



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

“CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA DE LAS
PASTILLAS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA,
EN LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES, DE LA
ESCUELA NACIONAL PREPARATORIA NÚMERO 8,
DEL TURNO MATUTINO, DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO”

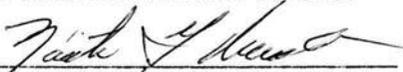
T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

QUE P R E S E N T A :

ELIZABETH GÓMEZ FLORES
N° DE CUENTA: 9636010-3

DIRECTOR DE TESIS


LIC. ROSA ZÁRATE GRAJALES



MÉXICO D.F.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

2004



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.

ESTE LIBRO NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD DE
MADRID



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

AGRADECIMIENTO

A la Lic. Rosa A. Zárate Grajales

Directora de la presente Tesis

A mis Padres:

Elsa Flores Pineda

Tito Gómez Domínguez

A mis hermanas:

Alejandra Gómez Flores

Elsa Gómez Flores

Y a mi novio:

Yoshio Alvarado Okubo

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

NOMBRE: Elizabeth Gómez Flores

FECHA: 27 - Agosto - 24

FIRMA: 



*Por ser ustedes el pilar en el cuál me apoyo,
por estar cerca de mí compartiendo
las experiencias más importantes de mi carrera.*

*Porque gracias a su apoyo, he realizado
una de mis mejores metas.*

Ustedes, que sin esperar nada, lo dieron todo.

Porque nunca estuve sola.

Porque siempre conté con su confianza.

*Por todo esto, quiero que sepan
que el objetivo logrado,
también es suyo y que la fuerza
que me ayudó a conseguirlo, fue su amor.*

Con cariño y admiración

ELIZABETH GÓMEZ FLORES



INDICE

INDICE.....	1
INTRODUCCION.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	5
MARCO TEORICO	6
1. EL ADOLESCENTE Y SU SEXUALIDAD.....	6
2. EMBARAZO Y ADOLESCENTE.....	9
3. METODOS ANTICONCEPTIVOS Y ADOLESCENTE.....	11
- Métodos temporales.....	11
- Métodos naturales.....	14
- Métodos permanentes.....	14
4. PASTILLAS DE ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA.....	15
- Anticoncepción de emergencia.....	15
- Posología.....	17
- Efectividad.....	19
- Mecanismo de acción.....	19
- Efectos colaterales.....	27
- Enfermería y anticoncepción de emergencia.....	28
- Norma Oficial.....	29
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34

6. OBJETIVOS	35
- Objetivo general.....	35
- Objetivo específico.....	35
7. METODOLOGÍA	36
- Población.....	37
- Diseño de muestra.....	37
- Criterio de selección.....	38
- Propósito del instrumento.....	39
- Interpretación de resultados.....	39
8. CONCLUSIONES	41
9. SUGERENCIAS	44
10. ANEXOS.....	46
- Descripción del ambiente.	
- Cuestionario (Instrumento de investigación).	
- Gráficas.	
- Bibliografía.	

INTRODUCCION

El objetivo de este trabajo es describir, la información que tiene la población adolescente y joven de la Escuela Nacional Preparatoria # 8 de la Universidad Nacional Autónoma de México para determinar el nivel de conocimiento con el que cuentan acerca de las pastillas de anticoncepción de emergencia, esto a través de encuestas realizadas; delimitando para fines de este trabajo el "conocimiento" como variable y que puede influir en la actitud y la práctica.

No hay que perder de vista que la adolescencia es una etapa y esta puede ser marcada por las etapas previas al igual que un mal manejo de la misma por parte de los adultos.

Un factor que genera problemas al adolescente es el solo hecho de dejar la niñez, la cual representa muchas recompensas como protección y dependencia, en especial cuando es tan poco lo que pueden dar a cambio. Por lo tanto, existe conflicto entre el deseo de ser adulto y el de seguir siendo niño par continuar recibiendo recompensas sin esfuerzo para ganarlos.

Recordemos que el adolescente no tiene una identidad definida, ya que no son adultos ni son niños, quieren o piensan que son independientes pero su realidad les dice otra cosa, lo que les ocasiona conflicto.

El establecimiento de la independencia con el fin de probarse a si mismo y al mundo de que él es un individuo autónomo, orilla al adolescente a menudo a mostrar su independencia de forma exagerada, a veces antisocial, autodestructiva o extravagantemente. Al extremo de llegar a repetir una y otra ves conforme el adolescente trata de probarse que es su propio jefe, actos que le ocasionan conflictos con sus progenitores o con las autoridades de la comunidad.

Los instintos sexuales y la agresividad se incrementan por el desarrollo endocrino y físico y como el adolescente ya está capacitado para ejecutar la copula o la agresión se encuentran ansiosos por ejercitar sus nuevos poderes, pero se hallan cautelosos por sus posibles consecuencias (Embarazo, enfermedad venérea, lesiones, muerte, etc.) lo que representa otro conflicto.

Al haber tenido la oportunidad de trabajar con los adolescentes y jóvenes de esta institución a través del modelo universitario de salud sexual y reproductiva para la comunidad estudiantil donde mi participación como pasante de la Licenciatura en Enfermería y obstetricia me permitió realizar una de las funciones más importantes de esta rama:

Brindar orientación veraz acerca de métodos de planificación familiar para prevenir embarazos no deseados ni planeados, ya que la falta de una educación sólida con respecto a la vida sexual y reproductiva, desde los primeros años de la escuela o desde otros ámbitos en la comunidad, es una de las causas que influyen en el inicio muy temprano, y de manera desinformada, de la vida sexual, lo cual despertó el interés por realizar este proyecto ya que pude detectar aquellos factores de riesgo condicionantes al mal uso de las pastillas de emergencia por no contar con la información adecuada y oportuna.

JUSTIFICACIÓN

A lo largo del tiempo los seres humanos han cambiado su estilo de vida en diversos aspectos de la misma y su sexualidad no ha sido la excepción.

En la actualidad el inicio de una vida sexual activa ocurre cada vez en edad más temprana, generalmente en la adolescencia, lo cuál es un problema grave en materia de salud, pues en esta etapa de la vida se suscitan cambios físicos, psicológicos y sociales, también en la adolescencia se define la personalidad.

Si a lo anterior aunamos que los adolescentes son constantemente influenciados por circunstancias socioeconómicas, conductas familiares, mitos y tabúes, obtenemos como resultado, en la mayoría de los casos, que el adolescente no tenga acceso a información veraz y confiable acerca de su salud sexual y reproductiva, principalmente acerca del correcto uso de los métodos anticonceptivos, teniendo como consecuencia, de esta falta de información, embarazos no deseados o no planeados, que pueden derivar en abortos inducidos y deserción escolar.

La anticoncepción de emergencia puede contribuir a superar estas situaciones, además de servir para el uso original para el que fue creada, que es prevenir el embarazo después de una violación.

Por ello esta investigación se centra en tener una perspectiva del grado de conocimiento con el que cuentan, los adolescentes y jóvenes universitarios, acerca de la anticoncepción de emergencia, siendo esta un método anticonceptivo vanguardista, eficaz y seguro, aprobado por la OMS (Organización Mundial de la Salud).

MARCO TEORICO

1. EL ADOLESCENTE Y SU SEXUALIDAD

La adolescencia es una etapa de cambios tanto físicos como psicológicos, en donde el adolescente experimenta un gran conflicto de identidad, que si no es bien manejado por los adultos puede repercutir para toda la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como "la etapa de la vida de los individuos comprendida entre los 10 y 19 años de edad, y la juventud es la etapa comprendida entre los 15 y 24 años" (1).

Estas etapas de la vida se caracterizan por cambios orgánicos, funcionales y conductuales, incluyendo la aparición de caracteres sexuales secundarios, la maduración del sistema endocrino y aparato reproductivo, la menarquia en la mujer (primera menstruación) y el inicio de la actividad gametogénica (producción de óvulos y espermatozoides). (2 y 3)

Estos cambios se acompañan de profundos ajustes ante un ambiente social, cultural y político cambiante. Esto explica porque encuentran diversos grados de dificultad para adaptarse a esta etapa de su desarrollo, particularmente en lo relativo a su sexualidad. (3 y 4)

En las últimas décadas han ocurrido cambios importantes en el inicio de la pubertad y de la vida sexual de la población adolescente y joven. En efecto un número importante de estudios clínicos y epidemiológicos, así como encuestas de comportamiento, revelan que en los últimos años, la edad a la que se presenta la menarquía ha disminuido significativamente, el inicio de la vida sexual es más temprana y la edad a la primera unión es más tardía. (1)

La conducta sexual del adolescente y joven es parte de su desarrollo normal, y es elemento fundamental de la organización de su personalidad.

Uno de los autores clásicos del desarrollo infantil, Erik Erikson, señala que para desarrollarse a lo largo de la vida, los seres humanos deben pasar por ocho etapas, que se caracterizan por una lucha entre tendencias contrarias de la personalidad en desarrollo, y que de ser bien resueltas, hacen que el sujeto madure y al final de la vida, pueda alcanzar la denominada integridad del yo. (5)

Los adolescentes y jóvenes juegan a descubrir la sexualidad adulta; de niños conocieron una sexualidad incompleta, que se vio influenciada por diversas circunstancias como la educación recibida por parte de la familia y sociedad (maestros, amigos, conocidos, etc), que lo rodeaba, en relación a este tema, incluyendo mitos y tabúes, también tuvieron incidencia factores socioculturales, los cuáles habrán dejado una huella más o menos profunda en el desarrollo de su sexualidad futura.

En la obra "Factores de riesgo para evaluar la conducta adolescente", el autor Sánchez O. nos dice: "Cuando la cultura y la biología entran en contradicción, el terreno se vuelve propicio y fértil para el conflicto, la problemática y la patología" Es decir, a mayor represión de la sexualidad infantil, mayor explosión de la conducta sexual en la adolescencia. (6)

La adolescencia es una apertura a posibilidades sexuales reales; ya hay la capacidad biológica para el ejercicio sexual, pero no hay aún capacidad psíquica para entenderla dentro del contexto de una relación responsable, de cuidado, de interés en el otro y de intimidad.

Por ello es importante recordar que en el momento en que un adolescente o joven inicia su vida sexual adquiere nuevas responsabilidades y derechos; tomando en cuenta que toda persona tiene derecho a gozar de una buena salud y uno de sus aspectos es la salud reproductiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud reproductiva como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, en todo lo relacionado con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.(1)

De ahí que sea necesario que el adolescente sea evaluado en función de esta etapa de su desarrollo y que se entienda que necesita explorar el mundo y explorarse a sí mismo; que esto puede generar una conducta extraña a los ojos adultos: promiscua o asceta; homosexual o heterosexual; temerosa o expansiva, pero que manifiesta su búsqueda de identidad; tener un lugar en el mundo, en el sentido más amplio del término.

Si como adultos o profesionales de la salud queremos ver tal conducta como reprochable, generaremos alejamiento del joven - adolescente.

Cuando se explica al adolescente y a sus familias la normalidad del proceso de la sexualidad adolescente, se realiza un trabajo no sólo de información sino de prevención, y esa es sin duda una de las acciones más importantes que los licenciados en enfermería podemos realizar a favor de los adolescentes.

2. EMBARAZO Y ADOLESCENTE

Por lo general los adolescentes carecen de información objetiva acerca de los medios que existen para protegerse de los embarazos no deseados. Debido a que en la escuela y en los servicios de salud no siempre se les da información respecto a la sexualidad, ésta se ventila sólo con amigos y amigas.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), ha recomendado a México que "examine la situación de la población adolescente con prioridad y le exhorta a adoptar medidas para que se garantice el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y se preste atención a las necesidades de información de los adolescentes, incluso mediante la aplicación de programas y políticas conducentes a incrementar los conocimientos sobre los diferentes medios anticonceptivos y su disponibilidad".(7)

La Fundación Mexicana para la planificación familiar (MEXFAM), el Consejo Nacional de la Población (CONAPO) y la Secretaría de Salud (SSA), han iniciado programas para atender este problema, pero aún falta mucho por hacer para lograr que todas los adolescentes y jóvenes de entre 15 y 19 años se acerquen a los servicios de salud con el fin de solicitar la atención requerida para llevar una vida sexual libre del miedo a tener embarazos no deseados o a contraer infecciones de transmisión sexual.

Finalmente, es importante reconocer que el embarazo adolescente es un problema social frente al cual los adultos tienen que asumir una responsabilidad, pues aquí se juega no sólo la ancestral carencia de poder de los jóvenes sobre sus vidas, sino pautas culturales que heredan de los adultos, como el machismo y la irresponsabilidad reproductiva.

Si como Licenciados en Enfermería tomamos en cuenta esto, podremos ver con claridad que no basta con darles a los adolescentes información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, sino que también es necesario ofrecer más oportunidades vitales a las adolescentes esto significa lograr que todas las adolescentes tengan razones valiosas para postergar el nacimiento de un hijo.

Ya que el embarazo en la mujer adolescente es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y del hijo, así como problemas psicosociales,(8) pues el cambio tan importante sobre los proyectos de vida que una gestión no planeada impone sobre el adolescente o joven condiciona problemáticas de relación en su entorno familiar y social.

3. METODOS ANTICONCEPTIVOS Y ADOLESCENTE

Actualmente podemos definir la anticoncepción de acuerdo a la OMS como "Conjunto de acciones de planificación familiar orientadas a garantizar el ejercicio efectivo del derecho que tiene las personas a decidir de manera libre, responsable e informada acerca del número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad y en un marco que favorezca el bienestar de la familia, la salud de la mujer y de sus hijos(as)". (1)

A lo largo del tiempo han ido surgiendo diferentes métodos para el control de la natalidad, hoy en día existen diferentes tipos de métodos anticonceptivos los cuales pueden ser utilizados por mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o múltiparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta eficacia.

Se pueden clasificar en:

TEMPORALES

a) Hormonales orales y Hormonales inyectables.

Son medicamentos elaborados con hormonas sintéticas similares a las que el organismo produce. Su mecanismo de acción es suprimir la ovulación y propiciar en el tracto reproductivo condiciones desfavorables para el transporte de espermatozoides y la implantación de un posible óvulo fecundado. se dividen en dos grupos:

- Los combinados de estrógeno y progestina, y
- Los que contienen sólo progestina.

b) Hormonales subdérmicos.

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

Contraindicaciones de anticonceptivos hormonales:

- Lactancia en los primeros seis meses posparto.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Enfermedad tromboembólica,
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Precauciones:

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Fumadoras mayores de 35 años de edad.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus no controlada.
- Migraña focal.
- Leiomiomatosis uterina.
- Insuficiencia renal.
- Alteraciones de la coagulación.

c) Dispositivo intrauterino.

El DIU es un objeto de material sintético (plástico) al cual puede adicionársele otras sustancias que potencializan su efecto. Al DIU que no tiene ningún material complementario se llama inerte o dispositivo de primera generación y aquellos que tienen cobre u hormonas se les llama bioactivos o de segunda generación.

d) De barrera y espermicidas.

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica o química.

e) Condón o preservativo.

Es una cubierta en forma de saco elástico de látex que se fabrica en varias formas y colores; básicamente es cilíndrico circular, cerrado en un extremo y abierto en el otro, con borde redondeado. Los condones se envasan sobre el borde abierto, a veces lubricados y por lo general herméticamente sellados en bolsas de plástico.

f) Espermicidas.

Son sustancias químicas que se colocan antes del coito dentro de la vagina. Existen numerosas presentaciones, como espumas, tabletas vaginales, jaleas, cremas, óvulos.

NATURALES O DE ABSTINENCIA PERIÓDICA.

Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los periodos fértiles e infértiles de la mujer.

Estos métodos requieren de una alta motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad de la mujer para identificar los patrones de secreción de moco cervical, temperatura basal y otros síntomas asociados al periodo fértil.

Los métodos naturales más utilizados son:

Método del calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus.

Método de la temperatura.

Método del moco cervical o de Billings.

Método sintotérmico.

PERMANENTES

a) Oclusión tubaria bilateral.

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización.

b) Vasectomía.

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

4. PASTILLA DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Todos los anticonceptivos, aún los más efectivos tienen un margen de falla, el uso incorrecto o los accidentes incrementan la probabilidad de un embarazo no deseado o no planeado, en estos casos se puede utilizar un anticonceptivo de emergencia.

Se denomina Anticoncepción de Emergencia (AE) a los métodos anticonceptivos que las mujeres pueden utilizar en los días siguientes a un coito sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo no deseado. Para tal efecto, se usan pastillas de levonorgestrel solo, o pastillas combinadas de estradiol y levonorgestrel. Ambas contienen las mismas hormonas que se usan regularmente como anticonceptivos. La diferencia es que la AE se administra en dosis más altas y solamente dentro de las 72 horas que siguen a la relación sexual no protegida. (9)

Las pastillas para AE están aprobadas por la Organización Mundial de la Salud y por las agencias reguladoras de medicamentos de Europa, Estados Unidos y muchas de Asia y de América Latina. La AE permite evitar embarazos no deseados: cuando no se ha usado otro método antes del acto sexual, cuando el método utilizado ha fallado o cuando ha habido una violación.

Se estima que después de un acto sexual único que tenga lugar en la segunda o tercera semana de un ciclo menstrual se embarazan solamente 8 de cada 100 mujeres. Cuando las mujeres usan las pastillas de levonorgestrel dentro de las primeras 72 horas después del coito, se embaraza sólo una. Es decir, usado de ese modo, el levonorgestrel previene sólo el 85% de los embarazos. Cuando el levonorgestrel se usa en las primeras 24 horas después del coito, es casi 100% efectivo (99.5%), pero si se usa a las 72 horas, la tasa de embarazos aumenta 10 veces. Por lo tanto, la eficacia de este método es mayor mientras más

pronto se use después del coito, lo cual es difícil de conciliar con un mecanismo anticonceptivo posterior a la fecundación. (10)

Cuando una mujer toma la píldora anticonceptiva de emergencia dentro de las primeras 72 horas después de un coito, es posible que ésta impida la ovulación si aún no ha ocurrido, que interfiera con la migración de nuevos grupos de espermatozoides desde el cuello uterino hasta la trompa o que interfiera con el proceso de adhesión y capacitación de los espermatozoides en la trompa.

A través de cualquiera de estos mecanismos es que la píldora puede impedir la fecundación. Si ya ha ocurrido la fecundación cuando la mujer toma la píldora, tiene un 50% de probabilidades de embarazarse, ya que como se describió en los párrafos anteriores, el 50% de los cigotos se pierde espontáneamente. Si el cigoto es normal y viable, la píldora no impedirá ni alterará su desarrollo, pues la sustancia que contiene es una progestina sintética. Esto explica que el método sea poco eficaz para prevenir el embarazo cuando se usa tardíamente.

Una progestina sintética es una molécula semejante a la progesterona y actúa en el organismo del mismo modo que ella. La administración de progesterona en ciertos momentos del ciclo menstrual inhibe la ovulación y la migración espermática, pero la progesterona que produce el ovario a partir de la ovulación o la que se administra después de la fecundación, favorece el establecimiento y manutención del embarazo. De ahí su nombre, ya que progestina quiere decir pro-gestación. (10) El levonorgestrel, la progestina sintética que contiene la píldora anticonceptiva de emergencia actúa como la progesterona. La progesterona no es abortiva, aunque se administre en altas dosis. Por el contrario, es esencial para el embarazo.

POSOLOGIA

En el régimen combinado llamado método de Yuzpe consiste en tomar dos dosis de 2 pastillas la primera dentro de las 72 horas siguientes a una relación coital sin protección y 12 horas después debe tomar la siguiente dosis.

En el caso de pastilla de baja dosis deben tomarse cuatro pastillas dentro de las primeras 72 horas después del coito y cuatro más a las 12 horas después.

En el caso de las pastillas que solo contienen progestina llamadas también minipíldora deben tomarse 25 pastillas en la primera dosis y 25 más la segunda.

(9)

LOS NUEVOS PRODUCTOS VIKA Y GLANIQUE

Estos productos han sido los únicos aprobados por la Secretaría de Salud y están a la venta en farmacias.

En ambos casos se trata de una presentación de dos pastillas idénticas, que deberán ser ingeridas como se indica en el cuadro 1 y que contienen cada una 0.75 mg de levonorgestrel, dosis necesaria para 1 tratamiento.

Estas marcas utilizan el régimen de progestinas y actualmente se distribuyen ampliamente.

FORMULACION	NOMBRE DE MARCAS	PRIMERA DOSIS(DENTRO DE LAS 72 HRS)	SEGUNDA DOSIS (12 HRS DESPUÉS DE LA PRIMERA DOSIS)
LNG* 0.25 mg + EE** 50 mcg	Neogynon	2	2
Ó	Nordiol	2	2
	Ovral	2	2
NG 0.50 mg + EE 50 mcg	Eugynon	2	2
LNG 0.15mg + EE 30mcg	Microgynon	4	4
	Nordet	4	4
	Lo-femenal	4	4
LNG 0.30mg	Microlut	25	25
LNG 0.75 mg	Vika y Glanique	1	1

Cuadro 1.

*LNG = lenorgestrel **EE = etinil estradiol

NG = norgestrel

FUENTE: Consortium for Emergency Contraception
(Consortio para la Anticoncepción de Emergencia) 1996.

EFFECTIVIDAD

El 98% de las mujeres que tienen una relación coital no protegida y utilizan las pastillas de anticoncepción de emergencia correctamente logran evitar un embarazo.

MECANISMO DE ACCIÓN

No se conocen con exactitud su mecanismo de acción, pero los estudios más recientes indican que dependiendo del momento del ciclo menstrual en que se encuentre la mujer al tomarlas, puede actuar interfiriendo con el pico ovulatorio y previniendo la fertilización.

“Las pastillas de anticoncepción de emergencia inducen una exposición hormonal intensa y breve que desorganiza los patrones hormonales endocrinos que son esenciales para el embarazo” (11)

La AE puede actuar simultáneamente en varios niveles:

1) Sobre el eje hipotálamo – hipófisis - ovárico (H-H-O), alterando la función de maduración y liberación del óvulo y la función esteroideogénica (de síntesis hormonal).

La maduración y liberación de un óvulo por parte de un folículo, a lo largo de cada ciclo menstrual se regula a través de sistemas de “comunicación” hormonal (feed-back o retroalimentación) entre el cerebro (hipotálamo e hipófisis) y el ovario mismo.

El folículo que va madurando necesita del impulso cíclico de las hormonas estimuladoras cerebrales (LH y FSH), y éstas a su vez dependen del estímulo de las hormonas esteroideas sintetizadas por el folículo mismo (estradiol y posteriormente progesterona).

Llega un momento en que el folículo es tan grande, "sensible", inmerso en un mar de hormonas esteroideas, que "explota" bajo la orden "superior" de la LH, y libera el óvulo que estuvo madurando en su interior. Este es el fenómeno que se conoce como ovulación. (12)

La administración "externa" de hormonas similares a aquellas producidas por el ovario (etinil – estradiol y progestinas sintéticas) "engaña" al cerebro, impidiendo que libere sus hormonas estimuladoras durante este ciclo madurativo. En este principio se basa de hecho el uso de los hormonales en anticoncepción normal.

Lo mismo sucede con la administración brusca de una dosis alta de hormonas mediante la AE: ésta "desconcierta" todo el eje H-H-O, e impide que los mecanismos finos de comunicación sigan su curso ordenado.

La evidencia científica ha demostrado efectivamente que la AE actúa en todos los siguientes pasos, dependiendo del momento del ciclo en que se administre:

1. Impide la maduración progresiva del folículo,
2. Previene su ruptura (ovulación), o
3. De ser el caso, se libera un óvulo inmaduro, con una función residual insuficiente (defectos del cuerpo lúteo).

2) Sobre los mecanismos de transporte y capacitación de los espermatozoides.

Los espermatozoides también requieren de tiempos y procesos complejos de "capacitación" para ser capaces de llevar a cabo su función fertilizante.

La AE altera la composición bioquímica y el PH del medio ambiente, lo que altera la movilidad y maduración del espermatozoide impidiendo que pueda unirse con el óvulo.

3) Mecanismos de acción que afectan la unión de los gametos

Se sabe, como mencionamos arriba, que después de la ovulación existe un "diálogo" entre el óvulo y el endometrio.

El endometrio, a su vez, envía mensajes al óvulo para facilitar su preparación a la fecundación. En esta etapa específica, el endometrio produce sustancias (ej: glicodelina) capaces de modular la unión de los gametos. Cualquier desajuste hormonal en esta etapa crítica altera también la posibilidad de que se unan los gametos. La AE en específico altera la producción de glicodelina y, por ende, impide que se unan los gametos.

4) Los mecanismos de acción que afectan la receptividad endometrial.

Como se refirió previamente, se ha llegado a argumentar erróneamente que el mecanismo de acción de la AE es esencialmente endometrial, es decir, que modifica el endometrio para impedir la implantación de un óvulo ya fertilizado; sin embargo, NO existe evidencia científica que demuestre que la AE funciona bloqueando y menos aún interrumpiendo la implantación de un óvulo fecundado.

Se ha analizado, por microscopía simple y electrónica, el endometrio en mujeres que reciben AE, comparándolas con mujeres durante un ciclo normal. Algunos estudios anteriores, de la década de los 70s y 80s, habían señalado que encontraban algunas diferencias e inferían que la AE era responsable de esto. No obstante, las evidencias más recientes contradicen estos supuestos hallazgos.

En especial, un estudio realizado en nuestro país, publicado en la revista *Contraception* en 2002, compara 9 marcadores endometriales en voluntarias sanas, antes y después de recibir la AE. Al analizarse las muestras en forma "ciega", no se encontró NINGUNA diferencia entre los dos grupos.

Recientemente se han diseñado también una serie de estudios, que utilizan modelos animales (ratas y monos). Un grupo de investigadores analiza en estos modelos el efecto de la administración de la AE después de la ovulación. Los resultados demuestran que la tasa de embarazos entre animales no tratados es exactamente la misma que en los animales tratados, evidenciando que la administración post-ovulatoria de la AE no tiene la capacidad de interferir con la implantación.

Finalmente, uno de los argumentos más simples y más poderosos es la evidencia clínica en mujeres. Una mujer que presente amenorrea debida a un embarazo, nunca podrá interrumpirlo con la administración de la AE.

El ciclo menstrual comienza con el primer día de la menstruación y termina 24 a 35 días después, a no ser que se produzca un embarazo. Para que se produzca embarazo tiene que haber fecundación, pero no todas las fecundaciones dan lugar a embarazo. Para que haya fecundación tiene que ocurrir la ovulación y por lo menos un coito cercano a ella, pues es necesario que se encuentren un espermatozoide con un óvulo y que ambos estén en buenas condiciones para poder unirse.

Esto sólo se puede lograr si el coito antecede a la ovulación por no más de cinco días o si coincide con la ovulación (pudiendo también presentarse cuando el coito es posterior a la ovulación). Aún así, en la mitad de los casos en que esta condición se cumple, no se produce la fecundación, ya sea porque los gametos no se encuentran, porque son defectuosos o porque el medio ambiente que los rodea no es propicio.

Aproximadamente el 90% de los ciclos menstruales son ovulatorios y en ellos la ovulación puede ocurrir en cualquier día desde el día 10 al día 22. La ovulación es el proceso por el cual el óvulo completa su maduración y sale del ovario.(12)

Una vez que ocurre la ovulación, el óvulo tiene que ser fecundado dentro de las 24 horas siguientes. Si ello no ocurre, el óvulo se deteriora y pierde la capacidad de formar un nuevo individuo. Por lo tanto, estas características del óvulo y el momento en que ocurre la ovulación determinan que la fecundación puede ocurrir solamente en uno de los 13 días comprendidos desde el día 10 al día 22 del ciclo menstrual.

Muchas personas creen que la fecundación se produce inmediatamente después de una relación sexual, pero no es así. Después de un coito, los espermatozoides pueden permanecer en el interior de la mujer en un estado capaz de fecundar hasta aproximadamente seis días. Si el coito ocurre cinco días antes del día en que ocurre la ovulación, la fecundación ocurrirá al 6° día después

del coito. Si el coito ocurre el mismo día de la ovulación, la fecundación puede ocurrir dentro de las siguientes 24 horas. Es decir, la fecundación puede ocurrir en la mujer en cualquiera de los días comprendidos desde el 1° al 6° día después del coito. Por lo tanto, no todos los individuos inician su existencia al día siguiente de un coito.

Está bien establecido que— tanto en la especie humana como en otras especies animales— cada nuevo individuo se forma, habitualmente, por la unión de un espermatozoide con un ovocito, conocido más comúnmente como óvulo. Esta unión se llama fecundación. (13)

Tanto el espermatozoide como el óvulo son células, ambas están vivas en el momento de unirse y siempre lo estuvieron, ya que se formaron a partir de otras células vivas. Al unirse, dan origen a una célula única llamada cigoto, que también está viva. La fecundación ocurre habitualmente en la trompa de Fallopio, que es un tubo que conecta el ovario con el útero.

El cigoto resultante de la fecundación es una célula que tiene la potencialidad de desarrollarse y llegar a ser un humano constituido por miles de millones de células, del mismo modo que una semilla puede llegar a ser un árbol a través de un proceso de crecimiento y desarrollo. Si bien la semilla puede llegar a ser un árbol, aún no lo es; o si bien un huevo puede llegar a ser una gallina, aún no lo es. Asimismo, el cigoto humano puede llegar a ser un embrión, un feto, un recién nacido o una persona adulta, pero aún no lo es. Necesita desarrollarse.

Aproximadamente tres a cuatro días después de la fecundación, si el cigoto se ha desarrollado normalmente, está constituido por 8 a 10 células y pasa al útero donde continúa desarrollándose, inmerso en el escaso fluido que llena la cavidad del útero. En este medio alcanza el estado de desarrollo llamado mórula y posteriormente el estado de blastocito. Antes de implantarse, el blastocito consta de unas 200 células. La mayoría de estas células están destinadas a formar la placenta y otros órganos que más tarde se desechan. Un 7 a 10% de las células

del blastocito están destinadas a formar el embrión. Hasta aquí, la mujer no tiene manera alguna de reconocer que tiene un nuevo individuo en su útero.

A partir del séptimo día de desarrollo, el blastocito humano se anida o implanta en la capa interna del útero, llamada endometrio. Para que esto ocurra, es preciso que el endometrio se haya hecho receptivo por la acción que ejercen sobre él las hormonas del ovario, que son el estradiol y la progesterona. La implantación consiste en que el blastocito se sumerge en este tejido materno.

Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud considera que el embarazo, que es una condición de la madre y no del nuevo individuo en desarrollo, comienza con la implantación.

Dicha reacción del cuerpo materno se debe, en parte, al hecho de que cuando ocurre la implantación, las células que van a dar origen a la placenta comienzan a secretar una hormona conocida como gonadotrofina coriónica humana (HCG). Esta hormona pasa a la sangre materna y actúa sobre el ovario para impedir que se produzca la menstruación.

La menstruación, comúnmente conocida como la regla, es el desprendimiento del endometrio acompañado de sangrado, que se produce debido a que el ovario deja de producir progesterona.

Cuando no hay embarazo, esto ocurre aproximadamente unos 14 días después de la ovulación. Si llega a ocurrir la regla después que se ha implantado un blastocisto, éste es expulsado junto con la menstruación. Para evitarlo, el blastocisto da una señal para que el ovario siga produciendo progesterona, la cual es indispensable tanto para que el blastocisto se pueda implantar como para que se mantenga el embarazo.

Un coito deja millones de espermatozoides en la vagina. En las mejores condiciones, miles de estos entran al cuello del útero donde la inmensa mayoría se estaciona. Unos pocos cientos ascienden en minutos hasta la trompa de Fallopio, pero no todos tienen capacidad de fecundar.

Los que quedan en el cuello del útero constituyen una fuente de la cual van saliendo sucesivamente grupos de espermatozoides, que ascienden hasta la trompa de Fallopio en los días que siguen.

Algunos espermatozoides de cada grupo se adhieren durante horas a las células de la trompa, proceso en el cual adquieren la capacidad de fecundar. Una vez que se sueltan, mantienen esta capacidad por pocas horas o minutos mientras van en busca del óvulo.

Por ello, es necesario que sigan llegando nuevos espermatozoides que los reemplacen, hasta que se produzca la ovulación.

En la mujer, aproximadamente la mitad de los cigotos que se forman se eliminan natural y espontáneamente antes de que se produzca el atraso menstrual. En esos casos, la mujer no alcanza a notar que tuvo un cigoto, un blastocisto o un embrión en su interior. Cuando se hace un seguimiento a cien parejas que tienen relaciones sexuales libremente varias veces en el mes y que no hacen nada para evitar el embarazo, se observa que en 25 de las mujeres se produce embarazo en el primer mes; en el 25% de las 75 mujeres restantes se produce en el segundo mes y así sucesivamente.

La explicación es que, en cada mes, en el 50% de las parejas no hay fecundación y que del 50% de las fecundaciones que ocurren, la mitad de ellas no da lugar a embarazo, porque el producto de la fecundación se elimina espontáneamente antes de que se produzca el atraso menstrual.

EFFECTOS COLATERALES

Las píldoras combinadas producen náuseas, vómito y cefalea en mayor porcentaje que las que contienen sólo progestina; también pueden causar aunque en menor grado hipersensibilidad de los senos, mareos retención de líquidos.

Las náuseas pueden controlarse administrando el medicamento con alimentos o tomando anti – eméticos media hora antes. En el caso de presentarse vómito en la primera hora es necesario repetir la dosis, los efectos secundarios no deben durar más de 24 horas.

La menstruación por lo general se presenta unos días antes o después de la fecha esperada, si el retraso es mayor a una semana es necesario realizar una prueba de embarazo.

Finalmente, cabe señalar que si la AE se administrara a una mujer embarazada no afectaría la evolución del producto, es decir, no tiene efectos teratogénicos de ningún tipo.

ENFERMERIA Y ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA

Una de las funciones del licenciado en enfermería es la prevención por ello es importante conocer aquellos criterios como:

1. Una mujer embarazada no debe usar PAE pues no tiene ningún efecto abortivo.
2. Mujeres con cáncer de mama, alto riesgo de trombosis venosa profunda o tromboembolia pulmonar, diabetes, enfermedad hepática, cardíaca, renal o hipertensión arterial no pueden utilizarlas.
3. Solo deben usarse ocasionalmente, una mujer que las emplea frecuentemente durante un año su riesgo acumulado de embarazo podría ser mayor que si usara regularmente anticonceptivos orales.

Los mecanismos de acción de la AE demostrados por la evidencia científica son previos al inicio de un embarazo, anteriores a la fertilización y, por ende, a la implantación. Por ello, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia tratará los mecanismos que previenen un embarazo mas no su interrupción.

Ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) es tajante en afirmar que la AE nunca será capaz de interrumpir un embarazo, por más temprano que éste sea, y por ende no es un método abortivo.

Las pruebas clínicas demuestran que la AE es tanto más efectiva cuanto más tempranamente se administre después del coito, por ello es imperante que la Licenciada en Enfermería y Obstetricia aplique sus conocimientos y aptitudes con responsabilidad para difundir esta información y así poder contribuir a la prevención de embarazos no deseados y no planeados y sus posibles consecuencias y complicaciones.

NORMA OFICIAL

El pasado miércoles 21 de enero la Secretaría de Salud (SS) publicó en el Diario Oficial de la Federación la resolución que modifica la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993) donde se incluye el método de anticoncepción de emergencia y el condón femenino.

En México empezó a hablarse del tema a principios de los 90, y en 2001 la Secretaría de Salud registró el primer producto para anticoncepción de emergencia. En el mercado existen diversas marcas disponibles al público, pero no estaban incluidas en la NOM, lo cual dificultaba su prescripción médica.

De acuerdo con la Ley de Metrología y Normalización, dicha norma es una regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes para establecer reglas, directrices, prescripciones y características aplicables a un producto, proceso, sistema, actividad o servicio.

En el sector salud, la elaboración de las NOM inició en 1992, tomando en cuenta los fundamentos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la Ley General de Salud. Las primeras reglamentaciones en este sector se aprobaron y publicaron en 1994.

De esta forma, el 30 de mayo de 1994, en el Diario Oficial de la Federación se dio a conocer la NOM-005-SSA2-1993, cuyo objetivo es "uniformar los criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos".

La ley señala que las NOM deben ser revisadas cada cinco años a partir de la fecha de su entrada en vigor. Sin embargo, de acuerdo con especialistas en el tema, la 005-SSA2-1993 no había sido actualizada debido al rechazo de grupos conservadores al método de anticoncepción de emergencia y al uso del condón femenino.

Esta norma es obligatoria en todas las unidades de salud para la prestación de los servicios de anticoncepción y planificación familiar de los sectores público, social y privado del país. Su vigilancia y aplicación corresponden a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de los Estados.

Algunos de los principios que se establecieron en ella, desde su expedición, son el derecho de toda la población a recibir información veraz y oportuna sobre anticoncepción y planificación familiar, así como el acceso y disponibilidad de diferentes métodos anticonceptivos efectivos y seguros.

El documento actualizado pone énfasis en la prevención de los riesgos para la salud de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños. Además, pretende ser un mecanismo que promueva la participación activa y la corresponsabilidad del hombre en el proceso reproductivo, así como ofertar los diversos métodos anticonceptivos producto de los avances científicos.

En este sentido, las modificaciones a la norma también obligan a los prestadores de servicios de salud a prescribir la anticoncepción de emergencia cuando sea necesaria y a proporcionar información sobre su uso. Sin embargo, la anticoncepción de emergencia no se incluyen en el cuadro básico de anticonceptivos.

Con respecto al condón femenino, el documento establece que se podrán obtener durante programas de distribución comunitaria y de mercadeo social o mediante adquisición libre en farmacias u otros establecimientos comerciales. Por lo tanto, a diferencia de los condones masculinos, los femeninos aún no se proporcionarán en las unidades de atención médica.

No obstante, la actualización científica del la NOM-005-SSA2-1993 permitirá a la población tomar decisiones responsables, y con ella por fin se logra plasmar una de las demandas del movimiento organizado de mujeres: El derecho de la población femenina a decidir libremente en materia de salud reproductiva.

El incluir la AE en la NOM permite crear condiciones para evitar un sin número de embarazos no deseados y abortos provocados en condiciones higiénicas deplorables. Sobre todo si se toma en cuenta que sus indicaciones primordiales son el evitar el embarazo tras un coito no deseado (violación), coito sin protección anticonceptiva o en el que se presume ha fallado el método convenido por la pareja, como podría ser la ruptura de un preservativo.

Las hormonas de la AE son las mismas que se utilizan para cualquier otro tipo de anticoncepción hormonal (estrógenos y progestagenos), inhibe la ovulación, dificulta la fecundación al modificar los mecanismos de motilidad tubaria y ciertamente, modifican la función del endometrio tornando el ambiente poco favorable para la fecundación. Sin embargo, en cuanto a esto ultimo tenemos que recordar que entre un 15 y 40% de los óvulos fecundados jamás logran implántense en condiciones naturales.

Vale la pena enfatizar que esta opción está ya disponible y en uso, antes que en México, en más de 15 países de América Latina y del Caribe, así como en países del continente europeo como son España, Gran Bretaña, Francia, Italia e Irlanda; en varios países de Asia, como son China, Indonesia, Japón y Tailandia, por mencionar solo algunos.

Esta opción tiene el soporte médico, científico y tecnológico así como el aval de los principales organismos expertos en este campo, como es el Programa de Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud (OMS/OPS), el Consejo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Family Health International (FHI) y el Population Council.

De las consideraciones de mayor trascendencia de esta NOM, son el fortalecimiento de un enfoque humanístico y ético en los aspectos relacionados con la libertad de decidir sobre sus expectativas reproductivas, mediante la prestación de servicios fundamentados en un trato digno y de absoluto respeto hacia las decisiones sobre el comportamiento sexual y reproductivo de las personas.

Esto conlleva a proporcionar servicios de planificación familiar de calidad, tratando de garantizar que los prestadores de servicios cuenten con una excelente competencia técnica en el manejo de la tecnología anticonceptiva más actualizada, con el propósito de ofertar una mayor gama de opciones a la población, considerando el menor riesgo y obviamente el mayor beneficio para la salud.

La modificación de esta NOM por su contexto y contenido ha propiciado diversos tipos de respuesta entre los diferentes sectores de la sociedad; en particular, destacan las posturas ante la anticoncepción postcoito (Anticoncepción de Emergencia).

Por lo anterior se recomienda que cada Instituto, Secretaría o Servicios Estatal de Salud:

Designa a un vocero oficial con experiencia, que proporcione la información completa y veraz sobre la NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar modificada.

Cuente con los elementos técnicos necesarios en el tema de la anticoncepción de emergencia, manejando la información adecuada sobre sus mecanismos de acción de esta opción, que para su apoyo se anexan a este documento.

Enfatice que la no-incorporación de la anticoncepción hormonal postcoital, hubiera implicado violentar el derecho de las mujeres de acceder a los avances científicos y tecnológicos, compromisos incluidos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo.

En el caso de que se plantee el cuestionamiento, es importante que se destaque que: La anticoncepción hormonal postcoito contemplada en la Norma, no es la píldora abortiva (RU486), misma que no está incluida en esta Norma.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el uso de pastillas de anticoncepción de emergencia, sobre todo entre los adolescentes y jóvenes, ha constituido una de las prioridades de organismos gubernamentales, como la secretaria de salud y sus dependencias, debido a la controversia de este método anticonceptivo como tal.

La falta de información acerca de las pastillas de anticoncepción de emergencia, constituye un factor de riesgo muy importante, el cual influye en la elección o no de este método como alternativa para evitar un embarazo no deseado o no planeado.

Por ello en esta investigación se pretende determinar:

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los adolescentes y jóvenes acerca de la anticoncepción de emergencia para evitar embarazos no deseados ni planeados, y como el licenciado en enfermería puede contribuir en brindar información veraz y oportuna que favorezca a incrementar el grado de conocimiento e influya en la toma de decisiones para su uso oportuno y adecuado?

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar el nivel de conocimiento de los adolescentes y jóvenes acerca de la anticoncepción de emergencia para evitar embarazos no deseados y no planeados.

OBJETIVO ESPECIFICO

Conocer las necesidades de información sobre la anticoncepción de emergencia, de los adolescentes y jóvenes.

Implementar estrategias que contribuyan a la participación del licenciado en enfermería para prevenir embarazos no deseados o no planeados.

Crear estrategias para influir en la toma de decisiones asertivas para el uso oportuno y adecuado de la anticoncepción de emergencia.

Orientar a los adolescentes y jóvenes acerca de la importancia de tener el conocimiento adecuado acerca de la anticoncepción de emergencia.

7. METODOLOGIA

El tipo de investigación que se llevó a cabo en este trabajo es de tipo descriptivo, ya que lo que se pretende es medir de manera independiente la variable que se refiere para decir como es y como se manifiesta el fenómeno de interés.

Para la realización de esta investigación se elaboró un cuestionario piloto para certificar que las preguntas propuestas validaran el objetivo principal así como determinar la cantidad y precisión de cada pregunta de manera que estas fueran comprendidas por los adolescentes y jóvenes entrevistados para lograr resultados veraces y funcionales a la investigación.

Ya obtenido el cuestionario a aplicar se identificaron las características demográficas del plantel # 8 del turno matutino para determinar la muestra a estudiar, la cuál sería una muestra aleatoria (elementos a estudiar elegidos al azar); así como los criterios de exclusión, inclusión y eliminación.

Se utilizó una técnica de recolección de datos, a través de la aplicación del cuestionario el cual fue integrado por preguntas cerradas, de opción múltiple codificando las respuestas en excelente, regular y mala para poder valorar el nivel de conocimiento acerca de las pastillas de anticoncepción de emergencia en los adolescentes y jóvenes.

Al concluir la aplicación de los cuestionarios se realizó un análisis de resultados para obtener cifras que nos llevan a verificar si los objetivos planteados han sido logrados de manera satisfactoria; considerando la elección de aquellas preguntas más significativas, las cuales han sido representadas en gráficas.

POBLACION

Formado por los adolescentes y jóvenes que asisten a la escuela Nacional Preparatoria No 8, los cuales están distribuidos según el año que cursan:

GRADO	TURNO MATUTINO
4°	1106
5°	1185
6°	929
TOTAL	3220

Cuadro 2.

Total de alumnos del plantel 8 de la ENP, del turno matutino, agrupados por grados escolares.

DISEÑO DE MUESTRA

Formada por el 10% de la población, elegida al azar, para que cada uno tenga la misma posibilidad de ser seleccionado.

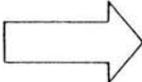
CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión: alumnos de 4º, 5º, 6º de la Escuela Nacional Preparatoria No 8 del turno matutino, de ambos sexos, que hayan iniciado su vida sexual, entre 14 y 19 años.

Exclusión: adolescentes y jóvenes que no pertenezcan al plantel, que no sean del turno matutino, que no haya iniciado su vida sexual, que se encuentre fuera del rango de edad establecido.

Eliminación: alumnos que no quieran participar, alumnos ausentes, personal de otra área dentro del plantel.

Requerimientos de la investigación

Recursos humanos		Se dispondrán
Recursos materiales		por la autora
Recursos financieros		de este trabajo

Cuadro 3.

Los recursos humanos, materiales y financieros los irá determinando la autora del trabajo.

PROPOSITO DEL INSTRUMENTO

Este cuestionario tiene la finalidad de detectar el nivel de conocimiento acerca de las pastillas de anticoncepción de emergencia en los adolescentes y jóvenes, lo cual es un factor determinante en la salud sexual y reproductiva, permitiendo como licenciada en enfermería y obstetricia planear futuras estrategias de difusión para así poder evitar o disminuir los embarazos no deseados o no planeados, así como fomentar el uso adecuado y oportuno de las mismas.

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Para llevar a cabo la interpretación de resultados, se obtuvo un promedio de las respuestas de acuerdo con la codificación antes mencionada (excelente, regular y mala), de forma que pudimos obtener datos representativos y cuantitativos del conocimiento de los adolescentes y jóvenes acerca de la anticoncepción de emergencia como método para evitar embarazos no planeados o no deseados.

Los datos obtenidos que no fueron clasificados según la codificación por el carácter de los mismos, son los siguientes:

Del total de la muestra (322 alumnos), el 58% pertenece al sexo femenino y el 42% al sexo masculino; de los cuales el 10% se ubica en un rango de edad menor a los 15 años (de 14 a 15 años), el 80% entre 16 y 17 años y el 10% restante entre 18 y 19 años.

PORCENTAJE PROMEDIO DE RESPUESTAS OBTENIDAS MEDIANTE EL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.			
EXCELENTE	REGULAR	MALO	TOTAL
55.4%	31.3%	13.3%	100%

Cuadro 4.

Representación del promedio de los porcentajes de respuestas de acuerdo con la codificación: Excelente, Regular y Malo; del cuestionario aplicado.

A través de los resultados obtenidos podemos observar que de 322 alumnos encuestados el 55.4% tiene un nivel de conocimiento excelente, ya que contestaron favorablemente las preguntas utilizadas como indicativo principal para poder determinar el mismo, un 31.3% tiene un nivel de conocimiento que lo hemos catalogado como regular ya que cubrieron solamente la cantidad de respuestas requeridas para este rango, y un 13.3% tiene un nivel de conocimiento malo ya que sus respuestas reflejan la falta o mala información obtenida acerca de las pastillas de anticoncepción de emergencia. (ver anexos).

8. CONCLUSIONES

Para llevar a cabo cualquier actividad de nuestras vidas, es de primordial importancia que tengamos el conocimiento acerca de esa actividad a realizar; en el caso que nos ocupa en este trabajo (la anticoncepción de emergencia en la sexualidad del adolescente), la importancia del conocimiento es todavía mayor, debido a que en otro tipo de actividades, la falta de información o conocimiento puede tener como consecuencias un acto transitorio; pero en cuestión de sexualidad y anticoncepción de emergencia, la información o conocimientos erráticos pueden tener consecuencias permanentes, tales como un embarazo no planeado o no deseado.

A través de esta investigación el objetivo general fue identificar el nivel de conocimiento de los adolescentes y jóvenes acerca de la anticoncepción de emergencia para evitar embarazos no deseados y no planeados, lo cual ha sido logrado en un 100%; de acuerdo a los resultados obtenidos pudimos detectar que un gran número de alumnos tiene el conocimiento apropiado acerca de la anticoncepción de emergencia, sin embargo una proporción importante carece de información o bien cuenta con ella pero no ha sido la adecuada, lo cual nos indica que los adolescentes y jóvenes universitarios están en riesgo constante para presentar embarazos no deseados o no planeados, incluyendo aquellas consecuencias como, deserción escolar, abortos inducidos, o la muerte.

Hablar de sexualidad y métodos anticonceptivos con adolescentes es una necesidad en la actualidad que debemos acatar desde la niñez, ya sea a través de la escuela, de los padres, de los medios de comunicación.

Los jóvenes carecen de información y confianza, por lo tanto del conocimiento básico para hacerse responsables de su conducta respecto a su sexualidad y a los métodos anticonceptivos.

Lamentablemente en muchos países del mundo, incluyendo a México que cuenta con alto porcentaje de jóvenes, existen representantes de diversos ámbitos, así como los mismos padres que se han opuesto a brindar soluciones adecuadas y además necesarias a estos temas tan importantes.

Con estas ideas se provoca que los adolescentes cometan errores que pueden marcar su vida para siempre. Tal es el caso del embarazo a muy corta edad en las mujeres, las cuales en muchas ocasiones optan por el aborto arriesgando su vida, es bien sabido que miles de jovencitas mueren al año por esta causa.

Resulta ilógico que aun se tome la sexualidad como tema tabú o de promiscuidad, los jóvenes de nuestra sociedad tienen el derecho de acceder a información, orientación y educación sobre sexualidad, así como el de romper con ideas equivocadas sobre estos temas.

El conocimiento sobre métodos anticonceptivos entre adolescentes y jóvenes se ha incrementado en México, sin embargo esta población reconoce no tener información adecuada sobre sexualidad, biología del desarrollo, derechos sexuales y reproductivos.

El uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes y jóvenes unidas (con pareja estable) se ha incrementado, pero aún permanece por debajo del de otros grupos de edad, lo cual explica por que la edad al nacimiento del primer hijo(a) no se ha modificado significativamente en los últimos años.

La adopción de métodos anticonceptivos se incrementa notablemente después de la resolución del primer embarazo

Por ello para lograr que este método se utilice de manera adecuada y bajo supervisión médica, es importante brindar al adolescente información oportuna antes de que lo necesite, porque el factor tiempo es fundamental en la efectividad de este método de emergencia.

Como licenciados en enfermería y obstetricia es importante recordar que una de nuestras funciones es la prevención, la cual va ligada a la orientación veraz y eficaz, pues la decisión que un adolescente puede tomar con relación a su vida sexual y el uso de algún método anticonceptivo en este caso la anticoncepción de emergencia puede verse influenciada por factores negativos, que pueden afectar de manera importante su proyecto de vida; lo cual nos va a permitir como promotores de salud hacer conciencia en los adolescentes y jóvenes de la importancia de postergar un embarazo y tener hijos planeados en el momento deseado, lo cual conlleva una responsabilidad, tomando en cuenta que a cada persona y a cada pareja le corresponde el derecho de elegir de manera libre, e informada, el método de planificación familiar que prefiera utilizar; sin embargo es importante hacerle saber al adolescente que la automedicación y el uso inadecuado se puede evitar si se dispone de información suficiente sin olvidar enfatizar el uso de un método anticonceptivo en forma continua y recomendar el uso del condón.

9. SUGERENCIAS

A lo largo del tiempo se han ido implementando diferentes programas con relación a la salud sexual y reproductiva sin embargo aún sigue influenciando de manera importante algunos factores como la estructura familiar, circunstancias socioeconómicas, medios masivos de comunicación, con relación al inicio de la vida sexual, así como el uso de algún método anticonceptivo, temporal o de emergencia, lo cual nos indica que no basta únicamente con programas de enfoque preventivo y distribución de métodos, sino implementar estrategias y acciones específicas que permitan al adolescente disfrutar de manera libre su sexualidad, sin riesgos, postergar su vida reproductiva e incrementar su calidad de vida, a través de la investigación, comunicación activa, capacitación y fortalecimiento y ampliación de los servicios de atención médica y psicosocial.

Se requiere de un trabajo conjunto en las escuelas (públicas y privadas), a través de los padres de familia, de los medios de comunicación, de los organismos gubernamentales y no gubernamentales, para evitar de esta manera que los jóvenes cometan graves errores que puedan marcar su vida para siempre.

Como licenciados en enfermería podemos emplear diferentes acciones como:

1. Elaboración de instrumentos adecuados que permitan obtener respuestas veraces y consistentes de la población en este caso adolescentes y jóvenes.
2. Organización de exposiciones itinerantes, con tópicos selectos en salud sexual y reproductiva, en escuelas, facultades, etc.
3. Coordinación de cursos de capacitación en relación de pareja para fortalecer valores.

10. ANEXOS

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

INTRODUCCIÓN.

A través de este cuestionario se identificará el nivel de conocimiento de los adolescentes y jóvenes de la Escuela Nacional Preparatoria #8, del turno matutino; acerca de la anticoncepción de emergencia, para evitar embarazos no planeados y no deseados, y así crear futuras estrategias de difusión de la información de éste método anticonceptivo.

Este cuestionario está conformado por 13 preguntas, las cuáles serán evaluadas a través de un sistema de codificación preestablecido, que determinará en forma porcentual el grado de conocimiento con el que cuentan los adolescentes y jóvenes acerca de éste método.

Solicito su apoyo contestando este cuestionario, de forma completa y verídica; los datos se manejarán de forma confidencial.

INDICACIONES PARA CONTESTAR EL CUESTIONARIO.

- Lea cuidadosamente las preguntas.
- Marque sólo una opción que usted elija por cada pregunta.
- En caso de duda, por favor pregunte al entrevistador.

DATOS GENERALES.

1. Sexo.

- a) Femenino.
- b) Masculino.

2. Edad.

- a) 14 a 15 años.
- b) 16 a 17 años.
- c) 18 a 19 años.

CONOCIMIENTO.

1. La anticoncepción de emergencia es...
 - a) Un método postcoital para evitar un embarazo.
 - b) Inhibidor de la ovulación.
 - c) Un abortivo.

2. Su función es...
 - a) Inhibidor de la ovulación y la fecundación.
 - b) Inhibidor de la implantación.
 - c) Provocar un aborto.

3. Sus efectos secundarios son...
 - a) Náusea, vómito, dolor de cabeza, alteración del ciclo menstrual.
 - b) Náusea, vómito, aumento de peso y fatiga.
 - c) No causa ningún efecto secundario.

4. ¿Quién puede utilizarlas?
 - a) Cualquier mujer en edad fértil.
 - b) Sólo mujeres que ya han tenido hijos.

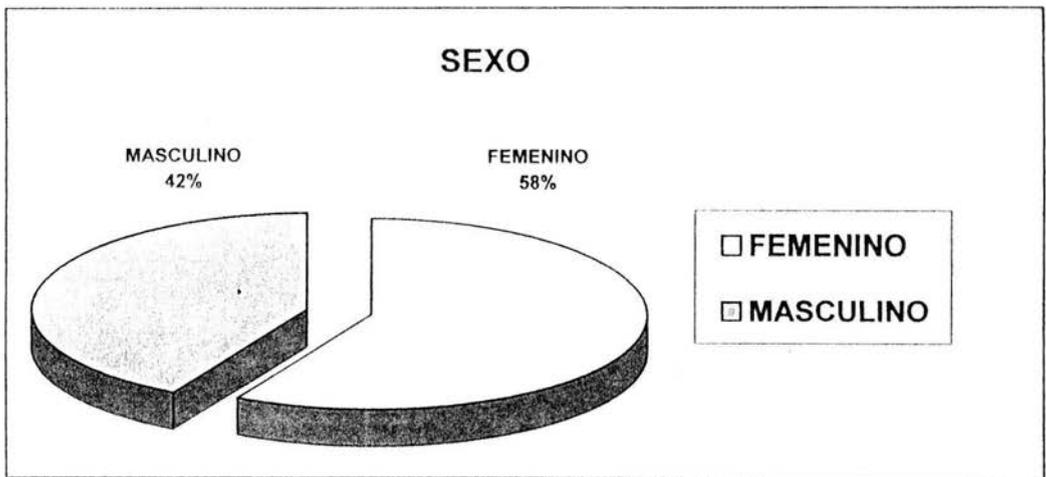
5. ¿Cuándo se indica su uso?
 - a) Ruptura del condón, coito sin protección y violación.
 - b) Sólo en caso de violación.
 - c) Cuando se quiere abortar.

6. La anticoncepción de emergencia tiene mayor efectividad si se toman durante...
 - a) Inmediatamente después de la relación coital.
 - b) Dentro de las 72 horas después de la relación sin protección.
 - c) No importa el tiempo que transcurra después de la relación sin protección.

7. Según la marca la cantidad de pastillas indicadas puede ser...
- a) 2 por 2, 4 por 4, 25 por 25 ó 1 por 1.
 - b) 4 por 4 ó 1 por 1.
 - c) Las necesarias hasta que se presente la menstruación.
8. Se pueden utilizar como anticoncepción de emergencia marcas como...
- a) Ovral, Nordiol, Microgynon, Microlut, Vika y Glanique.
 - b) Ovral y Microgynon.
 - c) Cyclofem y Mesigyna.
9. ¿A que edad tuviste tu primera relación coital?
- a) 18 a 19 años.
 - b) 16 a 17 años.
 - c) 14 a 15 años.
10. ¿Has utilizado la anticoncepción de emergencia?
- a) Nunca.
 - b) Ocasionalmente.
 - c) Siempre.
11. ¿La información que has obtenido del personal de salud ha influido en que utilices la anticoncepción de emergencia?
- a) Siempre.
 - b) Ocasionalmente.
 - c) Nunca.

Recuerda que los datos proporcionados son confidenciales. Por tu cooperación gracias.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



Gráfica 1.

Del total de entrevistados de la muestra, el 58% pertenece al sexo femenino y el 42% al sexo masculino.

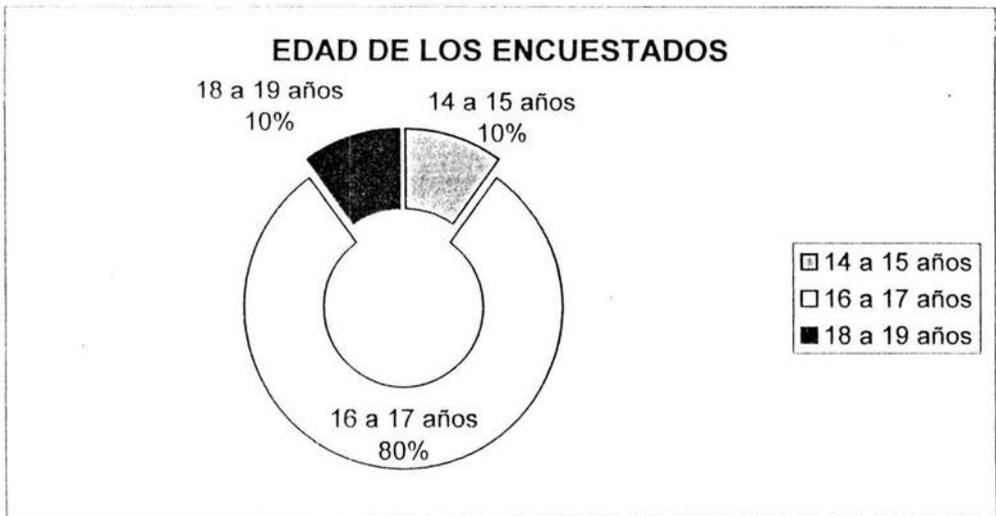


Gráfico 2.

El 100% de los encuestados se encuentra dentro del rango de adolescentes (entre 10 y 19 años) y jóvenes (entre 15 y 24 años), según la definición para éstos dos conceptos por parte de la OMS (Organización Mundial de la Salud)

LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA ES...

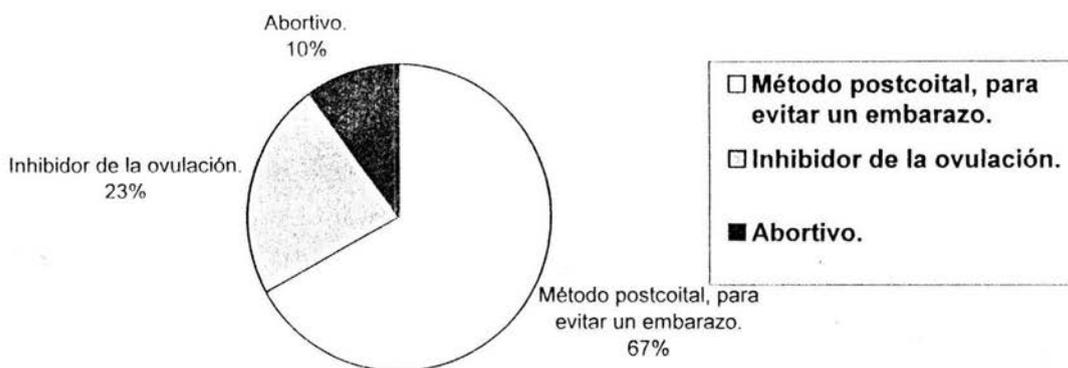


Gráfico 3.

Representación de la diversidad de conceptos entre los adolescentes y jóvenes, acerca de lo que es la anticoncepción de emergencia.

CUÁL ES LA FUNCIÓN LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.

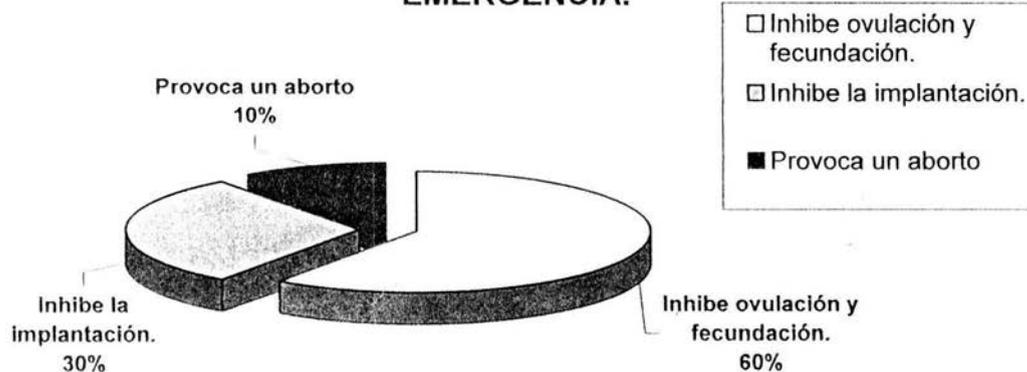


Gráfico 4.

Comparación porcentual acerca de la forma en que conciben la función de la anticoncepción de emergencia los adolescentes y jóvenes.

Efectos secundarios de la anticoncepción de emergencia.

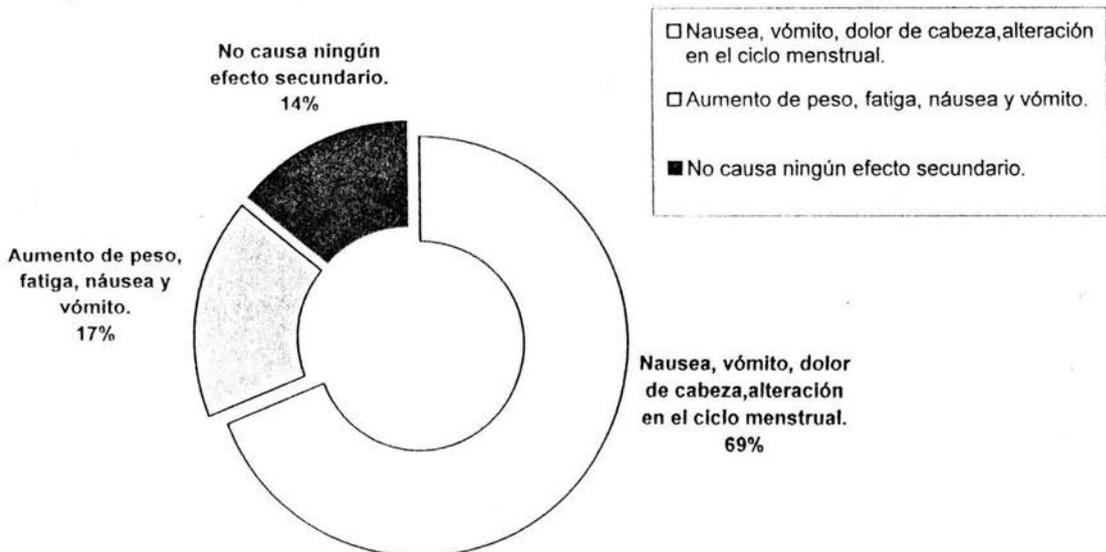


Gráfico 5.

Existen diferencias en el conocimiento de los efectos secundarios de la anticoncepción de emergencia entre los adolescentes y jóvenes.

Indicaciones de la anticoncepción de emergencia

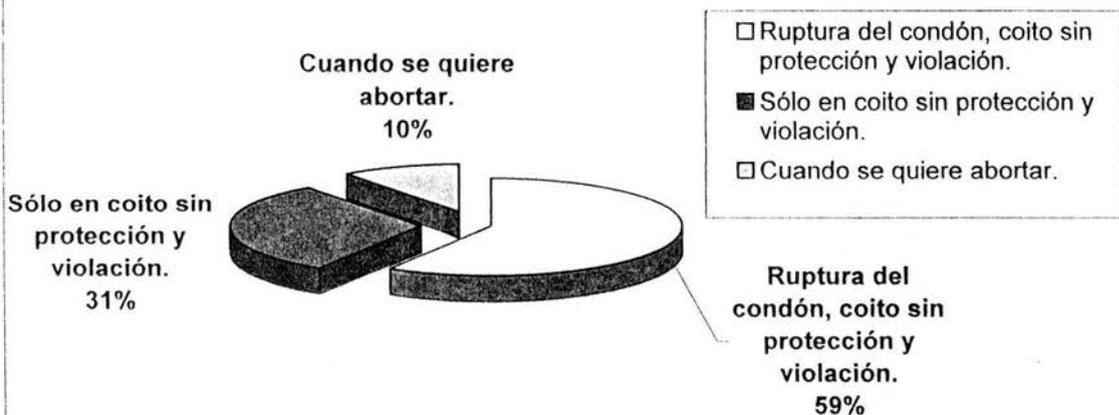


Gráfico 6.

Representación porcentual del conocimiento que tienen los adolescentes y jóvenes acerca de los casos en que se puede utilizar la anticoncepción de emergencia.

La efectividad de la anticoncepción de emergencia es mayor si se toma...

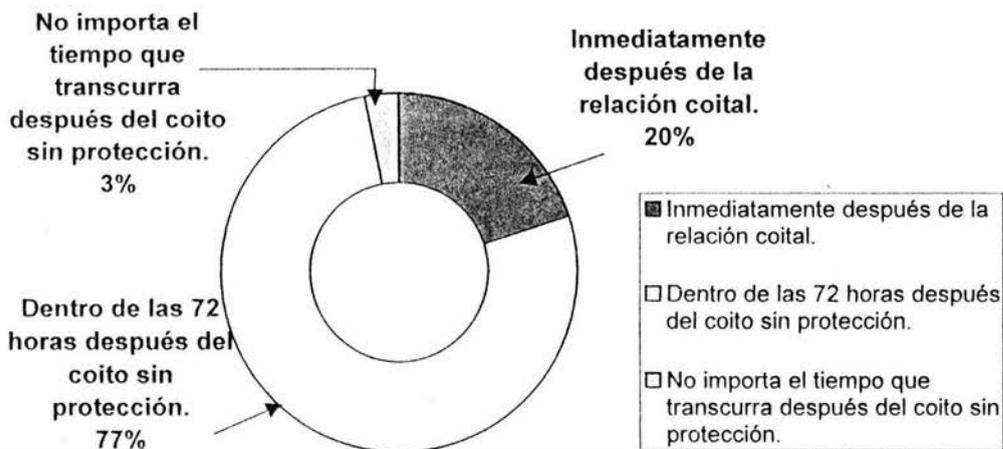


Gráfico 7.

Conocimiento de los adolescentes y jóvenes acerca del tiempo que transcurre entre la relación coital y la toma de la anticoncepción de emergencia y su relación con la efectividad de ésta.

Influencia del personal de salud en relación al concepto de la anticoncepción de emergencia.

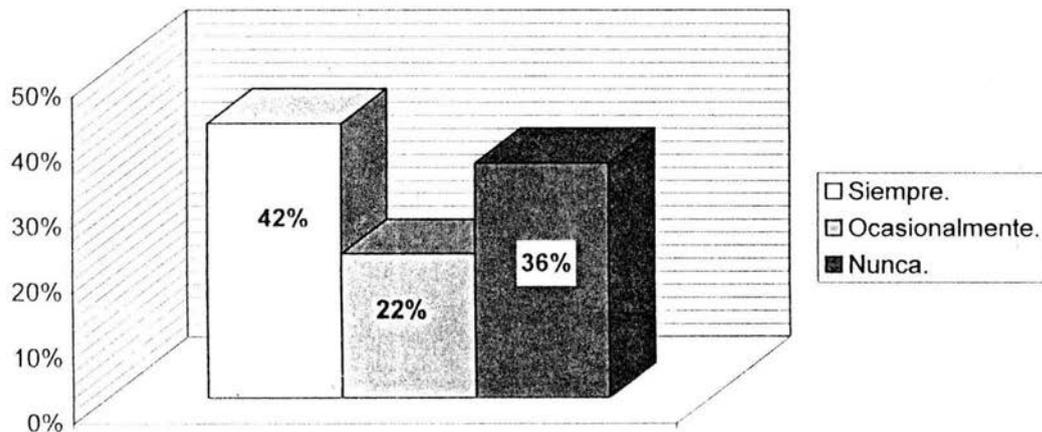


Gráfico 8.

Representación gráfica acerca de que tanto influye el personal de salud (Enfermeras, Médicos, etc.), en el concepto que tienen los adolescentes y jóvenes de la anticoncepción de emergencia.

Cuántos alumnos y cuántas veces han utilizado la Anticoncepción de Emergencia.

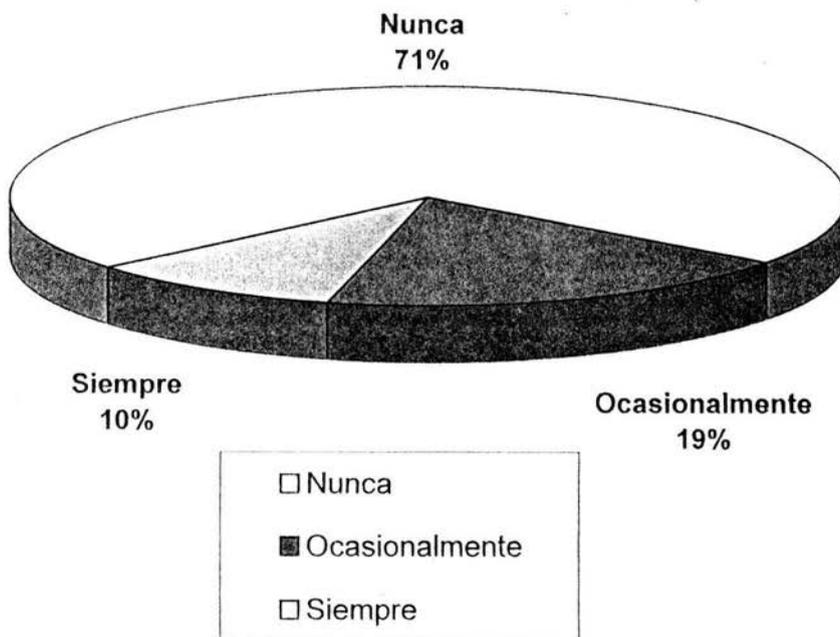


Gráfico 9.

Representación porcentual de los alumnos que han y no utilizado la anticoncepción de emergencia, así como la frecuencia con que hacen uso de ella el 29% que la ha utilizado.

DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE

CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.

Escuela Nacional Preparatoria, número 8 "Miguel E. Schulz"

Ubicada en Avenida Lomas de Plateros s/n, colonia Merced Gómez, delegación Alvaro Obregón, código postal 01600.

Tipo de suelo: Pavimentado, en las áreas destinadas a actividades deportivas, como el campo de fútbol soccer y fútbol americano, así como en las jardineras del plantel encontramos que están cubiertas por césped.

Hidrografía: Clima templado. Su flora está constituida por jardineras, en las cuáles encontramos gran diversidad de árboles y césped.

TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN.

- Cuenta con tres teléfonos públicos dentro del plantel.
- Existen varias vías de comunicación que forman parte de la ruta de diversos medios de transporte, tales como, colectivos microbuses, sistema de transporte colectivo metro, camiones colectivos. Así mismo se puede llegar al plantel por medio de taxi o vehículo particular.

TECNOLOGÍA EXISTENTE.

El plantel cuenta con laboratorios, los cuáles están equipados para realizar investigaciones de alto nivel académico, en ellos los alumnos profundizan los conocimientos aprendidos en los laboratorios curriculares (LAC) y de ciencias experimentales (LACE), de asignaturas como biología, física, psicología y química.

A su vez cuenta con tres salas de computo, dos de ellas destinadas a los alumnos y la tercera (llamada "Centro de apoyo"), es utilizada por profesores para que efectúen trabajos académicos.

Cuenta con una estación meteorológica (red de monitoreo meteorológico), que estimula la realización de estudios e investigaciones por parte de los alumnos del plantel.

BIBLIOTECAS Y FOROS CULTURALES.

Cuenta con una biblioteca "Raúl Pous Ortiz", que tiene un servicio automatizado para la consulta, así como estantería abierta.

Para la realización de actividades estéticas y artísticas cuenta con un auditorio, con capacidad de 500 personas aproximadamente. Así como salones de danza, teatro, música y oratoria, salas de proyección y conferencias.

ACTIVIDADES DEPORTIVAS.

Cuenta con un gimnasio destinado a actividades de halterofilia y físico culturismo, una cancha de duela, techada para actividades de voleibol, basquetbol y gimnasia.

Al lado de la cancha de duela y de los campos de fútbol, se encuentra la alberca (semi olímpica) y la fosa para clavados.

Entre cada edificio existen mesas de ping pong.

SERVICIOS.

- Área de servicios escolares.
- Área de servicios médicos.
- Servicio de fotocopiado.
- Servicio de cafetería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fridman, L. Ferguson, B. Enfoques de la OMS sobre la salud de los adolescentes. Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1995.
2. Santrock, J. W. Adolescente. VII Edición. Mc Graw Hill. Nueva Cork. 1998.
3. Monroy, A. La sexualidad en la adolescencia. Tomo II. Grupo editorial Porrúa. México D. F. 1994.
4. Pérez – Palacios, G. y coautores. Aspectos biopsicosociales de la sexualidad de los – las adolescentes. Publicaciones de la Secretaría de Salud. Ediciones de Buena Tinta, S. A. de C. V. 2000.
5. Erikson E. Ocho edades del hombre. Editorial Hormé, Buenos Aires, 1996.
6. Sánchez O. Factores de riesgo para evaluar la conducta adolescente. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997.
7. Melgar, I. Alerta ONU sobre embarazo en adolescentes. En Reforma, México, 11 de julio de 1997, sección Nacional.
8. Cerruti, S. Sexualidad y adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica no. 552. Washington DC. 1995.
9. Trussell, J. La eficacia del método Yuzpe en la Anticoncepción de Emergencia. Perspectivas para la planificación familiar. 1996.
10. Yuzpe, A. Etinilestradiol y Levonorgestrel como anticoncepción postcoital. Fertilidad y esterilidad. 1995.
11. Trussell, J. Píldoras de anticoncepción de emergencia. Perspectivas de planificación familiar. 1992.
12. Ruiz, V. Peraza. Gestación en la adolescente. Ginecología Obstétrica de México. México D. F. 1991.

13. Zúñiga, E. Tendencias recientes del embarazo en México. Comisión Nacional de la Mujer. México D. F. 2000.
14. Presidencia de la República. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. México D. F. (modificación Enero 2004).
15. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana. NOM 005 – SSA2 – 1993 de los servicios de planificación familiar. Diario Oficial de la Federación, México D. F. 1994 (modificación Enero 21 2004).
16. Pérez – Palacios, G. Evaluación del programa de salud sexual y reproductiva para los adolescentes. Secretaría de salud. Ed. Buena Tinta, SA de CV. México D.F. 2000.
17. Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (MEXFAM). Encuesta Gente Joven y Encuesta Adolescentes. México D.F. 2000.
18. La perspectiva de género en la salud reproductiva. Publicaciones de la Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. México D.F. 1996.
19. Monroy, A. Salud, sexualidad y adolescencia. Publicaciones del centro de orientación para adolescentes. México D.F. 1990.
20. Pérez – Palacios, G. Programa de salud sexual y reproductiva para la población adolescente. Publicaciones de la Comisión Nacional de la Mujer. México D.F. 2000.
21. Camacho – Hubner, AV. Perfil en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en América latina. Serie ops/fnuap noviembre del 2000.
22. García, E. Conducta sexual y anticonceptiva en jóvenes solteros. Ginecología y obstetricia. México. 2001.

23. Morris, L. Experiencia sexual y uso de anticonceptivos entre jóvenes en América latina. Conferencia internacional sobre fecundidad en adolescentes en América latina. México D.F. 1991.
24. Cuevas, J. Conocimiento sexual, actitudes hacia la sexualidad y conducta sexual en estudiantes universitarios. Enseñanza e investigación en psicología. México 1993.
25. Ponce de León, R. Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de la universidad de Guanajuato, en relación a anticoncepción. Comunicaciones del centro de investigaciones en matemáticas. México 1999.