



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.

---

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

LA INTERVENCIÓN DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD  
EN LA PREVENCIÓN DEL ABORTO EN EL ADOLESCENTE DE  
NIVEL MEDIO SUPERIOR Y SUPERIOR.  
DE LA UNAM.

## TESIS GRUPAL.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADAS EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

PRESENTAN.

REYES ROMERO MARÍA ISABEL

TAPIA GONZÁLEZ CECILIA.

DIRECTORA DEL TRABAJO

*Elvia Leticia Ramírez Toriz*  
LIC. ELVIA LETICIA RAMÍREZ TORIZ



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.

LA TESIS NO SE  
DE LA BIBLIOTECA

## AGRADECIMIENTOS.

Con admiración y cariño a la Dra. Graciela Leticia Guevara por habernos brindado su asesoría y apoyo en el desarrollo de la investigación, ya que gracias a ella pudimos llegar a la culminación de la presente.

A la maestra Elvia Leticia Ramírez Toriz por brindarnos una orientación, por apoyarnos para la elaboración y culminación de la presente tesis.

A las autoridades de las distintas instituciones que sirvieron de muestra para la realización de la presente investigación. Por habernos brindado las facilidades para el desarrollo de la misma.

A la escuela nacional de enfermería y obstetricia por contar con los mejores profesores a nivel licenciatura, quienes nos asesoraron y brindaron sus conocimientos para nuestro beneficio como Licenciados en Enfermería y Obstetricia.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional

NOMBRE: Reyes Romero  
Maria Isabel

FECHA: 19 Abril 2004

FIRMA: [Firma]

## DEDICATORIAS.

A nuestros padres y hermanos, que desde el principio nos dieron su apoyo, su orientación y que nos guiaron sobre el mejor camino para desarrollarnos como profesionales en esta carrera de Enfermería y Obstetricia.

A nuestros amigos quienes nos brindaron su apoyo, ayuda e impulso para cumplir las metas fijadas a lo largo de la investigación.

A Wido Salazar Ventura y Oscar Torres Islas por su apoyo incondicional en todo momento por su paciencia e impulso brindados en la elaboración de la investigación.

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
<b>1 FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>3</b>
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.....	4
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO.....	5
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	7
1.5 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1.5.1 GENERAL.....	8
1.5.2 ESPECIFICOS.....	8
<b>2 MARCO TEORICO.....</b>	<b>9</b>
2.1 DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA.....	9
2.1.1 ETAPAS, CAMBIOS FISICOS Y PSICOLOGICOS EN LA ADOLESCENCIA.....	10
2.2 DEFINICIÓN DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES.....	13
2.3 EMBARAZO NO DESEADO.....	14
2.4 EL ABORTO.....	15
- 2.4.1 DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN.....	15
2.4.2 ABORTO INSEGURO EN GRUPO DE ALTO RIESGO.....	19
2.4.3 ACTITUD ANTE EL ABORTO PROVOCADO.....	21
2.4.4 FACTORES PREDISONENTES EN EL ADOELESCEnte PARA LA INDUCCIÓN DEL ABORTO.....	21
2.4.5 ESTADISTICAS DEL ABORTO INDICIDO .....	23

2.5	EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	28
2.5.1	DEFINICIONES.....	28
2.5.2	EL POR QUE DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA PREVENCIÓN DEL ABORTO.....	31
2.5.3	PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO PLANEADO EN EL ADOLESCENTE.....	34
2.5.4	AUTOESTIMA COMO FACTOR PROTECTOR ANTE UN EMBARAZO NO PLANEADO.....	38
2.6	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	41
-	2.6.1 DEFINICIÓN.....	41
-	2.6.2 CLASIFICACIÓN.....	41
2.7	LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.....	54
2.8	LEGISLACIÓN SOBRE EL ABORTO EN EL DISTRITO FEDERAL LA LEY Y EL ABORTO EN MÉXICO.....	58
2.9	LA DIMENSIÓN EMOCIONAL DEL EMBARAZO NO DESEADO Y DEL ABORTO.....	61
2.10	DIMENSIÓN SOCIAL DEL ABORTO EN MÉXICO.....	63
2.11	EL ROL DE LA ADOLESCENTE CUANDO ES MADRE.....	64

<b>3</b>	<b><u>METODOLOGIA</u></b> .....	65
3.1	HIPOTESIS.....	65
3.1.1	General.....	65
3.1.2	De trabajo.....	65
3.1.3	Nula.....	65
3.2	VARIABLES E INDICADORES.....	66
3.3	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	67
<b>4</b>	<b><u>INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA</u></b> .....	68
4.2	PROCESAMIENTO DE DATOS.....	68
4.3	RESULTADOS.....	68
	<b><u>PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE CUADROS Y GRAFICAS</u></b> .....	69
<b>5</b>	<b><u>CONCLUSIONES</u></b> .....	142
5.1	CONCLUSIONES.....	142
<b>6</b>	<b><u>ANEXOS Y APENDICES</u></b> .....	149
<b>7</b>	<b><u>GLOSARIO DE TERMINOS</u></b> .....	164
<b>8</b>	<b><u>BIBLIOGRAFIA</u></b> .....	165

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene por objeto analizar como contribuir a elevar la calidad de la intervención del licenciado en enfermería y obstetricia como promotor de la educación para la salud en la prevención de aborto en el adolescente.

Para realizar tal análisis, se ha desarrollado este diseño en 8 capítulos que a continuación se presentan:

En el primer capítulo se da a conocer la fundamentación del tema de investigación, con los siguientes apartados:

Descripción de la situación problema, identificación del problema, ubicación del tema de estudio y objetivos general y específico.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico con los fundamentos teórico-metodológicos de la variable en estudio: Intervención de los licenciados en enfermería y obstetricia en la prevención de abortos a través de la educación para la salud en los adolescentes de nivel medio superior y superior de la Universidad Nacional Autónoma de México. Así, el marco teórico constituye la evidencia empírica a partir de la recopilación de varios autores, de la variable en estudio.

En el tercer capítulo se presenta la metodología en donde se ubican los aspectos instrumentales de la investigación, como son: hipótesis general, de trabajo, y nula, variables e indicadores, tipo y diseño de investigación, forma parte importante de este capítulo, el instrumento de investigación utilizado. Entre el que esta: Observación, entrevista y cuestionario.

En el cuarto capítulo se da a conocer la instrumentación estadística , donde se incluye el universo, la población y muestra el procesamiento de datos, la comprobación de hipótesis y el análisis e interpretación de resultados.

Los últimos capítulos de esta investigación contienen las conclusiones, recomendaciones, los anexos, apéndice, el glosario de términos y las referencias bibliográficas. Estos aspectos están en los capítulos quinto, sexto, séptimo y octavo respectivamente.

Es de esperarse que al poder desarrollar esta investigación, se pueda contar con datos que permitan conocer de que manera el licenciado en enfermería y obstetricia puede intervenir en la prevención de abortos a través de la educación para la salud; es sumamente importante por que de acuerdo a las observaciones que se obtengan se podrán tomar las medidas necesarias tendientes a mejorar la elevación de la calidad de la intervención del licenciado en enfermería y obstetricia en la prevención de aborto en el grupo de adolescentes.

## **1. FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

En la Dirección General de Servicios Médicos sede de práctica de Atención Primaria a la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, durante la consultoría de enfermería, con frecuencia se presentan adolescentes embarazadas o con sospecha de embarazo, manifestando rechazo al producto por no ser planeado y al mismo tiempo solicitando orientación y apoyo para impedir el progreso del mismo, se observa en ellas tal decisión para abortar que posiblemente busquen la forma de lograrlo, con las consecuencias que implica una práctica clandestina que engrosa la tasa de morbi-mortalidad materna.

La problemática presentada tiene relación con la falta de orientación en cuanto a la utilización de los métodos anticonceptivos o al mal uso de los mismos, así como a falta de orientación de la sexualidad dentro del hogar; sin dejar de lado la problemática familiar como violencia, abuso físico, psicológico y/o sexual, carencias afectivas, económicas, adicciones, etc. Que propician alteraciones en los adolescentes como trastornos psicoafectivos y baja autoestima, favoreciendo la exposición de ellos a factores de riesgo.

## 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.

A lo largo de la carrera de la licenciatura de enfermería y obstetricia y basándose en la experiencia que se ha obtenido al trabajar con adolescentes se ha observado que la participación del profesional en enfermería y obstetricia en la educación para la salud es de gran importancia ya que con ello pueden evitarse una serie de problemas de salud, que afectan a la persona como un ser holístico, e incluso son problemas que se ven reflejados a nivel comunidad.

Se ha observado que en México que de cada 20% que inicia su vida sexual activa un 10 a 15% práctica el aborto ya que la mayoría no deseaba embarazarse, esto aunado a la falta de métodos anticonceptivos, el mal uso de estos, los mitos de los mismos, falta de orientación, la escolaridad, situación emocional, económica, entre otros factores de riesgo.<sup>1</sup>

En este caso nos enfocamos al adolescente pues la mayoría inicia su vida sexual activa a temprana edad y debido a la falta de información incrementa el número de embarazos no deseados provocando que un número elevado termine en aborto.

## 1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿cuál sería la intervención de los licenciados en enfermería y obstetricia en la concientización de los adolescentes para la prevención de abortos a través de la educación para la salud?

---

<sup>1</sup> <http://www.ipas.org>

### 1.3 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

La presente investigación se ubica dentro de las siguientes disciplinas:

#### SALUD PUBLICA:

Esta problemática esta relacionada con el método epidemiológico, ya que estadísticamente influye directamente con la tasa de morbi- mortalidad en la etapa reproductiva del adolescente, ya que dentro de nuestro país este situación se encuentra en tercer lugar de causas de muerte materna en el adolescente.<sup>2</sup>

#### ENFERMERIA:

En virtud a que es una investigación que trata de ver la influencia del licenciado en enfermería y obstetricia en la concientización de los adolescentes en la prevención de abortos través de la educación para la salud.

#### SEXOLOGIA:

Es una disciplina que se encuentra directamente relacionada a estudiar lo referente a la sexualidad de los individuos considerando al hombre como ser holístico que piensa y convive con otros seres humanos proporcionando de esta manera bases y herramientas para poder intervenir en la problemática basándonos en datos más verídicos.

#### GINECO OBSTETRICIA:

Ya que conjuntamente ginecología y obstetricia como ramas de la medicina nos proporcionan las bases para poder dar una atención integral al ocuparse del estudio del aparato reproductor femenino en un estado no gestante y por otro lado al ocuparse del estudio del embarazo, parto y puerperio incorporando a este estudio los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales de la maternidad en la adolescente.

---

<sup>2</sup> <http://www.salud.Gob.mx>

### PSICOLOGÍA:

Por ser la disciplina que se encarga del estudio científico de la conducta y la experiencia, de cómo los seres humanos y los animales sienten, piensan, aprenden y conocen para adaptarse al medio que les rodea. al mismo tiempo recogiendo hechos sobre la conducta y la experiencia, organizándolos sistemáticamente, elaborando teorías para su comprensión. Estas teorías ayudan a conocer y explicar el comportamiento de los seres humanos y en ocasiones incluso a predecir sus acciones futuras, pudiendo intervenir sobre ellas.

### SOCIOLOGÍA.

Estudia al hombre en su medio social, es decir, en el seno de una sociedad , cultura, país, ciudad, clase social, las múltiples interacciones de esos individuos que son las que le confieren vida y existencia a la sociedad. Es a partir de ello que podemos inducir como influye la sociedad y la cultura dentro del aborto en los adolescentes y como poder actuar sobre este problema.

### ETICA:

La ética, como una rama de la filosofía, está considerada como una ciencia normativa, porque se ocupa de las normas de la conducta humana, los comportamientos, principios que por ende hacen que los individuos consideren lo bueno y lo malo, permitiéndonos a través de este estudio determinar como influye la ética en la vida del adolescente y culturalmente como se cataloga el aborto en nuestra sociedad.

## 1.4 JUSTIFICACIÓN

La realización de la presente investigación se justifica en primer lugar por que en el año 2000 la población adolescente constituye ya el 22% de la población general del país, y para el 2020 será el grupo de 10 a 19 años más grande de la pirámide poblacional <sup>3</sup>. Es en este contexto que se hace imprescindible una reconsideración de los programas de salud dirigidos hacia la población mencionada.

Además de contar con la información que permita contribuir a elevar la calidad de la intervención del licenciado en enfermería y obstetricia como promotor de la educación para la salud en la prevención del aborto en el adolescente.

Así mismo con la información obtenida tenemos que concentramos en como ayudar a los adolescentes a desarrollar y a mantener relaciones saludables, y no concentramos exclusivamente en como decir no al sexo, para poder así tratar dichos temas sin tabúes más libremente, ya que hasta nuestros días han sido difíciles de modificar dentro de nuestra sociedad.

De tal manera que con la investigación realizada se podrán identificar otros factores que desencadenan este problema en el adolescente.

---

<sup>3</sup> Juan Pablo Villa, Introducción a la Atención integral para la salud del adolescente. SS México 2000 p7.

## 1.5 OBJETIVOS

### 1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Lograr la concientización de los adolescentes a través de la educación para la salud en la prevención del aborto, mediante la intervención del licenciado en enfermería y obstetricia.

### 1.5.2 ESPECIFICOS

Conocer el grado de información que tienen los adolescentes en edad reproductiva sobre métodos anticonceptivos.

Identificar la frecuencia de la práctica abortiva en el adolescente y las formas que emplean para la inducción del mismo.

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1 DEFINICIONES DE ADOLESCENCIA**

Para el presente trabajo de investigación es muy importante tener en cuenta que nuestro grupo de estudio por situarse en una de las etapas más compleja del ser humano, por lo tanto debemos tener presente desde donde abarca esta etapa y el por que de su complejidad.

El concepto de adolescencia, se ha creado para organizar el conocimiento de un sector de la experiencia humana. Este concepto suele operar como modelo de conducta. Así, el concepto de adolescencia que tenga el grupo humano en que crece el niño le enseñe un modo de ser adolescente.

La adolescencia de acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS), es el periodo de vida de un individuo comprendido entre los 10 y los 19 años, es una etapa crucial donde ocurren cambios biológicos muy importantes como la pubertad, que condiciona el inicio de la vida sexual y reproductiva, en donde se construye también los proyectos de vida<sup>4</sup>.

Adolescencia: Del latín *adoleceré* – crecer, es una etapa de la vida de desarrollo. Este es un momento crucial en la vida del hombre y constituye la etapa decisiva de un proceso de desprendimiento que comenzó con el nacimiento. Los cambios psicológicos que se producen en este periodo y que son el correlato de cambios corporales, tienen una nueva relación con los padres y el mundo. Es un periodo de contradicciones, confusión, ambivalente, doloroso caracterizado por fricciones con el medio social y familiar<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Dirección de Salud Reproductiva, programa de Salud reproductiva para adolescentes, documento de trabajo SS, México 1997 p3

<sup>5</sup> *Ibidem*

Este cuadro es frecuentemente confundido con crisis y estados patológicos. Sólo cuando el adolescente es capaz de aceptar simultáneamente sus aspectos de niño y adulto puede empezar a aceptar en forma fluctuante los cambios de su cuerpo y comienza a surgir su nueva identidad, al adquirir esta nueva identidad tiene que elaborar un proceso de duelo en el que se separa del cuerpo de niño para adquirir uno con caracteres nuevos y pierde la identidad del niño, todo esto implica definición sexual y rol que en determinado momento tendrá que asumir dentro de la sociedad, con su pareja al unirse en la procreación.

### 2.1.1 ETAPAS, CAMBIOS FÍSICO Y PSICOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA

Para el estudio de esta etapa, y una mejor comprensión se ha dividido por alguno autores entre las divisiones más importantes están:

**PREADOLESCENCIA:** Se caracteriza por un aumento cuantitativo de los impulsos resurgiendo la pregenitalidad (Freud 1977)

Los hombres tratan de negar su angustia de castración evaden la presencia de las mujeres.

El hombre debe renunciar a sus deseos de seguir siendo un niño dependiente del vínculo materno y debe completar la tarea del periodo edípico. En el hombre la etapa de la preadolescencia se caracteriza por la angustia homosexual que contrarresta a la angustia de la castración. Debe renunciar a la dependencia de los padres.

**ADOLESCENCIA TEMPRANA:** Puede darse el rompimiento del autocontrol que desemboca en conductas delictivas, muchas veces relacionadas con el objeto de amor puede darse una sensación de vacío y tormento interno, en esta etapa la masturbación neutraliza la angustia de castración búsqueda de objetos libidinales extrafamiliares.

**ADOLESCENCIA MEDIA:** Interés heterosexual, atracción hacia el sexo opuesto, Aquí se culmina con la identidad sexual y se remueve el complejo edípico abandono de objetos incestuosos, identificación con padres del mismo sexo la identidad se logra contestando (Erickson) ¿qué quiero? ¿Quién soy? Fuera de la familia.

**ADOLESCENCIA TARDIA:** Él, adolescente toma conciencia de que es un ser social. Erickson denomina esta etapa como principio operante la cual se manifiesta en cada etapa a través de la adaptación, formación de carácter, hay solución de las etapas y deja algo de manera latente dando valor de individualidad esto contribuye a la organización de la personalidad.

Es pues la adolescencia una etapa en donde los jóvenes experimentan nuevas sensaciones y quisieran sentir todo lo que se les ha platicado y experimentar para conocer. Y buscan su objeto de amor quieren pertenecer a un grupo donde poder canalizar el amor. Es aquí donde los adolescentes por acción de experimentar buscan satisfacer su necesidad y recurrir a tener relaciones sexuales, y si no tienen una información adecuada pueden sufrir durante su experiencia sexual, al no utilizar un método anticonceptivo y tener que ser padres a edades muy tempranas, interrumpiendo metas que desearían cumplir, o bien recurrir a personas que las orienten sobre que hacer<sup>6</sup>.

Durante la etapa se presenta cambios biológicos los cuales se mencionan a continuación:

Cambios biológicos

Pubertad:

Hombres: los testículos y el pené no han crecido no hay vello púbico el aumento de estatura es constante.

Mujeres: no hay vello púbico: pechos planos aumento de estatura constante.

---

<sup>6</sup> Maria de Jesús Morales. Vida y psicología, ed selecciones del Reader's Digest, 4ª edición México 1990 p323-237.

#### ADOLESCENCIA TEMPRANA:

Hombres: empieza a aumentar el tamaño de los testículos, crece el escroto piel rojiza y áspera, crece el pene en longitud y circunferencia.

Mujeres. Desarrollo de caderas, pechos y pezones elevados es la fase de yema.

#### ADOLESCENCIA MEDIA.

Hombre vello púbico pigmentado, áspero recto en la base del pene, gradualmente más rizado y abundante, forma en un principio un triángulo invertido y posteriormente se extiende hasta el ombligo, aparece vello axilar, pene y testículos siguen creciendo, escroto pigmentado y rugosos, estirón, maduración de la próstata y vesícula seminales, eyaculaciones espontáneas, la voz empieza a cambiar a medida que la laringe se dilata.

MUJERES: vello púbico pigmentado, áspero, recto, gradualmente se hace rizado y se extiende sobre el monte de venus, se vuelve abundante y toma la forma de triángulo invertido, aparece vello axilar, estirón unos 18 meses antes de la menarquia, los labios se agranda, la secreción vaginal se vuelve ácida, los pechos, la aureola y el pezón se elevan forman un pecho primario.

#### ADOLESCENCIA TARDIA:

Hombre. Vello axilar en moderada cantidad, vello púbico plenamente desarrollado, aparece vello facial y corporal voz profunda.

Mujeres vello axilar moderado, vello púbico desarrollado, pechos llenos y con formas adultas, menstruación bien definida.

#### POSADOLESCENCIA:

**HOMBRES:** pleno desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias pueden seguir desarrollándose los músculos,

**MUJERES:** Continua creciendo el vello axilar, pechos plenamente desarrollados.

La adolescencia se caracteriza por la maduración de las gónadas o glándulas de secreción interna, las cuales se manifiestan en el hombre por la primera polución y en la mujer por la aparición de la menarca<sup>7</sup>.

## 2.2 DEFINICIÓN DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Médicamente, "es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer" (Edad ginecológica cero = inicio de la menarquia).

Para la OMS, es aquel embarazo que ocurre en jóvenes de 19 años o menos. También, cuando se presenta en adolescentes que mantienen dependencia social y/o económica de la familia<sup>8</sup>.

## 2.3 EL EMBARAZO NO DESEADO

A pesar de que en la actualidad existe una gran variedad métodos para el control de la fertilidad, el embarazo no deseado y el aborto son problemas a los que cotidianamente se enfrenta una gran cantidad de mujeres de todas las edades y todos los sectores sociales. De acuerdo con una estimación realizada en los años 90, el 40% de los embarazos en México son no deseados, estimándose que el 17% terminan en abortos inducidos y el 23% restante en nacimientos no deseados (The Alan Guttmacher Institute, 1994).

---

<sup>7</sup> Raúl Calzada León, Dorantes M. Luis. Fisiopatología de la pubertad y embarazo/ anticoncepción en adolescentes. Ed. talleres graficos de diseño integral, México, 1997, p 502

<sup>8</sup> Dirección de Salud. programa de salud...Op. cit. P 167

Para muchas de las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado, la maternidad representa una experiencia impuesta por los patrones culturales que prevalecen en nuestra sociedad. Estudios realizados en otros contextos indican que la maternidad no deseada tiene importantes costos sociales y psicológicos para las mujeres y para los niños y niñas que nacen en condiciones. Como señalan algunos de los autores que se han ocupado de estudiar esta problemática:

"... un embarazo no deseado, que se define como un rechazo activo y razonado de la concepción durante las primeras semanas de gestación, tiene como consecuencia un mal desarrollo en la niñez y una gran cantidad de dificultades y problemas que empeoran en la adolescencia y en la edad adulta, en comparación con el desarrollo social de los hijos deseados "(David y cols. , 1991)<sup>9</sup>

## EMBARAZO NO PLANEADO EN ADOLESCENTES

Es toda gestación que se presenta fuera de los planes conscientes de cualquier miembro de la pareja.

En el terreno de la salud sexual y reproductiva, el embarazo en la adolescencia implica asumir un rol que genera desajuste personal y social.

El embarazo a edades tempranas, debe ser ubicado dentro de su contexto para poderlo comprender, y valorar su dimensión. Un embarazo en la adolescencia puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola y transformarse en un problema social en la sociedad industrial o en desarrollo<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Dellanira González, El aborto en México. IPAS. México, 2002, p 5 y 6.

<sup>10</sup> Dirección de Salud. programa de salud...Op. cit. P 173-200

## 2.4 EL ABORTO.

### 2.4.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL ABORTO

Aborto inducido. Es el embarazo terminado deliberadamente con una intervención. Puede ocurrir tanto en recintos médicos seguros, siguiendo las normativas legales y de salud pública, como fuera del sistema médico. Cuando el aborto lo realiza un personal calificado, usando técnicas y criterios higiénicos adecuados, es por lo general un procedimiento seguro, con una baja tasa de mortalidad y morbilidad. Los abortos son más seguros cuando se realizan en una etapa temprana del embarazo y en las condiciones de seguridad arriba mencionadas.

Aborto inseguro. Se caracteriza por la falta de capacitación por parte del proveedor, quien utiliza técnicas peligrosas, y por llevarse a cabo en recintos carentes de criterios higiénicos. Un aborto inseguro puede ser inducido por la mujer misma, por una persona sin entrenamiento médico o por un profesional de la salud en condiciones antihigiénicas. Este tipo de aborto puede realizarse introduciendo un objeto sólido (como una raíz, rama o catéter) en el útero, provocando un proceso de dilatación y curetaje inapropiado, ingiriendo sustancias tóxicas, o aplicando fuerza externa. Entre el 10% y el 50% de los abortos inseguros requieren atención médica, aun cuando no todas las mujeres la soliciten

El aborto inseguro constituye un problema de salud pública sumamente grave, ya que la mortalidad materna se vincula con la prevalencia del aborto que se realiza en condiciones que atentan contra la vida de la mujer. La penalización del aborto trae como consecuencia el aborto inseguro o clandestino, que se realiza en condiciones de riesgo para la salud de la mujer. La OMS estima que el 13% de las 600,000 muertes, aproximadamente, relacionadas con embarazos a nivel mundial resulta de abortos inseguros.

En América Latina, el 21% de las muertes maternas se atribuye al aborto inseguro. Sin embargo, a pesar del peligro que representa para la salud de la mujer, el aborto inseguro sigue siendo un recurso utilizado por millones de mujeres en todo el mundo para terminar con embarazos no deseados.

Aborto espontáneo. Resulta de la interrupción de un embarazo sin que medie una maniobra abortiva. Aproximadamente entre 10% y 15% de todos los embarazos terminan en aborto espontáneo. Este tipo de aborto requiere por lo general tratamiento y hospitalización, aunque resulta menos fatal que un aborto inseguro. Sus causas, excepto cuando hay traumatismos, no suelen ser evidentes y a menudo tienen relación con problemas genéticos del feto o trastornos hormonales, médicos o psicológicos de la madre

Debido a que la mayoría de los abortos se hacen en la clandestinidad, resulta muy difícil estimar el número real de abortos inducidos y obtener datos confiables en los países donde esta práctica es ilegal. Los investigadores han tenido que recurrir a varios métodos indirectos, como datos sobre hospitalizaciones relacionadas con aborto y entrevistas a mujeres. Las estimaciones sugieren que se registran casi cuatro abortos por cada diez nacidos vivos en Brasil, Colombia, Perú y la República Dominicana, y cerca de seis abortos en Chile por cada diez nacimientos.

Los abortos inducidos son más numerosos que los espontáneos en los países de América Latina. Un estudio realizado en seis países latinoamericanos estima que los abortos espontáneos constituyen entre 15% y 25% de las mujeres hospitalizadas por complicaciones.

Debido a la dificultad para distinguir si el aborto es espontáneo o inducido con base en pruebas clínicas, muchas veces el estigma que rodea el aborto también influye negativamente en la prestación de servicios apropiados para las mujeres que requieren atención por un aborto espontáneo o que solicitan la interrupción legal del embarazo en aquellos países que lo permiten en situaciones de riesgo para la mujer.

El aborto practicado en condiciones inseguras es un problema social y de salud pública de gran importancia en México. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, practicado por personas sin capacitación o experiencia, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos (World Health Organization, 1992).<sup>11</sup>

El tema del aborto genera importantes controversias debido a que involucra aspectos relacionados con los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres; con las leyes y la política; con los valores éticos, morales y religiosos; con las condiciones socioeconómicas de las mujeres y las ideas que se tienen acerca del mismo.

Entre las diversas definiciones que encontramos sobre el aborto destacan las siguientes:

Terminación de un embarazo antes de que el feto sea viable (Organización Mundial de la Salud, OMS).

Obstetricamente un aborto es: Expulsión del ser en gestación cuando este no es viable (es decir antes del sexto mes del embarazo, después de este periodo recibe el nombre de parto prematuro.)<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Maria del Rocío Quezada Castillo. El aborto inducido como medio de controlar la natalidad y su dimensión social en México, México 1972.

<sup>12</sup> Ibidem

Legalmente: Destrucción ilícita del feto humano, dar a luz prematuramente antes del tiempo normal del nacimiento.

El código penal Mexicano en el artículo 329 define al aborto como la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Basándonos en dichas definiciones vemos que: Por un lado el aborto es la terminación de un embarazo por la expulsión prematura del producto, sin importar el resultado que esto tenga para la vida del feto. Por otro lado el aborto es considerado como la expulsión del producto tomando como requisito que el feto todavía no es viable. Sin embargo debemos tomar en cuenta que el aborto puede ser provocado por diferentes causas, bajo diferentes intereses y también diversas circunstancias legales, cada una de estas características al estar presentes en el acto de abortar es lo que diferencia a uno de otro.

Encontramos también la siguiente clasificación:

Aborto espontáneo

A) natural

B) accidental.

-Aborto voluntario:

-Lícito

-terapéutico

-social

-eugenésico

-sentimental

-causa de honor.

-Económicas

- Aborto espontáneo: Es aquel que se produce por si mismo, fuera de toda acción local o general voluntaria, se subdivide en:
- Aborto accidental: ocasionalmente sucede, una vez.
- Aborto habitual: El que se lleva a efecto tres o más veces continuamente.
- Aborto terapéutico: se lleva acabo con objeto de obtener un beneficio para la madre.
- Aborto criminal: Es aquel en el que con pleno conocimiento de causa se realizan toda clase de maniobras que tienen como finalidad expulsar el producto de la concepción.
- Aborto de principio. Tiene lugar entre las 10 o 12 primeras semanas de la concepción.
- Aborto tardío: El que tiene lugar entre la 20 a 22 semanas de la gestación.
- Aborto inaparente. Es aquel en donde su evolución no ha sido apreciada <sup>13</sup>

## 2.4.2 ABORTO INSEGURO: GRUPOS DE ALTO RIESGO

Aunque la mayoría de las mujeres que solicitan abortos están casadas o viven en uniones estables y ya tienen hijos, en el mundo han aumentado considerablemente los casos de abortos entre las adolescentes, particularmente en los lugares donde el aborto es ilegal. Cada año, al menos 4 millones de abortos inseguros ocurren entre las adolescentes de 15 a 19 años, muchos de los cuales terminan en muerte o daños irreparables que incluyen infertilidad. Más de un tercio de las muertes maternas entre las adolescentes de Chile y Argentina, se produce como resultado de un aborto inseguro. En Perú, un tercio de las mujeres que son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con aborto tiene entre 15 y 24 años.

---

<sup>13</sup> ibidem

El hecho de que las adolescentes tienen menos acceso a servicios de salud e información de calidad y de carácter confidencial, incluyendo anticonceptivos, las coloca en la categoría de riesgo de un embarazo no deseado y, por consiguiente, de un aborto inseguro.

Especialmente las adolescentes de bajos medios económicos tienen menos contactos sociales, difícil acceso a transporte y medios financieros para obtener abortos seguros en comparación con las mujeres de mayor edad

Bajo ingreso económico y lugar de residencia. Las mujeres pobres también corren el riesgo de obtener un aborto inseguro, ya que a diferencia de aquellas con mayores recursos financieros, tampoco tienen acceso a información, servicios y medios económicos para obtener un aborto seguro. Del mismo modo, aquellas mujeres que viven en pueblos pequeños y alejados de la ciudad también forman parte de este grupo de riesgo.

En las zonas urbanas de Latinoamérica y el Caribe, donde existe un mayor acceso a lugares para obtener abortos, las mujeres que tienen mayores recursos económicos generalmente acuden a profesionales de salud capacitados, mientras que la mayoría de las mujeres pobres se dirigen a personas sin capacitación o se provocan el aborto ellas mismas.

Las mujeres de las zonas rurales, que por lo general viven en condiciones de pobreza, se provocan el aborto ellas mismas o buscan la ayuda de una persona empírica. Los profesionales de salud estiman que sólo una de cada veinte mujeres pobres de zonas rurales acude a un profesional de salud capacitado para obtener un aborto seguro.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Revista IPAS, México 2000, p 15-17

### 2.4.3 ACTITUD ANTE EL ABORTO PROVOCADO

La actitud ante el aborto provocado se ha ido modificando, dependiendo del momento histórico y de la sociedad particular que se trate, se ha cambiado desde la reprobación total en la cual se imponían diferentes penas a la mujer que abortaba, hasta la legalización de este en algunos países.

En algunos estudios históricos se menciona que desde épocas antiguas se practicaba el aborto, el cual en aquellas épocas como en la actual era aceptado por unas civilizaciones y condenado por otras. Actualmente el aborto continua usándose con gran frecuencia, existiendo heterogeneidad entre las actitudes que las naciones del mundo tienen hacia él.

En América latina existen algunos países que lo han legalizado bajo determinadas circunstancias como Argentina, existen otras como Puerto Rico que lo consideran un acto ilegal.<sup>15</sup>

### 2.4.4 FACTORES PREDISPONENTES EN EL ADOLESCENTE PARA LA INDUCCIÓN DEL ABORTO

Los factores que influyen en el embarazo adolescente, son múltiples. Por razones didácticas se engloban en tres importantes grupos:

- Personales• Familiares• Socioculturales

**Factores personales:** Son sucesos, circunstancias y condiciones de vida; que determinan la historia personal del individuo, su percepción y actitud ante la vida.

Adolescencia ( desarrollo) búsqueda de identidad sexual, conducta y comunicación pareja insistente vs Sumisa.

---

<sup>15</sup> Maria del Rocío Quesada. El Aborto inducido...Op cit p36

Deficiente educación de la sexualidad, desconocimiento de métodos anticonceptivos, desconocimiento del funcionamiento corporal.

**Factores familiares:** son aquellas circunstancias inherentes a la dinámica familiar  
Conflictos familiares, pobre comunicación intra familiar, desafecto, autoritarismo y distanciamiento de los padres  
Ausencia o carencia de uno o ambos padres  
Hijas únicas - madres solteras, sucesión de padrastros

**Factores socioculturales:** son aquellas condiciones, conductas, valores y costumbres que provienen de la comunidad  
Falta de oportunidades de superación, presión del grupo social, violación, incesto o abuso sexual, falta de educación sexual, costumbres, mitos, tradiciones, etc.,  
Influencia de los medios masivos de comunicación  
Modificación de actitudes y valores hacia la sexualidad

Se ha hablado y manejado mucho el tema sobre las posibles razones que impulsan a una mujer a terminar su embarazo en un aborto, dentro de estos motivos algunos son considerados como legales, y son usados como argumento para favorecerlo.

En el caso del aborto terapéutico estos motivos se han encaminado básicamente hacia dos direcciones una se favorece y se protege a la madre y en la otra se busca proteger únicamente el futuro bienestar del niño así encontramos que se realiza un aborto con aceptación y hasta protección legal si:

La continuación del embarazo pone en peligro la vida de la madre.

La continuación del embarazo pone en peligro la salud física o mental de la madre.

La continuación del embarazo puede resultar peligrosa para la vida o para la salud mental o física de cualquier niño de la familia.

Existe el peligro de que el niño al nacer sufra de anomalías mentales o físicas. Analizando los factores que producen un aborto terapéutico nos podemos dar una idea más clara de lo que implica un aborto clandestino.<sup>16</sup>

#### 2.4.5 ESTADÍSTICAS DEL ABORTO INDUCIDO

Aproximadamente el 15% de todos los embarazos son abortos espontáneos, mientras que un 25% se interrumpen por medio del aborto inducido. Las adolescentes recurren al aborto por razones tales como el temor, la vergüenza y la desesperación por no sentirse capaces de cuidar a un bebé o no saber cómo podrá continuar su educación. Las adolescentes tienen mayor probabilidad que las mujeres adultas de tener un aborto en una etapa tardía, cuando corren mayores riesgos clínicos.

Algunas mujeres jóvenes intentan inducirse el aborto; otras recurren a practicantes no capacitados, que usan técnicas perjudiciales en condiciones antihigiénicas, lo cual lleva a complicaciones que de otra manera podrían evitarse. Mundialmente, un tercio de las mujeres hospitalizadas por dichas complicaciones tienen menos de 20 años de edad.

---

<sup>16</sup> Dirección de Salud Reproductiva. Programa de Salud... Op cit 173-187

Cálculos indirectos de la relación del aborto (número de abortos por 100 embarazos) y hospitalización por complicaciones de aborto entre mujeres de 15 a 19 años de edad, en 1995.

<b>País</b>	<b>Relación de abortos</b>	<b>% de pacientes que son de 15 a 19 años de edad hospitalizados por complicaciones de aborto.</b>
Brasil	30	16.8
Colombia	23	14.6
República Dominicana	29	21.0
México	13	10.9
Perú	28	10.4

Las explicaciones sobre la elevada frecuencia de los embarazos no deseados suelen ser bastante simplistas. En general se supone que la mayoría se deben a la falta de responsabilidad en las mujeres, o bien a que carecen de información para utilizar correctamente los métodos anticonceptivos. Es cierto que el acceso a la información permite un ejercicio más responsable de la sexualidad y disminuye de manera importante el riesgo de un embarazo no deseado; no obstante, el hecho de que las mujeres cuenten con información no es suficiente en todos los casos, ya que cualquiera de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, aun cuando se usen correctamente, puede fallar. Por otro lado, la responsabilidad de evitar embarazos que no se desean deberían compartirse de manera equitativa con los hombres, al menos cuando las mujeres tienen una pareja estable<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> [Http://www.agi-usa.org/pubs/journals/25spa0i699.html](http://www.agi-usa.org/pubs/journals/25spa0i699.html).

La forma en que operan los programas de planificación familiar que utiliza la mayor parte de la población es uno de los elementos que explican la alta incidencia de los embarazos no deseados. Los programas se dirigen primordialmente a las mujeres de los sectores sociales populares, con mensajes apoyados en la perspectiva que refuerza sus roles sociales más tradicionales y contribuye a que pocos hombres asuman su responsabilidad frente a la sexualidad y reproducción. En muchos servicios la variedad de métodos anticonceptivos es limitada y es común que el personal carezca de la capacitación o del tiempo necesario para ofrecer a las usuarias información completa y accesible sobre los métodos que se prescriben, incluyendo aspectos relacionados con su efectividad, seguridad y efectos secundarios. Con frecuencia se da poca importancia a las necesidades individuales de las mujeres y al contexto socioeconómico y cultural en el que viven, y se da prioridad a las metas de captación de usuarias definidas en los niveles centrales de las instituciones de salud. En muchas ocasiones, esas carencias de calidad de los servicios provocan que las mujeres se nieguen a aceptar un determinado método o inducen al abandono del que ya utilizaban.

Cabe también señalar que el acceso a los métodos anticonceptivos no es igual para todas las personas. Ciertos núcleos de población femenina, como las adolescentes, las mujeres sin escolaridad y aquellas que viven en regiones rurales apartadas o en zonas indígenas tienen mayores dificultades de acceso a la anticoncepción. De acuerdo con datos de 1997, a escala nacional el 68.5% de las mujeres unidas en edad fértil utilizaban algún método anticonceptivo, mientras que los grupos de mujeres mencionados las proporciones eran inferiores al 50% (Consejos Nacional de Población, 2000)

Muchas mujeres no usan anticonceptivos por oposición de sus parejas. La desigualdad de las relaciones de poder entre los sexos que prevalece en nuestra cultura propicia que en muchos casos los hombres controlen la sexualidad de las mujeres a través de los embarazos y la crianza de los hijos. No es raro que las mujeres que no desean tener más hijos oculten el uso de la anticoncepción por el temor a ser agredidas verbal o físicamente por parte de sus parejas (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000).

Otra causa del embarazo no deseado es la utilización de los métodos naturales autorizados por la iglesia católica que son de muy baja efectividad. Además, las mujeres se embarazan también por relaciones sexuales no planeadas o como consecuencia de la violencia sexual, en un contexto donde los métodos para la anticoncepción de emergencia son todavía poco conocidos, incluso por los propios profesionales de salud.

## CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DE UN ABORTO INSEGURO

Cada año, millones de mujeres que viven en países con legislaciones restrictivas solicitan abortos a pesar de las prohibiciones legales. Como consecuencia, la mayor parte de los abortos inducidos en América Latina se produce en clínicas clandestinas, sin condiciones higiénicas suficientes y sin un personal preparado para proveer un servicio de aborto seguro que proteja la vida de la mujer.

**Mortalidad materna.** En América Latina y el Caribe, 5,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con abortos inseguros (más de un quinto del total de muertes maternas), representando el más alto porcentaje (21%) entre las regiones a nivel mundial. También se estima que, en la región, 800,000 mujeres de bajos recursos económicos son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con un aborto inseguro. En 1996, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indicó que el aborto es la causa primordial de mortalidad materna en Argentina, Chile, Guatemala, Panamá, Paraguay y Perú. El aborto es la segunda causa de muerte en Costa Rica y tercera causa en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México y Nicaragua.

**Morbilidad materna.** De todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo, entre el 10% y el 50% necesitan atención médica para el tratamiento de las complicaciones. Las más frecuentes son los abortos incompletos, sepsis, hemorragia y lesiones intra abdominales, al igual que complicaciones infecciosas que pueden dejar en la mujer secuelas crónicas conducentes a la esterilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico.

**Efectos psicológicos.** La decisión de obtener un aborto pone a la mujer en conflicto con los valores sociales, culturales y religiosos relacionados con la maternidad y es, por lo tanto, una decisión que ninguna mujer toma a la ligera. Estudios realizados indican que los efectos psicológicos negativos que resultan de la práctica del aborto se aminoran en los países donde es legal, donde existe buena información y servicios médicos adecuados. En Estados Unidos se llevó a cabo una investigación, publicada por la Sociedad Psicológica Americana, que demostró que no había evidencia científica que probara que el aborto voluntario tiene un efecto psicológico negativo en la mujer. Sin embargo, en los países donde la práctica del aborto se penaliza y donde las mujeres actúan en la zozobra de la clandestinidad, existen mayores probabilidades de que las mujeres experimenten traumas psíquicos.

A pesar de ello, cabe señalar que muchas mujeres prefieren asumir los posibles efectos psicológicos negativos que pudieran surgir como producto de un aborto inducido, antes que verse obligadas a enfrentar un embarazo no deseado.

Las consecuencias devastadoras que tiene para la salud de la mujer una legislación que penaliza el aborto, y que resulta en la práctica prevalente del aborto inseguro, nos demuestra la necesidad de promover una legislación más flexible que facilite el acceso a servicios de aborto en condiciones adecuadas, erradicando de esta manera la práctica clandestina del aborto inseguro que cuesta la vida a millones de mujeres en Latinoamérica.

## 2.5 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

### 2.5.1- DEFINICIÓN.

Según Lawrence W. Green es:

La educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables.

También es considerada como el conjunto de actividades de enseñanza aprendizaje planeadas y coordinadas por personas informadas y dirigidas a la población en general y con énfasis especial a los grupos que por diversas razones han sido marginados de estos conocimientos.

El objeto de la educación para la salud es mejorar la salud. En especial hay 3 sectores de la salud que pretende mejorar: la promoción de la salud, la prevención de los problemas de salud y el tratamiento de los problemas de salud.

El rol de la educación para la salud es tratar de facilitar los cambios de conducta de forma voluntaria tanto de los responsables, como de los técnicos y de la población.



su salud a través de la adquisición de conocimientos que permitan cambiar su forma de pensar y de actuar se busca que los individuos que integran cada familia, cada comunidad, cada religión sean quienes ejerzan la primera y fundamental vigilancia epidemiológica, que el enfermo mismo y sus allegados sean los que se esfuercen más por el mantenimiento o recuperación de su salud.

#### ANTECEDENTES

La educación para la salud representa una practica social cuyo origen no puede precisarse con exactitud; el hombre desde épocas remotas ha ido transmitiendo espontáneamente los conocimientos que ha adquirido, a través de su experiencia, respecto a lo que daña o beneficia su salud. Aun a pesar de que muchas de estas creencias han tenido carácter mágico-religioso, han poseído cierta afectividad para enfrentar muchos problemas de salud.

Más tarde el desarrollo del conocimiento de las enfermedades propicia que se empiecen a identificar factores ambientales, físicos y sociales relacionados con la presencia de las enfermedades, desarrollándose paralelamente actividades para prevenirlas y tratarlas en forma más racional.

Posteriormente en el siglo XIX, con los avances bacteriológicos y epidemiológicos, se incluye un nuevo elemento en la explicación del origen de las enfermedades: los microorganismos como causantes de los padecimientos infecciosos, desarrollándose igualmente actividades de salud específica. Todos estos conocimientos han constituido preceptos de educación para la salud, la cual se ha ido construyendo en una práctica educativa organizada, que en la actualidad, en muchos países, se encuentra bajo responsabilidad del gobierno.

En México, la educación para la salud representa uno de los programas prioritarios de la Secretaría de Salud, aplicada a través del programa de Promoción a la salud a cargo de la Dirección General de Educación para la salud. El objetivo fundamental del programa es "lograr la participación activa y consciente de los individuos en beneficio de su salud, la de su familia y la de su comunidad, fundada en el desarrollo de valores, hábitos y conductas que la favorecen"

El campo que el profesional de salud para desarrollar acciones educativas es muy amplio, en particular para el profesional de Enfermería quien esencialmente es considerado como un educador y agente de salud en cualquier área donde se encuentra laborando. En el primer nivel de atención, la educación para la salud tiene importancia central, se encamina a orientar a la población para la utilización adecuada de los servicios de salud disponibles, el fomento de la salud, la protección específica contra las enfermedades y la detección temprana de las mismas.

Entre las posibles acciones relacionadas con la educación para la salud en este nivel puede mencionarse: la realización de investigaciones que permitan identificar tanto las necesidades específicas, como las características del grupo para poder planear acciones pertinentes; el diseño y desarrollo de las mismas dirigidas a individuos o grupos; la elaboración de material educativo, etc<sup>18</sup>.

## 2.5.2 EL POR QUE DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN LA PREVENCIÓN DEL ABORTO.

El Por que de la educación para la salud, es muy importante el reconocer que en nuestro país se han hecho grandes acciones para lograr que la población este bien informada, pero también es cierto que por largo tiempo se dejo de lado a la población adolescente actualmente se han implementado programas en el sector salud, con la finalidad de capacitar al personal que se encarga de proporcionar esta información a los adolescentes, el más reciente y que esta en practica se implemento con el objetivo de:

Objetivo general del servicio especializado: Contribuir a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, con el fin de prevenir daños y reducir riesgos específicos.

Objetivos específicos: del servicio especializado

- Proporcionar a la población adolescente educación sobre salud sexual y reproductiva.
- Desarrollar estrategias integradoras en la prevención de infecciones de transmisión sexual y adicciones.
- Coadyuvar a la prevención del embarazo en adolescentes, así como apoyar a la adolescente embarazada y prevenir nuevos embarazos.

---

<sup>18</sup> Catalina Quezada, la didáctica en la Educación para la Salud. UNAM, p51

•Brindar atención médica exclusiva a los adolescentes en centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud.

### IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

La educación influye de manera importante sobre la conducta sexual de los/las adolescentes. La precocidad y el número de nivel escolar. niños que una mujer tendrá, declinan a medida que aumenta el nivel de información.

Es necesario ofrecer información precisa, y combinar los mensajes de abstinencia con los de prácticas sexuales protegidas.

La educación sexual, juega un papel fundamental en el desarrollo de los/las adolescentes; y requiere darse antes de que inicien su vida sexual.

Como resultado de la transición demográfica, la población adolescente de México se ha duplicado en los últimos años, la creciente demanda y requerimientos de información y servicios en material de salud integral de los adolescentes lo convierten en un grupo de población prioritaria.

Para la promoción de la salud integral, en este grupo de población, es necesario enfrentar retos relacionados con la dinámica social y la satisfacción de sus necesidades.

La atención a los adolescentes debe incluir acciones fundamentales, encaminadas a los problemas más comunes a los que se enfrenta este grupo de personas, como son:

**Prevención de embarazos no planeados.** La OMS considera que los embarazos en mujeres menores de 20 años son embarazos de riesgo, tanto para la madre como para el producto; y puesto que la mayoría de estos embarazos no son planeados condicionan la práctica del aborto truncan los proyectos de vida y contribuyen a la deserción escolar (en niveles medio superior y superior) La misión del sector salud es proporcionar información apropiada a todos los adolescentes sobre sexualidad, reproducción humana, anticoncepción y salud reproductiva en general para que las y los jóvenes asuman su sexualidad con autonomía, responsabilidad y sin riesgo, la provisión de servicios a este grupo etareo de la población, se debe realizar con absoluto respeto a sus decisiones con calidad y en un ambiente de comprensión y confianza.

**Capacitar al personal multidisciplinario** que se encarga de los servicios especializados de atención a la salud sexual y reproductiva para adolescentes, en las unidades de la Secretaria de Salud, en elementos teóricos, metodológicos y consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes, para ofrecer este servicio a los jóvenes del país.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> idem

### 2.5.3 PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO PLANEADO EN ADOLESCENTES

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno prevenible, que requiere ser abordado aplicando el enfoque de riesgo, con una perspectiva amplia de salud.

Posibles complicaciones de la conducta sexual:

- Embarazo no planeado
- Aborto
- Enfermedades de transmisión sexual
- Morbi-mortalidad materno-infantil
- Problemas psicosociales

Informar acerca de:

- Abstinencia
- Sexo protegido
- Anticoncepción
- Responsabilidad
- Auto cuidado

#### BENEFICIOS DE EVITAR UN EMBARAZO A TEMPRANA EDAD

- Posibilidad De Continuar Estudiando
- Relaciones De Igualdad (Amistosas) Con Otros Jóvenes
- Alcanzar Las Metas Fijadas
- Desarrollo Armónico
- Evitar las Presiones de la Maternidad / paternidad

- ESCOLARIDAD

Del total de la población de adolescentes de 10 a 14 años, aproximadamente el 83% acude a alguna modalidad del Sistema Educativo Nacional, el resto ha desertado o nunca ha estado en él, fenómeno que se agudiza conforme se avanza en los diferentes niveles escolares.

Mientras que el 27% de los hombres ha cursado al menos un año de preparatoria, sólo 22% de las mujeres ha alcanzado ese nivel. Estas disparidades educativas reflejan los obstáculos que tienen las mujeres para alcanzar las mismas oportunidades educativas que los hombres. En tanto la escolaridad es uno de los mecanismos más importantes de movilidad social, estas disparidades educativas perpetúan y refuerzan las desigualdades económicas y sociales entre hombres y mujeres<sup>20</sup>.

## EL PROCESO DE ASIMILACIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN LA ATENCIÓN A LA SALUD.

Tradicionalmente ha sido ignorada o descuidada la atención en salud a este grupo etéreo, por su aparente buen estado de salud, y en parte por la dificultad de los adultos para tratar a los jóvenes. Pero los cambios demográficos y sociales hacen indispensable una reorientación a este respecto.

Las cuatro primeras causas de muerte en México entre los jóvenes de 10 a 19 años son la violencia, accidentes y agresiones, los tumores, parálisis cerebral, insuficiencia renal. De ellas serían evitables a través de conductas saludables el 70% de las muertes en jóvenes sobre todo si quitáramos el componente de las agresiones y el suicidio.

---

<sup>20</sup> Juan Pablo Villa, Introducción a la atención Integral para la salud del adolescente. México 2000 p 8

En el año 2000 la población adolescente constituye ya el 22% de la población general del país, y para el 2020 será el grupo de 10 a 19 años más grande de la pirámide poblacional. Es en este contexto que se hace imprescindible una reconsideración de los programas de salud <sup>21</sup>

Sin duda la principal fuente de orientación está en los amigos, la familia y compañeros de escuela los que no han sido preparados para enfrentar las dudas y problemas que presenta en esta etapa el adolescente, teniendo como resultado problemas de salud que demandan los adolescentes a los servicios de salud como son:

- Problemas nutricionales: obesidad, anorexia o bulimia.
- Problemas en el área de salud mental: suicidios, depresión, alcoholismo, drogadicción, accidentes, violencia, deserción escolar
- Problemas de salud reproductiva: inicio precoz de la actividad sexual, embarazo no planeado, aborto e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

La demanda de estos problemas, a los servicios de salud generalmente llega en forma tardía, lo que dificulta más su recuperación, rehabilitación y su posterior inserción en la sociedad. Por otra parte demanda atención profesional especializada con altos costos para el tratamiento por parte de los servicios y del propio usuario para su atención. Además de establecer la necesidad de un modelo de atención integrada que reditué en un mayor impacto con costo efectividad, así como la organización de la respuesta social.

---

<sup>21</sup> ibid

No hay duda de las consecuencias de todo tipo, sobre la mujer, acarreadas por el aborto.

Las condiciones, la falta de educación sexual, la ausencia de diálogo en el ámbito familiar, la falta de difusión de métodos anticonceptivos son algunos de los factores que obligan a las mujeres a aceptar el aborto como "un mal necesario".

Por otro lado un accidente domestico, enfermedad de la madre o simplemente cuestión de naturaleza también son factores que sumen ala mujer en este tipo de perdida.

Vemos entonces adolescentes abandonadas, inexpertas con gran sentimientos de culpa con grandes consecuencias en todas las dimensiones existentes; del mismo modo vemos mujeres bajo efectos similares debido a su perdida por causa de la a veces injusta naturaleza, pero, ¿son realmente los mismos efectos para dos mujeres enfrentadas a dos situaciones tan diversas?.

Siendo el aborto una practica que día a día aumenta en nuestro medio y siendo del mismo modo un efecto de la sociedad misma en cuanto no existe una educación sexual adecuada, es decir, una educación sexual acorde con la edad, convirtiéndose esta en la imposición de valores y la elevación de la mujer como un ser asexual y virginal eternamente.

Por otro lado los efectos de esta practica para la mujer no son menores, las consecuencias físicas, legales y psicológicas pueden llegar a destruir la vida de una persona.

Los adolescentes emponderados pueden evitar ciertos riesgos a la salud. La OMS es partidaria de las estrategias de promoción de la salud como un marco conceptual para lograr este objetivo; dichas estrategias incluyen el desarrollo de habilidades personales, la creación de un ambiente de apoyo, el fortalecimiento de la participación comunitaria, una nueva orientación de los servicios de salud y de los servicios sociales y la instauración de políticas públicas saludables.

La educación básica es parte del desarrollo de habilidades personales. Educar a las mujeres jóvenes en particular acarrea beneficios para la salud reproductiva. Mientras más educada esté la mujer, más probable resulta que ella aplase el matrimonio y la maternidad; más aún, en los países más pobres cada año de educación de una madre está asociado con una reducción del 5 al 10% en la mortalidad infantil.

Es por lo anterior que además de educar culturalmente fomentemos el autocuidado y el interés individual mediante la autoestima, a continuación se muestran los beneficios y lo que podría ser un factor de riesgo si no se cuenta con una adecuada autoestima.

#### **2.5.4 AUTOESTIMA COMO FACTOR PROTECTOR ANTE UN EMBARAZO NO PLANEADO**

##### **AUTOESTIMA:**

Juicio valorativo que cada persona elabora respecto de su propia persona. Es la manera en como se evalúa a sí misma.

La persona puede tener alta o baja autoestima. Lo cual indica el grado en que se acepta o está a gusto con sus características individuales.

### ***Aspectos importantes de la autoestima***

Es una experiencia personal – íntima, nace del auto concepto

Reside en el núcleo de nuestro ser.

Es lo que yo pienso y siento sobre mí mismo, y no lo que otros piensan y sienten sobre mí. Es el juicio de que soy apto para la vida. Es la suma de la confianza y el respeto por si mismo. Es el componente evaluativo del concepto de si mismo.

### **ORIGEN DE LA AUTOESTIMA**

El sentimiento de valía personal, se adquiere a través de la interacción con el núcleo familiar y el medio; resultado de los mensajes verbales y no verbales de aceptación o rechazo de nuestra persona.

### **CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA CON ALTA AUTOESTIMA**

Esta mejor preparada para adversidades Es más creativa en su trabajo tiene más probabilidades de obtener éxito, conserva la alegría de vivir. Establece mejores relaciones laborales e interpersonales.

La base de la autoestima saludable se adquiere en la infancia, se consolida en la adolescencia y el resto de la vida, se fortalece de manera independiente.

### **LO QUE DETERIORA LA AUTOESTIMA**

- Asignación de juicios negativos sobre la conducta.
- La falta de coincidencia entre los atributos personales y los modelos sociales.
- El comparar a la persona con otras.
- Castigar o descalificar las opiniones positivas emitidas al respecto de uno mismo.

## COMO ELEVAR NUESTRA AUTOESTIMA:

Para elevar la autoestima, es necesario dejar de lado las comparaciones con otras personas, y aceptar y querer nuestras propias cualidades y carencias.

La persona con una alta autoestima, coloca en el centro de su atención los aspectos que le permiten crecer y ser más hábil para la vida. Disfruta con sus éxitos y aprende de sus fracasos.

Con amor, apoyo y respeto cualquier persona puede sentirse valorada y especial.

## AUTOESTIMA Y SEXUALIDAD

La conducta sexual de los/las adolescentes, es una compleja interacción de factores, en donde la autoestima tiene un papel fundamental.

Los sentimientos de inferioridad, generados por la baja estima, pueden interferir con las conductas de auto cuidado.

La baja autoestima, propicia relaciones y actos que se realizan para "quedar bien", para buscar la aceptación, para llenar la soledad, para reafirmar la personalidad o cumplir con la norma social.

## AUTOESTIMA Y ASERTIVIDAD.

ASERTIVIDAD. Una forma de comunicación directa, clara y abierta, en la que se dice sin ofender y de manera no agresiva lo que uno desea. Se basa en el respeto por uno mismo y por los demás

## CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA ASERTIVA

Se siente libre para manifestarse, puede comunicarse en forma directa  
Abierta, honesta y apropiada con cualquier persona, ya sean amigos, familiares o extraños.

Tiene un enfoque activo ante la vida, lucha por lo que quiere  
Actúa de modo que siempre esta de acuerdo consigo mismo<sup>22</sup>

## 2.6 METODOS ANTICONCEPTIVOS

### 2.6.1 DEFINICIÓN

Cualquier acción o medicamento dirigido a evitar la concepción o embarazo viable.

### 2.6.2 CLASIFICACIÓN

1. NATURALES
2. HORMONALES
3. DE BARRERA
4. MECANICOS
5. DEFINITIVOS

## CREMAS, ÓVULOS, ESPUMAS Y ESPONJAS ESPERMICIDAS

Los espermicidas vienen en diversas presentaciones: cremas, gelatinas, espumas y esponjas. Las cremas vienen con un aplicador al igual que las gelatinas. A diferencia de la espuma, las gelatinas o cremas no se reparten uniformemente, por lo que no ofrecen seguridad de bloqueo de los espermatozoides a la entrada del útero. Se recomiendan como complemento en el uso del diafragma o del capuchón cervical, el cual debe ser impregnado por las dos caras con una crema o gelatina espermicida.

Recomendaciones:

- Una aplicación sirve para un solo coito.
- Deben aplicarse inmediatamente antes del coito, de lo contrario, pierden eficacia.
- No se debe introducir agua y / o jabón en la vagina hasta seis horas después del coito.

---

<sup>22</sup> Nathanael Branden. Como mejorar su autoestima. Ed. Paidós SAICF, 1ª edición, México 2001 p159

¿Cómo se utilizan?

- Los espermicidas son de fácil utilización, las recomendaciones de uso son:
- Agitar antes de utilizarlo.
- Introducir la jeringa en el envase haciendo presión en el émbolo para llenar el aplicador.
- Colocarse en posición gineco obstétrica e introducir el aplicador hasta tocar el cuello del útero.
- Retirar el aplicador unos dos centímetros para facilitar la salida de la espuma.
- Apretar el tubo hasta que salga la espuma y logre distribuirse a lo largo de toda la vagina.

¿Cuándo se coloca la espuma en la vagina?

La espuma debe utilizarse inmediatamente antes del coito y no debe lavarse hasta pasadas seis horas desde la última relación.

Si se realiza más de un coito, hay que insertar espuma adicional después de cada coito.

## ANTICONCEPCIÓN HORMONAL MASCULINA

No se conoce en la actualidad algún método de anticoncepción hormonal para el hombre que sea eficaz, seguro, carente de efectos secundarios y que no afecte la sexualidad.

Los métodos anticonceptivos eficaces actualmente para el hombre son el preservativo y la vasectomía.

## PÍLDORA MASCULINA

La píldora masculina, en fase experimental, busca impedir la producción de espermatozoides, provocando azoospermia (ausencia de producción de espermatozoides) u oligospermia (disminución en la cantidad y movilidad de los espermatozoides) a un nivel que dificulte notablemente la fecundación; sin afectar la función sexual.

## VACUNAS ANTICONCEPTIVAS

La vacuna anti LHRH, impide la formación de testosterona (hormona masculina) necesaria para la producción de espermatozoides. Está logrando una eficacia anticonceptiva muy alta (1.4 por ciento de tasa de fallos, frente al 3 por ciento de promedio de la píldora).

## IMPLANTES

Este método ha de combinarse con implantes de andrógenos que equilibren los efectos secundarios de la administración de testosterona. No están disponibles actualmente. Los implantes pertenecen a la última generación de la anticoncepción hormonal. Son cápsulas que se colocan bajo la piel, donde liberan de forma continua hormonas al organismo. Tienen una eficacia del 100 por ciento y una duración de cinco años. Para su colocación y retirada requiere anestesia local y la supervisión médica. Tienen la ventaja de no depender de la ingesta diaria, ni de seguimiento y carecen de los efectos secundarios de la píldora. En ocasiones dejan cicatriz. No ofrecen protección contra las enfermedades de transmisión sexual.

### Implante Femenino

Son implantes subdérmicos utilizados con la finalidad anticonceptiva (inhibe la ovulación). Son seis cápsulas de silicona que contienen depósitos de Levonorgestrel. Se colocan mediante una pequeña incisión hecha con anestesia local, debajo de la piel de la cara interna del brazo, a una profundidad aproximada de 5.8 milímetros. El implante más conocido es el Norplant.

¿Cómo funcionan los implantes?

- Su funcionamiento consiste en la liberación constante de 30 miligramos de Levonorgestrel por día, tras una fase en que se libera una cantidad ligeramente superior.
- Su vida activa es de cinco años, periodo durante el cual la eficacia anticonceptiva está garantizada.

•A los cinco años las cápsulas deben retirarse con un procedimiento similar al de la colocación. A su retirada, se recupera la fertilidad. Si se utiliza el Norplant debe retirarse pasado el plazo, ya que no son biodegradables. Existe una variante de cápsula biodegradable que no necesita ser retirada y es el Capronor.

•Tienen eficacia durante 18 meses, pero su dosificación es más estable.

•Otra variante son unas bolitas de noretisterona, con 35 miligramos de ON-NET cada una. También existen implantes biodegradables de progesterona (6 minibolitas de 3.2 x 11 milímetros, con un contenido de 100 miligramos cada una) que se insertan en mujeres que están amamantando a las seis semanas del posparto, y cuya eficacia anticonceptiva dura seis meses.

¿Cuáles son las ventajas de los implantes?

•Es un método de anticoncepción hormonal reversible.

•Es un método activo a largo plazo que proporciona una mayor comodidad sin disminuir la seguridad.

•Evita la ingesta diaria de comprimidos y mantiene la dosis de forma más constante.

•No requiere seguimiento y es una buena alternativa a los métodos de esterilización si no hay contraindicaciones.

¿Cuáles son los inconvenientes de los implantes?

•Su colocación y retirada debe ser efectuada por un médico.

•Se altera el patrón del sangrado en las reglas y la mujer no puede interrumpir su uso sin intervención del profesional sanitario.

•Excepcionalmente el implante puede ser visible y palpable a través de la piel.

•Se han descrito infecciones o cicatriz.

•No protegen contra las enfermedades de transmisión sexual.

•Está contraindicado en los casos en que la mujer padece obesidad o tienen niveles bajos de colesterol.

¿Cómo elegir el método anticonceptivo idóneo para cada persona?

Los métodos anticonceptivos facilitan a la pareja unas relaciones sexuales más satisfactorias, al eliminar la ansiedad asociada a la expectativa de un embarazo no deseado. Es el médico, quien debe informar sobre las ventajas e inconvenientes de cada método anticonceptivo, pero nunca ha de imponer su uso o prohibirlo.

¿Cómo elegir el método anticonceptivo más idóneo y cuándo debe primar la eficacia del método?

Los anticonceptivos hormonales (orales, inyectables, o mediante implantes): Los anticonceptivos orales, y particularmente el método combinado, constituyen hoy por hoy el único método contraceptivo razonablemente eficaz, cercano al nivel del 100 por ciento de eficacia. Se debe valorar si la mujer se encuentra entre los grupos de riesgo de la anticoncepción oral (trastorno cardiovascular, hepático y fumadora habitual) y, también algunos de estos riesgos desaparecen utilizando anticonceptivos hormonales no orales.

Los dispositivos intrauterinos (DIU): Todos ellos, y particularmente los de cobre, se sitúan en segundo de la fila en lo que respecta a su alta eficacia con una tasa de fallo que no supera el 1 o el 2 por ciento de los casos. Es el método alternativo a la anticoncepción hormonal oral, o para largos periodos de descanso de ésta, como uno de los métodos plenamente eficaces.

Los métodos de barrera: Los preservativos ( esponja, preservativo femenino) y los masculinos (condón) conllevan una tasa media de fallos de alrededor del 5 por ciento. Probablemente el riesgo sería mucho menor o casi nulo si el método se utilizara correctamente. Los métodos de barrera son más adecuados para relaciones esporádicas, no estables; es mejor combinar los métodos de barrera con otro.

Los métodos naturales: Implican un elevado número de condiciones para garantizar su eficacia, que hace girar la decisión más sobre la condición personal de quien los usa que sobre la seguridad que ofrece el método en sí mismo. Sólo es recomendable acudir a ellos si no hay alternativas mejores o si las restricciones morales para utilizar otras opciones son insalvables.

#### EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Muy alta seguridad	Alta seguridad	Mediana seguridad	Baja seguridad	No recomendables
Esterilización	Métodos de barrera	Sólo espermicida	Temperatura basal	Coito interrumpido
Píldora			Bilinguis	Lactancia prolongada
DIU			Ogino	Ducha vaginal
Anillo vaginal				
Otras innovaciones				

Una de las nuevas variantes de los métodos hormonales no orales, es:  
**EL ANILLO VAGINAL.**

Se trata de un dispositivo de silicona hueco de 5.5 centímetros de diámetro y 8.5 milímetros de grosor, que contiene progestágenos, o combinaciones de estrógenos y progestágenos. En este procedimiento, las paredes de la vagina absorben las hormonas que son liberadas de manera continua y controlada (20 miligramos de Levonorgestrel por día). El anillo puede ser extraído a voluntad, para ser lavado.

#### Ventajas del anillo vaginal

Puede ser insertado por la propia usuaria en la parte interior de la vagina, cerca del cérvix, sin que exija, como en el diafragma, una colocación exacta.

#### Desventajas del anillo vaginal

Puede producir sangrado irregular, irritación de la vagina, secreción u olor vaginal. El problema se resuelve con su retirada.

#### VACUNAS ANTICONCEPTIVAS

Es un método anticonceptivo reciente, que consiste en una inyección capaz de:

- Provocar la producción de anticuerpos que impidan la fecundación del óvulo con el espermatozoide.
- Impedir el progreso de la gestación, inhibiendo selectivamente los componentes hormonales y no hormonales necesarios en el embarazo.

La más potente es la que actúa contra la hormona HCG, que se segrega a partir del quinto día de la fecundación y es imprescindible para el desarrollo y anidamiento del embrión fecundado.

#### LA PÍLDORA

Los anticonceptivos orales son tabletas compuestas de estrógenos y progesterona (hormonas femeninas) que tienen como función interrumpir la ovulación si se toman correctamente, evitando así el embarazo. Deben ser administrados por un ginecólogo después de un amplio examen médico y de la selección del mejor método para cada persona.

Actualmente existen tres variantes:

## ANTICONCEPTIVOS ORALES:

1. Anticonceptivo oral combinado 2. Método secuencial 3. Píldora de sólo progestágeno o mini píldora

Las ventajas de la píldora anticonceptiva

- Muchas mujeres que toman la píldora tienen periodos regulares, ligeros y más cortos.
- La píldora no interfiere con el sexo
- Permite tener relaciones sexuales espontáneas con tu pareja.

• La píldora protege contra:

- Infecciones en las trompas de Falopio que derivan en infertilidad.
- Embarazos ectópicos.
- Evita el crecimiento de cáncer de mama.
- Protege contra los quistes ováricos.
- Protege contra el cáncer en el útero.
- Ayuda a disminuir los dolores premenstruales.
- Evita la deficiencia en hierro como resultado de menstruaciones abundantes.
- Protege contra la artritis reumatoide.
- Combate el acné.

¿Cuáles son los riesgos de la píldora anticonceptiva?

Los efectos secundarios más comunes son:

Sangrado entre periodos.

- Pérdida o aumento de peso corporal.
- Sensibilidad en los senos.
- Náuseas y ocasionalmente vómitos.
- Depresión.

Estos efectos desaparecen después de dos o tres meses de estar bajo la píldora.

## PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA

¿Cómo se deben de utilizar la píldora anticonceptiva de emergencia?

Este método es conocido como la píldora del día siguiente estas actual al alterar el endometrio la pared que cubre el útero, con la finalidad de impedir la anidación del huevo fecundado y asegurar que se produzca la menstruación.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia, no son píldoras abortivas, por lo que no funcionan si estás embarazada.

¿Cómo funcionan?

Su funcionamiento depende del momento del ciclo menstrual en el que te encuentres al tomártelas. Las píldoras pueden:

- Impedir la fecundación.
- Detener la liberación de óvulos.
- Interfieren con la implantación en el útero.

Tipos de píldoras de anticoncepción

•Las píldoras mixtas consisten en pastillas combinadas de estrógenos y progestágenos, deben tomarse dos pastillas antes de que transcurran las 72 horas de realizado el coito sin protección; 12 horas después deberán tomarse otras dos tabletas. Las mujeres que no pueden tomar estrógenos toman la mini-píldora que contiene sólo progestina. •La píldora de menor dosis que se administran cuatro pastillas durante las 72 horas siguientes a la realización del coito sin protección, seguidas de otras cuatro tabletas 12 horas más tarde. •El danazol implica la ingesta de dos pastillas antes de que transcurran 72 horas del coito sin protección y de otros dos comprimidos 12 horas más tarde.

¿Se puede recurrir a las pastillas de emergencia aún cuando se tomaba píldoras anticonceptivas?

Sí, se puede recurrir a las pastillas de emergencia, si las píldoras anticonceptivas tomadas regularmente fallaron por cualquier razón. Si la función de las píldoras anticonceptivas habituales cambian por la de píldora de emergencia, se debe consultar al médico para que asesore sobre su uso.

## LA INSERCIÓN DE EMERGENCIA DE UN DIU

El DIU poscoital puede ser insertado sin limitación del tiempo transcurrido tras el coito, aunque es el método de elección más recomendable cuando han transcurrido más de 72 horas y menos de cinco días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección. El DIU o T de cobre T-380 A se puede usar como método de anticoncepción de emergencia. Es un DIU con cobre o alambre de cobre enroscado alrededor de un núcleo de plata.

### Ventajas:

- Puede ser utilizado hasta pasados 7 días de la relación sexual sin protección.
- Es más efectivo que las píldoras de emergencia. De cada 1000 mujeres que utilizan el DIU como método de emergencia, sólo una saldrá embarazada.
- Una vez colocado, el DIU puede durar de dos a cinco años.
- El DIU puede ser utilizado por mujeres que no puedan tomar la píldora anticonceptiva ni la de emergencia.

### Desventajas:

- Los calambres del útero podrían molestar mientras colocan el DIU. Algunas mujeres sienten mareos y en casos muy raros, se desmayan. •Si se deja colocado el DIU puede provocar periodos irregulares o un síndrome premenstrual más agudo.
- El DIU no ofrece protección contra las ETS. Para contrarrestarlas se necesita usar los métodos de barrera.
- Se adquiere sólo mediante receta médica y su colocación y seguimiento requiere de visitas al médico.

La inserción de emergencia de un DIU no se recomienda para aquéllas que corren el riesgo de infecciones por transmisión sexual:

- Mujeres con más de una pareja sexual, o cuyas parejas tienen otras parejas sexuales
- Mujeres con nuevas parejas sexuales.
- Mujeres que han sido violadas.

Se debe saber que...

La anticoncepción de emergencia es sólo para emergencias. Existen más posibilidades de quedar embarazada si una mujer utiliza estos métodos con frecuencia, que si usa anticonceptivos continuos como las inyecciones hormonales, los implantes, etc.

Pueden utilizar las píldoras combinadas para la anticoncepción de emergencia. Es recomendable utilizar las píldoras anticonceptivas que vienen en dosis de 21 días. Sin embargo, si tomas la dosis de un paquete regular de 28 píldoras combinadas, puedes utilizar cualquiera de las primeras 21 para la anticoncepción de emergencia. La dosis puede variar (entre cuatro y cinco, dependiendo la marca). No se deben utilizar las últimas siete píldoras en el paquete de 28 días, ya que no contienen hormonas.

Se necesita de una prescripción médica, por ningún motivo se deben tomarla sin previa autorización.

¿Cómo se toman las pastillas de emergencia?

Fuente: Fundación Mexicana Para La Planeación Familiar.

Primera dosis: La primera dosis se debe tomar dentro de 72 horas, después de haber tenido relaciones sexuales sin protección. Un efecto de estas píldoras son las náuseas. Para prevenir los vómitos, come galletas saladas o toma un vaso de leche 30 minutos antes de cada dosis. Tu médico te recomendará, si es necesario, un medicamento para controlar las náuseas.

Segunda dosis: Toma la segunda dosis 12 horas después de haber tomado la primera. Si vomitas después de la primera dosis, toma el medicamento para controlar la náusea 30 minutos antes de la segunda dosis. También se puede tomar la segunda dosis en forma de supositorio vaginal. Pon las píldoras dentro de la vagina hasta el último punto que alcances. (El medicamento se absorbe por el tejido de la vagina.) Si vomitas después de la segunda dosis, no tomes más pastillas. Es probable que estas pastillas no reducen el riesgo de embarazo. Además, es posible que te causen más molestias.

En México existen 7 marcas que pueden usarse como píldoras de emergencia, cuatro de dosis altas de hormonas en cada pastilla: Ovral, Neogynon, Eugynon y Nordiol y tres de dosis bajas: Microgynon, Nordet y Lo-Femenal.

¿Qué sucede después de tomar las píldoras de anticoncepción de emergencia?

La regla puede llegar unos días antes o después de lo normal.

El sangrado puede ser mayor o menor, y más irregular que lo normal.

Si acudes al médico antes de que te llegue la regla, debes informarle sobre las pastillas de emergencia.

Debes consultar al médico para asegurarte de tu estado

Si tienes relaciones sexuales antes de que llegue la regla, utiliza un método anticonceptivo.

¿Cuál es la probabilidad de tomarlas dentro de las 72 horas y no quedar embarazada?

La probabilidad de mujeres que tienen una relación sexual sin protección o con algún tipo de descuido (olvido de la píldora anticonceptiva habitual, rupturas del condón por una mala colocación, etc.) y que toman las píldoras anticonceptivas de emergencia dentro del límite de 72 horas tienen 98 por ciento de seguridad de no quedar embarazadas.

¿Cuáles son los efectos secundarios de la píldora de anticoncepción de emergencia ?

Normalmente los efectos secundarios asociados con el uso de píldoras de emergencia, desaparecen en unos días después de tomar la segunda dosis. El 50 por ciento de las mujeres que las utilizan sufren náuseas y el 30 por ciento de ellas tienen vómitos. También podrías tener sensibilidad en los senos, sangrado irregular, retención de fluido, y dolor de cabeza. Si se utilizan frecuentemente pueden generar reglas irregulares e inconstantes.

¿Qué hacer si tienes muchas molestias o no puedes soportarlas?

Para disminuir las molestias es mejor tomar las píldoras a la hora de acostarte (si estás dentro de las 72 horas), junto con los alimentos o tomar una pastilla para el mareo y el vómito media hora antes de tomar las píldoras anticonceptivas de emergencia

Debes recordar que...

Es más recomendable utilizar un método anticonceptivo en forma regular, que tomar en varias ocasiones las píldoras anticonceptivas de emergencia.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia no te protegen contra las ETS.

Es posible que las píldoras de emergencia no te prevengan contra los embarazos ectópicos, que son los que se desarrollan fuera del útero. Debes recurrir en toda circunstancia al médico, sobre todo si tienes síntomas como:

- Dolores severos en uno, o en los dos lados del abdomen
- Sangrado irregular, especialmente después de una regla muy ligera o ausente.
- Mareos •rodilla o muslo) •Dolor en el pecho •Problemas para respirar •Dolores intensos de cabeza •Debilidad •Aturdimiento •Ictericia (aparición amarilla de la piel).

No es recomendable el uso de estas píldoras si se está embarazada.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia sólo protegen de las relaciones sexuales que se tuvieron en las últimas 72 horas<sup>23</sup>.

## 2.7 LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Art. 28 Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del D.F., estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de:

G. Atender de manera especial las enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y del VIH/SIDA, impulsando programas de prevención e información sobre ellas.

H. Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.<sup>24</sup>

### DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES DE LAS Y LOS JÓVENES

En México, tres momentos históricos han marcado las tendencias del desarrollo de organizaciones vinculadas al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes. Las organizaciones pioneras estuvieron ligadas al movimiento feminista, y a la falta de políticas de población que apoyaran servicios anticoncepción a las mujeres y educación sexual a los jóvenes. Esta etapa logra su consolidación hacia la segunda mitad de la década de los 70, en que se promulga la Ley General de Población, se desarrollan los Programas Gubernamentales de Planificación Familiar y el Primer Programa Nacional de Educación Sexual coordinado por el Consejo Nacional de Población (Conapo).

---

<sup>23</sup> A Monroy de Velasco. La Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. En sinposium, los nuevos aires de la salud reproductiva. México 1997

<sup>24</sup> constitución Mexicana 2003

Un segundo momento está marcado por la necesidad de una educación preventiva ante el crecimiento de la epidemia del VIH-SIDA y se vincula con el Año Internacional de la Juventud (1985) y la Convención de los Derechos del Niño (1989). Que llama la atención sobre la diversidad de comportamientos sexuales entre los y las mexicanas que quedaban al descubierto con la epidemia del VIH-SIDA, por estudios dirigidos a la sexualidad y la reproducción juvenil como grupos de rezago en las políticas demográficas y por la concientización sobre las dimensiones políticas implicadas en los programas de educación sexual y salud preventiva.

La tercera etapa tiene que ver con esa necesidad de posicionar la salud sexual y reproductiva, así como la diversidad sexual como derechos humanos. Se trata de un importante cambio de paradigma que descentra el interés en los procesos demográficos para interesarse en los problemas de salud de las mujeres y en las necesidades de orientar a los adolescentes en sexualidad. Los frutos de esta etapa se recogen principalmente de tres reuniones de las Naciones Unidas: la Cuarta Conferencia sobre Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993 (CDH), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo, en 1994 (CIPD) y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (CMM), efectuada en Beijing en 1995.

El particular estilo mexicano de manejar las tensiones políticas frente a los programas de educación sexual y salud reproductiva consiste en la apropiación de nuestra compleja cultura mexicana a los ejes culturales de Occidente, que han movilizado los cimientos de civilizaciones enteras en nuestro continente

El concepto de sexualidad, tal como hoy se analiza desde el abordaje crítico del historiador M. Foucault, es un conjunto de significados dados a las prácticas y actividades, un aparato social que tiene una HISTORIA CON...

Las y los participantes de 28 estados de la República Mexicana, representantes de 78 organizaciones civiles a instituciones gubernamentales asistentes al "FORO NACIONAL DE JÓVENES POR LOS DERECHOS SEXUALES" convocados por el Instituto Mexicano de la Juventud, la Dirección de programas para la Juventud el Gobierno del Distrito Federal, Acción Educativa por la salud Sexual, A.C y ELIGE Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y reproductivos, declararon que:

Las mujeres y los hombres jóvenes en lo que respecta a educación e información se tiene el derecho a:

- Una educación sexual integral, objetiva, científica, temprana, laica y liberadora, que aborde el placer, la reproducción, la vida afectiva y el género en todas sus dimensiones.
- Una educación sexual incluye, que responda a las necesidades y problemáticas actuales de la juventud.
- Una educación e información que fomente la equidad entre mujeres y hombres, el respeto y la aceptación de la diversidad sexual.
- Una educación e información que promueva la toma de decisiones responsables y libres.
- Recibir información y educación sexual impartida por personas sensibles, respetuosas, tolerantes, y capacitadas en el tema.
- La difusión de una imagen digna de las y los jóvenes en los medios de comunicación, que respete las diversas formas de expresión juvenil, libre de discriminación y estereotipos negativos.

Las mujeres y los hombres jóvenes, en lo que se refiere al ejercicio y disfrute de la sexualidad, se tiene derecho a:

- No ser discriminados (as) por nuestra edad, género, orientación sexual o por cualquier otra condición humana como: estado de salud, estado civil, raza, creencias religiosas, limitación física o emocional o por la forma de vestir.
- La autonomía para decidir sobre el bienestar de nuestro cuerpo y nuestra vida.
- La equidad independientemente de la condición genérica.
- La privacidad sexual, sin que interfiera en los derechos sexuales de otra persona.
- La integridad corporal, libre de cualquier tipo de explotación sexual, coerción y violencia.
- Vivir el erotismo en el marco de un ejercicio de la sexualidad que no tenga necesariamente fines reproductivos.
- Vivir y ejercer la sexualidad con personas del mismo y otro sexo – género.
- Ejercer y expresar la sexualidad libre, exenta de miedos, culpas, vergüenza y falsas creencias.

Las mujeres y los hombres jóvenes, en lo relativo a la salud y los servicios destinados para los mismos, tienen derecho a:

- Decidir de manera informada sobre la salud sexual y salud reproductiva.
- Acceder a servicios de salud que proporcionen información, orientación y atención integral de manera oportuna, eficaz, de calidad, confidencial sin discriminación, con trato humano y perspectiva de género.
- Recibir información y atención por personal sensible, respetuoso y capacitado en los temas.

- Conocer, tener acceso e información para el uso adecuado de toda la gama de métodos anticonceptivos y alternativas para la prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH, embarazos no planeados o no deseados.
- Interrumpir voluntariamente embarazos no planeados ni deseados, en instituciones de salud pública y privada en condiciones saludables y por personal capacitado.
- Recibir apoyo, orientación, atención y tratamiento integral en casos de VIH/SIDA, ITS, violencia de género, embarazos no planeados y/o no deseados.<sup>25</sup>

## 2.8 LEGISLACIÓN SOBRE EL ABORTO EN EL DISTRITO FEDERAL. LA LEY Y EL ABORTO EN MÉXICO

En todo el país el Código Penal permite la interrupción del embarazo, cuando es resultado de violación. 30 entidades no castigan el aborto cuando se da por imprudencia y en 29 cuando hay peligro de muerte para la madre. En 10 estados de la República existe la posibilidad legal de interrumpir un embarazo cuando hay malformación del producto, mientras que en diez entidades se permite cuando hay grave daño para la salud de la madre. Sólo en Yucatán está permitido abortar para las mujeres que aluden razones económicas, siempre que hayan tenido tres hijos anteriores

En México: dentro de la legislación mexicana en los artículos 330 y 332 reglamentan las siguientes clases de aborto punibles:

- 1.Aborto consentido: sin una causa o móvil de honor.
2. Aborto consentido: por móvil de honor.
- 3.Aborto sufrido: ES realizado por terceros sin el consentimiento de la madre.

---

<sup>25</sup> Juan Pablo Villa. Introducción... Op. Cit. P 13-26

4. Aborto procurado: por la propia madre, llamado también auto aborto propio o provocado sin causa de honor.
5. Aborto procurado: por la propia madre en el que existe un móvil de honor. <sup>26</sup>

## EL MARCO LEGAL DEL ABORTO.

El aborto en México esta penalizado sin embargo, los códigos penales de los estados contemplan circunstancias bajo las cuales la interrupción de embarazo no es punible y todos lo autorizan en caso de violación.

A pesar de la existencia de este marco jurídico el acceso de las mujeres al aborto seguro esta marcadamente restringido a un bajo las circunstancias previstas en la legislación la mayoría de los códigos penales estatales carecen de los instrumentos normativos adecuados para dar complemento a las leyes y los hospitales públicos con capacidad para atender casos de aborto legal son muy pocos en el país.

---

<sup>26</sup> Ma. Del Rocio Quesada. El aborto inducido... Op. Cit. P 64

CIRCUNSTANCIAS	Número de estados (n=32)
Violación	32
Riesgo para la vida de la mujer	27
Aborto imprudencial	29
Malformaciones genéticas o congénitas	13
Riesgo para la salud de la mujer	9
Inseminación artificial no consentida	8
Razones socioeconómicas graves (cuando la mujer tiene tres o más hijos)	1

Fuente. Grupo de información en reproducción elegida, 2000 Miradas sobre el aborto. México: GIRE.

Dadas las restricciones para la practica del aborto que existe en toda la república mexicana la gran mayoría de las mujeres que deciden interrumpir el embarazo lo hacen al margen de las leyes. Muchos abortos se practican en condiciones de inseguridad lo que propicia una alta incidencia de complicaciones y un numero desconocido de muertes prematuras que podrían evitarse.

Las restricciones legales no impiden que un elevado número de mujeres de los sectores sociales pobres utilice procedimientos peligrosos para autoinducir la interrupción del embarazo o que recurran, muchas veces en forma tardía, a practicantes no calificados que realizan abortos con instrumentos contaminados. La amenaza de la sanción penal tampoco evita que el aborto se practique en numerosos consultorios y clínicas privadas, ni que para muchos (as) profesionales de la medicina represente un negocio que genera importantes ganancias<sup>27</sup>.

La situación del aborto refleja con gran claridad las condiciones de desigualdad social que prevalecen en el país. Son relativamente pocas las mujeres que tienen acceso a servicios médicamente seguros para interrumpir un embarazo no deseado ya que sus costos son en general elevados y están fuera del alcance de la mayoría (grupo de información en reproducción elegida, 2000).

## 2.9 LA DIMENSION EMOCIONAL DEL EMBARAZO NO DESEADO Y DEL ABORTO

Muchas mujeres viven situaciones de gran conflicto emocional cuando se enfrenta a un embarazo no deseado, propiciada por los patrones culturales que limitan sus posibilidades para tomar decisiones autónomas en torno a la sexualidad y la reproducción. Una buena parte de las mujeres que deciden abortar lo hacen en condiciones sumamente difíciles, en tanto son objeto de la estigmatización social y se perciben a sí mismas como transgresoras de valores morales y religiosos fuertemente arraigados en la sociedad mexicana (Rivas & Amuchástegui, 1998).

---

<sup>27</sup> Deyanira González. El aborto... Op. Cit. P 4

Es importante señalar, sin embargo, que la interrupción de un embarazo no deseado es una experiencia que las mujeres asumen de acuerdo con sus condiciones individuales y con el entorno social en el que viven. Las mujeres interrumpen sus embarazos por razones muy diversas, y no todas tienen secuelas emocionales y sentimientos de culpa después del aborto. Muchas se sienten aliviadas y agradecidas cuando reciben una atención integral, segura y respetuosa por parte de médicos que practican abortos apoyándose en una postura ética centrada en el respeto a la autonomía de las mujeres.

La carga moral que para muchas personas supone el aborto es consecuencia de los estereotipos culturalmente aceptados para definir la feminidad, así como la valoración de la maternidad como el atributo esencial de las mujeres. Por otra parte, si bien México es un país de tradición laica, la iglesia católica ha jugado siempre un importante papel en el contexto político del país e influido en la actitud de sectores sociales muy amplios respecto a la sexualidad y la reproducción. La percepción de la alta jerarquía católica sobre estos aspectos se traduce en normas y principios morales rígidos que operan como un poderoso dispositivo para mantener las condiciones de subordinación y de desigualdad social de las mujeres:

"... en la concepción católica sobre la maternidad, que es la que prima culturalmente en nuestro país, una madre siempre debe anteponer el hijo a sus necesidades y deseos como personas. Así, el valor de una mujer radica tanto en su función de recipiente que tiene una nueva vida, como en que cumpla el imperativo que simboliza la feminidad: el conjunto de virtudes de abnegación altruismo y sacrificio que exigen postergarlo todo en aras del hijo, del marido, de la familia pocas mujeres se atreven a decir abiertamente que hay ocasiones en que no quieren ser madres. Claro que ante un embarazo no deseado, existen mujeres que no se resignen y acuden al aborto ilegal; pero al no conceptualizar la maternidad como elección sino como destino "natural" viven su elección con culpa, sin asumirla abiertamente." (Lamas, 1997).

Las reacciones emocionales negativas posteriores a la interrupción de un embarazo no deseado tienen una relación muy directa con la calidad de atención que ofrecen los hospitales públicos a las mujeres que buscan atención de urgencia por las complicaciones de una intervención realizada en condiciones inseguras. La calidad técnica de la atención varía de acuerdo con los recursos de los hospitales pero la mayoría carece de personal capacitado para proporcionar servicios integrales de atención post-aborto, que asegure el seguimiento de las mujeres, les brinden apoyo emocional, o les ofrezcan información amplia y accesible para evitar un nuevo embarazo no deseado.

Por otro lado, es frecuente que las mujeres de quienes se sospecha que se indujeron un aborto sean objeto de la indiferencia o el maltrato por parte del personal de los servicios. Las actitudes punitivas que se asumen muchos de los profesionales de salud frente a las mujeres que abortan tienen que ver no solo con los estigmas sobre la interrupción del embarazo o con su prohibición legal. El maltrato que en general reciben las mujeres en hospitales públicos tiene también relación con aspectos vinculados a las condiciones de subordinación genérica, a la precaria situación social de aquellas que sufren complicaciones con mayor frecuencia, y a la desigualdad de las relaciones de poder que habitualmente se establecen entre médicos y pacientes.

## 2.10 DIMENSIÓN SOCIAL DEL ABORTO EN MÉXICO:

En México la actitud que se ha tenido hacia el aborto inducido se ha ido modificando, pero no ha llegado a convertirse en positiva como en otros países.

## 2.11 EL ROL DE LA ADOLESCENTE CUANDO ES MADRE.

Un numero cada vez mayor de adolescentes solteras llegan a ser madres sin tener idea de los problemas y las responsabilidades que les esperan.

1. En el periodo de desarrollo, el embarazo imprevisto constituye una experiencia dramática para el adolescente y para su familia.
2. Los niños de los adolescentes de menos de 18 años nacen por lo general prematuros y con un peso inferior al promedio, están expuestos a enfermedades y complicaciones y pueden morir durante el primer año de vida.
3. El niño que nace de padres muy jóvenes suele ser menos amado y aceptado, puesto que llega en un momento en que aún no existe una profunda unión entre los progenitores dado que estos no han alcanzado la madurez.
4. Los padres adolescentes sienten poca responsabilidad en el embarazo de su pareja y, desde el principio, dejan que la muchacha resuelva sola sus problemas. Además es muy difícil que dejen sus estudios y se dediquen a trabajar para mantener al hijo, al que pocas veces reconocen.
5. Entre las madres de menos de 18 años solo una mínima parte llega a terminar sus estudios una vez que ha nacido el hijo. Es obvio que el embarazo induce a abandonar la escuela.
6. Estas muchachas pueden ser rechazadas por su familia y tener que recurrir a instituciones que se encargan de la protección a la infancia.
7. La desocupación y la falta de alojamiento puede ser una dura prueba para las adolescentes que tienen a su cargo a un hijo; esta a menudo tiene que adaptarse a trabajos marginales que apenas permiten obtener lo suficiente para subsistir.

8. De las adolescentes de menos de 18 años, menos d la mitad se casan; para estas, el matrimonio suele complicarse por condiciones económicas adversas y acaban por disolverse<sup>28</sup>.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 HIPOTESIS**

##### **3.1.1 General**

Existe una relación directa entre el aborto inducido y la falta de información sobre métodos anticonceptivos así como la deficiente orientación que tienen los jóvenes de los aspectos de la sexualidad.

##### **3.1.2 De trabajo**

La alta incidencia del aborto inducido en el adolescente esta relacionada directamente a diversos factores de carácter económico, social y cultural y no sólo a factores de educación.

##### **3.1.3 Nula**

A mayor educación en el área de la sexualidad a adolescentes menor índice de embarazos no deseados y por ende de abortos inducidos.

---

<sup>28</sup> Maria de Jesús Morales. Vida...Opcit p 336.

### 3.2 VARIABLES E INDICADORES.

#### VARIABLES

##### CUANTITATIVA

No de abortos

Edad

Escolaridad

Conocimiento de métodos anticonceptivos

##### CUALITATIVA

Educación

Autoestima

Familia

Proyecto de vida

#### INDICADORES

No de abortos.

Edad en que se induce el aborto.

Complicaciones del aborto

Sentimientos después del aborto

Métodos anticonceptivos.

Mujeres solteras y embarazadas.

Falta de aprobación de la familia al embarazo.

Temor al embarazo.

Temor a la crianza del hijo.

Temor al abandono de la pareja.

Interrupción de los proyectos de vida.

Educación

Ideologías

### 3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo:

Transversal. Debido a que se examinan las características de adolescentes de educación media superior y superior durante un tiempo limitado.

Descriptiva: El fenómeno será estudiado sin hacer comparaciones.

Abierta. Ya que se conocen las condiciones que pueden cambiar las variables de estudio.

#### ASPECTOS ETICOS:

Esta información se maneja confidencialmente y será resguardada en el acervo de la Escuela Nacional de enfermería y Obstetricia.

#### INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN UTILIZADO.

**CUESTIONARIO:** Este es el principal instrumento para recolectar los datos. Se aplicara 1 cuestionarios, para sexo femenino y masculino, con 26 preguntas cerradas y abiertas. El cual esta conformado por las siguientes partes: Datos de identificación, conocimiento de métodos anticonceptivos, opinión sobre el aborto, factores que influyen sobre un embarazo no planeado, evaluación de casos de aborto, opinión sobre los programas de salud sexual, auto evaluación de su autoestima. El tiempo estimado de contestación del cuestionario será de 15 minutos.

#### **4. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA**

**MUESTRA:** 297 adolescentes de educación Media superior ( CCH SUR, Preparatoria N° 1 y 5 con un total de 150 alumnos ) y alumnos de pregrado (Facultad de Odontología, Medicina y Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia con un total de 150 alumnos).

#### **4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS.**

Los datos se analizará a través del programa Excel que permitirá la captura y el recuento para su tabulación en cuadros y graficas.

#### **4.3 RESULTADOS**

A continuación se muestran los resultados e interpretación de resultados.

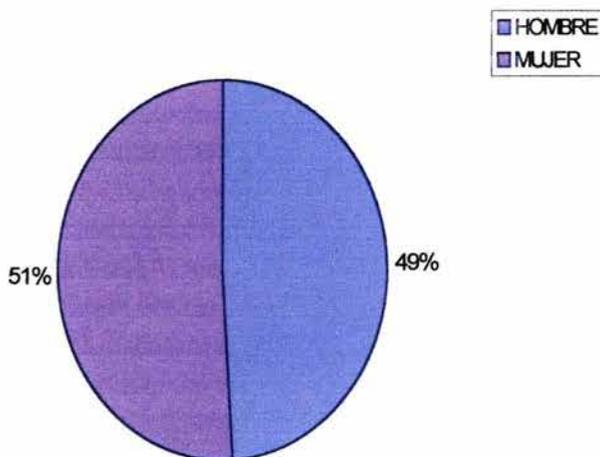
**CUADRO N°1**  
**DISTRIBUCION DE SEXO DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS DE**  
**NIVEL MEDIO SUPERIOR DE LA UNAM.**

OPCIONES	F	%
HOMBRE	72	49%
MUJER	75	51%
		100%

FUENTE: Cuestionarios de la investigación: La intervención del Licenciado en Enfermería y Obstetricia a través de la Educación para la Salud en la prevención del aborto en adolescentes de nivel medio superior y superior de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En el cuadro N°1, relativo al sexo de las personas encuestadas, se realizaron las entrevistas tanto a mujeres como a hombres ya que en ocasiones es el hombre el cual influye en la decisión de la mujer para que lleve a cabo un aborto.

GRAFICA N° 1  
DISTRIBUCION DE SEXO DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS A  
NIVEL MEDIO SUPERIOR DE LA UNAM



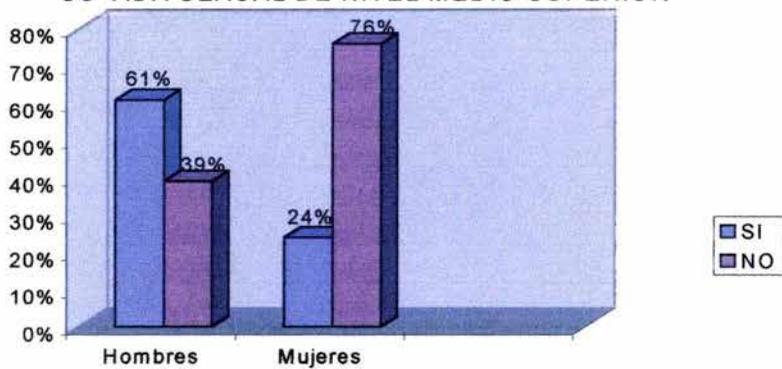
**CUADRO N° 2**  
**DISTRIBUCION DE JOVENES ENCUESTADOS QUE HAN INICIADO SU VIDA SEXUAL**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
SI	44	61%	18	24%
NO	28	39%	57	76%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 2, relativo al inicio de vida sexual de los jóvenes encuestados, por lo anterior se deduce que es el hombre quien inicia a más temprana edad su vida sexual.

GRAFICA N° 2  
DISTRIBUCION DE JOVENES QUE HAN INICIADO  
SU VIDA SEXUAL DE NIVEL MEDIO SUPERIOR



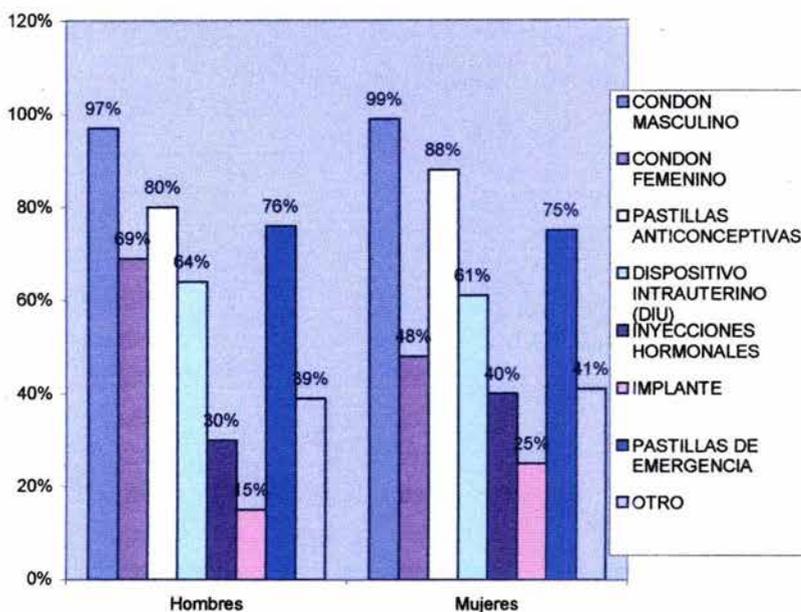
**CUADRO N° 3**  
**DISTRIBUCION DE LOS JOVENES ENCUESTADOS QUE CONOCEN EL USO**  
**CORRECTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
CONDON MASCULINO	71	97%	74	99%
CONDON FEMENINO	50	69%	36	48%
PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	58	80%	66	88%
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	46	64%	46	61%
INYECCIONES HORMONALES	22	30%	30	40%
IMPLANTE	11	15%	19	25%
PASTILLAS DE EMERGENCIA	55	76%	56	75%
OTRO	28	39%	31	41%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 3, relativo a conocer el uso correcto de los métodos anticonceptivos, lo anterior significa que los jóvenes conocen el uso adecuado con mayor frecuencia del condón masculino, tanto las mujeres como los hombres, siguiendo el DIU y pastillas de emergencia y en menor frecuencia los demás.

**GRAFICA N° 3**  
**DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS**  
**QUE CONOCEN EL USO CORRECTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS**



**OBSERVACIONES:**

El 97% de los hombres encuestados refieren conocer el uso correcto del condón mientras que el 15% conoce el uso del implante. Con respecto a las mujeres el 99% conoce el uso correcto del condón masculino y el 25% conoce el uso del implante.

**REFERENCIA:**MISMA CUADRO 3

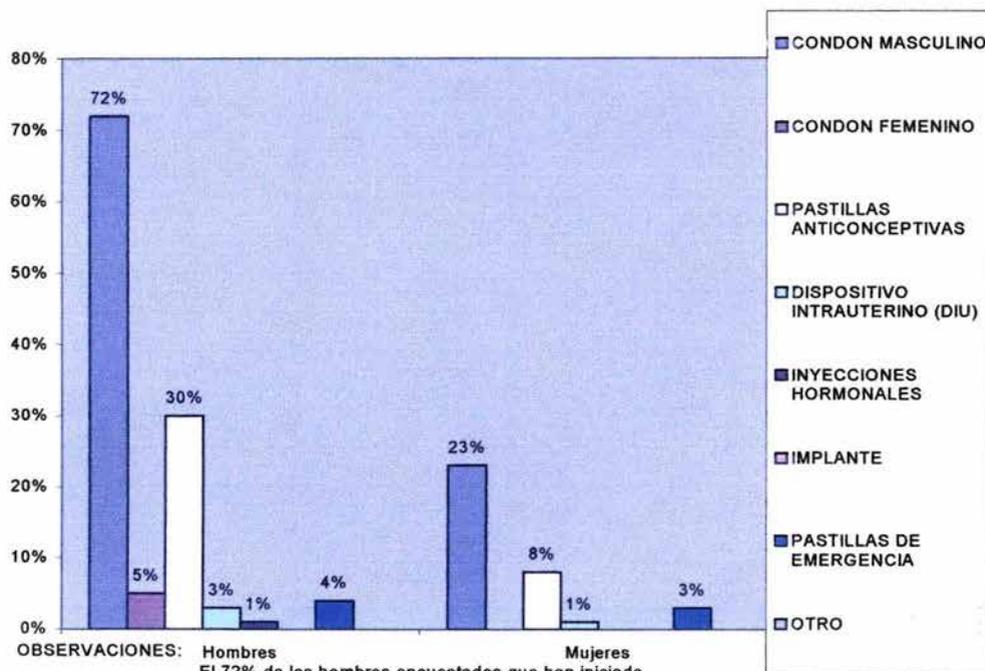
**CUADRO N° 4**  
**USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE SON MAS UTILIZADOS**  
**EN PAREJA POR LOS JOVENES ENCUESTADOS**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
CONDON MASCULINO	52	72%	17	23%
CONDON FEMENINO	4	5%	0	
PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	22	30%	6	8%
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	2	3%	1	1%
INYECCIONES HORMONALES	1	1%	0	
IMPLANTE	0		0	
PASTILLAS DE EMERGENCIA	3	4%	2	3%
OTRO	0		0	

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 4, relativo a cuales son los métodos anticonceptivos que han usado los jóvenes encuestados, se observa que el más utilizado es el Condón masculino y las pastillas de emergencia.

**GRAFICA N° 4**  
**DISTRIBUCION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE UTILIZAN LOS**  
**JOVENES ENCUESTADOS.**



**OBSERVACIONES:** **Hombres** El 72% de los hombres encuestados que han iniciado su vida sexual refieren haber utilizado el condón masculino mientras que el 1% ha utilizado inyecciones hormonales en sus relaciones sexuales mientras que el 23 % de las mujeres entrevistadas han utilizado el condón masculino y el 1% utilizan el dispositivo intrauterino.

**REFERENCIA:**MISMA CUADRO 4

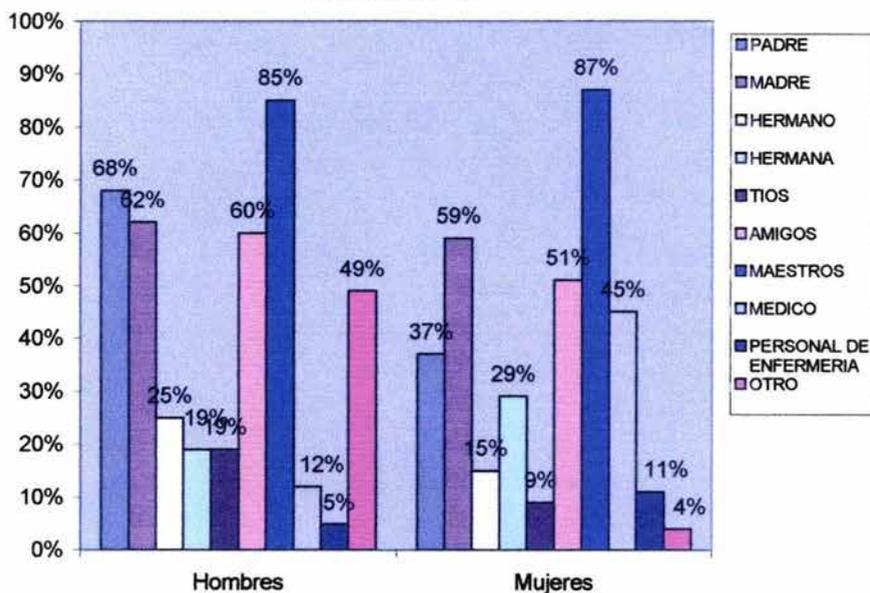
**CUADRO N° 5**  
**DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS QUE HAN INFORMADO SOBRE LOS**  
**METODOS ANTICONCEPTIVOS A LOS JOVENES ENCUESTADOS**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
PADRE	49	68%	28	37%
MADRE	45	62%	44	59%
HERMANO	18	25%	11	15%
HERMANA	14	19%	22	29%
TIOS	14	19%	7	9%
AMIGOS	43	60%	38	51%
MAESTROS	61	85%	65	87%
MEDICO	9	12%	34	45%
PERSONAL DE ENFERMERIA	4	5%	8	11%
OTRO	35	49%	3	4%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 5, De acuerdo a lo anterior se afirma que las personas que más informan a los jóvenes encuestados son en primera instancia los maestros, el médico, y la madre y es segundo lugar todos los demás.

**GRAFICA N°5**  
**DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS QUE HAN INFORMADO**  
**SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS A LOS JOVENES**  
**ENCUESTADOS**



**OBSERVACIONES:**

El 85% de los hombre entrevistados refieren haber recibido información por parte de sus maestros y el 5% por tios. Mientras que en lo que respecta a las mujeres el 87% recibió información por parte de los maestros y el 4% por otro medio.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 5

**CUADRO N° 6**  
**DISTRIBUCION DE LOS JOVENES ENCUESTADOS QUE UTILIZAN METODOS**  
**ANTICONCEPTIVOS PARA EVITAR UN EMBARAZO**

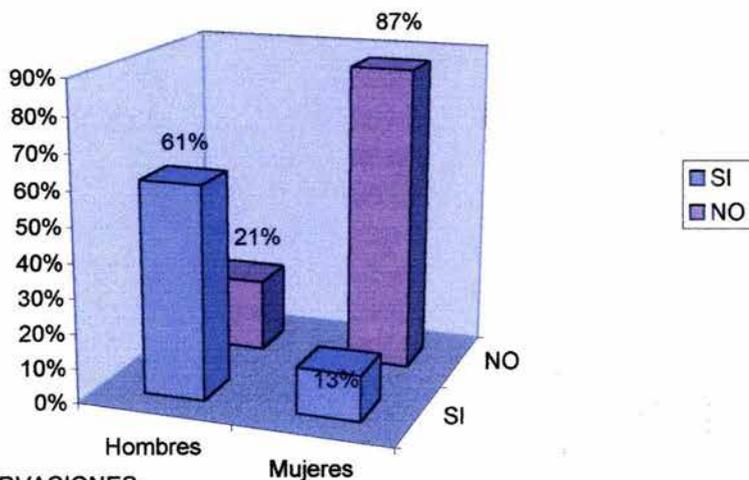
OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
SI	44	61%	10	13%
NO	15	21%	65	87%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 6, Lo anterior significa que la mayoría de los hombres ejercen su sexualidad de manera segura y protegida para evitar una infección de transmisión sexual y/o un embarazo no deseado, en tanto que las mujeres entrevistadas no utilizan algún método ya que no han iniciado su vida sexual, y las que ya han iniciado sí se protegen.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

**GRAFICA N° 6**  
**DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS QUE**  
**USAN ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO PARA**  
**PREVENIR UN EMBARAZO NO DESEADO**



**OBSERVACIONES:**

El 61% de los hombres encuestados que iniciaron su vida sexual utilizan un método anticonceptivo y el 21% no utiliza ningún método. Con respecto a las mujeres el 87 % utiliza algún método anticonceptivo y el 13 % no lo utiliza.

**REFERENCIA: MISMA CUADRO 6**

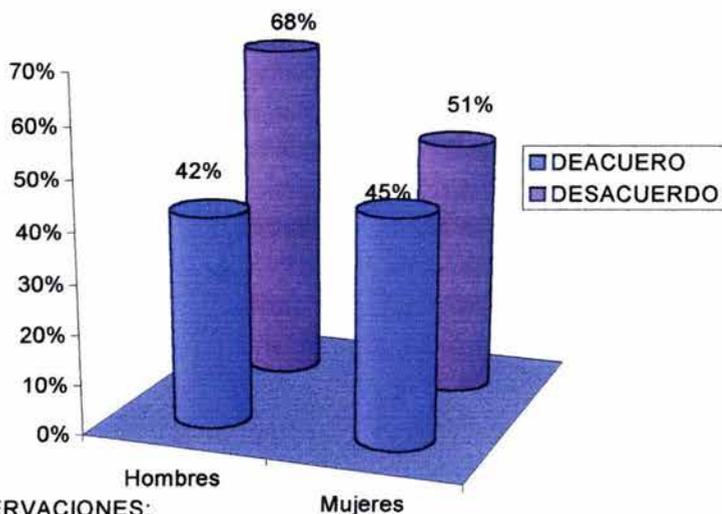
**CUADRO N° 7**  
**DISTRIBUCION DE LA OPINION SOBRE EL ABORTO ENTRE LOS JOVENES**  
**ENCUESTADOS DE NIVEL MEDIO SUPERIOR**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
DEACUERO	30	42%	34	45%
DESACUERDO	49	68%	38	51%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 7, por lo anterior podemos decir que las personas encuestadas en su mayoría no aprueban el aborto, ya sea por cuestiones de religión o ideológicas además de que manifiestan que es cuestión de responsabilidad; y las personas que están de acuerdo es en caso de violación o por que no quieren tenerlo, por adquirir una responsabilidad, interrumpir sus planes o proyectos que tenían como meta, o por no querer traer un ser humano a sufrir al mundo.

**GRAFICA N° 7**  
**DISTRIBUCION DE LA OPINION SOBRE EL ABORTO**  
**ENTRE LOS JOVENES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR**



**OBSERVACIONES:**

El 68% de los hombres encuestados esta en desacuerdo con el aborto y el 42% esta de acuerdo con el aborto. Mientras que el 51% de las mujeres esta desacuerdo y el 45% esta de acuerdo con el aborto.

**REFERENCIA:**MISMA CUADRO 7

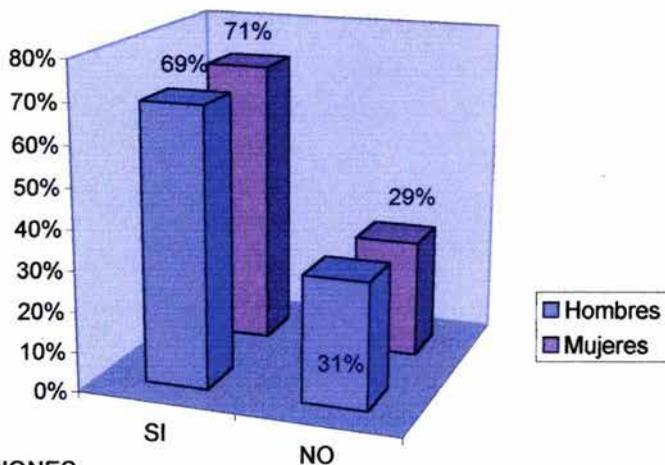
**CUADRO N° 8**  
**DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS QUE HAN RECIBIDO**  
**INFORMACION PARA EVITAR UN ABORTO**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
SI	50	69%	53	71%
NO	22	31%	22	29%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 8, por lo anterior podemos concluir que realmente la información que se brinda para evitar el aborto es insuficiente y que no esta bien orientada hacia los jóvenes.

**GAFICA N° 8**  
**DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS**  
**QUE HAN RECIBIDO INFORMACION PARA PREVENIR**  
**UN ABORTO**



**OBSERVACIONES:**

El 71% de los hombres encuestados han recibido informacion para evitar un aborto y el 31% no. El 71% de la mujeres entrevistadas han recibido informacion para evitar un aborto y el 29% no la ha recibido.

**REFERENCIA: MISMA CUADRO 8**

CUADRO N° 9

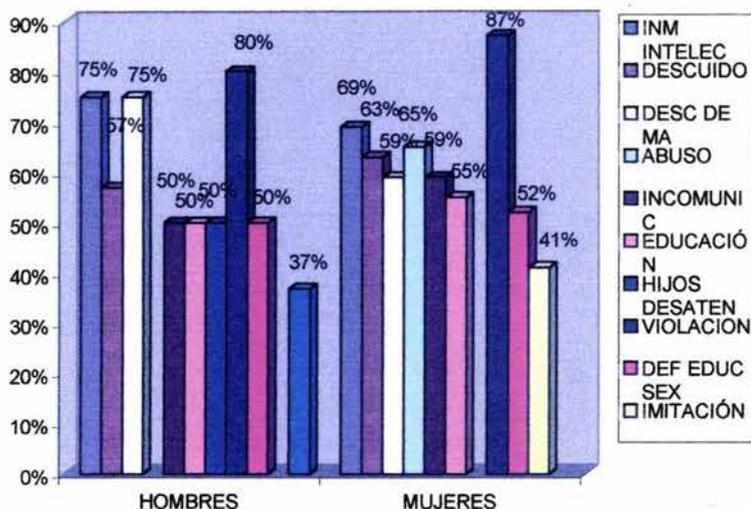
DISTRIBUCION DE LOS FACTORES QUE SON CONSIDERAN QUE INFLUYEN EN UN EMBARAZO NO PLANEADO Y EN OCASIONES ESTE EXPUESTO A UN ABORTO.

OPCIONES		F	%	F	%
PERSONALES	INM INTELEC	HOMBRES		MUJERES	
		54	75%	52	69%
	DESCUIDO	41	57%	47	63%
	DESC DE MA	54	75%	44	59%
FAMILIARES	ABUSO			49	65%
	INCOMUNIC	36	50%	44	59%
	EDUCACIÓN	36	50%	41	55%
	HIJOS DESATEN	36	50%		
SOCIALES	VIOLACION	58	80%	65	87%
	DEF EDUC SEX	36	50%	39	52%
	IMITACIÓN			31	41%
	ACT Y VAL	27	37%		

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro No 9, Lo anterior demuestra que si hay factores que influyen en la exposición aun embarazo no deseado; estos son uno de los tantos factores que los jóvenes dicen que influyen en un embarazo no deseado.

GRAFICA N° 9  
DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES QUE SE CONSIDERAN  
INFLUYEN EN UN EMBARAZO NO PLANEADO Y EN OCASIONES  
ESTE EXPUESTO A UN ABORTO.



OBSERVACIONES:

El 80% de los hombres encuestados refiere que el factor que influye para que haya un embarazo no deseado es la incomunión y el 37% considera el factor es el abuso por parte del padrastro. El 87% de las mujeres consideran que el factor que influye es por violación y el 41% considera que es por querer hacer lo que los demas hacen.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 9.

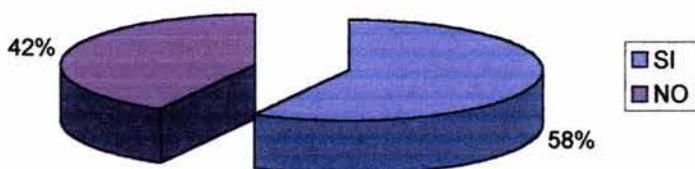
CUADRO N° 10  
DISTRIBUCION DE LOS HOMBRES ENCUESTADOS QUE PEDIRIAN A SU  
PAREJA ABORTAR

OPCIONES	F	%
SI	42	58%
NO	30	42%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 10, Lo anterior significa que los jóvenes en su mayoría si desearía que si su pareja se practicara un aborto ya que mencionan que se arruinarían muchos de sus planes, y que no están preparados, y por que no tienen la preparación para ser padres o por no querer obstaculizar los proyectos de su pareja

**GRAFICA N° 10**  
**DISTRIBUCION DE LOS HOMBRES ENCUESTADOS**  
**QUE PEDIRIAN A SU PAREJA ABORTAR**



**OBSERVACIONES:**

El 58% de los hombres encuestados si pediria que su pareja abortara y el 42% no lo harian.

**REFERENCIA:** MISMA CUADRO 10

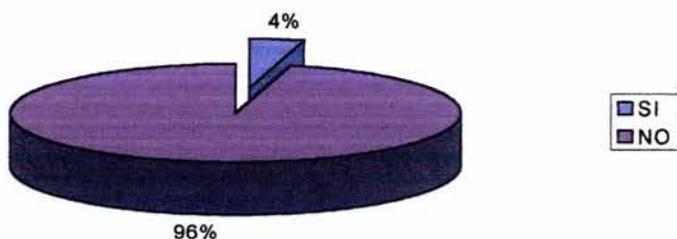
**CUADRO N° 11**  
**DISTRIBUCION DE LOS HOMBRES ENCUESTADOS QUE DARIAN APOYO EN**  
**CASO DE ABORTO A SUS PAREJAS**

OPCIONES	F	%
SI	3	4%
NO	69	96%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 11, esto significa que la mayoría de ellos opinan que si ella quiere abortar y ellos no están de acuerdo no la apoyarían, tratarían de convencerlas de no hacerlo por los riesgos que el aborto puede ocasionar, y el porcentaje que si darían apoyo opinan que es decisión de los dos por tal motivo hay que afrontar el problema.

GRAFICA N° 11  
DISTRIBUCION DE LOS HOMBRES ENCUESTADOS QUE  
DARIAN APOYO EN CASO DE ABORTO A SUS PAREJAS



**OBSERVACIONES:**

El 96% de los hombres encuestados refieren que no brindarían apoyo en caso de que su pareja decidiera abortar y el 4% si lo haría.

REFERENCIA. MISMA CUADRO 11.

**CUADRO N° 12**  
**DISTRIBUCION DE LOS HOMBRES ENCUESTADOS QUE REFIEREN QUE**  
**ALGUNA DE SUS PAREJAS HA ABORTADO**

OPCIONES	F	%
SI	3	4%
NO	69	96%

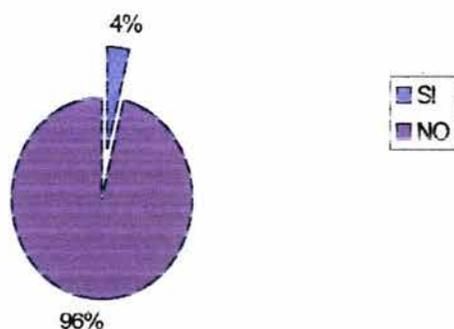
¿CUANTAS VECES Y A QUE EDAD?

1	16 años
1	16 años
1	18 años

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 12, lo anterior significa que al menos una de las mujeres ha abortado alguna vez en edades de 18 a 20 años de edad.

GRAFICA N° 12 DISTRIBUCION DE LOS HOMBRES ENCUESTADOS QUE REFIEREN QUE ALGUNA DE SUS PAREJAS HA ABORTADO



**OBSERVACIONES:**

El 96% de los hombres encuestados manifestó que alguna de sus parejas no ha abortado y el 4% refiere que si ha abortado alguna de sus parejas.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 12.

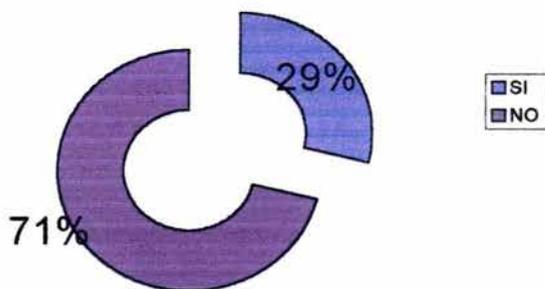
**CUADRO N° 13**  
**DISTRIBUCION DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS QUE ENCASO DE**  
**TENER UN EMBARAZO NO DESEADO ABORTARIAN**

OPCIONES	F	%
SI	22	29%
NO	53	71%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 13, Lo anterior significa que las personas que deciden abortar es en caso de violación ya que no desearían que el producto les recordara el hecho desagradable por el cual atravesaron, además de interrumpir sus planes.

GRAFICA N° 13  
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS QUE  
ENCASO DE TENER UN EMBARAZO NO DESEADO ABORTARIAN



**OBSERVACIONES:**

El 71% corresponde a las mujeres que en caso de un embarazo no deseado no abortarian y el 29% corresponde a las mujeres que abortarian.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 13.

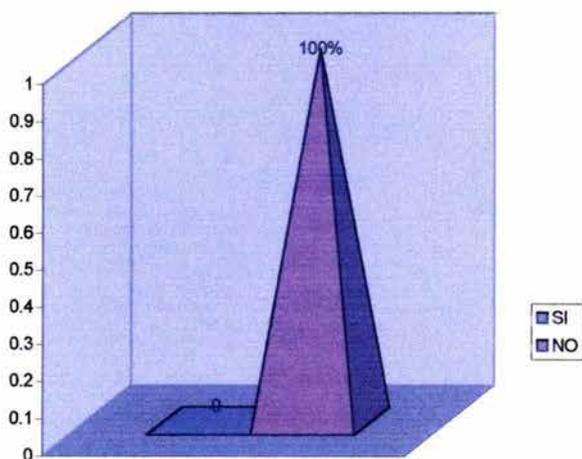
CUADRO N° 14  
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS QUE HAN ABORTADO

OPCIONES	F	%
SI	0	
NO	75	100%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 14, por lo anterior podemos deducir que entre las mujeres entrevistadas no se encontraron casos de aborto.

GRAFICA N° 14 DISTRIBUCION DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS QUE HAN ABORTADO



OBSERVACIONES:

El 100% de las mujeres entrevistadas refieren que no han abortado.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 14.

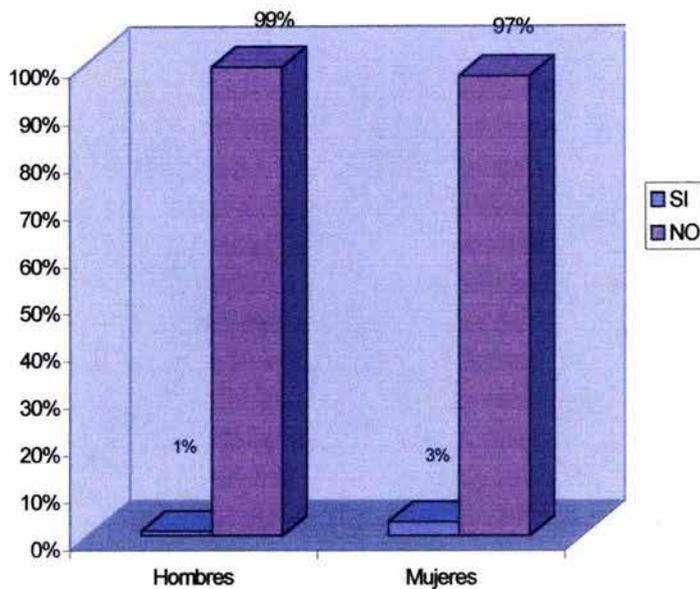
**CUADRO N ° 15**  
**DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS QUE TIENEN**  
**PROBLEMAS PARA EJERCER SEXUALIDAD**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
SI	1	1%	2	3%
NO	71	99%	73	97%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 15, lo anterior denota que un bajo porcentaje presenta problemas y estos son de tipo emocional ya que externalan en el caso de las mujeres el temor a revelar sus preferencias sexuales (lesbiandad), en el caso de los hombres es a causa de la educación tradicionalista en la que influye su religión.

GRAFICA N° 15 DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS QUE TIENEN PROBLEMAS PARA EJERCER SEXUALIDAD



**OBSERVACIONES:**

El 99% de los hombres refieren no tener problemas al ejercer su sexualidad y el 1% si presenta problemas. El 97% corresponde a las mujeres que refieren no presentar problemas y el 3% si presenta problemas para ejercer su sexualidad

REFERENCIA: MISMA CUADRO 15.

CUADRO N° 16

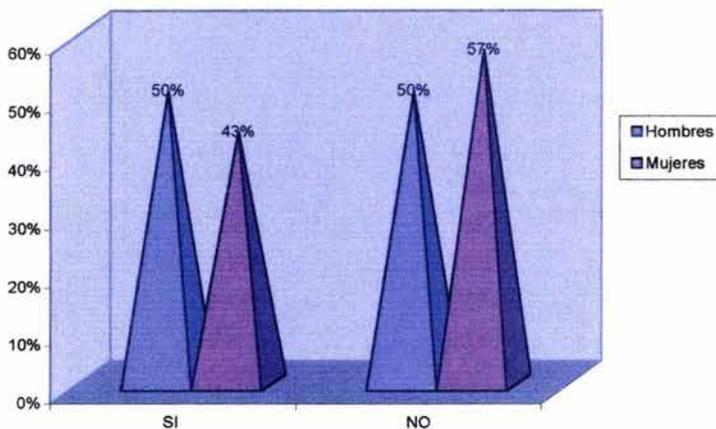
DISTRIBUCION DE LA OPINION DE LOS JOVENES ENCUESTADOS SOBRE SI CUMPLEN SU OBJETIVO LOS PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
SI	36	50%	32	43%
NO	36	50%	43	57%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 16, lo anterior demuestra que los adolescentes observan que no cumplen con su objetivo los programas ya que no llegan a la población, no hay suficiente difusión, no están enfocados a la población de hombres solo mujeres y por lo tanto la responsabilidad recae mas en la mujer que en el hombre y refieren que hay más información para abortar que para prevenir un aborto.

GRAFICA N° 16  
DISTRIBUCION DE LA OPINION DE LOS JOVENES ENCUESTADOS  
SOBRE SI CUMPLEN SU OBJETIVO LOS PROGRAMAS DE SALUD  
SEXUAL



**OBSERVACIONES:**

El 50% corresponde a los hombres que opinan que no cumplen su objetivo los programas de salud sexual y el 50% opina que si cumplen con su objetivo. En lo correspondiente a las mujeres el 57% refiere que no cumplen su objetivo y el 43% si cree que cumplen con su objetivo los programas de salud sexual.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 16

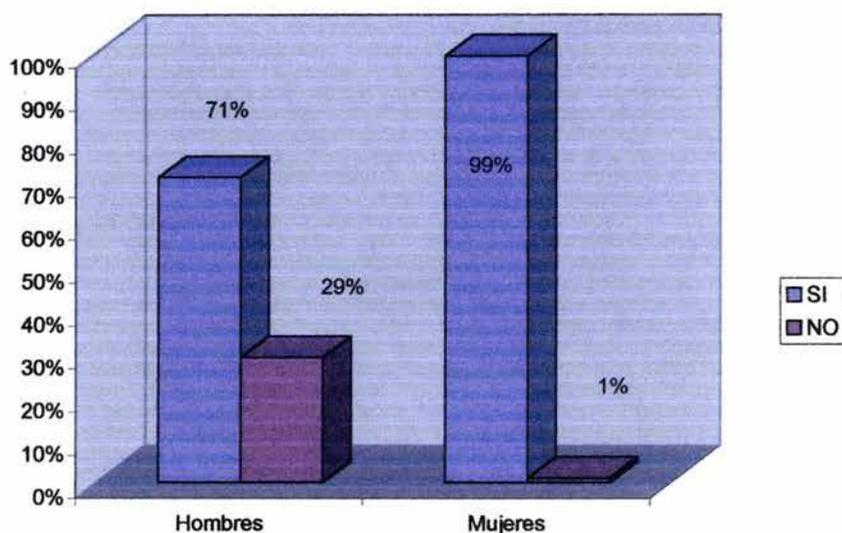
**CUADRO N° 17**  
**DISTRIBUCION DE LA OPINION DE LOS JOVENES ENTREVISTADOS CON**  
**RESPECTO A LA INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA EN LOS ABORTOS**  
**PROVOCADOS**

OPCIONES	Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%
SI	51	71%	74	99%
NO	21	29%	1	1%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 17, Lo anterior denota que los adolescentes consideran que el nivel de autoestima si influye ya que si no hay confianza, respeto, aceptación, valoración y amor por si mismo, existe un factor de riesgos para enfrentarse a un embarazo no deseado y por tanto elevar la probabilidad de un aborto provocado.

**GRAFICA N° 17**  
**DISTRIBUCION DE LA OPINION DE LOS JOVENES**  
**ENTREVISTADOS CON RESPECTO A LA INFLUENCIA**  
**DE LA AUTOESTIMA EN LOS ABORTOS PROVOCADOS**



**OBSERVACIONES:**

El 71% de los hombres encuestados refiere que si influye la autoestima en los abortos provocados y el 29% menciona que no tiene nada que ver. Mientras que el 99% de las mujeres concideran que si influye la autoestima y el 1% refiere que no influye la autoestima en los abortos provocados.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 17

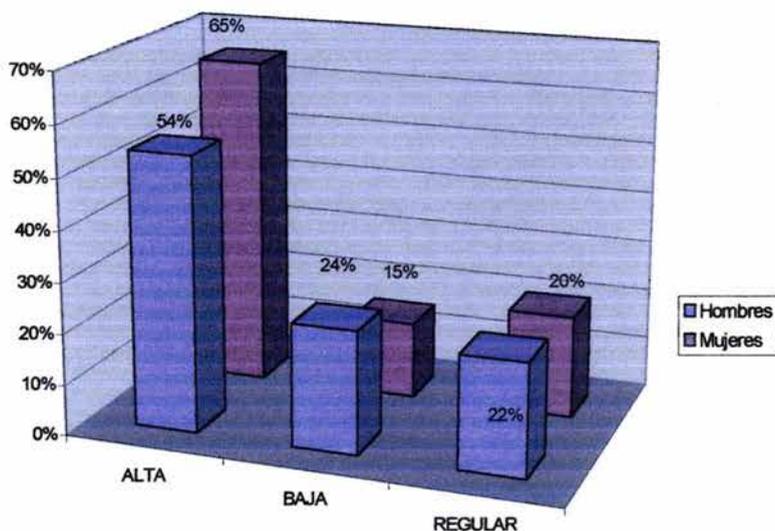
**CUADRO N° 18**  
**DISTRIBUCION DE LA OPINION DE LOS JOVENES ENCUESTADOS**  
**REFERENTE A COMO CONSIDERAN SU AUTOESTIMA**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
ALTA	39	54%	49	65%
BAJA	17	24%	11	15%
REGULAR	16	22%	15	20%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° lo anterior significa que ambos sexos se encuentran expuestos a enfrentar un embarazo no deseado ya que como se menciona es un factor que puede ser protector o de riesgo.

GRAFICA N° 18 DISTRIBUCION DE LA OPINION DE LOS JOVENES ENCUESTADOS REFERENTE A COMO CONSIDERAN SU AUTOESTIMA



**OBSERVACIONES:**

El 54% de los hombres encuestados refieren tener una autoestima alta mientras el 24% tiene una autoestima baja y el 22% dicen tener una autoestima regular.

El 65% de las mujeres refiere tener una autoestima alta y el 15% tiene una autoestima baja mientras que el 20% dice tener una autoestima regular.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 18

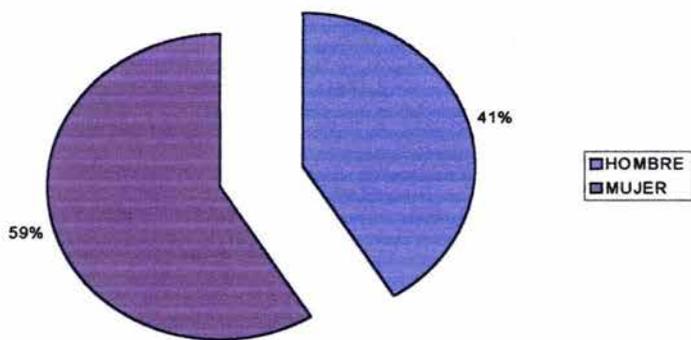
CUADRO N° 19  
DISTRIBUCION DE SEXO DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS A NIVEL  
LICENCIATURA

OPCIONES	F	%
HOMBRE	62	41%
MUJER	88	59%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N°19, Lo anterior denota que la mayoría son mujeres por que son quienes socialmente tienden a enfrentar la problemática del aborto.

GRAFICA N° 19  
DISTRIBUCION DEL SEXO DE LOS JOVENES ENCUESTADOS A  
NIVEL SUPERIOR



**OBSERVACIONES:**

El 59% corresponde a sexo femenino y el 41% al sexo masculino.

REFERENCIA MISMA CUADRO 19

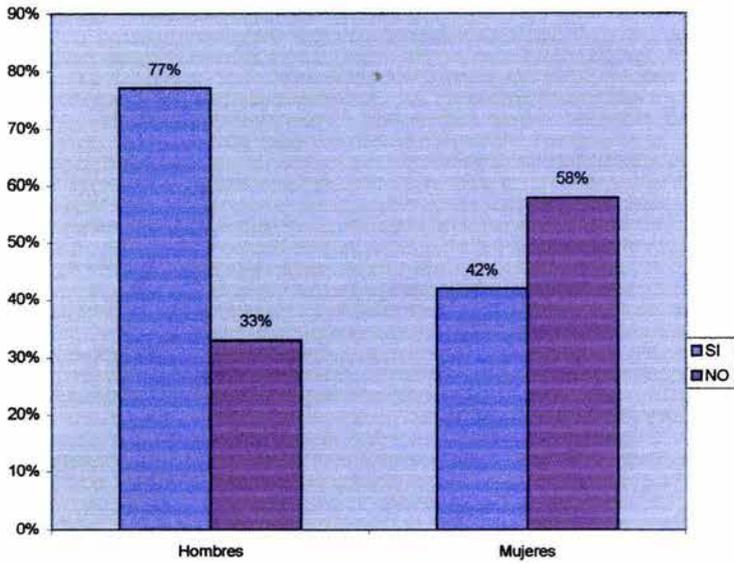
**CUADRO N° 20**  
**DISTRIBUCION DE JOVENES ENCUESTADOS QUE HAN INICIADO SU VIDA SEXUAL**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
SI	48	77%	37	42%
NO	14	33%	51	58%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 20 de lo anterior se deduce que es el hombre quien inicia a mas temprana edad su vida sexual.

GRAFICA N° 20  
DISTRIBUCION DE JOVENES ENCUESTADOS QUE HAN INICIADO SU VIDA SEXUAL



OBSERVACIONES:

El 77% de los hombres encuestados ya ha iniciado su vida sexual activa y el 33% aun no la ha iniciado. Con respecto a las mujeres el 42% ya inicio su vida sexual y el 58% no la ha iniciado.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 20.

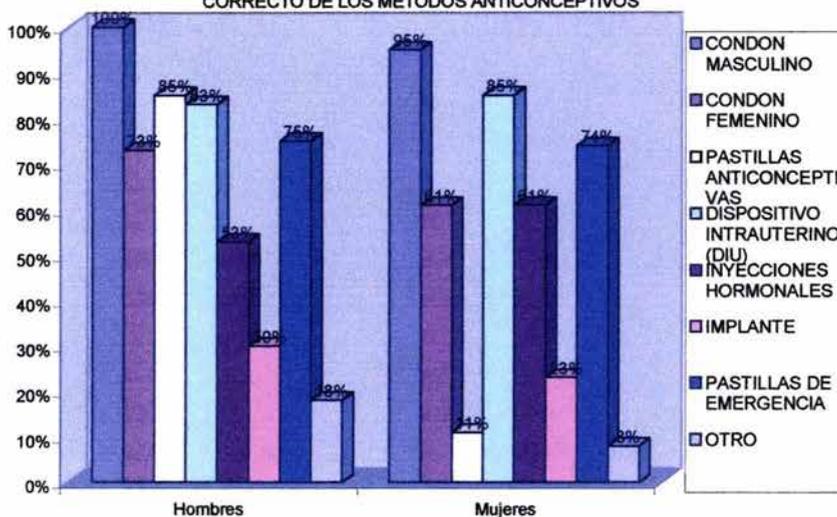
**CUADRO N° 21**  
**DISTRIBUCION DE LOS JOVENES ENCUESTADOS QUE CONOCEN EL USO**  
**CORRECTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
CONDON MASCULINO	62	100%	84	95%
CONDON FEMENINO	45	73%	54	61%
PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	53	85%	10	11%
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	52	83%	75	85%
INYECCIONES HORMONALES	33	53%	54	61%
IMPLANTE	19	30%	21	23%
PASTILLAS DE EMERGENCIA	47	75%	65	74%
OTRO	11	18%	7	8%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 21, lo anterior significa que tanto hombres como mujeres conocen el uso adecuado del condón masculino, siguiendo el DIU y pastillas de emergencia y en menor frecuencia los demás.

GRAFICA N° 21  
DISTRIBUCION DE LOS JOVENES ENCUESTADOS QUE CONOCEN EL USO  
CORRECTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS



OBSERVACIONES:

El 100% de los hombres encuestados refieren conocer el uso correcto del condon mientras que el 18% conoce el uso de otro metodo anticonceptivo. Con respecto a las mujeres el 95% conoce el uso correcto del condon masculino y el 8% conoce otro metodo anticonceptivo.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 21.

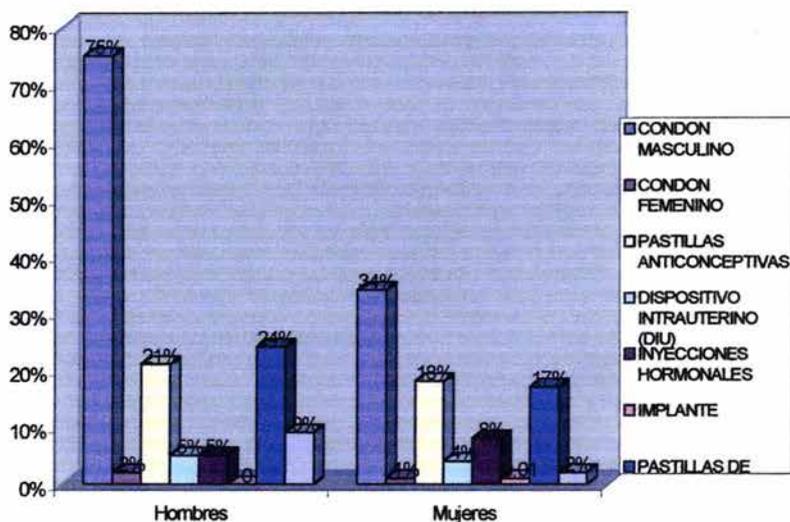
**CUADRO N° 22**  
**DISTRIBUCION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE SON**  
**UTILIZADOS POR LOS JOVENES ENCUESTADOS**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
CONDON MASCULINO	47	75%	30	34%
CONDON FEMENINO	1	2%	1	1%
PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	13	21%	16	18%
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	3	5%	4	4%
INYECCIONES HORMONALES	3	5%	7	8%
IMPLANTE	0	0	1	1%
PASTILLAS DE EMERGENCIA	15	24%	15	17%
OTRO	6	9%	2	2%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 22, lo anterior denota que el método anticonceptivo más utilizado entre los jóvenes es el condón masculino y las pastillas de emergencia.

GRAFICA N° 22  
DISTRIBUCION DE  
LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE  
SON UTILIZADOS POR LOS JOVENES ENCUESTADOS



OBSERVACIONES:

El 76% de los hombre encuestados que han iniciado su vida sexual refieren haber utilizado el condon masculino mientras que el 2% ha utilizado el condon femenino en sus relaciones sexuales. Mientras que el 34% de las mujeres encuestadas han utilizado el condon masculino y el 1% utilizo condon femenino o el implante.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 22.

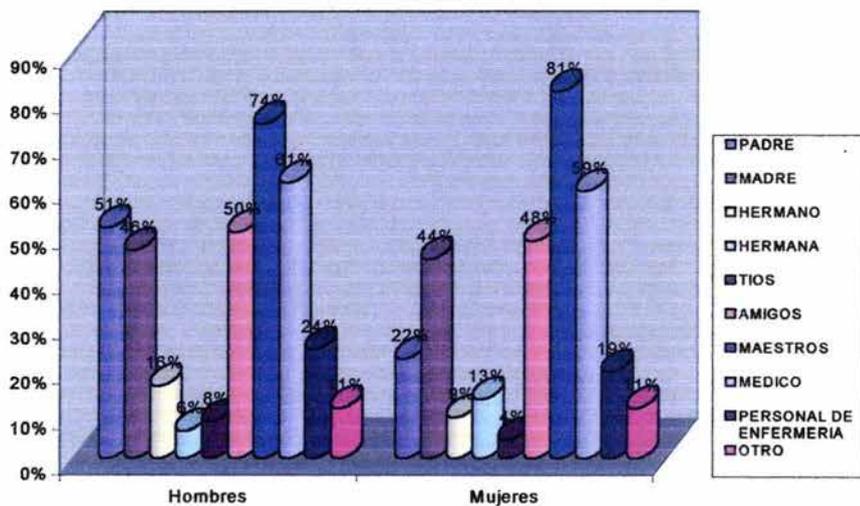
**CUADRO N° 23**  
**DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS QUE HAN INFORMADO SOBRE LOS**  
**METODOS ANTICONCEPTIVOS A LOS JOVENES ENCUESTADOS**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
PADRE	32	51%	20	22%
MADRE	29	46%	39	44%
HERMANO	10	16%	8	9%
HERMANA	4	6%	11	13%
TIOS	5	8%	4	4%
AMIGOS	31	50%	43	48%
MAESTROS	46	74%	72	81%
MEDICO	38	61%	52	59%
PERSONAL DE ENFERMERIA	15	24%	17	19%
OTRO	7	11%	10	11%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 23, de acuerdo a lo anterior se afirma que las personas que más informan a los jóvenes encuestados son en primera instancia los maestros, el médico, y la madre y con menor frecuencia los demás.

**GRAFICA N° 23**  
**DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS QUE HAN INFORMADO SOBRE LOS**  
**METODOS ANTICONCEPTIVOS A LOS JOVENES ENCUESTADOS**



**OBSERVACIONES:**

El 85% de los hombres refieren que han recibido la información por parte de los maestros, mientras que el 5% de los hombres dice que se la ha impartido el personal de enfermería. El 87% de las mujeres dice que la información ha sido impartida por los maestros, y el 9% por los tíos.

**REFERENCIA: MISMA CUADRO 23**

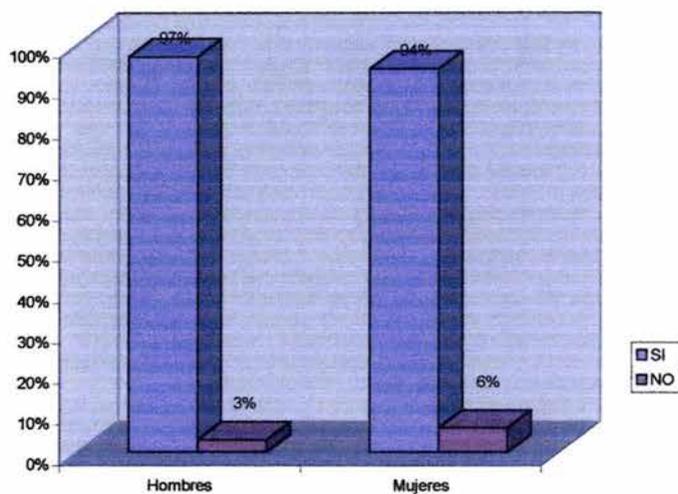
**CUADRO N° 24**  
**DISTRIBUCION DE LOS JOVENES ENCUESTADOS QUE UTILIZAN METODOS**  
**ANTICONCEPTIVOS PARA EVITAR UN EMBARAZO**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
SI	46	97%	35	94%
NO	1	3%	2	6%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 24, lo anterior significa que la mayoría de las personas ejercen su sexualidad de manera segura y protegida para evitar una infección de transmisión sexual y/o un embarazo no deseado.

GRAFICA N° 24  
DISTRIBUCION DE LOS JOVENES ENCUESTADOS QUE UTILIZAN METODOS  
ANTICONCEPTIVOS PARA EVITAR UN EMBARAZO



OBSERVACIONES:

El 97% de los hombres encuestados que iniciaron su vida sexual utilizan un metodo anticonceptivo y el 3% no utiliza ningun metodo. Con respecto a las mujeres el 94% utiliza algun metodo anticonceptivo y el 6 % no lo utiliza.

REFERENCIA: MISMA CUARO 24

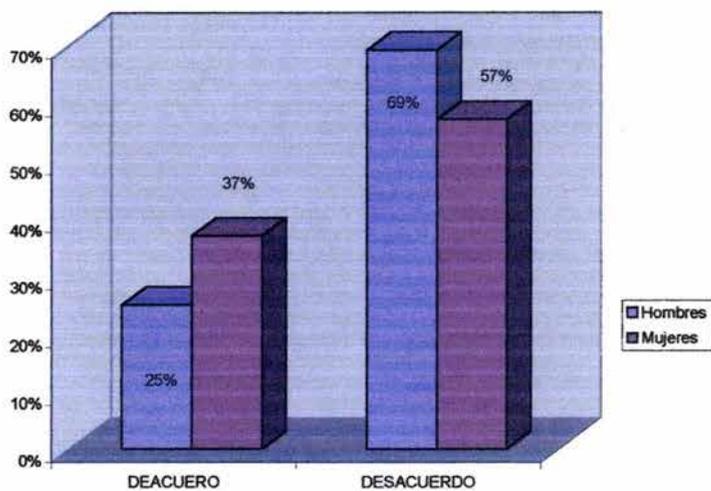
**CUADRO N° 25**  
**DISTRIBUCION DE LA OPINION SOBRE EL ABORTO ENTRE LOS JOVENES**  
**ENCUESTADOS DE NIVEL SUPERIOR**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
DEACUERO	16	25%	33	37%
DESACUERDO	43	69%	50	57%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 25, por lo anterior podemos decir que las personas encuestadas en su mayoría no aprueban el aborto, ya sea por cuestiones de religión o ideológicas además de que manifiestan que es cuestión de responsabilidad y las personas que están si lo aprueban es en caso de violación o por que no quieren tenerlo, ya sea adquirir una responsabilidad, interrumpir sus planes o proyectos, o por no querer traer un ser humano a sufrir al mundo.

GRAFICA N° 25  
DISTRIBUCION DE LA OPINION SOBRE EL ABORTO ENTRE LOS JOVENES  
ENCUESTADOS DE NIVEL SUPERIOR



OBSERVACIONES:

El 25% de los hombre encuestados esta deacuerdo con el aborto y el 69% no lo esta. Mientras que el 37% de las mujeres esta deacuerdo y el 57% no esta deacuerdo con el aborto

REFERENCIA: MISMA CUADRO 25.

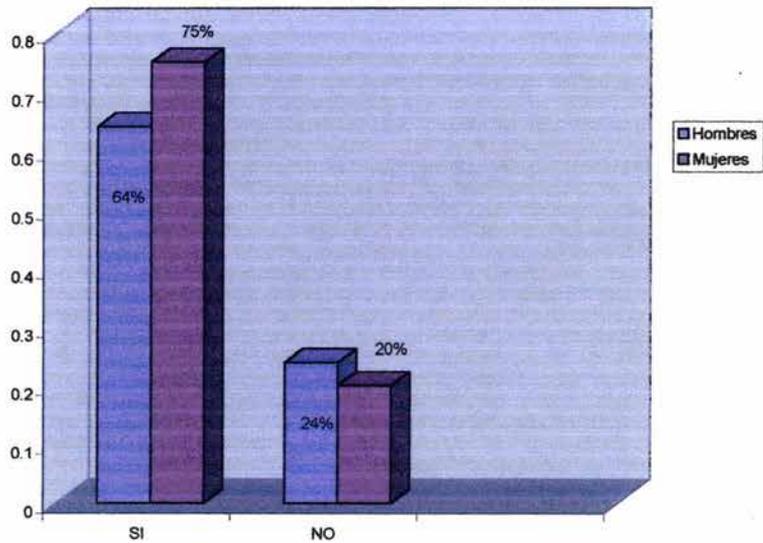
**CUADRO N° 26**  
**DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS QUE HAN RECIBIDO**  
**INFORMACION PARA EVITAR UN ABORTO**

OPCIONE S	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
SI	40	64%	66	75%
NO	15	24%	18	20%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 26, las personas entrevistadas refieren que en ocasiones la información que se les brinda es deficiente, no esta enfocada hacia los jóvenes, además de referir que no se da una adecuada atención cuando se solicita una consejería sobre métodos anticonceptivos.

GRAFICA N° 26  
DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS QUE HAN RECIBIDO  
INFORMACION PARA EVITAR UN ABORTO



OBSERVACIONES:

El 64% de los hombres encuestados han recibido informacion para evitar un aborto y el 24% no. El 75% de la mujeres entrevistadas han recibido informacion para evitar un aborto y el 20% no la ha recibido.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 26

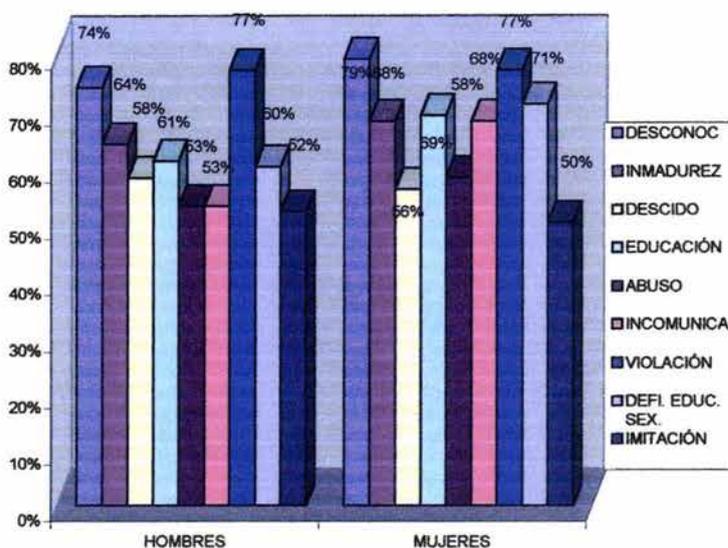
**CUADRO N° 27**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA OPINION DE LAS PERSONAS ENTREVISTAS QUE**  
**FACTORES CONSIDERAN QUE INFLUYEN EN UN EMBARAZO NO DESEADO**

OPCIONES		F	%	F	%
		HOMBRES		MUJERES	
PERSONALES	DESCONOC	46	74%	70	79%
	INMADUREZ	40	64%	60	68%
	DESCUIDO	36	58%	49	56%
FAMILIARES	EDUCACIÓN	38	61%	61	69%
	ABUSO	33	53%	51	58%
	INCOMUNICACIÓN	33	53%	60	68%
SOCIALES	VIOLACIÓN	48	77%	68	77%
	DEFI. EDUC. SEX.	37	60%	63	71%
	IMITACIÓN	32	52%	44	50%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 27 lo anterior demuestra que si hay factores que influyen en la exposición aun embarazo no deseado; estos son uno de los tantos factores que ellos consideran influyen en un embarazo no deseado y pueden llevar a practicarse un aborto.

GRAFICA N° 27  
 DISTRIBUCIÓN DE LA OPINION DE LAS PERSONAS ENTREVISTAS QUE  
 FACTORES CONSIDERAN QUE INFLUYEN EN UN EMBARAZO NO DESEADO



**OBSERVACIONES:**

El 74% de los hombres encuestados consideran como factor influyente al desconocimiento de métodos anticonceptivos y el 52% considera que es por querer hacer lo que los demás hacen. El 79% de las mujeres considera como factor influyente en un embarazo no planeado el desconocimiento de métodos anticonceptivos, mientras que el 50% refiere que es por querer hacer lo que los demás hacen.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 27.

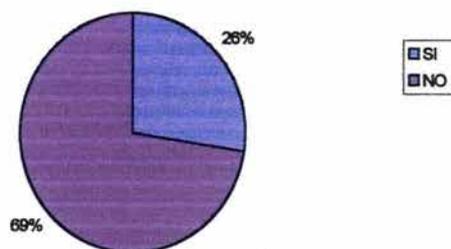
**CUADRO N° 28**  
**DISTRIBUCION DE HOMBRES ENCUESTADOS QUE PEDIRIAN A SU PAREJA**  
**ABORTAR**

OPCIONES	F	%
SI	16	26%
NO	43	69%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 28, lo anterior significa que los jóvenes en su mayoría no desearía que su pareja se practicara un aborto refiriendo que se harían responsables del ser humano procreado y los hombres que están a favor es por no tener la preparación para ser padres o por no querer obstaculizar los proyectos de su pareja.

GRAFICA N° 28  
DISTRIBUCION DE HOMBRES ENCUESTADOS QUE PEDIRIAN A SU  
PAREJA ABORTAR



**OBSERVACIONES:**

El 69% de los hombres encuestados si pediria que su pareja abortara y el 26% no lo haria.

REFERENCIA.MISMA CUADRO 28

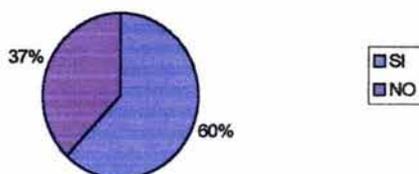
**CUADRO N° 29**  
**DISTRIBUCION DE LOS HOMBRES ENCUESTADOS QUE BRINDARIAN**  
**APOYO EN CASO DE QUE SU PAREJA DECIDIERA ABORTAR**

OPCIONES	F	%
SI	37	60%
NO	23	37%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 29 esto significa que a pesar de que no estén de acuerdo con el aborto respetarían la decisión de su pareja aun que tratarían de convencerlas de que no lo hicieran por los riesgos que el aborto puede ocasionar, y los que no darían apoyo independientemente si se tratara de una violación ellos se harían responsables.

GRAFICA N° 29  
DISTRIBUCION DE LOS HOMBRES ENCUESTADOS QUE BRINDARIAN  
APOYO EN CASO DE QUE SU PAREJA DECIDIERA ABORTAR



**OBSERVACIONES:**

El 60% de los hombres encuestados refieren que si brindarian apoyo en caso de que su pareja decidiera abortar y el 37% no lo haria.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 29

CUADRO N° 30

DISTRIBUCION DE HOMBRE ENCUESTADOS QUE REFIEREN QUE ALGUNA DE SUS PAREJAS HAN ABORTADO

OPCIONES	F	%
SI	5	8%
NO	53	85%

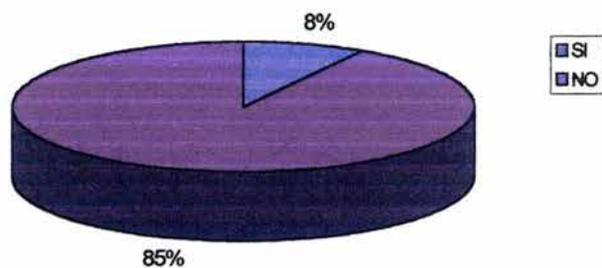
¿Cuántas veces? Y ¿a qué edad?

1	18 años
1	22 años
1	24 años

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 30, lo anterior significa que al menos una de las mujeres ha abortado alguna vez en edades de 18 a 24 años de edad.

GRAFICA N° 30  
DISTRIBUCION DE HOMBRE ENCUESTADOS QUE REFIEREN QUE ALGUNA  
DE SUS PAREJAS HAN ABORTADO



**OBSERVACIONES:**

El 85% de los hombre encuestados manifiesto que alguna de sus parejas no ha abortado y el 8% refiere que si ha abortado alguna de sus parejas.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 30

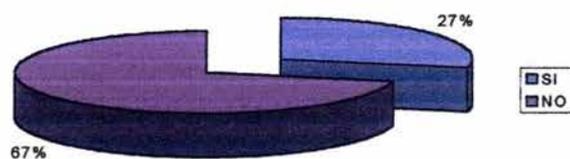
**CUADRO N° 31**  
**DISTRIBUCION DE LAS MUJERES ENCUESTADAS QUE EN CASO DE TENER**  
**UN EMBARAZO NO DESEADO ABORTARIAN**

OPCIONES	F	%
SI	24	27%
NO	59	67%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 31, lo anterior significa que las personas que deciden abortar es en caso de violación ya que no desearían que el producto les recordara el hecho desagradable por el cual atravesaron, además de interrumpir sus planes.

GRAFICA N° 31  
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES ENCUESTADAS QUE EN CASO DE  
TENER UN EMBARAZO NO DESEADO ABORTARIAN



**OBSERVACIONES:**

El 67% corresponde a las mujeres que en caso de un embarazo no deseado abortarian y el 27% corresponde a las mujeres que si abortarian.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 31

**CUADRO N° 32**  
**DISTRIBUCION DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS QUE HAN ABORTADO**

OPCIONES	F	%
SI	3	3%
NO	78	89%

¿Cuántas veces? Y ¿a qué edad?

1	17 años
1	18 años
1	19 años

Las mujeres que abortaron Y recibieron apoyo por parte de su pareja

OPCIONES	F
SI	3
NO	0

Los métodos utilizados para provocar el aborto entre las mujeres encuestadas

OPCIONES	F
LEGRADO	5
PASTILLAS	1

**COSTO DEL ABORTO**

\$2,000
\$4,000
\$6,000

¿ Tuviste algún problema después del aborto?

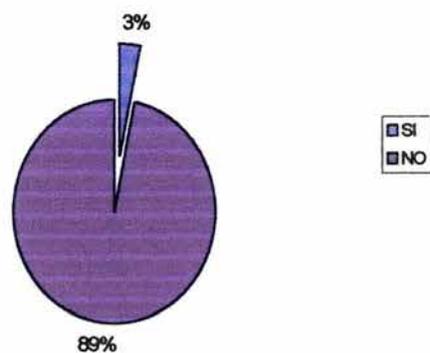
OPCIONES	F
SENTIMIENTO DE CULPA	3
TEMOR A LAS RELACIONES SEXUALES	2
RECHAZO HACIA LA PAREJA	2
OTRO.	1

RELACION DE PAREJA DESPUES DEL ABORTO ENTRE LOS Y LAS JOVENES ENTREVISTADAS

OPCIONES	F	F
	Hombres	Mujeres
MEJORO	3	
EMPEORO		1
SIGUE IGUAL		2
OTRO	1	

En el cuadro N° 32, lo anterior significa que las personas encuestadas abortaron por que en sus hogares no encontraron el apoyo para tener un hijo o bien por que se consideraban demasiado pequeñas para tener tan grande responsabilidad e interrumpir los planes que se habían propuesto. Los métodos utilizados para practicar el aborto fueron desde pastillas y legrados, variando el costo des de \$2000 hasta \$6000. Después del aborto tuvieron sentimientos de culpa, temor a las relaciones sexuales, rechazando a la pareja o se separaron de la misma.

GRAFICA N° 32  
DISTRIBUCION DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS QUE HAN ABORTADO



**OBSERVACIONES:**

El 89% de las mujeres entrevistadas refieren que no han abortado mientras que el 3% si lo han hecho.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 32

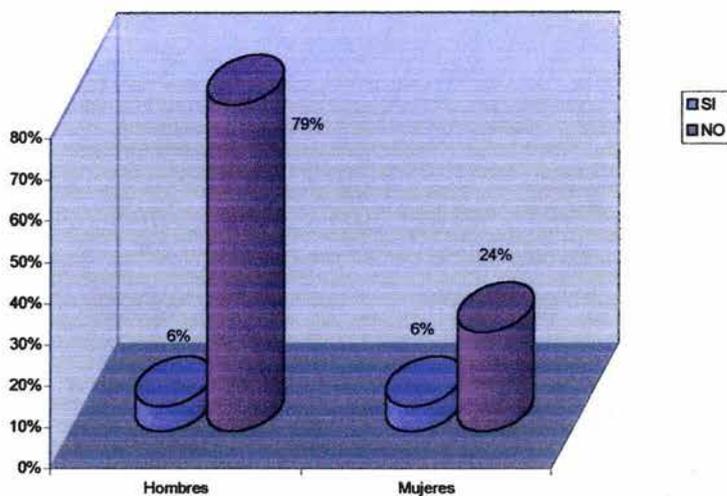
**CUADRO N° 33**  
**DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS QUE TIENEN**  
**PROBLEMAS PARA EJERCER SU SEXUALIDAD**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
SI	4	6%	5	6%
NO	49	79%	21	24%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 33 lo anterior denota que un bajo porcentaje presenta problemas y estos son de tipo emocional ya que manifiestan tener miedo, desconfianza hacia la pareja, falta de educación sexual, les cuesta trabajo entablar una relación por problemas con una pareja anterior o aun no quieren ejercer su sexualidad.

GRAFICA N° 33  
DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS QUE TIENEN PROBLEMAS  
PARA EJERCER SU SEXUALIDAD



**OBSERVACIONES:**

El 79% de los hombres refieren tener problemas al ejercer su sexualidad y el 6% si presenta problemas. El 24% corresponde a las mujeres que refieren no presentar problemas y el 6% si presenta problemas para ejercer su sexualidad

REFERENCIA: MISMA CUADRO 33

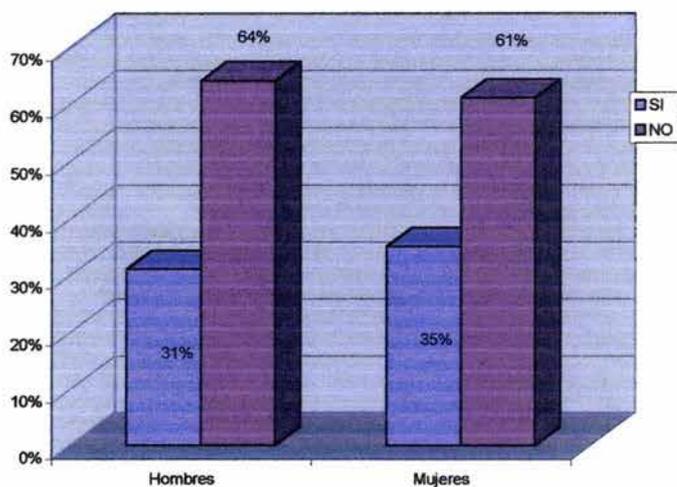
**CUADRO N° 34**  
**DISTRIBUCION DE LA OPINION DE LOS JOVENES ENCUESTADOS SOBRE SI**  
**CUMPLEN SU OBJETIVO LOS PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
SI	19	31%	31	35%
NO	40	64%	54	61%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 34, lo anterior demuestra que los adolescentes observan que no cumplen con su objetivo los programas ya que no llegan a la población, no hay suficiente difusión, no están enfocados a la población de hombres solo mujeres y por lo tanto la responsabilidad recae mas en la mujer que en el hombre y algunos refieren que hay más información para abortar que para prevenir un aborto.

GRAFICA N° 34  
DISTRIBUCION DE LA OPINION DE LOS JOVENES ENCUESTADOS SOBRE SI  
CUMPLEN SU OBJETIVO LOS PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL



OBSERVACIONES:

El 64% corresponde a los hombre que opinan que no cumplen su objetivo los programas de salud sexual y el 31% opina que si cumplen con su objetivo. En lo correspondiente a las mujeres el 61% refiere que no cumplen su objetivo y el 35% si cree que ouplen con su objetivo los programas de salud sexual.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 34

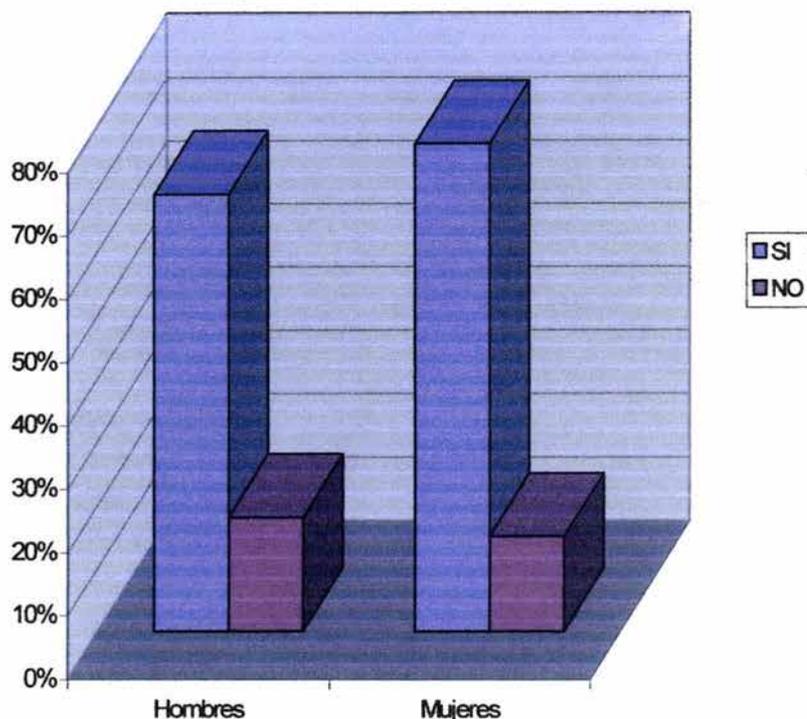
**CUADRO N° 35**  
**DISTRIBUCION DE LA OPINION DE LOS JOVENES ENCUESTADOS CON**  
**RESPECTO A LA INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA EN LOS ABORTOS**  
**PROVOCADOS**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
SI	43	69%	68	77%
NO	11	18%	13	15%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 35, Lo anterior denota que consideran que el nivel de autoestima influye ya que si no hay confianza, respeto, aceptación, valoración y amor por si mismo, es un factor de riesgo para enfrentarse a un embarazo no deseado y por ende a un aborto provocado.

GRAFICA N° 35  
 DISTRIBUCION DE LA OPINION DE LOS JOVENES ENCUESTADOS CON  
 RESPECTO A LA INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA EN LOS ABORTOS  
 PROVOCADOS



OBSERVACIONES: El 69% de los hombres encuestados refiere que si influye la autoestima en los abortos provocados y el 18% menciona que no tiene nada que ver. Mientras que el 77% de las mujeres concideran que si influye la autoestima y el 15% refiere que no influye la autoestima en los abortos provocados.

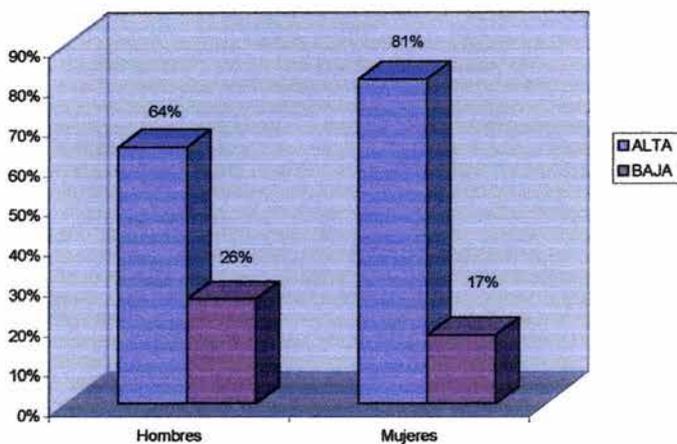
**CUADRO N° 36**  
**DISTRIBUCION DE LA OPINION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS DE**  
**COMO CONSIDERAN SU AUTOESTIMA**

OPCIONES	F	%	F	%
	Hombres		Mujeres	
ALTA	40	64%	71	81%
BAJA	16	26%	15	17%

FUENTE: Misma cuadro N°1

En el cuadro N° 36, lo anterior significa que ambos sexos se encuentran expuestos a enfrentar un embarazo no deseado ya que como se menciona es un factor que puede ser protector o factor de riesgo.

GRAFICA N° 36  
DISTRIBUCION DE LA OPINION DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS DE  
COMO CONSIDERAN SU AUTOESTIMA



**OBSERVACIONES:**

El 64% de los hombres encuestados refieren tener una autoestima alta mientras el 26% tiene una autoestima baja. El 81% de las mujeres refiere tener una autoestima alta y el 17% tiene una autoestima baja.

REFERENCIA: MISMA CUADRO 36

## **5. CONCLUSIONES.**

En este capítulo se presentan los principales hallazgos de la investigación realizada. En donde se incluyen algunas recomendaciones, además se da a conocer una propuesta para solucionar parte de la problemática detectada.

Se lograron los objetivos de la investigación al analizar de que forma puede intervenir el licenciado en enfermería y obstetricia a través de la educación para la salud en la prevención del aborto en adolescentes. Se pudo identificar que los licenciados en enfermería pueden contribuir a disminuir la tasa de morbi – mortalidad en adolescentes en caso de aborto, ya que tienen la capacidad para brindar información oportuna para evitar esta problemática, ya que a lo largo de la carrera a través de las asignaturas: proceso salud enfermedad del adolescente, desarrollo de la personalidad del adolescente, adulto y anciano, didáctica de educación para la salud, psicología y obstetricia, se adquieren bases teóricas para poderlas poner en práctica, además de la capacitación que por parte de la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM (donde se realizó el servicio social) se proporciona al pasante de la licenciatura para poder desarrollar programas encaminados a tratar temas de educación sexual.

También se pudo identificar que los adolescentes encuestados referían requerir de más información por parte del personal de salud, sobre métodos anticonceptivos, ya que no solo desean prevenir las infecciones de transmisión sexual si no además el embarazo no deseado y por ende un aborto que podía llevar a su pareja a la muerte a causa de un mal procedimiento y complicaciones del aborto.

En relación a el objetivo específico de la investigación, sobre el conocimiento que tienen los adolescentes en edad reproductiva sobre métodos anticonceptivos, se pudo visualizar que la mayoría de ellos cuenta con información incompleta, ya que en ocasiones cuando acuden a centros de información solo les brindan el método y una orientación deficiente.

Es importante aclarar que la muestra de la población masculina se tomo en cuenta ya que desde el momento de la concepción el hombre participa, en este caso el aborto es un problema de pareja, ya que destaca la participación del hombre en el aborto inducido, puesto que son muchas veces ellos quienes piden a sus pareja abortar.

Se logro identificar que al menos de los 297 adolescentes entrevistados 3 mujeres habían abortado y otras 8 que eran pareja de los hombres encuestados también lo habían hecho, las edades son entre los 16 a 24 años. Y los métodos utilizados para tal fin son las pastillas que refieren como abortivas (Cytotec) y el legrado.

De los datos obtenidos resaltan los siguientes:

- Los jóvenes encuestados refieren que el inicio de su vida sexual es entre los 13 y 22 años en hombres y en mujeres es entre los 14 a 22 años podemos ver que la mujer empieza su vida sexual mas tardíamente que el hombre.
- La mayoría de los jóvenes conocen el uso de los métodos anticonceptivos y que los utilizan en sus relaciones sexuales.

- En cuanto al aborto los adolescentes refieren haber recibido información para evitarlo y que están de acuerdo en caso de violación, y apoyarían a la pareja si decidiera abortar ya que no desean que se un hijo rechazado y no quieren que no tenga una vida digna, ya que se consideran no aptos para ser padres ya que no cuentan con los recursos para solventar los gastos que puedan conllevar, además de que interrumpe proyectos.
- Se encontró que de las 297 personas 3 de las encuestadas habían abortado y las otras eran parejas de los hombres que al menos una de sus parejas han abortado.
- En cuanto a si cumplen su objetivo los programas de educación sexual se observó que la mayoría de los adolescentes consideran que no cumplen con su objetivo, ya que no llegan a toda la población y en ocasiones no están bien encaminados.

De las hipótesis, únicamente se comprobó la de trabajo que dice:

La alta incidencia del aborto inducido en el adolescente esta relacionada directamente a diversos factores de carácter económico, social y cultural y no sólo a factores de educación, ya que la mayoría de los jóvenes encuestados refieren en la respuesta a la pregunta 8 que son estos factores los que influyen para que una persona tenga un embarazo no planeado y en ocasiones este expuesta a un aborto.

Como profesionales de la salud nos encontramos en una posición polémica para la mayoría, pues es nuestra obligación antes de cualquier otra consideración velar por la salud de nuestros pacientes y poner su interés por encima del nuestro. Sin embargo al estar ante un embarazo no deseado que puede terminar en aborto nos encontramos ante dos vidas humanas que preservar y mantener con empeño. La de una mujer cuya salud debemos proteger y que por diferentes motivos afronta un embarazo no deseado y la otra que sin ser todavía una persona llegaría a convertirse en un ser humano como su madre de no mediar problema alguno. Al enfrentarnos a una conflictiva de valores debemos de tomar en cuenta nuestra obligación como profesional de salud y limitarnos a orientar a nuestros pacientes más no orillarlos a tomar la decisión que para nosotros es la correcta, antes que esto debemos de tener en cuenta que cada individuo tiene sus necesidades y si podemos evitar esto se debe hacer desde el primer nivel de atención y participar activamente en lo programas de educación sexual.

Al estar ante la polémica del aborto en adolescentes nos encontramos en la posición del derecho de la mujer a decidir, lo que nos lleva a cuestionarnos en por que juzgar a una persona cuando no sabemos si ella, realmente deseaba estar embarazada, es justo culparla por no haber utilizado un método anticonceptivo que clases de influencias culturales sociales psicológicas de educación o familiares se opusieron a la prevención de este embarazo, es justo culparla por la falta de un método anticonceptivo folklórico tradicional, moderno en el que ella puso su confianza, es justo juzgarla como una persona mala por recurrir al aborto o castigarla por haber tenido relaciones sexuales bajo condiciones sociales y económicas que de haber sido diferentes probablemente no habrían marcado este embarazo como indeseado.

Sabemos si una vez que se dio cuenta de su embarazo:

Medito sobre sus derechos, sobre la vida del otro ser que llevaba en sus entrañas, decidió inmediatamente interrumpir su embarazo o por el contrario lo hizo a la luz de su situación específica, de sus valores, deliberando con su propia conciencia, pensó ella las consecuencias a favor o en contra de la gestación son las mujeres seres humanos morales o inmorales, son sus juicios de confiar, tiene clara conciencia de su propia dignidad. Estas preguntas nos llevan a reflexionar si realmente estamos realizando nuestra labor como promotores de la salud o estamos anteponiendo nuestros intereses ante la polémica del aborto.

Sabemos que dentro de nuestro país la iglesia tiene un gran peso sobre la educación, ya que debido a nuestra cultura nuestras ideas están muy arraigadas a lo que diga el clérigo, y debido a que teológicamente no se aprueba el aborto, aunando a esto a que la iglesia desapruueba el uso de métodos anticonceptivos artificiales, aprobando el uso de los métodos naturales, que como hemos visto en el transcurso de los años tienen una deficiente eficacia.

Por otra parte está el feto que por unos es considerado un ser sin alma, y por otros como un ser con el mismo valor que un niño Recién Nacido, ahora considerando un embarazo no deseado y la posibilidad de un aborto, realmente damos el mismo valor a la vida de un feto que al de la madre, con esto llegamos a la polémica discutida en varias ocasiones que recaen en el argumento, la mayoría de los niños de la calle, drogadictos, niños sin amor son producto de embarazos no deseados, argumento que no podemos comprobar. Esto nos hace reflexionar en el si vale la pena traer a sufrir a un niño, vale la pena truncar los planes del adolescente o vale la pena impulsar los programas existentes para evitar este problema. A pesar de las normas legales específicas, los individuos deben tomar sus propias decisiones, esto en cuanto a sus necesidades, y proyectos de vida.

Los principios éticos influyen las leyes, pero las leyes no determinan la moralidad o inmoralidad del acto. El proceso legal es diferente al proceso ético. El que un aborto sea legal en algunos países no hace correcto al aborto. Sin embargo, eso permite a los individuos tomar una decisión ética, sin tener que enfrentarse a medios que no le ofrecen ninguna seguridad médica.

Es importante reforzar la prevención primaria, ya que esta intenta cambiar las condiciones que exponen al individuo al riesgo de tener un embarazo no deseado.

Se ha observado que la prevención secundaria es efectiva, ya que cuenta con adecuados servicios de atención a la adolescente embarazada. Sin embargo, en la medida que el número de jóvenes sean atendidas en este nivel, nos habla del fracaso de la prevención primaria.

Los programas de prevención de embarazo no planeado deberán de ser evaluados periódicamente, revisando los éxitos y los fracasos del mismo, lo que permitirá incorporar o retirar estrategias de acuerdo a los resultados obtenidos

Aunado a lo anterior, la experiencia muestra que aún y cuando existen programas específicos para dar orientación en salud sexual y reproductiva, estos no están bien encaminados y orientados hacia la población que los necesita, esto debido a la falta de interés, apoyo económico por parte del sistema de salud y población en general, la cual no se informa, trayendo como consecuencia el mal uso de los métodos anticonceptivos y al mismo tiempo el ejercicio de una sexualidad irresponsable dando como resultado embarazos no deseados, además de Infecciones de Transmisión Sexual y problemas emocionales.

Derivado de las reflexiones anteriores, se presenta en el siguiente capítulo un programa referente al área de la sexualidad que contribuirá a visualizar la participación del licenciado en enfermería para mejorar la calidad de atención, además de disminuir los abortos.

## 6. ANEXOS Y APENDICES.

### CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

#### CUESIONARIO

Este cuestionario tiene la finalidad de identificar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes en el área de la sexualidad.

Objetivo: analizar los factores de riesgo que llevan a la práctica del aborto inducido.

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
ESCUELA O FACULTAD \_\_\_\_\_

Instrucciones: subraya la respuesta correcta.

Nota: la información que nos proporcionen se maneja de manera confidencial, por lo cual te pedimos contestes con la mayor veracidad posible.

1. -¿Ya iniciaste tu vida sexual?

Sí. (a que edad)

No

2. -¿De los siguientes métodos anticonceptivos marca aquellos de los cuales conoces su uso

- a) Condón masculino
- b) Condón femenino.
- c) Pastillas anticonceptivas
- d) Dispositivo intrauterino (D I U)
- e) Inyecciones hormonales
- f) Implante hormonal
- g) Pastillas de emergencia.
- h) Otro ¿cual?

3.-¿ De los siguientes métodos anticonceptivos marca cuales has usado?

- a) Condón masculino.
- b) Condón femenino.
- c) Pastillas anticonceptivas.
- d) Dispositivo intrauterino. (DIU)
- e) Inyecciones hormonales.
- f) Implante hormonal.
- g) Pastillas de emergencia. (¿En cuántas ocasiones?) \_\_\_\_\_
- h) Otro ¿Cuál?

4 ¿Quién o quiénes te han informado sobre métodos anticonceptivos? Puedes marcar más de una opción.

- |            |                           |
|------------|---------------------------|
| A. Padre   | F. Amigos                 |
| B. Madre   | G. Maestros               |
| C. Hermano | H. Medico                 |
| D. Hermana | I. Personal de enfermería |
| E. Tíos    | J. Otros                  |

(Especificar) \_\_\_\_\_

5. ¿Usas o usaste algún método anticonceptivo para prevenir un embarazo no deseado en tus relaciones sexuales?

Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6 ¿Qué opinas sobre el aborto provocado en un embarazo no deseado?

7. ¿Has recibido información para evitar el aborto?

8. ¿ de la siguiente lista marca que factores consideras que influyen para que una persona tenga un embarazo no planeado y en ocasiones este expuesta a un aborto?

PERSONALES	FAMILIARES	SOCIALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmadurez intelectual</li> <li>• El surgimiento del deseo sexual debido a las hormonas.</li> <li>• Inicio de la vida sexual por la búsqueda de identidad y afecto,</li> <li>• Como un rito de transición propio del joven.</li> <li>• Un pobre concepto de sí mismo evadiendo la realidad.</li> <li>• El descuido por lo esporádico de las relaciones.</li> <li>• La falta de expectativas, sin un plan de vida.</li> <li>• La falta de asertividad para ser firme en su negación.</li> <li>• La desesperanza y el temor al abandono de su pareja.</li> <li>• Soledad o pérdida de un ser querido, ya sea sentido, percibido o real.</li> <li>• Desconocimiento de los métodos anticonceptivos o prejuicios para su uso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolongadas crisis familiares.</li> <li>• Conflictos entre padres e hijos.</li> <li>• Fallecimientos.</li> <li>• Vivenciar enfermedades crónicas.</li> <li>• Incomunicación.</li> <li>• Indiferencia o desafecto materno o paterno.</li> <li>• Hij@s únic@s muy desatendid@s.</li> <li>• Un ambiente con problemas, pobreza y ausencia paterna.</li> <li>• Inestabilidad familiar y/o cambios de pareja paterno - materno.</li> <li>• La presencia del padrastro o el abuso por parte de él.</li> <li>• Ser hij@ de una madre adolescente.</li> <li>• Búsqueda neurótica de afecto como una búsqueda o anclaje familiar.</li> <li>• Dobles mensajes.</li> <li>• Una educación tradicional, cerrada, con mitos y tabúes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones y características de la propia comunidad.</li> <li>• Los medios de comunicación.</li> <li>• La educación institucional que se ofrezca.</li> <li>• La falta de oportunidades de superación.</li> <li>• La presión de hacer lo que los demás hacen.</li> <li>• Sexo forzado: acoso sexual, incesto, abuso o violación.</li> <li>• Deficiencias en la educación sexual.</li> <li>• Actitudes y valores sexuales.</li> <li>• Bajo nivel socioeconómico.</li> </ul>

9.- Hombres, (Mujeres pasan a la pregunta 12.)

9.- ¿En caso de tener un embarazo no deseado, le pedirías a tu pareja que abortara?

Sí ¿Por qué?

No ¿Por qué?

10 ¿En caso de que tu pareja deseara abortar le brindarías tu apoyo?

Sí ¿De qué tipo?

No

11 ¿Alguna de tus parejas ha abortado?

Sí

No

12 ¿cuántas veces y a que edad? (opcional)

13 Mujeres, (Hombres pasan a la pregunta 16.)

13 ¿En caso de tener un embarazo no deseado abortarías? Sí ¿Por qué?

No ¿por qué?

14 ¿Has abortado?

Sí

No

15 ¿cuántas veces y a que edad? (opcional)

16 ¿Recibiste apoyo de tu pareja para abortar?

Sí ¿De qué tipo?

No

17 ¿Qué utilizaron para provocar el aborto?

18 ¿Cuál fue el costo del aborto?

19 ¿Tuviste algún problema después del aborto?

- a) Sentimiento de culpa.
- b) temor a las relaciones sexuales.
- c) Rechazo hacia la pareja.
- d) Otros

¿cuáles? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20 ¿Tú relación de pareja mejoró o empeoró después del aborto?

Mejóro \_\_\_\_\_ Empeoró \_\_\_\_\_ Sigue igual \_\_\_\_\_ Otra opción  
(Especificar) \_\_\_\_\_

21 ¿Tienes algún problema para ejercer tú sexualidad plenamente?

Sí ¿cuál? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

22 ¿Qué te gustaría hacer para evitar el problema del aborto provocado en un embarazo no deseado?

23 ¿Consideras que los programas de educación sexual actuales están cumpliendo con el objetivo de prevenir embarazos no deseados?

Sí ¿Por qué?

No ¿por qué?

24 ¿A qué atribuyes que existan tantos embarazos no deseados y abortos provocado en estudiantes de nivel medio superior y superior?

Nota: Considerando a la autoestima como la confianza, respeto, aceptación, valoración y amor por ti mismo y por tanto amor a la vida y a los demás.

25 ¿Consideras que la autoestima tiene importancia en el hecho de exponerse a embarazos no deseados y abortos provocados?

Sí ¿Por qué?

No ¿Por qué?

6 ¿Consideras que tu autoestima en este momento es alta o baja?

---

## ANEXO 2

Propuesta material empleado para el programa de salud sexual entre adolescentes de nivel medio superior y superior.

### PROGRAMA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

**OBJETIVO GENERAL:** Fomentar en los alumnos una cultura de prevención, a partir de practicar una sexualidad responsable, en base a los conocimientos de los métodos anticonceptivos.

### OBJETIVO ESPECIFICO.

Que los alumnos conozcan los diferentes tipos de métodos anticonceptivos, su uso correcto, ventajas y desventajas.

Que los alumnos adopten el método anticonceptivo que se adopte de acuerdo a sus necesidades..

### CONTENIDO.

1. Métodos anticonceptivos
  - clasificación
  - ventajas y desventajas
  - Anticonceptivo ideal.
2. Pastillas anticonceptivas de emergencia.
  - uso
  - Ventajas y desventajas.

### TECNICAS DE ACTIVIDADES

Exposición

Sesión de preguntas y respuestas

Actividad lúdica

## TIEMPO.

Exposición 45 minutos

Sesión de preguntas 15 minutos

Actividad lúdica 40 minutos

Evaluación 20 minutos

## EVALUACIÓN

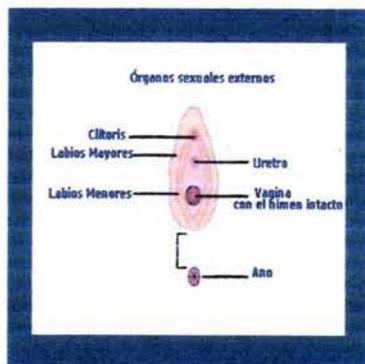
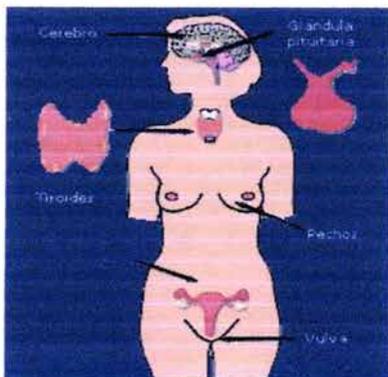
Cuestionario

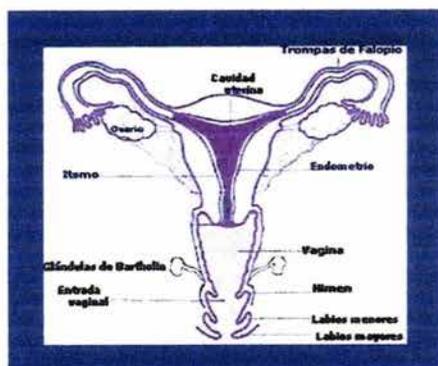
## MATERIAL DIDÁCTICO EMPLEADO EN LAS PRACTICAS.

- Diapositivas.
- video (no existen diferencias)
- Documental (métodos anticonceptivos)
- rota folio de métodos anticonceptivos.
- condones

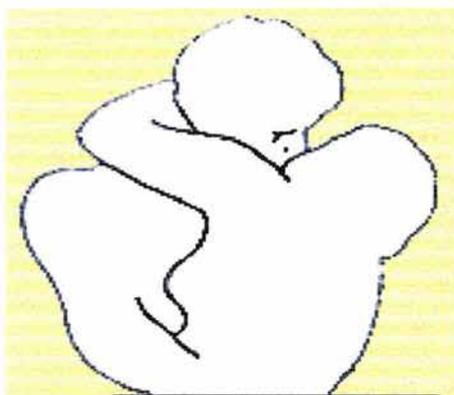
## DIAPPOSITIVAS DEL PROGRAMA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

## DIAPPOSITIVAS DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

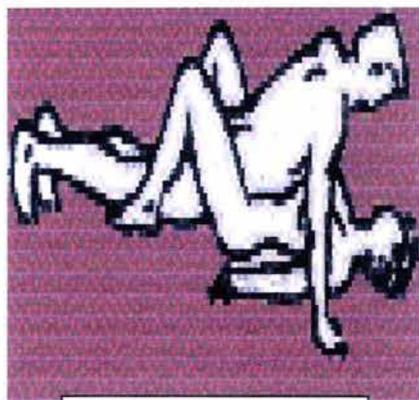




**RESPUESTA SEXUAL HUMANA.**



**RESPUESTA SEXUAL.**



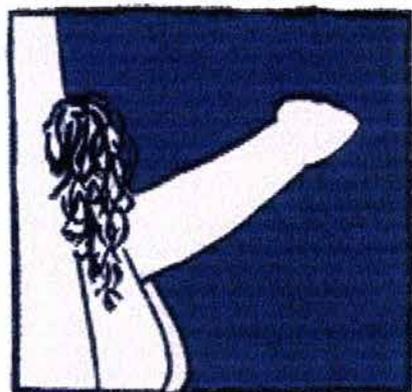
**EL MISIONERO**

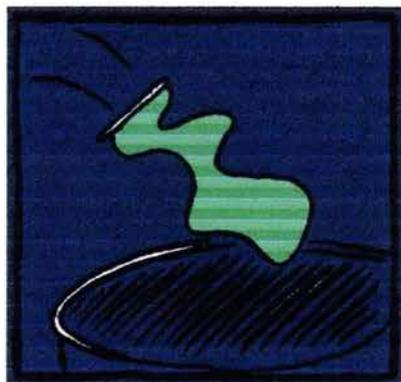
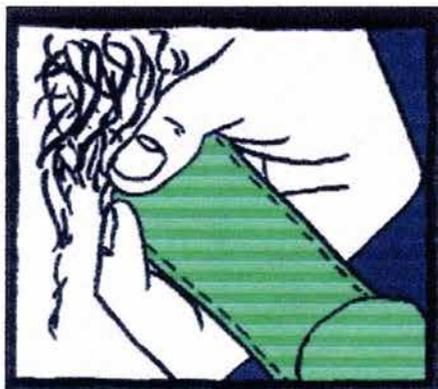
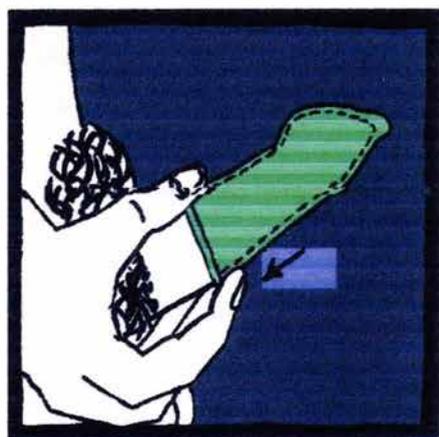
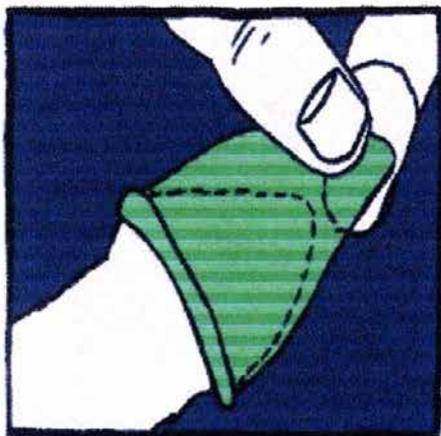
**METODOS NATURALES.**

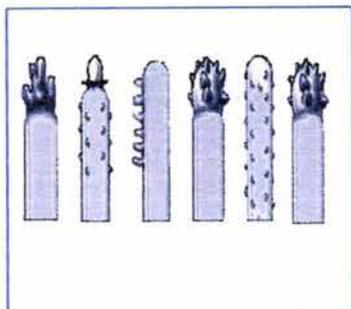


## METODOS DE BARRERA.

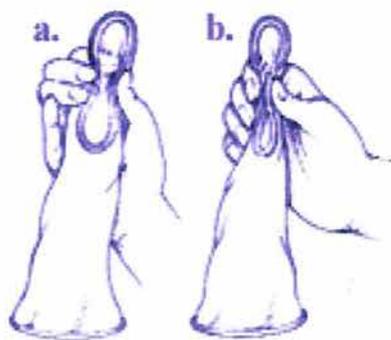
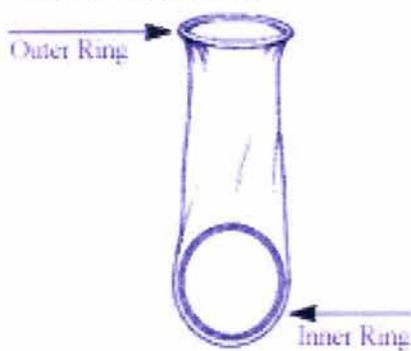
### CONDON MASCULINO

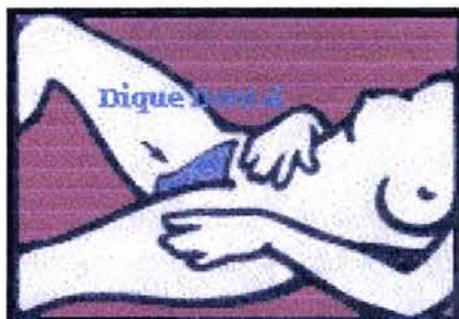






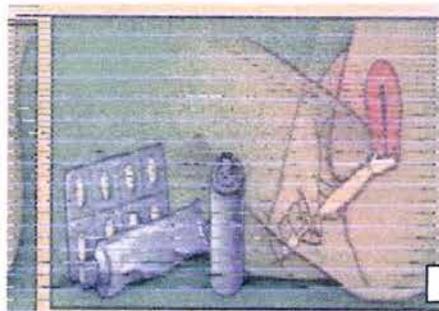
### CONDON FEMENINO





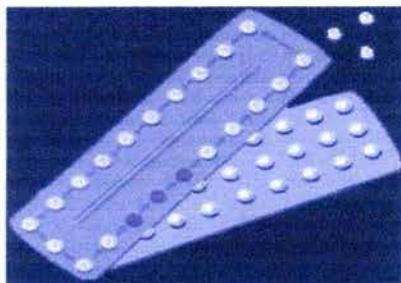
Que utilizar según la práctica  
Mano-boca: sin protección.  
Mano-Mano: sin protección  
Mano-Ano: guante  
Mano-Vulva: guante  
Mano-Pené: guante o condón

Boca-boca: sin protección.  
Boca-boca: sin protección.  
Boca-ano: dique dental  
Boca - vulva: dique dental.  
Boca-Pené: Condón.



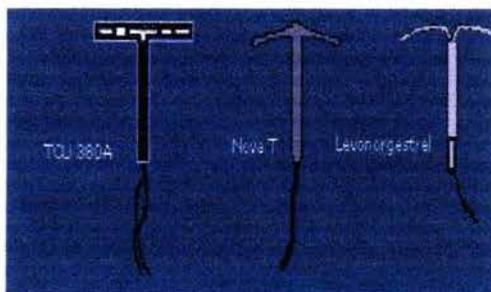
ESPIUMAS

## METODOS HORMONALES



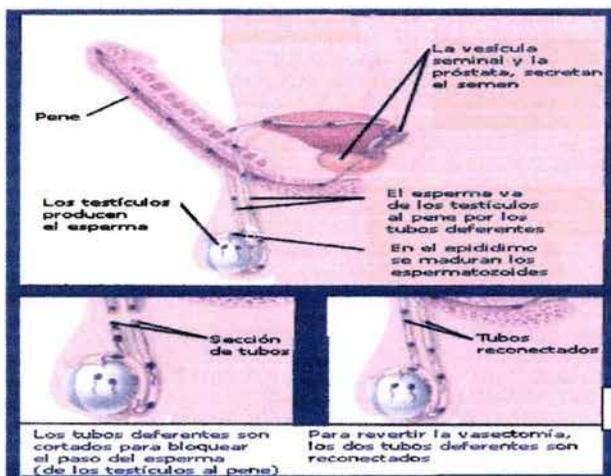
HORMONALES ORALES

## METODOS MECÁNICOS

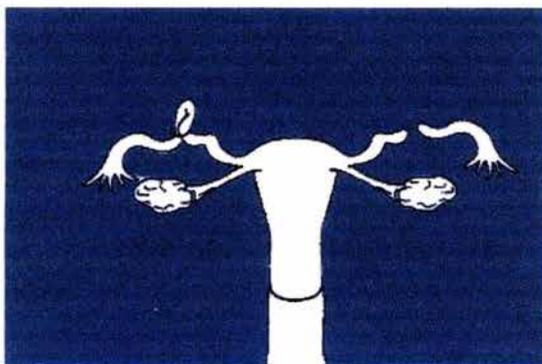


EL DIU

## METODOS DEFINITIVOS.



VASECTOMIA



SALPINGOCLASIA

## **7. GLOSARIO DE TERMINOS.**

**ABORTO:** Expulsión o extracción del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso antes de 20 semanas de gestación.

**ASPIRACIÓN ENDOUTERINA:** Metodo que se indica en embarazos menores.

**ASERTIVIDAD:** Hace referencia a la habilidad de las personas de decir si o no con firmeza, sin agredir a otras personas cuando son afectados sus derechos.

**AUTOESTIMA:** La confianza, respeto, aceptación, valoración y amor por si mismo y por tanto amor a la vida y a los demás.

**DAÑO:** Aparición, agravamiento o complicación de un proceso patológico que puede ser una enfermedad, incapacidad o muerte.

**EMBARAZO:** Estado de preñez ala alojar un nuevo ser en el útero.

**EROTISMO:** Del griego eros, amor. Afición desmedida y enfermiza a todo lo que concierne amor.

**ESTERILIDAD:** Incapacidad para concebir.

**FETO:** Producto de 8 meses de gestación.

**FACTOR DE RIESGO:** características o circunstancias del individuo, familia o comunidad asociado con el aumento de la probabilidad de que ocurra un daño a la salud.

**GINECOLOGÍA:** Rama de la medicina que estudia la fisiología y patología del aparato reproductor femenino en situación no gestante.

**LEGRADO:** Raspado de una cavidad.

## 8. BIBLIOGRAFIA

Adaptado de Serrano, C:B: La salud Integral de los adolescentes y los Jóvenes: Su promoción y su cuidado. En Maddaleno, Munist, Serrano, Silver, T.J.M.M, Suárez Ojeda, E.N. y Yunes ,J. La salud del adolescente y del joven (pp. 3-14). Washington DC: Organización panamericana de la Salud, 1995.

Dirección de salud reproductiva. Programa de Salud Reproductiva para adolescentes, documento de trabajo. México: SS 1997.

Estrada Inda, L. El ciclo vital de la familia Grijalbo, México 1997.

Martínez, Margarita. Tesis acciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en la prevención del aborto inducido en la población de Sn. Luis  
México 1996.

Monroy de Velasco, A. La salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. En simposium, los nuevos aires de la salud reproductiva. México 1997.

Network en español. Volumen 9, numero 1, Family health international,1994

Organización Mundial de la Salud (OMS). Capacitación para orientar a adolescentes, en sexualidad y salud reproductiva: guía para los facilitadores. Ginebra, Suiza: 1993.

Revista de la OMS. Salud mundial, volumen 47, 1994, p 4.

Secretaria de salud Norma Oficial Mexicana Para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del Recién Nacido. 16 de mayo del 2001.pp70

Secretaria de Salud, Pérez Palacios , Gregorio

Stem, C. La Protección de la Salud Reproductiva de nuestros jóvenes requiere de políticas innovadoras y decididas. Carta sobre población, 1995, febrero.

<http://lpas.org.mx>

<http://www.agi-usa.org/pubs/journals/25spa01699.html>