARA TODA LA REPÚBLICA EN MATERIA DE FUERO FEDERAL, Delma, México, 1997.

Consejo Nacional de Población, **LEY GENERAL DE POBLACIÓN Y REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE POBLACIÓN,** Secretaría de Gobernación, México, 1993.

DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO ILUSTRADO. Edit Editores Mexicanos Unidos. 3era edición. México 2000

Dallabeta G. Et al. **EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL** Un manual para el diseño y la administración de Programas AIDSCAP. Family Health Internacional Guatemala. Julio 1997.

Farre Marti José Ma. PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. Edit-
Océano. España 1999.

García Sánchez M. Et al. "EMBARAZO Y ADOLESCENCIA" - Distrito
Obstetricia . y Ginecología . Hospital. Universidad .de Salamanca - Revisión .
sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, Junio 2000

LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y
ADOLESCENTES. Colección leyes. Vig. 2000. Servicios de Planificación Familiar.
Diario Oficial de la Federación. México 1994.

Morrison Michelle. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA Y SALUD MENTAL. Edit-
Mosby. México 1999.

Molina R.: "ADOLESCENCIA Y EMBARAZO" - Pérez Sánchez A., Donoso Siña
E.: Obstetricia, 2ª Edición. 1992 - Publicaciones . Técnicas Mediterráneo Santiago
de Chile.

Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL
ADOLESCENTE" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología. 2ª Edición, 2000
Edit- EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.

NORMA OFICIAL MEXICANA DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR. Secretaría de Salud, Mayo de 1994.

NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA
INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (NOM-010-
SSA2-1993).

NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL CÁNCER DEL CUELLO DEL ÚTERO Y MAMARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA (NOM-014-SSA2-1994).

NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO (NOM-007-SSA2-1993).

PEDAGOGÍA Y PSICOLOGÍA INFANTIL, PUBERTAD Y ADOLESCENCIA.
Biblioteca Práctica para Padres y Educadores. España 1995.

Pérez, G. et al. EL DERECHO A LA LIBRE DECISIÓN... LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL CONTEXTO DE LA SALUD REPRODUCTIVA. Secretaría de Salud. México. 2000.

Pérez, G et al. LA SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO AL FILO DEL SIGLO XXI. EN EL CAMBIO DE PARADIGMAS, DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR...A LA SALUD REPRODUCTIVA. México 2000. pp 15.

Polit - Hungler INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD.^{5ª} Edición. Edit- Mcgraw – Hill Interamericana. México 1997.

PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO PLANEADO EN LA ADOLESCENCIA.
Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva. México.

Segal S. PLANIFICACIÓN FAMILIAR, LOS APORTES DEL SIGLO XX. EN: EL CAMBIO DE PARADIGMAS, DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR...A LA SALUD REPRODUCTIVA .

SEMINARIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA , EN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE GÉNERO Y SEXUALIDAD. México 2002.

Toro Merlo J., et al "**EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE**". Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG, Vol. 1, Cap. 32 – Edit.-Atrepeca, Caracas, Venezuela.

INTERNET.

www.servidor.central12.com/abcsexología/articulos/condón.htm. México 2003.

<http://www.impares.org.pe//SEXP.EMB.htm>. México 2002

<http://www.fhi.org/sp/networks/sv20-4/ns2047.html>

<http://www.entormedioc.org/saludyenfermedades/alfa-omega-htm>

www.gire.org.mx México 2003.