



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Propuesta de taller de prevención de infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados y aborto en adolescentes

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
Paola Yuliana Ortega Lomeli

Directora: Dra. **Rocio Tron Álvarez**
Dictaminadores: Mtra. **María Cristina Bravo González**
Lic. **Xochitl Karina Torres Beltrán**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

El día de hoy termino una de las etapas más importantes de toda mi vida y sin duda alguna puedo decir que me siento tan orgullosa, por que después de un largo camino que recorrí puedo ver materializado mi esfuerzo en este trabajo.

Mamá y papá gracias por darme el amor y apoyo que siempre he necesitado, por creer en mi y por siempre apoyarme, son lo más importante en mi vida, los amo. Roy, mi vida no sería la misma sin ti.

Abuelita sé que serás la más feliz al ver que por fin termine mi tesis, te llevó todos los días en mi corazón y eres mi ángel guardián.

Familia Lomelí Cifuentes (Tío Lobo, Tía Vero, Fofó Sebas y Marianito) gracias por siempre estar en mi vida.

Amigas (Jess, Mary y Bren) gracias por siempre estar y apoyarme, por que siempre me hicieron creer que podía, Jorge y Dani gracias por su linda amistad.

Maestra Rocío, por siempre dedicarme tiempo y sacar este trabajo adelante a pesar de que muchas veces parecía despreocupada (desaparecía). Gracias por su apoyo incondicional

Luis, eres el mejor hombre que pude haberme encontrado, le doy gracias a la vida por ponerte a mi lado y apoyarme cada día, por caminar a mi lado desde el CCH, por siempre darme un buen consejo y sobre todo creer en mí. Te amo

A mi amada UNAM que me ha dado las bases para poder desarrollarme como profesionista.

Gracias por su amor y apoyo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
Capítulo 1. ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD.....	8
1.1 Enfermedades de transmisión sexual.....	13
1.1.1 VIH/SIDA.....	17
1.1.2 Virus del Papiloma Humano.....	22
1.1.3 Sífilis.....	25
Capítulo 2. EMBARAZO NO PLANEADO.....	28
2.1 Variables psicológicas y sociales del embarazo adolescente.....	30
2.2 Estadísticas.....	34
Capítulo 3. ABORTO.....	41
3.1 Clasificación de los tipos de aborto.....	44
3.2 Estadísticas.....	46
3.3 Consecuencias psicológicas.....	47
Capítulo 4. TALLER DE PREVENSIÓN SEXUAL.....	52
CONCLUSIÓN.....	58
REFERENCIAS.....	60
ANEXO A.....	67

RESUMEN

La adolescencia se considera la etapa más importante del ser humano, debido a todos los cambios físicos y psicológicos que en este periodo se producen; durante este lapso el individuo se apropia de nuevos valores, define su identidad, comienza un proceso de independización tanto en lo individual como en lo familiar, así como la creación de vínculos amorosos, los cuales tienen implicaciones importantes en su sexualidad (Moreno, Rivera, Robles, Barroso, Frías y Rodríguez, 2008).

Desafortunadamente muchos jóvenes y adolescentes no están preparados aun para asumir su sexualidad, y llegan a esta etapa de su vida teniendo muy poca información o en algunos casos aunque que la poseen ignoran las consecuencias que pueden tener.

Dentro de la información que se presenta, se muestra el gran problema de salud sexual que hay en embarazos no deseados en adolescentes, ya que existe un gran número de adolescentes que tienen hijos a edades tempranas.

De igual manera existe un alto número de personas que contraen alguna Infección de Transmisión Sexual, y un gran porcentaje pertenece a jóvenes y adolescentes, la mayoría por desconocimiento o simple descuido viven con alguna de ellas.

Con base en lo anterior, el propósito de este trabajo es presentar una propuesta de un taller dirigido a adolescentes, en los que se aborden temas de sexualidad principalmente infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.

INTRODUCCIÓN

En México existen graves problemas en el terreno de la salud sexual que afectan a los adolescentes, como son las enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, debido a que inician su vida sexual a muy temprana edad y sin tener conocimiento de algún método anticonceptivo. Existe un aumento significativo de la actividad sexual de los jóvenes a edades muy tempranas. La mayoría de los casos de infección de VIH-SIDA se da durante la adolescencia y juventud, además un alto porcentaje de adolescentes se convierte en madres. Estas conductas son sumamente repetitivas debido a que los adolescentes y jóvenes no hacen uso del condón (Gallegos, Villaruel, Loveland, Ronis y Zhou, 2007).

El VIH-SIDA es un problema que ha sufrido un incremento exponencial, desde la primera vez que apareció; en América Latina se han notificado 111 770 casos de SIDA; México ocupa el décimo tercer lugar en cuanto a los casos que se tienen registrados mundialmente, teniendo el tercer lugar en el continente Americano. Se considera que en América Latina esta epidemia inició en 1980, pero en México **el primer caso que se diagnosticó fue en 1983** (Valdezpino-Gómez, et al., 2005).

En lo que se refiere al VIH el D.F posee 6499 personas infectadas, siguiéndole el Estado de Veracruz con 4711, en tercer lugar con 2127 personas se encuentra el Estado de México. El estado que menos enfermos reporta es Tlaxcala con 96 personas infectadas del Virus del VIH.

El D.F ocupa el primer lugar ya que tiene la tasa más alta de casos de Sida con un 15% de personas infectadas, mientras que el Estado de México le sigue con un 11% .

El Registro Nacional de Casos de Sida, reportó que las edades más vulnerables y con más registros fueron entre los 25-29 años, ya que hay 27065 personas infectadas con estas edades, y de 30-34 años con 29477 personas infectadas.

Las enfermedades de transmisión sexual, son causadas por diferentes agentes como son los virus y bacterias. La transmisión de algunas de ellas son por vía sexual y oral, a excepción de la hepatitis y herpes, ya que otros agentes son los causantes de estos virus.

Dentro de los graves problemas de salud sexual que existen en los adolescentes se encuentran los embarazos no deseados, así por ejemplo, el INEGI para el año de 2009 tenía registrado un 18% de madres adolescentes con una edad menor de los 20 años.

Existen riesgos asociados al embarazo adolescente y se pueden identificar diferentes variables, de los cuales se logran tres categorías (León, et al., 2008).

1. Factores de riesgos individuales.
2. Factores de riesgo familiar. Disfunción familiar.
3. Factores de riesgo social. Bajo nivel socioeconómico.

Para el año 2000 había 5,082,487 mil mujeres de entre 15 y 19 años en nuestro país, de las cuales el 12% se encontraban embarazadas. Si tomamos en cuenta las cifras de adolescentes embarazados podemos entender la grave problemática de salud sexual que existe en los adolescentes, teniendo como una consecuencia el aborto.

Actualmente en el D.F. el aborto es legal, en el año 2007 se tenían registrados 874,747 mil abortos, mientras que en el año de 1990 sólo se tenían 533, 100 casos. Eso sin tomar en cuenta que en los demás estados el aborto no está legalizado y que por lo tanto, hay otros miles de ellos que se desconocen.

Las edades en las que oscilan las mujeres que se practican un aborto son de 21-25 años con un 30% y de 16-20 años con un 26%. Así mismo los motivos por los que realizan esta práctica son:

- Con un 34% razones económicas.
- Con un 34% no lo pensaron

Algunos de los efectos que puede tener una mujer después de realizarse un aborto a nivel psicológico, son emociones de culpa, sentimientos negativos temor y vergüenza. En madres adolescentes que deciden abortar hay un estrés generalizado, ya que tienden a preocuparse por la decisión que tienen que tomar.

Con base en la información planteada, el objetivo de este trabajo es proponer un taller de prevención de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no planeados y abortos, dirigido a adolescentes, realizando sesiones interactivas e informativas para este tipo de población.

El taller constará de 5 sesiones, en las que se les presentarán dinámicas con relación a temas de ITS, métodos anticonceptivos y embarazos, con la intención de poder ofrecerles información a jóvenes por medio de sesiones interactivas.

Esta tesis está compuesta por 4 capítulos, en el primero se presenta la información de las Infecciones de Transmisión Sexual así como las estadísticas; el segundo abarca la información correspondiente a los embarazos no deseados, en el capítulo 3 se habla del aborto, sus consecuencias y estadísticas y finalmente en el cuarto capítulo se describe el taller así como las conclusiones.

1. ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

La adolescencia se considera la etapa más importante del ser humano debido a todos los cambios físicos y psicológicos que en esta etapa se producen; durante este lapso el individuo se apropia de nuevos valores, define su identidad, comienza un proceso de independización tanto en lo individual como en lo familiar, así como la creación de vínculos amorosos, los cuales tienen implicaciones importantes en su sexualidad (Moreno et al., 2008).

Robert Havighurst en 1972 plantea una teoría, en la que se aborda el desarrollo y la educación, haciendo énfasis y destacando las teorías evolutivas fundamentales de los adolescentes.

Lo que los individuos necesitan y la sociedad demanda constituyen las teorías evolutivas; éstas son habilidades, conocimientos, funciones y actitudes que los adolescentes tienen que adquirir en determinado momento de su vida, por medio de la maduración física, expectativas sociales y el esfuerzo personal. Dominar ciertas tareas de cada etapa del desarrollo desemboca en adaptación y preparación para ciertas tareas que posteriormente implican mayor esfuerzo. El dominio de estas tareas produce madurez, en tanto que el fracaso genera ansiedad, desaprobación social e incapacidad para funcionar como persona madura (Havighurst, 1972).

De acuerdo a Havighurst (1972) son ocho tareas fundamentales para el desarrollo, durante el periodo de adolescencia:

1. Aceptar el propio cuerpo físico y utilizarlo con eficiencia.

Los adolescentes necesitan aceptar su físico así como su patrón de crecimiento de su propio cuerpo para poder aprender a cuidarlo y utilizarlo de forma eficaz (deportes, ocio y sexualidad).

2. Formar relaciones.

Los adolescentes en esta nueva etapa deben abandonar, sus juegos de la niñez por el establecimiento de amistades; llegar a ser un adulto significa también aprender habilidades sociales y las conductas requeridas en la vida de un grupo.

3. Adoptar un rol sexual masculino o femenino.

Los roles sociales psicosexuales se establecen por cada cultura, así que dependerá de la sociedad y de la propia cultura en la que el adolescente se desarrolle, y ésta misma será la que dicte su forma de como desenvolverse.

4. Alcanzar independencia emocional de los padres y otros adultos.

Los adolescentes deben desarrollar conocimiento, afecto sin generar dependencia emocional.

5. Prepararse para una profesión

Una de las principales metas de los adolescentes deberá ser decidir una profesión, prepararse y ser independientes; parte de esta tarea es descubrir qué es lo que desean y cómo lograrán obtenerlo.

6. Prepararse para la vida adulta (familia /matrimonio).

Los patrones de la vida en el matrimonio y en la familia se adecuan a ciertas características económicas, sociales y religiosas de la sociedad.

La mayoría de los jóvenes desean un matrimonio y una paternidad feliz como meta importante de su vida, para que eso suceda es necesario desarrollar actitudes positivas, habilidades sociales, madurez emocional y conocimiento necesario sobre el matrimonio.

7. Desear lograr una conducta social responsable.

Esta meta incluye el desarrollo de una ideología social que recoja los valores sociales, la participación en la vida adulta en la comunidad y la nación. Los adolescentes luchan por alcanzar una posición en la sociedad de una forma que de significado a su vida.

8. Adoptar un conjunto de valores y un sistema ético como guía de la conducta.

Esta meta incluye el desarrollo de la ideología social, política y la adopción y aplicación de valores, reglas morales e ideas significativas para la vida de una persona.

Teniendo en cuenta lo que plantea Havighurst en su teoría evolutiva, podemos entender mejor el desarrollo psicosocial del adolescente.

Esta etapa se considera una de las más importantes debido a todos los cambios que hay en el individuo, principalmente el que va dirigido hacia su sexualidad; debido a que la mayoría no tiene las habilidades para tomar decisiones adecuadas fundamentalmente para su futuro, ya que una característica de esta etapa es que los adolescentes sólo piensan en el aquí y en el ahora (Della, 2005). Debido a este tipo de pensamiento pueden generar problemas de salud sexual, siendo específicos, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual; existe evidencia acerca de lo que vive el adolescente en esta etapa es decisivo para el resto de la juventud, así como la gran influencia que tendrá en su vida sexual, en lo personal, económico y social.

Los jóvenes de todos los países y de América Latina representan un grupo prioritario del desarrollo social, económico y político, así mismo se encuentran en pleno proceso de su vida productiva y en pleno proceso del inicio de su vida sexual activa (Maddaleno, Morello e Infante-Espinola, 2003).

Si el período en el que el adolescente desarrolla y define su personalidad no se logra, se tendrán severas dificultades teniendo como resultado problemas de alcoholismo, drogadicción o en su defecto alguno derivado de alguna infección de transmisión sexual.

El ciclo que corresponde a la adolescencia según la Organización Mundial de la Salud, se sitúa entre los 10 y 19 años de edad (citado en Martínez, 2012); la mayor parte de los adolescentes son sexualmente activos antes de los 20, debido a que no existe una educación sexual adecuada, se determina un severo problema de salud en adolescentes, ya que afecta a la salud sexual y reproductiva, así como enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y embarazos no planeados ni deseados.

La investigación sobre sexualidad, salud, adolescencia y juventud ha crecido de manera significativa en América Latina en los últimos 25 años, debido principalmente a la pandemia del sida y embarazos adolescentes.

El comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes se ha considerado como un problema social y de salud pública en diversos países del mundo; esto tiende a referirse como problema debido a que la edad de inicio de la vida sexual es muy prematura y por lo tanto puede desencadenarse como resultado un embarazo y/o contraer una enfermedad de transmisión sexual (Stern, 2008). Entre las medidas que proponen para que los adolescentes prevengan las enfermedades de transmisión sexuales y los embarazos no deseados es el uso del condón; se han realizado diferentes investigaciones acerca de cómo los adolescentes no conocen las enfermedades de transmisión sexual, así mismo del como creen que no les pasará nada a ellos, siendo ajenos a los problemas de salud sexual (embarazos no deseados e ITS).

Los padres son los primeros artífices de la consciencia moral de los hijos, y a pesar de que la educación sexual es parte fundamental de las funciones de los padres y las madres, en ocasiones ésta no es asumida correctamente y/o efectivamente, algunos padres evitan asumir una posición proactiva e intencional,

y se delega toda la responsabilidad a la escuela y otros medios en los que ellos puedan obtener la información necesaria.

Es importante conocer el nivel de comunicación que los adolescentes tienen con sus padres, ya que si se quieren prevenir los problemas de salud sexuales, es de suma importancia conocer qué papel juega la comunicación con los padres o en su defecto con su pareja, ya que de esta manera se pueden conocer los medios por lo que se negociará con la pareja. El modo, la frecuencia y el método que usarán al tener relaciones, y en caso de los padres, cuáles son los temas que abordan padre-hijo (a) y madre-hijo, para poder prevenir las conductas de riesgo en lo referente a la sexualidad (Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno, y Robles 2005).

En la Encuesta Nacional de Valores en Juventud (2012), indicó que para este año, 60% de los hombres y un 51% de la mujeres del grupo de edad de 15-29 años habían tenido por lo menos una vez relaciones sexuales; y la media de edad era de 15.2 años para los hombres y 15.3 para mujeres.

Siendo la adolescencia una etapa de cambios biológicos y psicológicos, los adolescentes experimentan diferentes sensaciones y emociones en lo que se refiere a lo sexual, ya que comienzan a sentirse atraídos y a experimentar situaciones que antes no conocían, como son los noviazgos, y por consecuente las relaciones sexuales. Los adolescentes que no se encuentran debidamente informados son aquellos que necesitan experimentar su sexualidad, y podrían contraer alguna ITS o un embarazo.

1.1 Enfermedades de transmisión sexual

Las enfermedades de transmisión sexual son aquellas que se contraen al tener relaciones sexuales con alguna persona que está infectada, algunas son causadas por virus, bacterias y hongos. Las enfermedades que se contraen por una bacteria y por hongos pueden ser aliviadas con tratamiento médico; las personas que contraen una ITS por virus tendrán que vivir con ella ya que no existe alguna posibilidad de que se elimine del organismo, sólo se puede controlar con tratamiento como es el caso del VIH/SIDA.

Mayaud y McCormick (2002) plantean que las infecciones de transmisión sexual son un importante problema de salud por cuatro principales razones; a) la frecuencia entre la población y sus altas tasas de prevalencia e incidencia, b) las serias complicaciones y secuelas que puede tener en el organismo humano, como son el impacto en la salud reproductiva del individuo, así como reproductiva de una población, c) sus consecuencias sociales y económicas y d) el hecho de que algunas ITS facilitan la adquisición de otras nuevas infecciones al organismo

Existen diferentes factores que favorecen el uso regular de métodos anticonceptivos; primeramente, el conocimiento del uso correcto de estos métodos anticonceptivos; creencias positivas hacia los métodos anticonceptivos, la habilidad de poder comunicarse efectivamente con la pareja sexual y así poder negociar el uso del anticonceptivo (Perez de la Barrera y Pick, 2006). Referente al uso del condón, se han encontrado que como predictores para su empleo, es necesario tener creencias positivas asociadas a su uso así como la intención de usarlo; segundo, la planeación de llevar a cabo, la conducta (uso del condón) y por último, contar con las habilidades que permitan llevar a cabo esa conducta (Pérez, 2009).

En una encuesta aplicada a población universitaria de la Ciudad de México por Villagrán y Díaz-Loving (1992), se encontró que la decisión de usar

condón en las relaciones sexuales, depende de la valoración del tipo de pareja con la que se está en ese momento, y esta decisión no es igual si se tiene una pareja regular; mientras que con una pareja sexual ocasional implica factores en los que el varón valorará, si el uso del condón disminuirá el placer y que no pierda la erección al momento de ponérselo. Mientras que la encuesta demuestra que las personas que tienen una pareja sexual ocasional, toman en cuenta factores relacionados con el goce y la respuesta sexual, esto quiere decir que el uso del condón tiende a aumentar si la pareja no creía que disminuiría el placer. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), indica que 78.5% de los hombres, utilizan condón para evitar embarazos y/o Infecciones de transmisión sexual. Para este mismo año, los adolescentes de 12 a 19 años, en un alto porcentaje, han iniciado vida sexual activa, alcanzando el 23%, con una proporción mayor en hombres con 25.5% en relación a las mujeres 20.5%; para el año 2006 en la misma encuesta realizada por el Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) se había encontrado que el 15% de los adolescentes con el mismo rango de edad habían iniciado vida sexual, 17% hombres y 14% mujeres. Estas cifras nos pueden mostrar claramente como en la actualidad, la iniciación de vida sexual ha aumentado considerablemente en los adolescentes.

Referente al uso del condón, reporta el ENSANUT (2012), la mayoría de las veces es mayor en la primera relación sexual, que en la última relación sexual en todas las edades (19-45 años). Así mismo se encontró que son los hombres, quienes reportan con mayor frecuencia el uso del condón, en comparación con las mujeres. En el rango de edades se encontró que el grupo de 15 a 19 años es quien tiene el mayor porcentaje del uso del condón (80% hombres, 60.1% mujeres), seguido del grupo de 20 a 24 años (69.7% y 50.5%)

La falta de información para protegerse de las ITS, y la actividad indiscriminada y sin protección que suelen tener los adolescentes y jóvenes de

entre los 15 y 24 años, constituye un verdadero problema de salud (García, Cortés, Vila, Hernández y Mesquia, 2006).

Para el **ONUSIDA** (Programa Conjunto de las Naciones Unidas, sobre el VIH), en un informe del 2007, se menciona que 33.2 millones de personas vivían con VIH; estimando que un 25 % son menores de 25 años, este dato nos indica que aproximadamente 6,000 jóvenes se infectan a diario por este virus; en los países en desarrollo se puede identificar a un grupo de adolescentes con una tasa de infección más alta.

Hablando de cifras de personas infectadas así como nuevas infecciones, en México, del año 1983 a noviembre del 2007, se tenían registrados 115,570 personas con este virus, de las cuales 35,034 tienen una edad promedio de 10 a 29 años. Referente al comportamiento que tienen los adolescentes de 10 a 19 años, se registran como el grupo que menos infectados encuentran ya que se tienen registrados 2,402 casos.

El UNISIDA en el informe sobre la epidemia mundial en el año 2004 estimaba que existían 38.6 millones de personas enfermas con este virus, de los cuales 36.6 millones eran adultos, 17.3 mujeres y un 2.3% niños. En la actualidad se considera que un 50% de las personas que contraen esta enfermedad son jóvenes de entre 15 y 24 años (Censida, 2006) en Sida Aspectos de Salud Pública.

En el año 2000 se tenía estimado que sólo en México 150 mil personas estaban infectadas de este virus, 99 mil se concentraban en hombres que tienen sexo con hombres, 38,600 mil pertenece a una población heterosexual, 33 mil a mujeres trabajadoras sexuales. (García, Mondragón y Madrigal, 2011). Un 89% de los casos de SIDA en personas de 15 años en adelante fueron por transmisión sexual, un 10% pertenecen a aquellos que lo contraen por medio de contagio de vía sanguínea. Un 85% del total de los casos que se registraron son hombres, mientras que un 14% son mujeres. El DF es la entidad que presenta el mayor número de casos infectados, ocupa el primer lugar teniendo la tasa más

alta de casos de Sida con un 15% de personas infectadas; el Estado de México le sigue con un 11% (16,567 personas infectadas); para finales del año 2005 el Registro Nacional de casos de SIDA eran de 98,933 personas infectadas. Las mujeres jóvenes son quienes corren mayor riesgo, ya que para el año 1980 el VIH/SIDA afectaba desproporcionadamente a los hombres, para la actualidad el rostro de la epidemia es cada vez más de las mujeres.

De acuerdo con el UNISIDA en el año 2013 se tenía un registro de 35 millones de personas que viven con VIH a nivel mundial; así mismo esta instancia menciona que en América Latina, para ese mismo año, se reportó 1.6 millones de personas infectadas con este virus, de las cuales en Brasil, México, Colombia, Venezuela y Argentina se concentraba el 75% de las personas infectadas (Vigilancia de epidemiología, Censida 2013).

Para el año 2013 el CENSIDA (Vigilancia de epidemiología) tenía un registro total de 17,0000 personas infectadas, de las cuales un 0.24% tenían un rango de edad de entre 15-49 años. Podemos observar con esta cifra que se registra una alza en las infecciones de este virus, así mismo, encontramos que los estados de la república Mexicana con mayor porcentaje de infectados de SIDA son; Campeche con un 12.8%, Guerrero 12.1%, Chiapas 9.9%, Distrito Federal 8.5% y en último lugar Tabasco con 7.1%; mientras que con el Virus del VIH encontramos en primer lugar a Quintana Roo con un 19% seguido del Distrito Federal 13.6% y en último lugar a Veracruz con 10.4%. Así mismo el CENSIDA (2013) (en vigilancia epidemiológica) encontró que existe un 80% de infectados por el Sida, y 75% de VIH.

Es notorio que en cada país, la epidemia se iba desarrollando y que ésta tenía diferentes etapas; pero en nuestro país a partir de 1985, la epidemia tuvo un desarrollo exponencial; para el año de 1986 hasta finales de los noventas, la epidemia creció notoriamente debido al número de infectados.

1.1.1 VIH/Sida

El Sida se ha convertido en un problema de salud pública en los últimos 25 años, por la rápida distribución, esta enfermedad es considerada una pandemia. El VIH/SIDA es una enfermedad de transmisión sexual que puede afectar a hombres y mujeres de cualquier edad, sexo, religión y posición económica. Cabe mencionar que la incidencia en los adolescentes es muy reducida, este grupo es considerado por la OMS como un blanco prioritario en la prevención y educación fundamental, principalmente en la educativa (Barros, et al., 2001).

La epidemia del SIDA en México es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión tiene un 90% de los casos registrados en el CONASIDA (2006).

Debido al fuerte crecimiento de consumidores de drogas específicamente la inyectable, la epidemia del VIH/SIDA se vio fuertemente impactada y a la alza, ubicándola en el segundo lugar de transmisión en jóvenes.

Los principales comportamientos de transmisión de este virus son el contacto sexual, transfusiones de sangre y/o compartir agujas infectadas así como la perinatal (de una madre que está infectada y pasa el virus a su hijo durante el embarazo o durante el parto). Aproximadamente se tiene estimado que un 75% de las infecciones del VIH son por contacto sexual, siguiéndole la transmisión por uso compartido de agujas o transfusiones y finalmente con el 5 y 10% de las infecciones por transmisión perinatal (Soler y Ramos, 2006).

Para que este virus se pueda transmitir de una persona a otra, es indispensable que exista intercambio directo de **fluidos** corporales, así como relaciones sexuales. El segundo ejemplo es la forma más común de transmisión, pero también existe el contagio por contacto directo de sangre, como puede ser contacto con agujas infectadas y transfusiones de sangre infectadas con este

virus, y por ultimo madres que se encuentren infectadas, pueden transmitir la infección a sus hijos durante el embarazo.

Historia

Los datos que se tienen registrados acerca del origen del Virus, indican que el comienzo de esta epidemia del VIH/SIDA resultó de múltiples eventos de zoonosis (enfermedad que puede transmitirse de animales a humanos), en donde ha jugado un papel muy importante los llamados virus de inmunodeficiencia de simios (VIS), que principalmente infectan a primates y que probablemente brincaron a nuestra especie; este posible contagio debió de haber sido provocado por la cercanía y la convivencia entre el hombre y animales, incluyendo contacto con sangre y tejidos contaminados durante la cacería, así como el consumo de primates contaminados.

La clave para poder acceder al origen del virus del VIH es conocer como otros virus están relacionados con éste; se conocen más de 30 especies de primates africanos portadores de VIH y que se originó en este grupo de animales, específicamente en chimpancés; son el único grupo de simios infectados con este tipo de virus, relacionado cercanamente con el VIH (Velazco y Lazcano, 2007).

Es muy importante mencionar que se han realizado grandes e importantes investigaciones acerca del surgimiento de esta grave enfermedad; una de las hipótesis que se ha manejado proponía que el VIH-1 paso a los humanos como resultado de la aplicación de vacunas orales en contra de la polio; durante el programa de vacunación contra esta enfermedad que se llevó a cabo en África central entre los años 1957 y 1960. Esta hipótesis se apoya en la creencia de que la cepa OPV, pudo haber crecido en las células del riñón de un chimpancé infectado.

Es de suma relevancia hacer mención que los estudios de los aspectos virológicos del VIH, también proporcionan un entendimiento más profundo acerca de los procesos que tienen las células, incluyendo procesos como la transcripción,

el transporte de moléculas dentro y fuera del núcleo, el tránsito intranuclear de proteínas y todos los procesos que tiene este tipo de virus.

Debido a todas las investigaciones que se han realizado referentes a esta enfermedad, origen y cepas, se han podido encontrar; un gran número de muestras crecientes que han confirmado que existen principalmente dos tipos de virus hablando del VIH; conocidos como VIH-1 y VIH-2. En estos dos grupos, se han encontrado virus recombinables que presentan genomas, en donde se reconocen dos o más grupos. Esto nos indica que sin duda el principio del **Virus es de origen animal**.

En especial el VIH que se transmite por vía sexual, es alcanzado por el torrente circulatorio a partir de las mucosas que revisten el tracto genital, el recto y la boca. Los **macrófagos**¹ y células dendríticas, captan el virus y lo transportan a los ganglios linfáticos que contienen grandes cantidades de células TH (Daudel y Montagnier, 2008).

Una vez que las células se encuentran infectadas, el VIH induce la respuesta inmune adaptativa que se manifiesta por la síntesis y secreción de anticuerpos y la generación de células T; a pesar de que el organismo se encuentra ya con este virus se puede pasar de **1 a 6 meses**, incluso más tiempo, para que el organismo así como el individuo infectado por el VIH desarrolle cantidades detectables de anticuerpos, conforme pasa más tiempo, la intensidad de los anticuerpos y la respuesta inmune contra el VIH se debilita, a medida que las células T se van destruyendo progresivamente.

En infecciones virales que no afecten directamente o primordialmente a los tejidos linfoides, las respuestas inmunes celulares son los mecanismos de inmunidad adquirida, capaz de eliminar o de limitar la mejora de la infección.

¹ Células del sistema inmunitario que se localizan en los tejidos.

Los eventos patogénicos que tiene esta enfermedad, implican un proceso de tres fases entre la adquisición del VIH y la aparición de los signos y síntomas del SIDA:

- 1) La primera fase en la cual aparecen las primeras reacciones de activación del sistema inmune, y las manifestaciones de un síndrome similar a una infección de fiebre o cualquier tipo de infección no grave.
- 2) Esta segunda fase es intermedia y corresponde a un periodo prolongado de silencio clínico, no hay signos ni síntomas, aun así dentro de esta etapa el virus sigue duplicándose.
- 3) La tercera fase corresponde a la fase final, en la que incluye la destrucción rápida y progresiva del sistema inmunológico, con la aparición de todos los signos de sida.

La infección por el VIH incluye inicialmente el contacto con el virus con células susceptibles; este virus afecta principalmente a las células con la molécula CD4, las llamadas linfocitos t y los macrófagos. Este tipo de células son las que se encargan de cuidar a nuestro sistema inmune. Dentro de la etapa en la que el virus es más infeccioso se reportan dos etapas; una de ellas es durante los dos primeros meses, el virus adquirido comienza a replicarse rápidamente y el sistema inmune está aprendiendo a controlarlo, la **segunda** es el final de esta etapa sin síntomas justo cuando el sistema inmune ya se ha dañado y ha perdido el control sobre la réplica del virus.

Para entender la gravedad de esta enfermedad es conveniente hacer una diferencia entre el **SIDA** y el **VIH**, ya que el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. Cuando una persona está infectada por el virus del VIH es cero positivo. Esta infección produce un deterioro progresivo en el sistema inmunitario. Debido a que el cuerpo se queda sin defensas, no tiene como protegerse y cualquier bacteria o virus ingresa al cuerpo y lo ataca fácilmente. Las

infecciones asociadas a la inmunodeficiencia se conocen como "infecciones oportunistas" porque se aprovechan de la debilidad del sistema inmunitario.

Y cuando hablamos de SIDA hablamos de la etapa avanzada de la infección del VIH, en la que aparecen signos y síntomas de la enfermedad, debido a que el sistema inmunológico se deteriora y deja de funcionar de forma eficaz, desarrollando enfermedades oportunistas, ya que se ha perdido la capacidad de defensa del organismo de luchar contra los distintos agentes que causen enfermedades.

El VIH ocasiona una inmunodeficiencia adquirida, esto quiere decir que va destruyendo las células más importantes de nuestro sistema inmune; las personas que tienen VIH, van perdiendo la capacidad de defenderse de mínimas infecciones que entren a su sistema.

La evolución de la epidemia del VIH/SIDA se podría dividir por regiones, grupos étnicos, por estratos socio-económicos y en diferentes periodos y dependiendo de la disponibilidad de antirretrovirales y tratamientos complementarios; pero en sí la esencia de esta terrible enfermedad es la gran cantidad de personas que tienen este virus, cada historia en particular, se podría decir que es una suma múltiple de epidemias internas, en tanto que el VIH se está transformando continuamente, infectando cada vez más personas, más poblaciones con diferentes particulares pero que en cierto punto tienen las mismas características (Córdova, Ponce de León, Lazcano, 2008).

Las muertes que se asocian con la epidemia del VIH/SIDA, en los últimos años han reducido significativamente, gracias a los acceso de los tratamientos antiretrovirales; en el año 2005 se tiene registrado que 2.3 millones de personas murieron a causa de alguna consecuencia del Sida, para finales del año 2011 se estima que fallecieron 1.7 millones de personas, debido a causas relacionadas con esta enfermedad.

Es muy importante mencionar que dentro de todas las ITS que existen el VIH /SIDA se ha convertido en un problema de salud pública y sexual que tiene muchas repercusiones como lo son la social, familiar, económica, psicológica que van más allá de sólo la salud del individuo que contrae esta enfermedad.

Independientemente de la situación del VIH/SIDA en México o en cualquier otro país, el conocimiento universal de la virología del VIH innegablemente tendrá un impacto en la generación de nuevos tratamientos, que ayuden a controlar la enorme carga que trae consigo esta pandemia, ya sea social, política y sobre todo económica, que representa el VIH.

Es urgente implementar nuevas e innovadoras estrategias que tengan alto nivel de penetración social que minimicen al máximo, hasta llegar a la erradicación, las epidemias sociales del estigma, la discriminación, la homofobia, la transfobia² y la violencia, cuya agrupación potencializan negativamente la epidemia del VIH/SIDA; siendo fuertes obstáculos para el acceso al servicio de atención, cuidados integrales y prevención (Izazola, 2012).

1.1.2 Virus del Papiloma Humano

Dentro de las diferentes enfermedades de transmisión sexual, encontramos el VPH (Virus del Papiloma Humano). Se han realizado diferentes estudios desde hace aproximadamente 30 años que han revelado que el Virus del Papiloma Humano, es un agente que causa el cáncer de cérvix uterino. (Lizano, Carrillo y Contreras, 2009).

En los últimos años se ha presentado la mayor tasa de incidencia de las ITS, ya que al no tener ningún síntoma inmediato, se puede vivir mucho tiempo sin notarse que se tiene algún virus; el riesgo de contraer esta ITS se incrementa debido a que un gran número de mujeres no ejercen su sexualidad de manera protegida.

²Discriminación hacia la transexualidad, transexuales o transgenero.

Se estima que en todo el mundo existen 310 millones de portadores de VPH; de los cuales 27 millones pertenecen a condilomas, 64,800 casos corresponderían a cáncer de vulva, pene, ano y vagina. La situación que vive el país se convierte en alarmante, cuando las autoridades de la Secretaría de Salud ubican al cáncer cérvico-uterino como la primera causa de muerte en mujeres de edad reproductiva. (Diestro, Serrano y Gómez-Pastrana, 2007)

El virus del papiloma humano es una infección de transmisión sexual, tanto en hombres como mujeres, pueden contraerlo igualmente que transmitirlo; entre los factores para que una persona se contagie, se encuentra el comportamiento sexual y uno de los indicadores es la edad en la que se inicia la vida sexual, el uso de condón y el número de parejas sexuales. El papiloma se puede detectar en cérvix, vagina y vulva en mujeres; en el pene, glande escrotos y prepucio en hombres, en el canal anal y perinatal en hombres y mujeres. Se ha logrado identificar alrededor de 70 tipos de virus, en los que se podrían clasificar como de bajo riesgo y alto riesgo.

Hablando de la epidemiología, entendemos que este **virus** es una secuencia de DNA, y se tienen identificadas más de 100 genotipos de VPH que son causantes de diversas lesiones epiteliales. Los papilomavirus son virus de DNA pequeños y sin cubierta; el genoma es una molécula circular de DNA de doble filamento de aproximadamente 8000 pares de bases. El genoma viral se divide en una región temprana que codifica los genes necesarios para la transcripción y replicación viral y transformación celular (Lizano et al., 2009).

A un nivel evolutivo los papilomavirus que hasta la fecha se conocen, se han agrupado en 16 géneros y los VPH se agrupan en 5 géneros; dos de los más importantes son los papilomavirus Alpha (α) y los Beta (β). La mayoría de los genotipos de los VPH que llegan a infectar las áreas genitales pertenecen al genotipo Alpha.

El análisis de los genotipos de VPH resulta de suma importancia, ya que estos revelan que existen los VPH que contienen tejidos específicos, que en general producen diferentes tipos de lesiones; existen alrededor de 35 genotipos de VPH que se identifican como lesiones benignas y malignas del tracto anogenital tanto en hombres como en mujeres; 15 de estos virales se asocian con diferentes tipos de cáncer.

Al menos existen 58 diferentes tipos de Virus del Papiloma Humano, que han sido identificados usando técnicas moleculares, y en algunos casos establecen relación con tipos particulares de algunos tumores (Concha, 2007).

La replicación del virus dependerá del grado de diferencia de los queratinocitos. En el VPH a diferencia del Herpevirus, se codifican 72 proteínas virales, el VPH codifica solamente de 9 a 10 tipos de proteínas.

El Virus del Papiloma Humano se puede exteriorizar de diferentes maneras, una de ellas son las erupciones genitales o verrugas, para las venéreas, por ejemplo se manifiestan en verrugas en los dedos y en la planta del pie (Concha, 2007).

Las lesiones que se llegan a observar por el VPH se identifican más comúnmente en el aparato genital femenino y aparecen verrugas genitales; éstas se caracterizan por el crecimiento de papilomatosos múltiples, bien delimitados, en las áreas de la vagina, la vulva, el perineo, el ano y en algunas ocasiones el cuello uterino.

Una gran mayoría de personas que se encuentran infectadas por este virus. no presenta ningún tipo de síntomas o incluso no llegan a tener ningún problema de salud por esta infección. Incluso pueden pasar hasta dos años para que una persona detecte que tiene el virus del papiloma humano; dentro de los síntomas y/o manifestaciones que hay en el cuerpo, es la aparición de verrugas ya sean genitales o en otra área del cuerpo, esencialmente en los genitales (pene, vagina y ano), y cáncer en el cerviz en las mujeres, siendo éste el que ocupa el primer

lugar, ya que no presenta ningún síntoma y permanece mucho tiempo en el organismo de la mujer.

Actualmente se han desarrollado vacunas para el VPH, se ha podido encontrar que estas vacunas reducen significativamente el desarrollo de lesiones en las zonas donde más comúnmente se desarrollaban, pero sin ninguna cura. Es muy importante que se detecte el virus para que se pueda dar un tratamiento correcto.

1.1.3. Sífilis

Otra de las infecciones de transmisión sexual es la SIFILIS; es una enfermedad sistémica causada por una espiroqueta *treponema pallidum*, la cual tiene un período de incubación de la enfermedad de 10 a 90 días, se transmite principalmente por tener relaciones sexuales y por tener contacto con las lesiones (Valderrama, Zacarias y Mazin, 2004).

Las lesiones iniciales en este virus se conocen como chancro, se presentan en zonas poco visibles, no hay síntomas que puedan alertar al paciente de que se encuentra enfermo; debido a que no tiene síntomas es difícil detectar a las personas que se encuentran infectadas.

Esta enfermedad se divide en cuatro estadios, sífilis primaria, secundaria, latente y terciaria.

La primera etapa que es la conocida como primaria, se caracteriza por la aparición del chancro, una úlcera indolora que dura aproximadamente de 2 a 6 semanas. Después de varios meses se podrían presentar diferentes síntomas, uno de ellas es una erupción cutánea y algunos síntomas generales. Cuando la enfermedad no se trata, puede haber períodos que se caracteriza por ausencia de síntomas y poca contagiosidad (sífilis latente).

Las manifestaciones de la sífilis primaria se pueden presentar dentro de los primeras 6 a 8 semanas, en algunos pacientes pueden alcanzar la fase de

latencia, sin haber presentado ningún síntoma y sin previas lesiones de la fase secundaria. Las manifestaciones variadas de la fase secundaria suelen ser difusas y simétricas generalmente indoloras; esta erupción se caracteriza por lesiones que se denominan sífilides. La erupción cutánea puede ser de aproximadamente el 25% de los pacientes con erupción cutánea.

Las máculas rojo pálida o rosadas bien delimitadas y redondeadas miden de 5 a 10 cm. de diámetro, al cabo de varios días aparecerán también lesiones de 3 a 10 cm.

Las erosiones mucosas superficiales reciben el nombre de placas mucosas afectan entre un 10 y 15% de los pacientes en esta etapa y se pueden localizar en zonas como la vulva, la vagina, labios, lengua, paladar, glande o zona interna del prepucio. Los síntomas que pueden seguir o en algunas ocasiones anteceder a la sífilis secundaria son: irritación faríngea, fiebre, pérdida de peso, cefalea, entre algunos otros.

La sífilis primaria se caracteriza por la aparición de un chancro, una úlcera indolora que dura semanas o meses y pueden haber síntomas generales como cansancio, fiebre y la pérdida del apetito. Cuando la enfermedad se deja de tratar aparece un período que se caracteriza por la ausencia de síntomas se llama sífilis latente (Valderrama, Zacarias y Mazin, 2004).

La sífilis latente tardía sigue la regla de los tercios, ya que un tercio de los pacientes no presentan ningún síntoma así como ningún signo de la enfermedad, otro tercio de los pacientes presentan sífilis terciaria, pueden transcurrir varias décadas de una infección crónica, persistente y asintomática. Las personas con esta enfermedad podrían desarrollar lesiones granulomatosas en la piel, enfermedad cardiovascular, o enfermedades neurológicas. Debido a todo lo anterior mencionado, las personas que no se tratan pueden tener consecuencias graves o incluso fatales e irreversibles en la salud.

La Organización Mundial de la Salud (2007), menciona que esta enfermedad tiene aproximadamente 12 millones de personas infectadas cada año. Referente a nuestro país se tiene registrado que de 1998-2000 la secretaria de Salud tenía un aproximado de 1800 casos de enfermos, estas cifras nos decían que este padecimiento era poco frecuente en nuestro país.

Las tasas de incidencia así como la de muertes por sífilis han tenido un descenso en nuestro país, en contraste a las encuestas realizadas nacionales, que indican un repunte en esta enfermedad principalmente en grupos de alto riesgo. El tratamiento que más se utiliza en la actualidad es una dosis única de bencilpenicilina benzanita, por vía intramuscular, es el tratamiento de elección en todos los estadios de la sífilis, es muy importante hacer mención que para que este tratamiento haga su efecto positivo en el paciente, es necesario un largo periodo de exposición al antibiótico.

Es necesario que los insumos preventivos como lo son los condones, servicios y programas preventivos, lleguen a la población necesaria y con alto riesgo de contraer una ITS, a fin de poder promover cambios significativos en sus estilos de comportamiento específicamente hablando de lo sexual. Es muy importante hacer mención que debido a falta de vacuna curativa (en el caso del VIH), el uso sistemático y correcto del condón es la herramienta más efectiva para prevenir infecciones de transmisión sexual (CENSIDA, 2013).

Es muy importante planear estrategias, como son campañas de prevención de enfermedades de transmisión sexual dirigido hacia la población más vulnerable que son los jóvenes, se tienen que hacer sensibles a este tipo de población de la gran problemática que en la actualidad existe, así como darles a conocer todos los métodos que existen para que no contraigan una ITS.

2. EMBARAZO NO PLANEADO

En los últimos años, el tema del embarazo adolescente ocupa un espacio importante en la agenda del país y de la sociedad, debido a su alta incidencia, por lo tanto debe de ser un tema de atención prioritaria en diferentes niveles.

Como se mencionó en el capítulo anterior, la adolescencia es una de las etapas más importantes de un individuo, principalmente el que se refiere a su sexualidad, debido a que, la mayoría no tiene las habilidades para tomar decisiones adecuadas fundamentalmente para su futuro, ya que una característica de esta etapa es que los adolescentes sólo piensan en el aquí y en el ahora (Della, 2005).

Desafortunadamente muchos jóvenes y adolescentes no están preparados aun para asumir su sexualidad, y llegan a esta etapa de su vida sin tener conocimientos para poder asumirla sana y sobre todo responsable (Alarcón, Coello, Cabrera y Mainer, 2009). Debido a esto se dice que los adolescentes son portadores de conductas sexuales de riesgo, proclives a embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, entre otros factores de riesgo.

Los adolescentes han concentrado el interés de diferentes organizaciones, como son de salud internacional, de gobiernos, organizaciones no gubernamentales nacionales, regionales y locales, debido a que este segmento de la población es el que se encuentra más expuesto a desarrollar ciertos compartimientos de riesgo, que atentan contra su salud. Estos comportamientos pueden ir desde una sexualidad desinformada que conduzca a una maternidad temprana no deseada, o contraer alguna Enfermedad de Transmisión Sexual; además de perjudicar su presente, comprometen su vida y el desarrollo personal y profesional de su futuro (Stern, 2012).

Se entiende por embarazo precoz a aquel que ocurra entre los 10 y 19 años de edad, momento en el cual el adolescente aún no reúne las condiciones de madurez sexual ni psicosocial para poder asumir responsablemente la

maternidad o la paternidad, de forma integral y madura. El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública que tiene implicaciones médicas, psicosociales, políticas y económicas que afectan tanto al adolescente como a la familia, pero de igual manera llega a afectar a la sociedad, ya que los embarazos no deseados o planeados reproducen un ciclo de pobreza y tienen como consecuencia una alta pérdida de productividad social y que posteriormente repercutirá en el desarrollo del adolescente y hasta del país (López, 2013).

Son varias y diferentes situaciones las que contribuyen a un embarazo adolescente: las adolescentes pueden estar bajo mucha presión para casarse y tener hijos a temprana edad, no tener perspectivas educativas o simplemente no saben cómo evitar un embarazo ni mucho menos como adquirir un anticonceptivo. En otros casos las adolescentes no saben cómo rehusarse a tener relaciones sexuales no deseadas (OMS, 2012).

Las diferentes investigaciones acerca del embarazo y fecundidad en la adolescencia, tuvieron inicio en la década de los 70 en los países desarrollados, principalmente Estados Unidos; para las regiones de América Latina y el Caribe se empezó a observar a principios de los años ochenta. El interés por realizar diferentes investigaciones deriva de las altas tasas de fecundidad en adolescentes y jóvenes (menores de 20 años), ya que se comienza a considerar un problema social e individual. De igual manera, tanto en Estados Unidos como en países de Latinoamérica se comenzaron a percatar que tanto madre adolescente como hijo, corrían riesgo de salud como deficiencias nutricionales. Por último, se sostenía que al convertirse en madre adolescente, podría conducirlo a un menor nivel educativo y socioeconómico (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2004).

El embarazo representa un cambio de vida para la mujer, además se considera un período crítico del desarrollo psicológico, ya que pone a prueba toda la madurez e identidad que una mujer debe de tener para afrontar una situación

como es el embarazo, además representa una oportunidad de crecimiento como mujer (Gómez, Aldana, Carreño y Sanchez, 2006).

Es muy importante mencionar que una parte importante de embarazos adolescentes no planeados terminan en aborto y además muchos de ellos se llevan a cabo en condiciones inseguras (Menkes y Suárez, 2003).

2.1 Variables psicológicas y sociales del embarazo adolescente

En esta etapa tan difícil la maduración social, física y psicológica aún no se ha logrado, y sumado a un embarazo, los factores del entorno, como la reacción de los padres, juega un papel determinante para la experiencia en los siguientes nueve meses, pero en especial para el resto de su vida como futuros padres y/o madres.

Es de suma importancia conocer las diferencias que tienen las implicaciones del embarazo adolescente en distintos grupos sociales y contextos socioculturales, así como para los distintos actores sociales involucrados y conocer qué implicaciones tienen para el joven, para su pareja, para la familia, la comunidad, para la sociedad en general y para los contextos socioculturales que componen nuestra población (Stern, 2008).

Existen diferentes aspectos socioculturales, económicos, laborales, psicológicos y de salud que inciden en diferentes niveles de la problemática del embarazo adolescente; el simple hecho de asumir las responsabilidades en momentos inadecuados así como las actitudes propias de la adolescencia frente a la maternidad, pueden provocar diferentes desequilibrios y crisis como podrían ser físicas, emocionales o sociales. Entre las consecuencias psicológicas se podrían encontrar, depresión, restricciones, sensaciones de aprisionamiento y difusión en el seno familiar; hablando en relación a las consecuencias físicas, se podría decir que el adolescente se vería totalmente diferente a sus iguales, y esto recae inmediatamente en lo psicológico y emocional, por último las consecuencias sociales, se refieren a actitudes en general de la población como podría ser

discriminación ante diferentes situaciones laborales y/o escolares (Moreno, Canelón y Becerra, 2006).

Entre los diferentes contextos en el que el adolescente se puede ver influenciado para tener un hijo a temprana edad es el tipo de familia en el que se ha desarrollado o con la que vive, ésta tendrá relación directa sobre sus conductas sexuales y reproductivas. Familias que se encuentren más sólidas y más constituidas y con ambos padres biológicos presentes, deberían de ofrecer un ámbito protector; teniendo esa hipótesis, los adolescentes que provienen de este tipo de familia, tendrían una menor probabilidad, de adquirir y adoptar conductas de riesgo, como son la iniciación temprana de conductas sexuales, relaciones sexuales sin protección y tener un embarazo no deseado o no planeado (en el caso de mujeres) o embarazar a su pareja (hombres).

Existen diferentes circunstancias que pueden influir para que un adolescente tenga un embarazo no deseado, pueden ser desde factores a nivel macrosocial, hasta los más próximos, como pueden ser conductas, actitudes y percepciones individuales. Hablando a nivel macrosocial, se refieren a las pautas culturales, estructuras socioeconómicas y estratificación por género o etnia; en el contexto social van implicados factores importantes y más “próximos” al individuo, como son el lugar de residencia, estructura familiar, así como que de igual manera tenga acceso a servicios de prevención y atención médica, especialmente sexual y reproductiva y la disponibilidad de diferentes recursos anticonceptivos. Otros aspectos muy importantes son la edad, situación económica, nivel de educación; por último las percepciones, actitudes y conocimientos relativos a los roles de género y al ejercicio de la sexualidad, así como la prevención del embarazo influyen en las conductas reproductivas del adolescente.

Siguiendo con aspectos psicológicos en el desarrollo de la adolescencia y lo que éste desencadena hablando de sentimientos y emociones, la maternidad a esta edad y en esta etapa (adolescencia), requiere de mucho apoyo de un

grupo diverso de personas cercanas al adolescente: madre, padre, hermanos, pareja, familiares e incluso amigos (SEP, 2012).

Entre las variables psicosociales importantes para que un adolescente tenga actividad precoz, se encuentran las necesidades afectivas, las que buscan satisfacer a través de las relaciones sexuales. El proceso normal durante esta etapa de la vida es que a mayor edad disminuye el apego y control afectivo hacia los padres; como medio de obtener satisfactores aumenta la capacidad de control para alcanzar metas; sin embargo esto no sucede con los adolescentes con relaciones sexuales precoces (Stern, 2012).

Se ha postulado que las conductas incluyendo las sexuales, son consecuencia de los conocimientos, percepciones y actitudes de los sujetos. De acuerdo con los principios del modelo de creencias sobre salud de Becker (1974), la conducta individual, en este caso frente al embarazo, se va a determinar por la percepción de la propia vulnerabilidad, la gravedad del problema que se está enfrentando, la posibilidad de resolverlo, los costos de la prevención así como su eficiencia y la disponibilidad de la información con la que se cuenta. Este modelo ha sido muy criticado, ya que supone que una conducta será completamente racional, pero otros estudios relacionados con la conducta sexual mencionan que la posesión de conocimientos y la consciencia de la propia vulnerabilidad no necesariamente van a conducir a una conducta de prevención; lo mismo aplica para los embarazos no deseados o planeados y otras conductas de riesgo para el adolescente.

El modelo de creencias de salud, fue desarrollado por un grupo de psicólogos sociales, norteamericanos, buscando una explicación acerca de la falta de interés de la participación pública en los programas de detección y prevención de enfermedades; posteriormente el modelo fue adaptado para tratar de explicar diferentes conductas de la salud, como respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedades así como el cumplimiento del paciente con tratamientos y ciertas recomendaciones médicas.

Becker (1974), mencionan que a nivel subjetivo, las conductas, incluyendo las sexuales, son una consecuencia de los conocimientos, percepciones y actitudes de los sujetos. De acuerdo a las teorías sobre salud de estos autores, la conducta individual, en este caso frente a un posible embarazo será determinada por la percepción de la propia vulnerabilidad, la gravedad del problema que enfrenta, la posibilidad de resolverlo, los costos de la prevención y su eficacia, así como la disponibilidad y calidad de la información con la que cuenta el sujeto (Donas, 2001).

Este modelo, fue muy criticado en el ámbito y la investigación relacionada con el VIH/SIDA, debido a que la posesión de conocimientos e incluso la conciencia de la propia vulnerabilidad, no necesariamente conduce a una conducta de prevención; esto es lo mismo que sucede con embarazos no deseados, relacionado al comportamiento de los adolescentes. Por este motivo, aparte de la abstinencia, la única estrategia disponible de prevención de embarazos es el uso correcto de anticonceptivos, así como el pleno conocimiento de éstos (Donas, 2001).

Stern (2008) menciona que el comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes se ha considerado un problema social y de salud pública en México, debido, principalmente, a que el inicio de la actividad sexual suele tener como resultado un embarazo no planeado.

Se cree que los adolescentes que cuenten con mejores oportunidades para tener acceso a la educación, iniciaran su vida sexual a mayor edad, sin embargo aún en la actualidad continúan enfrentándose a graves problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva. Se podría decir que en general los adolescentes están expuestos a riesgos, están poco informados y su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar, son muy vagos y en algunos casos, nulos (García, Cortés Vila, Hernández y Mesquia, 2006).

2.2 Estadísticas

Por los aspectos anteriormente mencionados este grupo de población (adolescentes y jóvenes), son los más vulnerables ante diferentes enfermedades de transmisión sexual y sobre a todo a embarazos no deseados ni planeados (Stern, 2008).

De acuerdo a las cifras que maneja en Banco Mundial en el 2009, en México se tenían 69 embarazos por cada mil mujeres, esta cifra superó a la de otros países latinoamericanos como son Costa Rica, Uruguay, Chile e incluso Perú.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (citado por Krauskopf, 2000), menciona que los principales riesgos en la salud sexual de los adolescentes son; primeramente tener relaciones sexuales no planeadas, involuntarias o no protegidas, la exposición a embarazos no planeados o deseados en condiciones de riesgo, así como contraer una Infección de Transmisión Sexual (ITS). De un número muy alto de adolescentes que comienzan su sexualidad (menores de 20 años), aproximadamente un 60% no utiliza ningún método anticonceptivo y un 90% de los embarazos no planeados en los adolescentes y jóvenes, son en países en desarrollo, teniendo un 38% en países de Latinoamérica (SEP, 2012).

En el 2012, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, reportó que la tasa de embarazo en niñas y en adolescentes de entre 12 y 19 años, fue de 79 por cada mil mujeres de ese rango de edad.

La ENADID 2009 (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica), citado en INEGI 2015, mostró que un 25 % del total de las mujeres encuestadas, había tenido su primera relación sexual a los 16.6 años, mientras que un 50% lo hizo a los 18.2 años.

Igualmente para este año (2009), la Comisión Nacional de Población, realizó una consulta interactiva de salud sexual y reproductiva, evaluando diferentes aspectos como son; uso de anticonceptivos, mujeres en edad fértil y tasa de fecundidad adolescente. Esta consulta mostró datos relevantes acerca de la sexualidad de la población mexicana.

Primeramente: se tiene un registro de las mujeres en edad fértil que utilizan algún método anticonceptivo por entidad federativa; en primer lugar: se encontró Sonora con un 80% de las mujeres, seguido de Sinaloa con 79.8%, Baja California con un 78.8% y el Distrito Federal con un 79.6%, dentro de los más bajos se encontró a Chiapas con solo un 54.8% y Zacatecas con 69.4 % de las mujeres que utilizaban algún método anticonceptivo.

Por otra parte se tiene el registro de las mujeres que utilizan algún método anticonceptivo por edad, para el año de 1997 el grupo de mujeres que tenía un porcentaje más alto por el uso de anticonceptivos era el de 35 a 39 años con un 76.1 % mientras que el más bajo era el de 15 a 19 años con un 45%, para el año 2009, el más alto fue el del grupo de 40 a 44 años con un 80.8% mientras que el del grupo de 15 a 19 es el más bajo porcentaje con 44.4%.

Pero la más importante y sobre todo más relevante para esta investigación realizada, son los datos sobre los indicadores de salud sexual y reproductiva de adolescentes, ya que contiene información acerca del tipo de anticonceptivo que utilizan, edad de primera relación sexual en cada entidad federativa así como embarazos no deseados ni planeados.

Primeramente tenemos que Campeche es el estado en el que los adolescentes tienen relaciones a menor edad con 15.5 años y un porcentaje de 37.7% utilizan algún método anticonceptivo, usando un 81.1% condón. Igualmente Guerrero se encuentra con una edad promedio de iniciación sexual de 15.5 años, pero en este caso, solamente un 19.9% de los adolescentes en su

primera relación sexual utilizaron algún método anticonceptivo. Pero aquí un 97.1% utilizaron el condón. En el caso de los adolescentes del Distrito Federal, fue de 15.9 años su primera relación sexual, de los cuales un 58.8% utilizaron algún método anticonceptivo y un 87.9% utilizó condón en su primer contacto sexual.

Los estados de Puebla y San Luis Potosí tienen el rango de edad más alto de iniciación sexual con 16.2 años, en el caso de Puebla tiene un 35.4% de los adolescentes que utilizaron algún anticonceptivo, de los cuales el 91.2% utilizaron condón; mientras que en San Luis Potosí un 49.9% utilizó anticonceptivos, y un 93.1% usó condón. Dentro de toda la información que se maneja, la entidad que mayor número de adolescentes registró el uso de algún anticonceptivo fue el Distrito Federal, donde alcanzó apenas un 58.8%, y del total de estos, el 91.3% usaron condón sólo en su primera relación sexual. Dentro de los métodos anticonceptivos utilizados en su primer contacto sexual, el que mayor porcentaje reporta es el uso del condón, es el Estado de México, con un 98.8%, éste es un índice muy alto, ya que casi un 100% utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación; Guerrero tiene un 97.1% de uso de este anticonceptivo (condón), mientras que los más bajos son Guanajuato con 77.5% y Oaxaca con un 79.3% respectivamente.

La edad en la que las mujeres tienen su primer contacto sexual, ha ido cambiado con el paso de los años, y aunque pudiese parecer irrelevante estas diferencias son significativas para el desarrollo individual. En 1987, la edad promedio en la que las mujeres tenían su primera relación sexual era de 17.6 años y en 2009 fue de 17.9 años, casi sin ninguna diferencia significativa. Igualmente para este año, sólo 4 de 10 mujeres de entre 15 y 19 años utilizaron algún método anticonceptivo en el primer encuentro sexual (CONAPO, 2014).

Dentro de la misma encuesta realizada, se observan los datos acerca de los embarazos no deseados o no planeados y así como los que son deseados en población adolescente. Baja California Sur se encuentra con el más alto

porcentaje de embarazos no deseados en adolescentes con un 34.7% y sólo un 48.8 % utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual; en segundo lugar se encuentra Nayarit con un 27.1% de adolescentes que no deseaban un embarazo, y sólo un 45.4% de los adolescentes tuvo protección en su primer contacto sexual.

En el caso de Jalisco se encontró un 25.6% de embarazos no deseados, 27.8% de embarazos no planeados, que equivale a un porcentaje alto de embarazos en adolescentes, que no estaban planeados.

Sonora sólo obtuvo un 4.5% de embarazos no deseados, en contraste de los embarazos no planeados, 73% de adolescentes que no deseaban ni planearon un embarazo, es un porcentaje muy alto de adolescentes que no deseaban un embarazo pero únicamente un 38.2% utilizaron algún método anticonceptivo. En estados como son Colima se registró un 49.8%, seguido el Distrito Federal con un 48.3% y Puebla con un 37.6 % de embarazos no planeados.

Para que se pueda apreciar mejor la información anteriormente mencionada, se presenta una tabla en la cual se podrá encontrar por Entidad Federativa, edad de primera relación sexual, uso de métodos anticonceptivos y embarazos.

3 ENTIDAD	Primera relación sexual		Método que usaron en la primera relación sexual		Distribución porcentual de adolescentes por embarazo		
	Edad	Uso de anticonceptivos	Condón	Métodos Hormonales	Planeado	No planeado	No deseado
Aguascalientes	15.8	39.6	94.2	4.5	59	19.5	21.9
Baja California	15.8	49.2	85.5	9.2	52.7	29.3	11.8
Baja California Sur	15.7	48.8	89.1	10.9	56.5	8.7	34.7
Campeche	15.5	37.3	81.5	11.1	52.7	24.9	22.4
Coahuila	15.9	34.2	81.9	10.2	71.6	24	4.5
Colima	16	43.1	85.5	8.7	18.7	49.8	31.4
Chiapas	15.9	12.5	90.7	9.3	71	18.4	10.5
Chihuahua	15.8	50.9	91.5	4.4	36.1	24	39.9
Distrito Federal	15.9	58.8	87.9	9.8	34.8	48.3	16.9
Durango	16	33.2	91.2	7.7	58.2	17.2	24.6
Guanajuato	16	27.2	77.5	10.9	49.8	39	11.2
Guerrero	15.5	18.9	97.1	2.9	58.1	22.4	19.5
Hidalgo	15.7	36.3	93.2	6.8	46.6	27.8	25.6
Jalisco	15.7	38.1	92	4.6	78.2	15.3	6.5
México	16	41.1	98.8	0	72.5	20	7.5
Michoacán	16	15.9	81.5	18.5	77.3	22.7	0
Morelos	15.7	40.6	87.6	6.4	58.2	33.1	8.7
Nayarit	15.8	45.4	88.9	2.4	55.9	17	27.1
Nuevo León	15.8	43.9	91.3	5.3	60.1	27.1	12.8
Oaxaca	15.9	28	79.3	6.3	55.5	30	14.5
Puebla	16.2	35.4	91.2	4.6	48.5	37.6	13.9
Querétaro	16.1	51.6	91.5	4.6	51	31	17.9
Quintana Roo	15.5	48	87.6	10.9	56.6	32.7	10.7
San Luis Potosí	16.2	49	93.1	4.6	78.7	18.6	2.7
Sinaloa	16	25.6	88.3	8.4	60.3	24	15.6
Sonora	15.9	38.2	92.4	4	22.5	73	4.5
Tabasco	15.5	23.2	87.9	9.3	68.4	25.3	6.3
Tamaulipas	15.9	40.3	87.6	4.7	44.4	33.7	21.9
Tlaxcala	16	29.3	91.1	7	60.4	30.6	9
Veracruz	15.9	36.1	79.6	11.5	49.4	24.2	26.4
Yucatán	16.1	54.8	86	2.9	71.1	22.1	0
Zacatecas	15.9	28.6	90.2	8.8	91.3	2.6	6.2

³Datos obtenidos de la consulta Interactiva de Salud Sexual y Reproductiva, CONAPO, 2009.

Los datos que se obtiene de la consulta que realizó la CONAPO, es de mucha ayuda en este trabajo, ya que se puede observar que la edad en la que los adolescentes inician su vida sexual es cada vez mayor, además se observa que los embarazos no deseados o incluso los no planeados van directamente en la mayoría, relacionados con el uso de anticonceptivos, en este caso con el uso del condón.

Por ejemplo en el caso de Yucatán tiene 22.1% de registro de embarazos no planeados, y un 86% de los adolescentes utilizaron un método anticonceptivo, el bajo porcentaje de embarazos se relaciona con el alto número de adolescente que utilizaron algún método anticonceptivo. O en el caso del Estado de México en el que un 98.8% de los adolescentes utilizaron como método anticonceptivo el uso del condón, y sólo tiene el 22% de embarazos.

Por otra parte el INEGI, reportó que de cada 6 nacimientos que acontece entre jóvenes de 15 y 19 años (16.1%), fueron del Estado de México, Chiapas, Veracruz, Puebla y Jalisco, siendo estos estados los de mayor incidencia de adolescentes en condiciones de maternidad (SEP, 2012).

La última encuesta que se realizó en el 2012 por el Instituto de la Juventud, reveló que la edad en la que sin llegar a la adolescencia comienzan a tener relaciones es de 10 años con un 11.8%; este dato es de suma importancia ya que se sabe que ahora los niños (as) comienzan su vida sexual a una edad en la que posiblemente ni siquiera sepan lo que están haciendo, y mucho menos conocen algún método anticonceptivo; seguido de los adolescentes de 15 a 19 años con un 70%, así mismo se les pregunto si en ese momento utilizaban algún método anticonceptivo, sólo un 32.4 % lo utilizaba mientras 66% no utiliza ningún método, mencionando principalmente 39.5% de los encuestados que no les gusta utilizarlo.

Desafortunadamente hablando en datos estadísticos en la actualidad o fechas más recientes no existe información concreta que pueda ofrecernos información específica acerca de los embarazos en adolescentes. Pero con los

datos obtenidos se puede apreciar el grave problema de salud sexual que existe no sólo en México, sino a nivel mundial.

Haciendo referencia a los datos que se obtuvieron, se puede observar que primeramente los adolescentes comienzan cada vez a más temprana edad su vida sexual, y sumado a que no se encuentran informados, el número de adolescentes embarazados aumenta cada vez más.

Es muy importante hacer consciencia de la problemática que tiene este sector de la población, difundiendo información, planeado talleres así como el que puedan tener mayor accesibilidad hacia diferentes métodos anticonceptivos, o por lo menos a la información.

3. ABORTO

Las mujeres se enfrentan a embarazos a edades muy tempranas o simplemente a aquellos que no son deseados; en cada país, el contexto social, cultural, legal y económico así como de la salud influye en las diferentes habilidades de las mujeres para evitar los embarazos no deseados y afecta la respuesta que llega a tener cada una ante esta situación (Juárez, Sing, Madodow-Zimet y Wulf, 2013).

El embarazo se define como la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo, abarca desde la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto.

Cuando se habla de aborto, se deben de considerar los factores que pueden influir para que una mujer lo lleve a cabo, como puede ser nivel socioeconómico, el sexo, edad, estado civil, entre algunos otros.

Ante un embarazo no planeado y / o deseado, las mujeres y las parejas enfrentan ciertas situaciones difíciles, y ante éstas se abren básicamente dos opciones:

- Interrumpir el embarazo por medio de un aborto inducido.
- Continuar con el embarazo no deseado.

A nivel mundial, las regiones más altamente urbanizadas de un país, tienden a presentar tasas más altas de aborto, debido a que las parejas y mujeres en áreas metropolitanas en la mayoría, desean familias pequeñas y en algunos casos evitan nacimientos no planeados.

En nuestro país, en el año 2005 del total de nacimientos un 55% fueron planeados, podemos traducir estos datos a cifras absolutas, cada año de 1.9 millones de embarazos el 19 % de nacimientos son no planeados, 30% termina en aborto inducido y un 6 % abortos espontáneos.

El aborto es un problema relevante de salud pública en México; los médicos tienen un papel central para asegurar el acceso de las mujeres al aborto, así como de garantizar una atención de alta calidad a quienes sufren complicaciones en el aborto (González, Billings y Ramirez-Sánchez, 2008).

Para la despenalización del aborto en el Distrito Federal, se consideraron los derechos de la mujer así como su libre decisión respecto a lo que acontece con su cuerpo; debido a esto, se dio la pauta a una coyuntura en el tema, por la complejidad y lo delicado, fue materia de diversos foros de discusión multidisciplinarias, intentando varias veces llevar a cabo un proyecto de iniciativa de despenalización del aborto, siendo posible esto plenamente hasta el 2007, consolidándose por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en 2008 (Gamboa y Valdes, 2014).

El aborto en el Distrito Federal, se entiende como la interrupción legal del embarazo, que se realiza a partir de la décima segunda semana de gestación y hasta la vigésima semana de gestación.

La despenalización del aborto, surge de la necesidad de abatir la alta incidencia de daños ocasionados por el aborto inseguro. Entre 1990 y 2005, el aborto representó la tercera causa de mortalidad materna en el Distrito Federal, mientras que en el ámbito nacional constituyó el quinto lugar.

La ley que despenalizó el aborto en abril del 2007, tuvo registrados 4000 mil casos de mujeres sólo para diciembre de ese mismo año.

Actualmente cada uno de los 31 estados permite la interrupción legal del embarazo cuando es resultado de una violación pero también dependerá de su código penal, ya que en algunos casos, evalúan para saber si es necesario realizar el aborto, pero si se permite interrumpir el embarazo. 6 estados aceptan este procedimiento si es necesario para salvar la vida de la mujer, 13 lo permiten en caso del malformación del embrión o feto y sólo 12 aceptan el aborto cuando el embarazo representa una seria amenaza para la salud de la mujer. Yucatán es el

único estado en el que se permite el aborto con base en las condiciones económicas y si la mujer ya tiene por lo menos 3 hijos.

El aborto que se realiza en condiciones inseguras se puede acompañar de ciertas complicaciones; en ocasiones cuando se introducen objetos no estériles en el útero, los riesgos que una mujer enfrenta son muy graves e incluso mortales, como pueden ser perforación del útero, hemorragias e infecciones, a mediano plazo la infertilidad es un resultado posible.

Juárez et al., mencionan que a nivel mundial, la complicación más común, es el aborto incompleto, cuyo principal síntoma es la hemorragia abundante, que es una grave amenaza para la salud de la mujer si no recibe la atención médica posible. En México se estima que un 36 % de los abortos inducidos, resultan en complicaciones que requieren atención médica.

Una vez que una mujer decide realizarse esta práctica, puede hacerlo de diferentes maneras, esto dependerá del estilo de vida que tenga, de sus creencias, entre otras cosas; podrá elegir de los diferentes tipos de aborto, el que para ella sea el más adecuado, como pueden ser: el inducido, completo incompleto, legal o ilegal (Solís, 2010).

3.1 Clasificación de los tipos de aborto

Citando a Cabrejas (2003), existen dos tipos de aborto espontáneo: el primero espontáneo temprano o precoz, que se realiza antes de la semana 12 y el espontáneo tardío en cual se produce entre las semanas 12 y 22 de gestación.

Se entiende por aborto espontáneo cuando éste es por causa natural y además en algunas ocasiones no tiene mayores complicaciones, sólo en algunos casos hemorragias excesivas.

Se pudo encontrar que las mujeres que presentaron este tipo de abortos, eran mujeres con altos índices de ansiedad y depresión, factores que pudieron afectar o influir para que el embarazo no se llevara a cabo.

Cuando se habla de aborto inducido, estamos mencionando el tipo de aborto que con mayor frecuencia se realiza. Langer-Glas (2003) mencionan que los abortos inducidos, en la gran mayoría se practican por la llamada "succión del contenido uterino" (legrado) y éste se puede realizar durante el primero o segundo trimestre, pero siempre antes de la semana 20. Dentro de los métodos que se utilizan son: desde la ingesta de medicamentos hasta la aplicación vaginal de sustancias médicas.

Los abortos conocidos como completos terminan con una expulsión de todos los tejidos fetales que se desarrollaron en el útero durante el embarazo. Mientras que el incompleto, es aquel en el que una parte o todos los productos de la concepción siguen retenidos en el útero, por lo que la mujer corre riesgo de infectarse o de continuar con un sangrado. En el caso de que la infección y/o la hemorragia no sean tratadas, pueden llegar hasta producir un aborto séptico, que en este caso es la complicación mortal más frecuente del aborto ilegal.

Para poder entender algunos aspectos del aborto hay que tener claros tres conceptos: concepción, fecundación y embarazo.

Por concepción entendemos desde el punto de vista fisiológico, donde empieza el embarazo, abarca la fecundación del óvulo por un espermatozoide y el anidamiento o implantación del huevo en el útero.

Fecundación es un fenómeno que consiste en la activación del óvulo, por penetración del espermatozoide; una vez teniendo estos términos podemos hacer una diferencia entre fecundación y concepción la cual radica en que la primera se da cuando el espermatozoide se une con el óvulo y el segundo (fecundación) es cuando el óvulo ya fecundado se inserta en el útero dando comienzo al embarazo (Gamboa y Valdes, 2014).

GIRE es una asociación civil, la cual defiende y promueve los derechos reproductivos de las mujeres; esta misma asociación muestra datos estadísticos muy importantes y sobre todo relevantes de la problemática de salud acerca del aborto.

GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2007) también describe algunos otros procedimientos con los que se puede llevar la práctica del aborto.

Encontramos dentro de los métodos quirúrgicos:

- Aspiración manual endouterina: la cual consta de dilatar el cuello para poder introducir una jeringa y aspirar el contenido.
- Aspiración mecánica: consiste en realizarlo con un dispositivo que es movido por energía eléctrica, se puede realizar hasta las catorce semanas.
- Inducción de parto inmaduro. Se realiza entre las 13 y 24 semanas de gestación, pero sólo se recurre a casos en el que la mujer se encuentre en peligro o se descubran malformaciones en el feto. Se inyecta una solución, para provocar en el útero contracciones similares a las del parto.

Abortos químicos.

- La píldora RU 466, se ingiere, la cual provocará el inicio del aborto.
- Metotrexate: es una droga que retarda o detiene el crecimiento del tejido embrional o fetal, provoca contracciones para facilitar la salida del feto.

Si la mujer o inclusive la pareja que toma esta decisión lo hacen acompañado de sentimientos de culpa, miedo u otros sentimientos negativos pueden traer consigo condiciones psicológicas traumantes además de depresión, ansiedad y miedo (Langer-Glas, 2003).

Debido a que el Distrito Federal es la única entidad federativa donde el aborto es legal, la mayoría de los abortos que se realizan en otras partes del país son prácticamente clandestinos.

3.2 Estadísticas

Una encuesta que realizó el Instituto Alan Guttmacher en 1993 (en Juárez, Singh, Madodow y Wulf, 2013) en seis países de América Latina (Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y República Dominicana), mencionan, que se realizan aproximadamente por año, 2.8 millones de abortos, un fenómeno de esta magnitud con estas estadísticas constituye una gran problemática de salud pública.

A partir de abril del 2007 hasta octubre 2014 se realizaron 130, 824 abortos, de las cuales un 73% de las mujeres eran residentes del Distrito Federal y el 27 % restante del Estado de México.

En el primer año en el que el aborto fue legal, por lo menos para el Distrito Federal (2007), y sólo de mayo a diciembre se tuvo registro de 4799 mujeres que se realizaron una interrupción del embarazo, 4179 (87%) mujeres residentes del

Distrito Federal, 540 mujeres del Estado de México y 80 mujeres de otros Estados que realizaron en el D.F la interrupción, debido a que en su estado no es legal.

De 2008 a 2009 se registraron un total de 29,879 casos, para el año 2009 las mujeres que interrumpieron legalmente su embarazo fueron 16,475, (76%) residían en el D.F; para el año 2010 no se registró un aumento considerable 16,945 mujeres en comparación del 2011, el registro que se obtuvo fueron de 20, 319 casos, hasta esa fecha el registro más alto de abortos, esas mismas cifras se mantuvieron para los siguientes años, 2012 20,482 casos y el último registro que se obtuvo es el del 2013 con 20, 687 mujeres que interrumpieron su embarazo.

3.3 Consecuencias psicológicas

Algunas de las consecuencias que se pueden encontrar en mujeres que se llegan a realizar está practica son efectos psicológicos inmediatos, como son depresión, sentimiento de culpa, sensación de alivio, resentimiento hacia la pareja; en el caso de los hombres principalmente sensación de alivio (85%), depresión e indiferencia.

Referente al nivel de escolaridad, se presentaron casos similares, ya que la mayoría contaba con primaria incompleta (42%), también se encontraron analfabetas (no mencionan cuantos), bachillerato y licenciatura.

Como se ha mencionada repetidas veces una decisión como es el aborto, tiene diferentes implicaciones para la persona y la pareja; podríamos entender que una mujer que se realiza un aborto podría llegar a tener diferentes consecuencias.

Una de ellas son consecuencias psicológicas en la que se puede encontrar estrés, ansiedad y miedo, así como tener sensación de tristeza, culpabilidad, depresión, baja autoestima incluso pueden pensar en el suicidio. Pueden tener un duelo por la pérdida, así como temor, cansancio, apatía, irritabilidad, dolores físicos, sentimientos de vacío y malestar, alteraciones de

apetito, deseo sexual y alteraciones de las horas de sueño, tener ataques de ira, negación y conductas de evitación.

Citando a Ibarra (2004), la mujer que ha abortado por dilatación, a menudo llega a presentar menos sentimientos de culpabilidad ya que en el procedimiento de dilatación la mujer está en etapas tempranas del embarazo y son anestesiadas, esta manera de aborto tienen menos sentimientos de realidad, mientras que cuando se utiliza el método "Saltingout" (en Nuñez, 2003), la mujer está despierta, ve y siente todo el procedimiento por lo que en este tipo de paciente se observa mayor depresión, culpabilidad y/o remordimiento después del aborto.

Veloz (1994), hace mención acerca de los factores más importantes que una mujer puede tener después de practicarse un aborto: la primera es la sublimación, en la que la mujer tiene ciertas inhibiciones en tareas que antes del aborto se había desarrollado normalmente. La sublimación es directamente proporcional a la capacidad depresiva de cada persona.

La segunda son las relaciones de pareja, ya que después de practicarse un aborto, en la mayoría tienden a empeorar. Es muy frecuente que la pareja termine su relación después de que se lleva a cabo un aborto, ya que pueden existir reproches, acusaciones entre muchas más acciones, que lleva a que se termine la relación. Las rupturas amorosas llegan a incrementarse así como la dificultad de relacionarse con otras personas.

Las consecuencias orgánicas, se refieren a aquellos síntomas que nuestro cuerpo refleja ante esta situación; una mujer que se realiza un aborto puede tener infecciones, hemorragias, anemias, abortos espontáneos en embarazos futuros a consecuencia del aborto realizado. Y por último tenemos las sociales, en las que se podrían encontrar el rechazo de la familia o de la sociedad, abandono escolar, fracasos en relaciones personales, bajo rendimiento en diferentes ambientes.

Dentro de los rangos de edades de las mujeres que interrumpieron su embarazo, el de más alto porcentaje es de 18 a 24 años con un 47.4%, seguido de las de 25 a 29 años con 22.4%, hasta octubre del 2014 se tienen registrados 7,653 abortos a menores de 18 años.

Solís (2010), menciona que existen algunas consecuencias, si la mujer decidiera en otro momento tener un hijo, se podrían presentar riesgos como nacimientos prematuros, ya que hubo daño del cérvix de la madre; en otros casos hay muerte en los niños prematuros así como pérdidas de bebés entre el cuarto y el sexto mes del embarazo. También existe el riesgo de retraso mental en los niños de embarazos posteriores al aborto, riesgo de embarazos extrauterinos, infecciones del cérvix y útero, así mismo puede existir la posibilidad de esterilidad, irregularidades en la menstruación, dolores de cabeza y mareos.

La muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, parto o aborto, es uno de los principales problemas de salud de las mujeres en edad reproductiva y representa un alto indicador de profunda desigualdad al estar directamente relacionada con la pobreza (Solís, 2010). En México ocurren anualmente alrededor de 4 millones de embarazos, de los cuales sólo un 60% llega al final de la concepción (nacimientos), el restante que serían aproximadamente 1 millón 680 mil embarazos terminan en abortos espontáneos o inducidos.

Podríamos afirmar que dentro de las diferentes consecuencias que existen, cuando una mujer se realiza un aborto son inmediatas o perceptibles a largo plazo. En investigaciones llevadas a cabo en diferentes países así como en diversas publicaciones, se observa como el aborto tiene resultados adversos a la salud- enfermedad de las mujeres que en algún determinado momento se realizaron alguno.

1. Gisseler, et al., (en Lemus y Rocha, 2005), en un estudio que realizaron, encontraron que doce meses después del término del embarazo, aquellas mujeres que abortan tienen un índice de mortalidad mayor a aquellas que si llegaron al término de éste.
2. Las mujeres que se practicaron algún tipo de aborto, tuvieron un índice de mortalidad de casi el doble respecto a los controles en los siguientes dos años.
3. El aborto provocado por aspiración produce un grave riesgo, aumentando la posibilidad de pérdida del hijo en el siguiente embarazo.
4. Tras un aborto provocado, el riesgo de placenta previa en embarazos posteriores y parto prematuro, con posible aborto espontáneo se presentó en tres de 4 mujeres con historia de aborto.
5. Las mujeres con antecedentes de aborto provocado presentaron un riesgo mayor de tener un recién nacido altamente prematuro.
6. Las relaciones sexuales y el deseo sexual pueden alterarse en aquellas mujeres que se han realizado esta práctica.

Teniendo datos concretos y estadísticos acerca de las mujeres que se practican un aborto por diferentes circunstancias, se puede observar que la principal causa del embarazo no deseado a edades tempranas (adolescencia), ya sea por falta de información o en algunas ocasiones por no utilizar ningún método anticonceptivo, por una u otra razón las consecuencias son embarazos que no se llevan a cabo y que termina en aborto.

Ya que en el Distrito Federal el aborto es considerado una práctica legal, es la entidad federativa que más registros tiene de mujeres que utilizan el aborto como una opción ante un embarazo no deseado, sin embargo, existen otras entidades que a pesar que el aborto no es legal, se realiza y además en condiciones inseguras que ponen en riesgo a la mujer.

Se sigue haciendo énfasis en la importancia que tiene prevenir embarazos para que se pueda evitar llegar hasta esta práctica, en la que existen consecuencias tanto físicas como emocionales para las mujeres, así como la pareja.

4. TALLER DE PREVENCIÓN SEXUAL

SESIÓN 1

Duración: 1 hora

OBJETIVO

Dar a conocer aspectos de la adolescencia y fortalecer el comportamiento saludable de la sexualidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer las habilidades y debilidades de los participantes acerca de este tema
2. Dar a conocer los aspectos más importantes acerca de la adolescencia.

Descripción de la sesión.

En primera instancia se realizará una presentación al grupo acerca del proyecto, dándoles a conocer los temas a impartir, así como la presentación de cada participante. Posteriormente se les entregará un breve cuestionario (anexo A) para poder evaluar su conocimiento referente a temas de sexualidad, embarazos, métodos anticonceptivos e ITS.

Para poder romper el hielo y conocer a los integrantes y participantes de este taller se realizará una dinámica de presentación.

Se pretende que con esta dinámica los participantes del taller primeramente, se presenten y además conocer un poco más de ellos y así saber qué tipo de participantes se tienen en este proyecto.

DINÁMICA 1: Aviso Clasificado

Material: Plumones y cartulinas

Se les pedirá a los participantes que en cada cartulina realicen un clasificado, parecido al de un periódico, en el cual tendrán que poner su nombre, edad, gustos (cualquiera), tendrán que realizarlo para que posteriormente se presente ante todos en el grupo. Con esta dinámica se pretende conocer a los participantes y comenzar a interactuar con cada uno.

En esta sesión se impartirá el tema de adolescencia, en el cual se abordarán los cambios tanto físicos como emocionales. Primeramente con apoyo de una presentación (Anexo B) se les mostrarán los cambios que existen en esta etapa, físicos y emocionales, posteriormente, se les presentará una imagen en la que con ayuda de los participantes se podrá ir llenado, ya que la información que anteriormente se les impartió, ahora se utilizará para esta actividad.

Para terminar se les pedirá a los chicos que contesten un cuestionario acerca de la sesión.

Considero que tengo nuevos conocimientos a los que anteriormente tenía porque

En esta sesión aprendí _____

Me gustaría que en otra sesión se abarcara temas de _____

Considero que estos temas no son apropiados para nuestra edad porque

Me pareció interesante esta sesión porque _____

Objetivo: Que el participante conozca aspectos de la sexualidad que son importantes para desarrollar una sana sexualidad.

Descripción de la sesión

En esta sesión se revisará el tema de la sexualidad de los adolescentes, se pretende que por medio de la participación activa, puedan ir resolviendo sus dudas así como poder adquirir nuevos conocimientos o dudas que posiblemente debido a diferentes situaciones, con sus padres o en la escuela no pueden aclarar y que por medio de este taller se puedan resolver y puedan conocer las consecuencias de tener una inadecuada educación sexual. Como introducción se les presentará un video, en el que se hace mención a los derechos de la sexualidad, ¿qué es la sexualidad? y qué implicaciones tiene la adolescencia en su vida, un vez que se presentó el video, se continuará la sesión mediante una presentación y se retomarán temas mencionados en el video, para terminar, se reforzarán los temas vistos con un actividad grupal.

DINÁMICA 2: MURAL DE SEXUALIDAD

Material: Revistas, tijeras, pegamento, plumones, periódico y papel.

Se dividirá al grupo en dos, el equipo 1 tendrá que elaborar el periódico mural basándose en la temática de una sana sexualidad y el segundo equipo tendrá que elaborarlo basándose en las consecuencias de una mala sexualidad, para que al final de la sesión cada equipo exponga su mural.

SESIÓN 3

INFECCIONES DE TRANSMIÓN SEXUAL

Duración: 1 hora

Objetivo: Que los participantes conozcan las diferentes ITS así como sus formas de transmisión.

Descripción de la sesión.

En esta sesión se abordará el tema de las Infecciones de Transmisión Sexual, para que puedan conocer primeramente sus formas de transmisión así como sus formas de prevención. Se contará con el apoyo de una presentación, en la que se les mostrará la información; para reforzar el tema, se apoyará con una dinámica.

DINÁMICA 3: Memorama de las Infecciones de Transmisión Sexual

Material: Memorama de ITS

Se dividirá al grupo en dos y se les presentará cada equipo un memorama, tendrán que ir relacionando la descripción de cada ITS con el nombre que viene en cada tarjeta, el que junte todas las tarjetas correctamente será el ganador en este juego.

SESIÓN 4

Duración: 1 hora

Objetivo: Conocer los diferentes métodos anticonceptivos, su efectividad así como cuales son efectivos para una ITS.

Materiales: Condones, pastillas anticonceptivas, parches anticonceptivos

Descripción de la sesión

Primeramente se les impartirá toda la información referente a los diferentes métodos anticonceptivos, como funcionan y que previenen, para que posteriormente con apoyo didáctico, puedan conocerlos y explicar el uso correcto de cada uno; condones femeninos y masculinos, cómo se colocan, caducidad, correcto uso de cada uno; referente a las pastillas anticonceptivas como funcionan y mostrarlas físicamente, así como el parche anticonceptivo.

En esta sesión no se realizará una dinámica en especial, ya que, con el apoyo didáctico que se les presentará se considera que es suficiente para que se refuerce lo que se vio durante esta sesión.

Para terminar esta sesión se les pedirá que para la próxima semana traigan por escrito su proyecto de vida a corto plazo, que es lo que quieren para los próximos 3 años de su vida, hablando profesionalmente y en su vida personal.

SESIÓN 5

Duración: 1 hora y 30 minutos

Objetivo: Dar a conocer las repercusiones de un embarazo en la adolescencia y del como se ve afectado su proyecto de vida ante estas situaciones.

Descripción de la sesión

Esta será la última sesión en la que se trabajará con los alumnos, debido a eso sería la única ocasión en que durará más que las otras sesiones para poder cerrar el curso y revisar el último tema. En esta sesión hablaremos de las repercusiones del embarazo en la adolescencia, igualmente que en las anteriores sesiones se seguirá trabajando con una presentación como apoyo. Se retomará lo que anteriormente se ha mencionado, consecuencias de una sexualidad no protegida, repercusiones familiares, biológicas y psicológicas de un embarazo en la adolescencia y del como repercute en su vida. En la sesión

anterior se les pidió que presentarán cuál es su proyecto de vida a corto plazo (3 años).

DINÁMICA 4: Proyecto de vida

Materiales: Proyecto de vida solicitado anteriormente, plumones, rotafolios, revistas y fotos.

En esta ocasión no se va a dividir al grupo, se trabaja individualmente utilizando el proyecto de vida que se les pidió en la sesión pasada, ahora basándose en la información recibida tienen que realizar un nuevo proyecto de vida, teniendo a cargo a su propio bebé (hombres y mujeres), teniendo que incluir, qué actividades extras tendrían que realizar para poder llevar a cabo su anterior proyecto de vida o en su defecto modificarlo para trabajar y estudiar, o lo que el participante quiera. Se elegirán a 5 participantes que deseen compartir su proyecto y hablaremos acerca de las dificultades que conlleva ser padres y/o madres a tan joven edad.

Con esta dinámica se pretende hacer conciencia en los adolescentes acerca, de cómo se modificaría su vida, si tuvieran un embarazo no planeado.

Para ir cerrando el taller, se les pedirá que realicen una corta exposición acerca de todos los temas que se vieron durante el taller (adolescencia, embarazo en la adolescencia e ITS); se dividirá al grupo en 3 equipos, podrán realizar periódicos murales y/o exposiciones de todas las temáticas expuestas durante el taller, dispondrán solamente de 15 minutos para poder realizarlo y 5 para su exposición. De esta manera, mediante sus exposiciones se podrán aclarar las últimas dudas que puedan tener referente a todo lo visto en las diferentes sesiones.

Para poder concluir el taller, entre todo el grupo se realizarán diferentes preguntas, que tendrán que ir contestado.

CONCLUSIÓN

A partir de toda la información recabada, podemos observar la gravedad que los adolescentes viven en diferentes aspectos en relación a su sexualidad; primeramente comienzan su vida sexual a edades muy tempranas sin conocer algún método anticonceptivo para poder prevenir un embarazo no deseado, también corren el riesgo de contraer alguna Infección de Transmisión Sexual, como puede ser VIH-SIDA, Papiloma Humano, entre otras.

Una de las principales razones de este trabajo, es dar a conocer las diferentes dificultades en la salud sexual que jóvenes y adolescentes viven, así como tener en contexto las problemáticas que viven como son los embarazos no deseados.

Con relación a las Infecciones de Transmisión Sexual, la información y las estadísticas reflejan el gran número de personas jóvenes que se contagian de alguna ITS, debido en la mayoría a su desconocimiento, pero en muchos casos más, es por no utilizar un método anticonceptivo (condón, pastillas, parches) correcto o por simplemente no utilizarlo. Dentro de las ITS, el VIH-SIDA es de las enfermedades que mayor población se encuentra infectada, el mayor porcentaje pertenece a personas que tuvieron sexo sin protección, sumado a que desconocen el modo de transmisión.

Es de suma importancia hacer sensibles a los jóvenes en edad sexual activa, a los métodos anticonceptivos que pueden prevenir no sólo está infección, sino también, hacerlos sensibles acerca de las consecuencias del no usarlos.

Así mismo, existe un gran número de adolescentes y jóvenes que tienen hijos a edades muy tempranas, sin tener plena consciencia que lo que implica, como es el abandono de su plan de vida, ya que ahora su prioridad no es terminar una carrera, además de todas las complicaciones familiares y personales.

Para otras jóvenes madres la simple solución es el aborto. Existe un alto porcentaje de adolescentes que se realizan este tipo de práctica, por diferentes

razones ya sea porque no quieren tener un hijo o simplemente razones personales, siendo un foco de atención ya que muchos de los abortos que se practican se podrían evitar informando sobre cómo prevenirlos.

Debido a la gran problemática que existe en los adolescentes, relacionados principalmente con embarazos no deseados así como con infecciones de transmisión sexual, es necesario implementar acciones específicas para que puedan tener el conocimiento adecuado sobre cómo ejercer su sexualidad.

Es de suma importancia implementar un proyecto en el cual se les proporcione a los adolescentes y jóvenes información adecuada para que puedan ejercer correctamente su sexualidad, utilizando métodos anticonceptivos, evitando infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.

El taller que se propone en este trabajo está dirigido para adolescentes y jóvenes el cual está diseñado para poder interactuar con ellos de manera dinámica y generando confianza en ellos, para poder impartir temas de sexualidad orientados a la prevención de embarazos e ITS.

Un taller de esta magnitud es de suma importancia ya que profesores y padres de familia no tienen ese acercamiento profundo en el que los adolescentes puedan hablar libremente de sexualidad y en muchas ocasiones la desinformación hace que un adolescente tome decisiones no apropiadas.

Desafortunadamente podrían existir algunos inconvenientes para llevar a cabo el taller, ya que en muchas ocasiones los padres de familia no permite que este tipo de temas se hablen, ya que lo ven como una autorización para que los jóvenes puedan tener relaciones libremente, por lo que es un trabajo arduo llevar este tema a la población más sensible y poder prevenir embarazos e ITS.

REFERENCIAS

Alarcón, A. R., Coello, L. J., Cabrera, G. J. y Manier, D. G. (2009). Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Revista cubana de enfermería*, 25 (1): 1-5.

Barros, T., Barreto, D., Perez, F., Santander, R., Yopez, E., Abad-Franch, F. y Aguilar, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/Sida en adolescentes. *Salud pública*, 10 (2), 86-94.

Becker, M. H. (1974). The health believe model and personal health behavior, *Health Education monographs*, 2, 324-473.

Cabrejas, B. M. (2003). Embarazo y parto. España: Lavel 51-58.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) –División de población. (2004). Santiago Chile: Naciones Unidas.

CONAPO (2009). (Archivo de institución) Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Salud_Sexual_y_reproductiva

CONAPO (2014). (Archivo de institución) Recuperado de www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/salud_sexual_y_reproductivo

Consejo Nacional para la Prevención y Control de Sida (CONASIDA). México: El SIDA en México, categorías de transmisión. México, D.F. Secretaria de Salud, 2006.

Concha, R.M (2007). Diagnóstico y terapia del virus del papiloma humano. *Revista Chilena Infect*, 24 (3), 209-214.

Córdova, V. J. A., Ponce de León, S. y Lazcano, A. A. (2008). 25 años de SIDA en México. México. Instituto Nacional De Salud Pública.

CENSIDA, 2013. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de casos de SIDA.

Daudel, R. y Montagnier, L. (2008). El sida. Paris: Siglo veintiuno editores.

Della, M. (2005). Uso de métodos anticonceptivos e información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas. *Psicología y salud*, 15 (1), 45-56.

Diestro, T. M., Serrano, V. M. y Gómez-Pastrana, G. F. (2007). Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano. *Oncología*, 30 (2), 42-59.

Donas, B.S. (2001). Adolescencia y juventud en América Latina. Costa Rica: Libro Universitario Regional

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Encuesta Nacional de Valores en Juventud. (2012) Recuperado de: http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/ENVAJ_2012.pdf

Frías, A. B., Barroso, V.R., Rodríguez, C.M., Moreno. R. D. y Robles, M. S. (2005). Comunicación sobre temas de sexualidad con padres y parejas y su relación con la interacción para tener sexo y usar condón en adolescentes. Universidad Nacional Autónoma de México.

Gamboa, M. C. y Valdes, R. S. (2014). Regulación del aborto en México. Estudio teórico conceptual , de antecedentes legislativos , instrumentos jurídicos internacionales, jurisprudencia y opiniones especializadas. Dirección de servicios de investigación y análisis. LXII Legistatura. 2014, de Cámara de Diputados Sitio web: www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-32-14.pdf

Gallegos, C. E., Villaruel, M. A., Loveland, C. C., Ronis, L. D. y Zhou, Y. (2007). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes. Un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud pública de México*, 50 (1), 59-66.

García, D. G., Mondragón, R. A. y Madrigal, L. G. (2011). Situación de la epidemia del VIH/SIDA en México. *Atención familiar*, 18 (1), 1-3.

García, R. R., Cortés, A. A., Vila, A. L. E., Hernández, S. M. y Mesquia, V. A. (2006). Comportamiento sexual y el uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Revista cubana médica general*, 22 (1), 1-7.

Gomez, L. M., Aldana, C. E., Carreño, M. J. y Sanchez, B. C. (2006). Alteraciones psicológicas en la mujer embarazada. *Psicología iberoamericana*, 14 (2), 22-35.

González de León, D., Billings, L.D. y Ramirez-Sanchez, R. (2008). El aborto y la educación médica en México. *Salud Pública en México*, 50 (3), 258-267.

Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2007. México: Gire. Recuperado de www.gire.org.mx

Havighurst, R.J. (1972). *Developmental tasks and education* (3a ed). New York: Longman.

Ibarra, M. C. (2004). El duelo del aborto en adolescentes. *Psicología científica*, (2), 32-47.

Informe sobre epidemia mundial de SIDA, cuarto informe (2004). Organización Mundial de la Salud.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2015). (Artículo de Institución) Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf

Izazola, L.A. (2012). *El VIH/SIDA en México 2012*. México: Centro Nacional para la prevención y el control del SIDA.

Juárez, F., Singh, S., Madodow-Zimet, I. y Wulf, D. 2013. *Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias*, Nueva York: Guttmacher Institute.

Krauskopf, D. (2000). *Participación social y desarrollo en la adolescencia*. Costa Rica: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Lemus, F. y Rocha, S. (2005). Salud pública y aborto. *P & B*, 9 (1), 11-20.

Langer-Glas, A. (2003). Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México. *Gaceta médica de México*, 139 (1), 53-57.

Lemus, F. y Rocha, S. (2005). Salud pública y aborto. *P & B*, vol. 1 (24), 11-24.

Lizano, S. M., Carrillo, G. A. y Contreras, P. A. (2009). Infección por virus del papiloma humano: epidemiología, historia natural y carcinogénesis. *Cancelología*, 4 (1), 205-216.

López, Q. R. (2013). *Prevalencia de embarazo del adolescente en el HGSZ No. 30 Guamuchi Sinaloa*. (Tesis de licenciatura). Recuperada de: <http://132.248.9.195/ptd2014/agosto/511216190/Index.html>

Maddaleno, M., Morello, P. e Infante-Espinola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública en México*, 45 (1) 132-139.

Martinez, G.D. (2012). *Curso- taller de sexualidad para familias con adolescentes en la escuela secundaria N. 14 "Mexicayotl", Ciudad Nezahualcoyotl, Estado de México* (Tesina de licenciatura, UNAM). Recuperada de file:///G:/tesisi%20pedagogia%20taller%20sex.pdf

Mayaud P, McCormick D. (2002). Interventions against sexually transmitted infections (STI) to prevent HIV infection. *Br Med Bull*;58:129-53.

Menkes, C. y Suárez, L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de población*, 35 (1), 232-263.

Moreno, S., Canaleón, M. L. y Becerra, L. (2006). Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con la relación sexual, en adolescentes escolarizados. *Espacio abierto*, 15 (4), 787-803.

Moreno, R. D., Rivera, P. B., Robles M. S., Barroso, V. R., Frías, A. B. y Rodríguez, C. M. (2008). Características de los adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde el análisis contingencial. *Psicología y salud*, 18 (2), 207-225.

Núñez, R. M. (2003). Embarazo no planeado en adolescente y utilización de métodos anticonceptivos. Buenos Aires: Paidós. 13-19, 41-45, 51-56.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012, (Artículo de organización). Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (2007). Situación de la epidemia de SIDA.

Perez de la Barrera, C. y Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista internacional de psicología*, 40 (3), 333-340.8

Perez, U.M. (2009). Aplicación de un taller de educación sobre la sexualidad y diseño del proyecto de vida en adolescentes de bachillerato del estado de Hidalgo plantel Atengo de Tezontepec de Aldama, HGO. (Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Hidalgo). Recuperada de: <http://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/10610/Aplicacion%20taller%20de%20educacion%20adolescentes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Secretaría de Educación Pública. (2012). Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven. Recuperado de http://red.ilce.edu.mx/sitios/tabletas/familia/Embarazo_adolescente_y_madres_jovenes.pdf

SIDA, Aspectos de Salud pública, (2006). Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA

Stern, C. (2012). El "problema" del embarazo en la adolescencia, contribuciones a un debate. México: El Colegio de México.

Stern, C. (2008). Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva. México: El Colegio de México.

Soler, C. C Y Ramos, M. J. (2006). El VIH/SIDA. ¿Cómo ves?, UNAM.

Solis, R. M. (2010). *Depresión en mujeres que se han practicado un aborto*. (Tesina de licenciatura, UNAM). Recuperada de <http://132.248.9.195/ptb2011/enero/0665707/Index.html>

Valderrama, J., Zacarias, F. y Mazin, R. (2004). Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Revista Panamericana Salud Pública*, 16 (3), 211-217.

Valdespino-Gómez, J. L, García, L., Del Río, Z., A., Loo, M.e., Magis R. C. y Vasquez, M.L., Argote, L. A., Castillo, E., Mejía, M. E., Robinson, T. y Villaquiran, M. E. (2005). Educación en derechos sexuales y reproductivos: una perspectiva integral con adolescentes escolarizados. *Colombia médica*, 36 (3), 6-13.

Velazco, A. y Lazcano, A. (2007). 25 años de SIDA en México. En Córdova V. J., Ponce de León R. S. y Valdespino J. México. Instituto Nacional De Salud Pública.

Veloz, V.V. (1994). Implicaciones psicológicas del aborto. Tesina de licenciatura. México. UNAM FES IZTACALA.

Villagrán, G.R. y Díaz-Loving, M.C. (1992). Patrón de conducta sexual, uso de condón y percepción de riesgo de contraer sida en estudiantes universitarios. *Revista Sonorense de Psicología*, 6 (4).

ANEXO A

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Instrucciones

Lee cuidadosamente las siguientes preguntas y encierra en un círculo tu respuesta según tus conocimientos o según tu experiencia.

Edad _____

Sexo (F) (M)

1. A tu consideración la adolescencia es:
 - a) Una etapa del ser humano en la que existen cambios físicos y psicológicos.
 - b) No es una etapa de la vida importante para el adolescente
 - c) No sé que es la adolescencia
2. La sexualidad la podríamos describir:
 - a) Tener sexo con otra persona
 - b) La forma en la que se manifiesta el ser humano (aspecto biopsicosocial)
 - c) Otro _____
3. Con quien consideras adecuado conversar sobre temas de sexualidad:
 - a) Madre
 - b) Padre
 - c) Amigos
 - d) Otros (internet)
4. ¿Qué edad consideras adecuada para que un adolescente comience su vida sexual?

- a) 12 a 14 años
 - b) 15 a 17 años
 - c) 18 a 21 años
 - d) No importa la edad
5. Tienes comunicación con tus padres acerca de temas de sexualidad (sexo, métodos anticonceptivos)
- a) Si
 - b) No
 - c) Muy poca
 - d) Nunca hablamos de esos temas
6. ¿Cuáles consideras Infecciones de Transmisión Sexual? Puedes seleccionar más de una opción
- a) VIH / SIDA
 - b) Sífilis
 - c) Gonorrea
 - d) Influenza
 - e) Gripe
 - f) Ninguna de las anteriores
7. Según tus conocimientos ¿cuáles consideras métodos anticonceptivos?
- a) Condón
 - b) Pastillas
 - c) Diu
 - d) Parches
 - e) Pastilla de emergencia
8. Las ITS son causadas por:
- a) Tocar a una persona que esté infectada de el virus

- b) Tener contacto sexual con una persona que tenga el virus
 - c) Besar a una persona infectada
9. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos te protegen de contraer una Infección de transmisión Sexual?
- a) Condón
 - b) Pastillas anticonceptivas
 - c) Parches
 - d) Ninguno
10. ¿En tu escuela secundaria imparten en las clases temas de sexualidad, embarazos y/o Infecciones de transmisión sexual?
- a) Si,
 - b) No, en ninguna de las clases
 - c) Sí, pero solo platicando con mis compañeros
 - d) Solo en algunas clases y muy pocos temas