




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

**CONOCIMIENTOS Y ATRIBUCIONES QUE LE OTORGAN A LAS PASTILLAS  
ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA, LAS ADOLESCENTES DEL TURNO  
MATUTINO DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES, PLANTEL  
NAUCALPAN.**

**TESIS**

Que para obtener el título de:  
**LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

Presenta:  
**VERÓNICA ALICIA VÁZQUEZ CRUZ**

Director de tesis:   
**L.E.O. MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL**

  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
México, D.F., 2005

m 343118



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.

*Dedicatorias:*

*A mi madre la Sra. Celia Cruz Aguilar "mi gorriona", que siempre ha estado a mi lado en las buenas y en las malas brindándome su amor incondicional y apoyándome en todas mis empresas.*

*A mi padre el Sr. Luis Vázquez Juárez, en pago del inmenso amor que siempre me has profesado, así como en retribución a la herencia que prometiste y que me has proporcionado que es la educación.*

*A mis hermanos: Luis, Luis Raymundo y María Aurea quienes han estado a mi lado y nunca me dejaron desfallecer y siempre han tenido palabras de aliento.*

*A mis sobrinos: Antonio, Luis Isaac, Andrea y Arturo mi "pichicuas" por su amor y fe y principalmente por ser mis principales maestros de enfermería.*

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

NOMBRE: Verónica Alicia

Vázquez Cruz

FECHA: 15 de Abril de 2005

FIRMA: [Firma]

## *Agradecimientos:*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme brindado la oportunidad de formar parte de su comunidad, porque en ella he recibido la educación media superior y superior, porque fue en sus aulas donde conocí a mis mejores amigas y me ha dado la oportunidad de conocer gente muy especial que ha impactado mi vida.*

*A mis profesores de la ENEO: Gandi Ponce, Querubín, Carlos Fuentes, Juan de Dios, Lilia Sevilla, Ramiro Hernández, Dr. León. Celia Calcáneo, por ser unos excelentes maestros, de los cuales he aprendido mucho tanto dentro como fuera de las aulas de clases*

*A mi querida profesora Maria de los Ángeles Marques quien me enseñó el verdadero significado del holismo en la práctica de la enfermería y por brindarme su mano en los momentos difíciles.*

*A mis amigas y compañeras de estudio Mariana Falcón y en especial a Irene Pérez con quienes he compartido tanto pequeños como grandes momentos de mi vida, tristezas y alegrías.*

*A mi familia: a mi abuelita por todos aquellos cuidados maternos que recibí de ellas por tantos años, a Susy que ha sido como una hermana y compañera de estudios desde la niñez hasta el día de hoy, a Selene, Tania, Virginia y Santana que son parte importante de mi vida y con quien siempre cuento.*

*A las Autoridades del CCH-Naucalpan por todas las facilidades y el apoyo que recibí de ellos para hacer de mi servicio social una maravillosa experiencia la cual dio como fruto el presente trabajo de titulación. De igual manera agradezco a Tere, Fernando, Omar, Ángeles Trujillo, Ángeles Márquez por todo su apoyo que fue pieza clave para un buen desempeño profesional en este plantel.*

*Al Lic. Antonio Hernández y Elsa Savala por sus conocimientos y tiempo que me dedicaron para el enriquecimiento del presente trabajo.*

*Finalmente a mi maestra y asesora Martha Lilia Bernal Becerril, que me ha proporcionado su apoyo siempre que se lo he requerido y quien ha sido pieza fundamental para consolidar este proyecto.*

# ÍNDICE

Página

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>II. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>III. OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
<b>IV. MARCO TEORICO.</b>	
<b>4.1. Adolescencia.....</b>	<b>10</b>
4.1.2 Cambios biológicos y anatómicos.....	10
4.1.3 Desarrollo psicosexual adolescente.....	15
4.1.4 Sexualidad en los adolescentes.....	17
<b>4.2 Salud sexual y reproductiva.....</b>	<b>21</b>
4.2.2 Perspectiva de género en la salud reproductiva.....	22
4.2.3 Derechos sexuales y reproductivos.....	23
4.2.4 Fundamento legal y normativo.....	25
4.2.4.2 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	25
4.2.4.3 Ley General de Población.....	25
4.2.4.4 Ley General de Salud.....	26
4.2.4.5 NOM-005-SSA2 de los servicios de planificación familiar.....	28
4.2.4.6 Congresos internacionales.....	29
4.2.4.7 Programa de Acción: Salud Reproductiva 2001-2006.....	30
4.2.4.8 Programa de atención a la salud de la adolescencia (PASIA) de la Secretaría de Salud.....	33
<b>4.3 Embarazo en la adolescente.....</b>	<b>38</b>
4.3.2 Embarazo no deseado en la adolescencia.....	42
<b>4.4 Aborto.....</b>	<b>43</b>
<b>4.5 Anticoncepción de emergencia.....</b>	<b>50</b>

4.5.2 La Anticoncepción de Emergencia (AE) y su situación actual en México.....	64
<b>4.6 DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>65</b>
4.6.1 Población.....	65
4.6.2 Tipo de Estudio.....	67
4.6.3 Hipótesis.....	67
4.6.4 Variables.....	67
4.6.5 Definiciones.....	68
4.6.6 Instrumento de aplicación.....	69
4.6.7 Recolección de datos.....	69
4.6.8 Análisis de datos.....	69
<b>RESULTADOS</b>	
Datos de identificación.....	71
Planificación familiar.....	75
Relaciones sexuales.....	78
Métodos anticonceptivos.....	87
Información sobre PAE.....	89
Atribuciones que le otorgan a las PAE.....	99
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>115</b>
<b>PROPUESTAS.....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>124</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>132</b>

## INTRODUCCIÓN

“La Organización Mundial de la Salud define la salud reproductiva como un estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, en todo lo relacionado con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos, es decir que en principio, la salud sexual y reproductiva no sólo se limita al embarazo y parto. La salud reproductiva, incluye a la sexualidad, e implica que todas las personas son capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura, y que tienen la capacidad para reproducirse y la libertad para decidir si lo hacen o no, cuándo y con qué frecuencia”<sup>1</sup>.

Las decisiones que tomamos sobre nuestra vida sexual y reproductiva se ven influidas por factores emocionales, psicológicos, sociales, culturales y económicos. Sin embargo, independientemente de qué decisiones tomemos, todas las personas tenemos derecho a obtener el más alto grado de salud, y es en la adolescencia cuando se toma una de las decisiones más importantes y trascendentales de la vida, como lo es el de iniciar o no la vida sexual activa, además es en esta etapa de la vida cuando hay una mayor carencia de conocimientos de salud sexual y reproductiva ya sea por la nula o escasa educación sexual en el seno familiar o por información distorsionada obtenida a través de diversos medios.

Es pues en esta etapa de la vida en la que los jóvenes creen ser “los dueños del mundo” que los rodea y que lo pueden cambiar a su antojo, dentro de su todavía pensamiento infantil y mágico se sienten inmortales ya que en las prácticas sexuales que tienen no adquirirán enfermedades de transmisión sexual y mucho menos podrán morir a consecuencia de éstas, también creen que son infértiles ya que ellos no son capaces de embarazar a nadie y las chicas tampoco creen que se van embarazar y mucho menos en la primera o primeras relaciones coitales, por lo cual es muy común que los adolescentes experimenten sus primeras relaciones coitales sin protección alguna, lo que trae como consecuencia embarazos no planeados y en muchos casos no deseados.

---

<sup>1</sup> Lamas, Martha., Giacomán, Claudia y Taracena Rosario. “De mujer a Mujer: enfermeras y trabajadoras sociales ante los dilemas reproductivos”.Ed. Grupo de Información en Reproducción Elegida. México 1998 pág. 9

Se sabe que en México las adolescentes (mujeres menores de 19 años) aportan el 17 % de nacimientos de madres adolescentes lo que se traduce en 366 mil nacimientos al año, y una tasa específica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de este grupo de edad.<sup>2</sup> Dichas cifras deben de ser mayores si tomamos en cuenta que un número considerable de adolescentes llevan a cabo un aborto clandestino y/o un aborto espontáneo de los cuales no se cuenta con cifras exactas, estos embarazos están ligados a diferentes causas como lo son la deficiente educación sexual, los insuficientes servicios de salud, el difícil acceso a métodos anticonceptivos, a una demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos y a las condiciones de pobreza en las que vive una gran parte de la población, otra causa suele ser la falta de afecto y el sentido de pertenencia por lo cual en algunos casos las adolescentes deciden tener un hijo para sentir que tienen algo propio y que en dicho hijo obtendrán todo el afecto que les hace falta.

La anticoncepción de emergencia (AE) surge como una alternativa más para que los individuos puedan ejercer de manera libre e informada su derecho a la planificación familiar ya que por medio de este método se puede dar solución a un problema al que se enfrentan un gran número de parejas, cuando el método anticonceptivo que utilizan falla o en el caso de que no se halla utilizado ningún método anticonceptivo para las relaciones coitales, dando de esta manera una posible solución para evitar que se pueda producir un embarazo no planeado y en algunos casos si el rechazo hacia un embarazo es total poder evitar a que se llegue a producir un aborto, los que en su mayoría llegan a practicarse de manera clandestina poniendo en riesgo no sólo la salud de la mujer si no la vida misma. Sin embargo, así como los adolescentes no tienen una clara visión de cómo se utilizan y cómo funcionan los anticonceptivos, también hay una gran carencia de información de las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE), por lo que el uso de este método generalmente es inadecuado, lo cual puede suponer un problema de salud a corto, mediano y largo plazo.

El presente trabajo de investigación ha sido estructurado para su mejor comprensión de la siguiente manera:

---

<sup>2</sup> cfr. Secretaría de Salud. **“Programa de Acción: Salud Reproductiva”** México, DF, 2001 Pág. 23



En el capítulo II contiene la justificación de la presente tesis.

El capítulo III contiene el objetivo general así como los objetivos específicos del presente trabajo de investigación.

El capítulo IV pretende dar una visión integral de de la problemática de lo que implica ser hoy en día una mujer adolescente para ello es indispensable primero que nada dar una aproximación de una definición de adolescencia para posteriormente describir los cambios biológicos y anatómicos que se van gestando en la mujer adolescente, enseguida se abordan los diferentes aspectos del desarrollo psicosexual por los que atraviesa la adolescente como parte de su maduración psicológica, también se aborda el tema de la sexualidad de los adolescentes y sus prácticas de riesgo y cómo es que influye la perspectiva de género en la salud reproductiva de las jóvenes.

De igual manera es necesario el integrar en este trabajo los derechos sexuales y su fundamento legal y normativo que dan estructura a los diferentes programas de salud sexual y reproductiva tanto para las y los adolescentes como para el resto de la población.

Se aborda también en este trabajo el embarazo en la adolescencia con especial énfasis en los efectos negativos que conlleva el embarazo en esta etapa de la vida por su propia naturaleza así como los efectos negativos que tiene en el proyecto de vida de la adolescente, y su problemática económica y social que le representa a la joven madre. Se trata también el tema del embarazo no deseado en la adolescente y su consecuencia más común que suele ser el aborto clandestino y los efectos en la salud de las adolescentes, todo esto con la finalidad de dar soporte posteriormente a la importancia de la enseñanza y difusión del correcto uso de las pastillas anticonceptivas de emergencia.

Se aborda el tema de la anticoncepción de emergencia principalmente el método hormonal desde su historia hasta el seguimiento que debe de realizarse a las usuarias de este método de emergencia, así como la importancia de la participación del Licenciado de Enfermería y

Obstetricia en el primer nivel de atención y la situación actual en México en materia de anticoncepción de emergencia.

La presente investigación ha pretendido conocer cuáles son los conocimientos que tienen las adolescentes de las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) ya que dependerá de ese conocimiento las atribuciones que le confieran a este método para su correcto uso. Por lo tanto, los resultados obtenidos a través de los cuestionarios se describen y analizan brevemente y para una mejor comprensión de éstos se pueden encontrar dichos resultados ya sea en cuadros y/o gráficas, también se ha incluido las conclusiones de los resultados de esta investigación, que son la base para justificar y proponer acciones, en salud reproductiva que serán de utilidad al Licenciado de Enfermería y Obstetricia en su ejercicio de la práctica profesional en el primer nivel de atención que es la base para tener y mantener a la población saludable, pues debemos tomar en cuenta que si se educa a la mujer en cuanto a su vida sexual y reproductiva, ella aplicará estos conocimientos en beneficio de sí misma y de su familia traduciéndose esto en bienestar no solo socioeconómico sino en bienestar en materia de salud.

En los anexos se encuentra el instrumento de aplicación de esta investigación, también se puede encontrar en este apartado el tríptico de “Las pastillas anticonceptivas de emergencia” que se recomienda y propone para proporcionar y reafirmar la información que preste el Licenciado de Enfermería y Obstetricia ya sea dentro de las aulas de clases o en la asesoría consejería de planificación familiar.

Por último pero no menos importante se puede encontrar la bibliografía que fue consultada y/o citada, para la elaboración de este trabajo.

## II. JUSTIFICACIÓN

Durante la prestación del servicio social en la Unidad de Investigación, Enseñanza y Comunicación en Salud Reproductiva (UNISSER), se designó el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Naucalpan en el turno matutino, para dar seguimiento al Modelo Universitario de Salud Sexual y Reproductiva para la Comunidad Estudiantil. El cual tiene por objetivo el implementar y validar un Modelo Universitario de Salud Sexual y Reproductiva para la comunidad estudiantil en el contexto amplio del desarrollo humano, saludable y perspectiva de género, con un enfoque de protección y promoción a la salud, mediante estrategias y acciones innovadoras, activa participación de diferentes agentes de cambio y de adolescentes y jóvenes universitarios, en un marco de absoluto respeto a su dignidad, sus derechos y a su libre decisión, a efecto de contribuir a incrementar su calidad de vida y aprovechamiento escolar y a disminuir la deserción universitaria. Para dar cumplimiento de los objetivos marcados en el modelo se trabajó con los adolescentes de diversas maneras como lo fueron: talleres, mesas redondas, conferencias y sesiones educativas, también se trabajó con los adolescentes a través de la consulta personalizada, es en dichas consultas donde los adolescentes tuvieron la oportunidad de disipar sus dudas de sexualidad así como de los diferentes métodos anticonceptivos<sup>3</sup>

La consulta personalizada tuvo una gran demanda y uno de los temas de mayor interés para los adolescentes fueron las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE), ya sea porque alguna vez las han ingerido y desconocen si tendrán efectos adversos a largo plazo, en otros casos ya las ingirieron y no saben si la ingesta fue la adecuada y sí obtendrán el resultado esperado (evitar un embarazo) o por que desean utilizar este método pero no saben cómo funciona y desconocen las dosis, también se pudo observar que la información con la que cuentan es generalmente distorsionada al manifestar verbalmente en varias ocasiones las adolescentes que creen que se trata de un método abortivo, un método de uso regular o un método que también las protegerá de las infecciones de transmisión sexual (ITS) además de evitarles un embarazo entre otros conceptos erróneos que tienen acerca de las PAE.

---

<sup>3</sup> cfr. Pérez Palacios, Gregorio. Gálvez Garza, Raquel. **“Modelo Universitario de Salud sexual y Reproductiva para la Comunidad Estudiantil”** se. México DF., Septiembre, 2001 Pág. 19

Otras de las causas probables por la cual las adolescentes ingieren las PAE es por que tienden a practicar las relaciones sexuales (coitales) en su mayoría sin protección alguna y en algunos casos dichas relaciones son practicadas con algún método anticonceptivo pero el conocimiento de este es deficiente por lo que dudan de su efectividad anticonceptiva.

La presente investigación pretende conocer cuáles son los conocimientos que tienen las adolescentes acerca de las PAE y si las atribuciones que les confieren son las correctas, por lo tanto es de gran importancia el tener datos aproximados acerca de las causas por las cuales las adolescentes ingieren las PAE y si su ingesta esta ligada por atribuciones falsas o erróneas, si realmente sus conocimientos de los anticonceptivos son deficientes. Esto con la finalidad de que se puedan diseñar estrategias para educar a la población estudiantil y lo mas importante es poder impactarla para que las decisiones que tomen sobre su sexualidad sean lo más asertivas posible y de tal manera disminuir los factores de riesgo para dicha población.

El primer nivel de atención se basa en la prevención la cual se centra en la educación de la población pero dicha educación debe de estar dirigida a una población especifica para que se pueda crear impacto en los individuos, por lo tanto corresponde al Licenciado de Enfermería y Obstetricia diseñar los programas para adolescentes que no solamente los involucren a ellos sino que estos programas reeduquen al resto de la población que esta en constante contacto con ellos como lo son los padres de familia, maestros y personal de salud para que realmente se vea a la salud sexual y reproductiva como un derecho que tiene todo ser humano.

Por otro lado, cabe señalar que para poder obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia se deben de cumplir con ciertos requisitos como lo puede ser la presentación por escrito de un trabajo de investigación así como su réplica oral por lo cual se justifica la elaboración del presente documento.

### **III. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar el grado de conocimientos y atribuciones que le otorgan a las pastillas anticonceptivas de emergencia las adolescentes del turno matutino del Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Naucalpan.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Dar a conocer el grado de conocimientos que tienen las adolescentes del turno matutino del Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Naucalpan de las pastillas anticonceptivas de emergencia.
- Identificar cuáles son las atribuciones que les dan las adolescentes del turno matutino del Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Naucalpan a las pastillas anticonceptivas de emergencia.

## IV MARCO TEÓRICO

### 4.1 Adolescencia

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y adquiere la independencia socioeconómica; asimismo, la OMS fija el inicio de la adolescencia entre los 10 y los 19 años de edad”.<sup>4</sup>

Es la adolescencia donde se inicia uno de los períodos más importantes de la vida de todo individuo llamada pubertad en la cual se llevan a cabo los procesos de crecimiento y desarrollo biológicos

#### 4.1.2 Cambios biológicos y anatómicos.

La presencia de las hormonas luteinizante (LH), la hormona folículo estimulante (FSH) y los estrógenos se encuentran presentes durante la niñez pero en niveles muy bajos y cuando se experimenta un aumento de los andrógenos suprarrenales da comienzo la pubertad, esto es alrededor de los 8 años de edad por lo que se puede afirmar que la adolescencia es el resultado de la maduración del sistema nervioso central ya que es necesario que madure el sistema hipotálamo-hipófisis-gónadas para que las hormonas que son producidas en la adenohipófisis puedan entrar al torrente sanguíneo y faciliten la maduración de las gónadas.

La elevación de LH y FSH se da principalmente durante la noche y aumentan con el sueño y conforme va progresando la adolescencia el aumento de estas hormonas será durante todo el día, al irse incrementando estos niveles dará como resultado que los ovarios se estimulen para secretar estrógenos que son los responsables del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios así como de el crecimiento de las trompas de Falopio, el útero y la vagina. <sup>5</sup> “Los

---

<sup>4</sup> Dulanto Gutiérrez, Enrique. “El Adolescente”. Mc Graw-Hill Interamericana. México 2000 Pág.549

<sup>5</sup> cfr Tortora Gerard, Jerry y Reynolds Grabowky, Sandra. “Principios de Anatomía y Fisiología” Ed. Harcourt Brace. Séptima edición. Madrid. España 1998. Pág.957

caracteres sexuales secundarios son elementos biológicos que acentúan la masculinidad o feminidad desde la pubertad hasta la edad adulta. Su presencia oportuna y adecuada fomenta la autoestima y ayuda a formar un autoconcepto en el transcurso de la pubertad y adolescencia.”<sup>6</sup> En la mujer los caracteres secundarios se manifiestan desde edades tempranas como a los nueve años de edad, esto se puede observar en el aumento del diámetro pélvico, en los pezones que van perdiendo su forma infantil cuando la papila mamaria se eleva, esto dura aproximadamente un año y posterior a esto se da el crecimiento de la glándula mamaria este proceso es lento el cual dura aproximadamente tres años, los caracteres de las mamas son individuales y están relacionados con factores familiares, es también en esta etapa cuando va apareciendo el vello púbico en el monte de Venus que al principio es delgado y no pigmentado y conforme va avanzando hacia los labios mayores se pigmentará e irá engrosándose.

Entre los 13 y 14 años de edad los pezones se pigmentan notablemente perdiendo su tono rosado que tenían antes dando las características de unas glándulas mamarias bien desarrolladas, es también en esta etapa cuando aparece el vello axilar con un crecimiento acelerado, mientras que el cambio de voz en las adolescentes consiste en un ligero descenso del timbre de voz por lo cual no es tan notable como en el hombre.

Alrededor de los 17 a 18 años de edad se puede percibir la última fase de los cambios pubescentes de la mujer con el cierre de las epífisis óseas dando lugar a la maduración esquelética y con ello el fin de crecimiento somático.

La menarca o aparición inicial de la menstruación es en promedio a los 12 ½ años de edad, la menarca esta también relacionada con un aumento crítico del contenido graso corporal (mientras las adolescentes se acerquen más a los 45 Kg. de peso más se acercarán a la menarca), lo que puede explicar el por qué algunas adolescentes con problemas nutricionales o que practican algún deporte de alto rendimiento comiencen a menstruar a edades más avanzadas ( 15 a 17 años de edad ) o sufran de pérdidas menstruales por uno o varios meses. Al principio los

---

<sup>6</sup>Dulanto Gutiérrez, Enrique. Ob, Cit. Pág.14

períodos menstruales son ligeros e irregulares y anovulatorios ya que la ovulación suele estar presente de 12 a 24 meses después de la menarca.<sup>7</sup>

Es de gran importancia el comprender las diferentes fases que comprenden la fisiología de la mujer para conocernos a nosotras mismas, comprender el ciclo menstrual e identificar nuestro periodo de mayor probabilidad de fertilidad y poder identificar cuando hay alteraciones importantes en nuestro organismo.

### **Fase folicular o estrogénica**

El primer día del sangrado vaginal marca el inicio de un ciclo donde el hipotálamo comienza a aumentar la secreción de manera rítmica y pulsátil de la hormona liberadora de gonadotropinas o GnRH cuyo estímulo induce a la secreción de las gonadotropinas, que son hormonas hipofisarias llamadas folículo estimulante o FSH y luteinizante o LH.

“En esta fase de acción de la FSH, principalmente, induce el desarrollo de los folículos dentro de ambos ovarios. Estos folículos comienzan a desarrollarse aumentando su tamaño a expensas de la replicación de las células de la teca interna y externa, de la capa granulosa y del aumento de volumen del líquido folicular, de esta manera se secretan cantidades crecientes de estrógenos que producen una retroalimentación negativa a nivel de hipófisis e hipotálamo, disminuyendo los niveles de FSH circulantes.

En el momento que el crecimiento de un folículo predomina sobre los demás (dominancia folicular) el resto de los folículos detienen su crecimiento y comienzan a atresarse, quedando solamente este folículo dominante en el camino hacia un folículo maduro o de De Graaf.”<sup>8</sup> Al alcanzar este folículo el estado de madurez, comienza a mostrar un punto de debilidad sobre la superficie ovárica que, además de la gran presión originada por el contenido folicular, secreta un pico estrógeno que determina una retroalimentación positiva a nivel del hipotálamo y la

---

<sup>7</sup> cfr Wong L., Donna. “Enfermería Pediátrica”. Cuarta edición. Ed. Mosby. Madrid España. 1995 Pág. 416 - 418

<sup>8</sup> Dazza, Daniel y Santoyo Haro, Samuel. “I Curso de Anticoncepción para el Farmacéutico”. No.1/3 editado por Schering Mexicana. s.f. Pág. 17



hipófisis, quienes responden con un pico de gonadotropinas (principalmente LH) provocando la salida del óvulo. Este proceso es la ovulación y finaliza con la salida del óvulo rodeado por células de la granulosa que, junto con sus secreciones, forma la corona radiada que cubre la zona pelucida e inicia así su recorrido al ingresar a las trompas de Falopio en búsqueda de un espermatozoide que lo pueda fecundar, en el caso de que el óvulo no sea fecundado dentro de las primeras 24 hrs. Aproximadamente, se desintegra. Con la ovulación se finaliza la fase estrogénica o folicular.

### **Fase lútea o progestacional.**

En los restos del folículo (células de la granulosa y tecas externa e interna) que termina de ovular, se forma primero el folículo hemorrágico, e inmediatamente después, el cuerpo lúteo o amarillo que a raíz de cambios en la síntesis esteroidea comienza a secretar la hormona llamada progesterona (además de estrógenos), cuya principal función es preparar al endometrio y a todo el organismo para el embarazo.

La progesterona en niveles suficientes ejerce una retroalimentación negativa sobre la hipófisis e hipotálamo produciendo un franco descenso de las gonadotropinas circulantes. Si no se produce el embarazo, este cuerpo lúteo comienza a atrofiarse degenerándose a cuerpo albicans o blanco, que deja de secretar hormonas y, al suprimir la retroalimentación negativa que la progesterona ejercía sobre el hipotálamo y la hipófisis, comienza nuevamente la secreción de GnRH y gonadotropinas, dando inicio a un nuevo ciclo.

### **Modificaciones endometriales (ciclo endometrial).**

Después de la menstruación, la capa funcional del endometrio comienza a crecer a partir de la capa basal, este desarrollo es debido a las concentraciones crecientes de estrógenos en sangre, que determinan una importante proliferación celular a nivel glandular, dichas glándulas se van haciendo cada vez más altas, superando el espesor de la basal de 3 a 4 veces (fase proliferativa) fase determinada por la presencia de estrógenos.

En seguida de la ovulación aparece en sangre otra hormona llamada progesterona. A nivel de la capa funcional se detiene la proliferación celular, para dar lugar a modificaciones que

preparan al endometrio para recibir al posible óvulo fecundado. Las células existentes en estas glándulas comienzan a aumentar su volumen, y las glándulas que eran rectas en la fase proliferativa, se tornan tortuosas y estas modificaciones celulares determinan una secreción de sustancias que hacen al endometrio muy característico. Esta fase es denominada fase secretora, fase determinada por la presencia de progesterona.

En caso de no existir fecundación del óvulo, disminuyen significativamente los niveles hormonales. Esto hace que la capa funcional empiece a sufrir cambios degenerativos, produciéndose la menstruación quedándose la capa basal a la espera de un nuevo ciclo.

A nivel del endocervix también se presentan modificaciones. El epitelio endocervical presenta una superficie muy anfractuosa con gran formación de pliegues, dando lugar a formaciones cavitarias denominadas criptas. Este epitelio también secreta moco endocervical, compuesto por una matriz de cadenas de mucina entrelazadas en un gel sobradamente acuoso. Este hidrogel tiene la característica de hidratarse ante la presencia netamente predominante de estrógenos, separando las cadenas de mucina en forma paralela y de este modo facilitan el ascenso de los espermatozoides. Este tipo de moco (tipo E) de características semilíquidas puede alcanzar la vulva (cosa que ocurre frecuentemente entre las adolescentes y mujeres jóvenes).

Enseguida de la ovulación y ante la presencia de progesterona, este gel (tipo G) se deshidrata, aumentando su viscosidad y determinando una disposición muy irregular de las columnas de mucina, siendo este moco impenetrable por los espermatozoides. En la fase proliferativa del ciclo, donde los estrógenos dominan en un 95% del moco es de tipo E y el 5% solamente es tipo G, mientras que la producción se invierte en la fase lútea donde la progesterona predomina.<sup>9</sup>

#### **4.1.3 Desarrollo psicosexual.**

Al adolescente al igual que a cualquier individuo no lo podemos ver como algo aislado ya que es un ente biopsicosocial, por lo tanto para poder comprender como se da el desarrollo

---

<sup>9</sup>cfr Dazza, Daniel y Santoyo Haro, Samuel. Ob,Cit. Pág. 15 -20

psicosexual, no deberemos tomar sólo en cuenta los factores biológicos si no también los factores psicológicos, sociales e intelectuales que le rodean en esta etapa de la vida.

### **Aspectos biológicos.**

La sexualidad esta presente en nosotros a lo largo de nuestra vida, y no es algo que se presente en una etapa específica de la vida, es una constante para todo individuo pero conforme crecemos aprendemos diferentes formas de experimentarla a través de nuestros sentidos, lo podemos observar en los niños de 0-18 meses de edad que experimentan gran placer a través de la succión y las caricias, cuando el niño va creciendo (cerca de los 18 meses de edad) experimentan mayor placer al explorar el mundo que los rodea a través del tacto ya sea con sus manos o con todo su cuerpo es en esta etapa cuando el niño puede llegar a sentir placer incluso con sus esfínteres y van perdiendo el placer por la succión, los niños de 3 años de edad comienzan a explorar su cuerpo con sus manos y descubren sus genitales encontrando gran placer en ellos por lo que es muy común que los niños pequeños estén constantemente tocando sus genitales, alrededor de los 5 o 6 años de edad el niño centra su atención en otras cosas que le roban la atención.

Es durante la pubertad cuando regresa ese ímpetu por la sexualidad, pero en la mujer el impulso sexual es manifestado generalmente a través de la ternura, los besos, las caricias y el contacto físico sin tener tanta urgencia por el contacto genital. También es común que la descarga del impulso sexual se de consciente (masturbación) o inconsciente (durante los sueños). La forma como se manifiesta la descarga del impulso sexual es con la turgencia y vaso dilatación de las glándulas mamarias y órganos genitales (labios menores, clítoris) e incremento de las secreciones vaginales.

### **Fenómenos psicológicos en el sistema mental.**

Estos implican las necesidades emocionales y afectivas que va experimentando la adolescente y que le causan conflicto como lo es la identidad de género, la atracción por el sexo opuesto, la desconfianza hacia los hombres, la inseguridad, la ambivalencia, el enamoramiento y la madurez sexual.

### **Fenómenos psicosociales.**

Son las actitudes sexuales aprendidas tanto en el seno familiar como en la comunidad, las cuales serán cada vez más cuestionadas por la adolescente. En México por tradición se educa a la mujer desde el seno familiar para que sea sumisa abnegada, cariñosa y asexual, es decir que una de las principales enseñanzas es negarles el placer si este no esta acompañado del matrimonio y que el placer antes de la unión matrimonial es vergonzosa o pecaminosa.

### **Factores intelectuales.**

Hoy en día la adolescente tiene un mayor acceso a información (libros revistas, Internet, videos etc.) sin que esta información hubiera tenido que haber pasado por las manos de sus padres, por lo que las adolescentes se sienten con más confianza de indagar sobre aquellas cuestiones de sexualidad que le van inquietando esto a su vez puede traer como consecuencia también que la información buscada no sea la más adecuada para su edad, sea distorsionada, mal intencionada o simplemente que no sea la que ellas buscaban provocando más dudas que respuestas. Tampoco hay que olvidar que en las escuelas se imparte educación sexual la cual generalmente es muy beneficiosa pero pobre en cuanto a los contenidos se refiere.

Generalmente las mujeres que tienen acceso a la educación media superior y superior, se niegan a seguir patrones predeterminados por una sociedad machista y ponen en tela de juicio la educación recibida en el seno familiar, en la religión y en su cultura en general para exigir sus derechos sexuales, para no tener que llevar una doble moral, en la cual hay un comportamiento público que es el que la sociedad y la familia marcan y el comportamiento que se tiene en la intimidad, lo que realmente causa placer y satisfacción.

Cuando la adolescente ha logrado un buen desarrollo psicosexual la mayoría de sus decisiones son asertivas y llega a la madurez sexual que no es lo mismo que la madurez biológica ya que se puede llegar a la madurez biológica pero no a la madurez sexual ya que esta significa la capacidad para disfrutar plenamente de su sexualidad, lo que implica, fundamentalmente, comunicación, afecto y placer sin culpas.<sup>10-11</sup>

---

<sup>10</sup> cfr. Dulanto, Gutiérrez.Enrique. Ob, cit. págs.173-174

<sup>11</sup> cfr. Farre, Murti. Jo. María."**Psicología del niño y del adolescente**". Editorial Océano Multimedia. España. 1999

#### 4.1.4 Sexualidad en los adolescentes.

Para poder comprender la sexualidad de los adolescentes como un primer paso se tiene que dar una definición de sexualidad ya que frecuentemente esta cambia dependiendo de la disciplina a la que se pertenezca por lo tanto se entenderá como sexualidad a la expresión psicológica y social de los individuos, en tanto seres sexuados, en una cultura y momento determinado <sup>12</sup>

Una parte esencial de toda persona es adquirir una identidad sexual ya que a partir de esta identidad dependerá el comportamiento sexual de la persona, la identidad sexual es la firme convicción personal de ser hombre o mujer, situación que va aunada a la demanda social de comportarse como tal, para corresponder a la idea de masculinidad o feminidad que exige la sociedad. La identidad sexual es la que dará estructura a nuestra vida conformando los sentimientos, actitudes, formas de pensar, de relacionarnos, el tipo de empleo que se ha de tener, etc.

La sexualidad se vera moldeada dependiendo a la cultura a la que se pertenezca y el momento histórico que también se viva, en nuestro país la sexualidad no ha escapado a la globalización ya que con el flujo migratorio ha traído consigo un intercambio cultural y con ello nuevas expresiones de la sexualidad en los jóvenes poniendo en tela de juicio la educación y los preceptos morales impartidos en el seno familiar haciendo aún más difícil en esta etapa de la vida la interrelación con los padres ya que ellos se aferran a una educación tradicionalista que les fue inculcada en la familia y reforzada con la educación religiosa, hoy en día los jóvenes exigen su derecho a una plena expresión sexual sin que esta se vea opacada por los prejuicios de la gente mayor.

En los adolescentes está presente el deseo sexual y con ello la búsqueda del placer sexual, al que saben que tienen derecho de experimentar, pero también están consientes que en sus hogares hay una restricción a ello, por lo cual los adolescentes tienen que buscarlo de forma clandestina, entre más estricta es la educación en el seno familiar es más común que la

---

<sup>12</sup>cfr IMSS. “**Bases para una estrategia de información, educación y comunicación en salud Reproductiva para la Población rural**”. 1996. México, D.F.

clandestinidad de las relaciones sexuales de los adolescentes tengan como resultado embarazos no planeados. A diferencia de lo que la mayoría de la gente cree los adolescentes empiezan a experimentar el placer de formas muy sencillas como lo es en el coqueteo, las caricias, los besos y en algunos casos a través de las relaciones coitivas.

Cabe señalar que en los últimos años se ha observado un cambio en el comportamiento sexual de los jóvenes ya que a mayor educación mayor será la edad en que los jóvenes inicien su vida sexual activa, esto es por que los adolescentes ya tienen un proyecto de vida el cual se vería truncado con un embarazo en esta etapa de la vida, por lo que principalmente la mujer no desea tener hijos por lo menos hasta haber concluido sus estudios profesionales, esto también conlleva a que como la mujer no desea casarse a una edad temprana, se amplía el espacio de tiempo entre este y la menarquia, dando como una opción viable las relaciones coitales antes del matrimonio.<sup>13</sup>

### **Las relaciones de pareja en adolescentes.**

En la adolescencia hay una intensiva búsqueda de la identidad la cual ya no esta sujeta a la de los patrones de los padres ahora se encuentran más dependientes de la aprobación y aceptación de lo amigos y grupos de compañeros. Durante este proceso de individualización requieren ir más allá de la síntesis de las identificaciones aprendidas durante la niñez y para lograrlo recurren a los grupos de compañeros no sólo para desligarse de los padres sino para poder permitirse la intimidad emocional que con los adultos les es tan difícil compartir, en estos grupos también funcionan como un campo de prueba para experimentar el liderazgo, el ser seguidores o ser apático ante diferentes situaciones lo que ayuda a moldear su personalidad, pues el pertenecer a un grupo le confiere cierto estatus al adolescente ya que reafirma su sentido de pertenencia, poder, seguridad y su capacidad de competencia al ganar o perder, al sentirse gratificado o frustrado al conseguir metas que tiene el grupo en común.

Cuando el adolescente deja el grupo primario (padres) para irse integrando a un grupo secundario (compañeros) le ayudará para poder hacer comparaciones entre un grupo y otro, para tener una referencia más clara de lo que desea ser ya que en ambos grupos están involucrados

---

<sup>13</sup>Profamilia. **“Conocimiento, Actitudes y Comportamiento sexual de los Adolescentes”**. Compilación de Resultados y Gerencia de Evaluación, Profamilia. se 1993-1994

sentimientos, ideas, ambiciones y actitudes frente a la vida, es cierto que aparecen en ambos grupos discrepancias de valores, moral e ideológicos que harán al adolescente madurar ya que deja de verse todo en blanco o negro como se le enseñó en la niñez y ahora tendrá una visión más amplia con diferentes matices de tal forma que lo que antes era totalmente incorrecto ahora tendrá un grado de permisibilidad.<sup>14-15</sup>

En dicho grupo de compañeros hay una socialización constante con el sexo opuesto con la intención de reafirmar su papel sexual para sentirse aceptadas por los varones como consecuencia se dará el noviazgo. Cuando los jóvenes comienzan a tener relaciones de pareja estas simplemente se inician para reforzar su identidad sexual o conocer más afondo como es la forma de pensar del sexo opuesto, en otras ocasiones los adolescentes sólo buscan una pareja para sentirse aceptados por el resto del grupo, claro entre más atractiva o popular sea la pareja mayor estatus tendrá en el grupo secundario y posiblemente será plausible para el grupo primario.

“Las mujeres en una relación de noviazgo buscan que los hombres sean responsables y sin vicios, en tanto que los hombres buscan que las mujeres sean tiernas y comprensivas, lo cual refuerza la idea de que cada género espera obtener de una misma relación cosas distintas, porque así nos han dicho que debe de ser y no se nos dice que la relación afectiva y el amor no está dado, si no que lo tenemos que construir.”<sup>16</sup> Es difícil poder decir que es lo que va a ocurrir dentro del noviazgo ya que cada quién tiene una visión e interés diferente de lo que es una relación afectuosa, por tal motivo es indispensable en todo joven el experimentar dicha relación ya que esta sin duda irá dándole madurez para poder manejar relaciones posteriores y el que un joven sostenga una relación de noviazgo no quiere decir que esta implique una relación coital claro que esta posibilidad no se descarta, pero serán los mismos jóvenes quienes irán dictando las reglas de la relación.

---

<sup>14</sup> cfr. Dulanto, Gutiérrez.Enrique. Ob, cit. págs.218-221

<sup>15</sup> cfr. Madaleno. Matilde., Munist. M., Mabel [et al] **“La Salud del Adolescente y del Joven”**. 2ª Editado por la OPS. Washinton D.C.1996. págs 118-119

<sup>16</sup> Estrada Mª De la Luz. [et al] (2002) **“Noviazgo: amor y violencia”**.En: Católicas por el Derecho a Decidir. No.3, México. Págs.3-5

## Comportamientos de riesgo.

Se debe de entender el factor de riesgo como una característica o circunstancia cuya presencia aumenta la posibilidad de que se produzca un daño o resultados no deseados, las y los adolescentes por diversas circunstancias: ambientales, familiares e individuales, frecuentemente desarrollan comportamientos que participan como factores de riesgo. Los adolescentes tienen atracción por las conductas de alto riesgo, y los efectos principales son las adicciones, accidentes, sobrepeso, suicidios, homicidios, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados.<sup>17</sup>

Los riesgos que corren los adolescentes sin una buena supervisión de los adultos los puede llevar a correr altos riesgos, como lo es acudir a los antros ya que en ellos es muy común la venta de bebidas alcohólicas, drogas y la prostitución, corren el riesgo las jovencitas de que a sus bebidas se les adicione alguna droga sin su consentimiento para que puedan ser violadas y/o prostituidas ya sea por sus mismos acompañantes o por la gente que acude a estos lugares.

Una vez que el adolescente se encuentra bajo los efectos de las drogas o el alcohol se ve desinhibido quedando a atrás su inseguridad y su baja autoestima pues se siente más sociable con el sexo opuesto siente que es agradable y aceptado por los demás y esto hace que se abra la posibilidad también de que tenga relaciones coitales, claro esta que bajo tales efectos en lo último que va a pensar es en practicar el sexo protegido aunando que dentro de su pensamiento mágico cree que es infértil, él no va a embarazar a nadie y las chicas creen que no se pueden embarazar con una sola relación y mucho menos siendo ellas tan jóvenes esto no les puede suceder a ellas, les puede suceder a otras pero a ellas no. Esta claro que la promiscuidad entre adictos es muy común y la posibilidad de un embarazo es muy alta ya que las prácticas sexuales son desprotegidas.<sup>18</sup>

La prostitución es otro problema grave que enfrenta la sociedad ya que las mujeres que ejercen dicha actividad generalmente comienzan a edades tempranas, estas mujeres cuando comienzan en la adolescencia no utilizan ningún método anticonceptivo quedado siempre la

---

<sup>17</sup> Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia. 2002 Págs. 24

<sup>18</sup> cfr **“Programa Adolescencia”**<http://www.conava.gob.mx/indexMenu.htm>



posibilidad de quedar embarazadas y por si fuera poco de contagiarse del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o cualquier otra infección de transmisión sexual (ITS)

El riesgo que suponen las relaciones sexuales, sin protección, para las y los jóvenes queda de manifiesto en las tasas elevadas de ITS y embarazos no planeados. La iniciación temprana de sus relaciones sexuales representa un factor de riesgo adicional, ya que la tasa de cambio de pareja sexual es más elevada entre las y los jóvenes de 15 a 24 años de edad.<sup>19</sup>

#### **4.2 Salud sexual y reproductiva.**

En 1994 se realizó la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en el Cairo Egipto, en la cual se definió a la salud sexual y reproductiva como la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad a la que tienen derecho hombres como mujeres.<sup>20</sup>

**La salud sexual** “es el estado de bienestar físico mental y social en todos los aspectos relacionados con la vida erótico-sexual y erótico-afectiva en todas sus dimensiones. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos”<sup>21</sup>.

**La salud reproductiva** “es el estado general de bienestar físico-mental y social, de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”.<sup>22</sup>

---

<sup>19</sup> Secretaría de Salud. Ob. Cit. Pág. 24

<sup>20</sup> cfr <http://www.thais.org.mx/cdn/index.html>

<sup>21</sup> Campaña Nacional Hagamos un Hecho Nuestros Derechos. “**Cartilla por los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes**”. se sf.

<sup>22</sup> Secretaría de Salud. “**Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar**”. Diario Oficial de la Federación, México, DF, Enero 21, 2004 pág.44

#### **4.2.2 Perspectiva de género en la salud reproductiva.**

La educación sexual y reproductiva que se ofrezca a las y los adolescentes deberá de ser con un enfoque de género, esto debido que en nuestra sociedad ha imperado una educación machista en la cual, el hombre debe de reafirmar su identidad de género ante los demás con una conducta promiscua, mientras la mujer debe de ser virginal e inmaculada, esta doble moral lleva a los adolescentes a una problemática de juicio de valores en la cual son juzgados severamente si el comportamiento que tienen no es el que se esperaban ellos.

En la actualidad muchos hombres no desean sentirse presionados por los padres y el grupo de compañeros para iniciar su vida sexual activa para satisfacción de los demás, los adolescentes aun cuando sienten el impulso sexual a flor de piel, también experimentan miedo al iniciar su vida sexual activa como un compromiso y no como un acto voluntario, ellos buscan en la novia a una compañera que los haga sentirse bien emocionalmente, que los escuche y los valore, muchos de estos jóvenes que experimentan un noviazgo placentero encuentran absurdo el tener que ser hombres promiscuos para que su masculinidad sea aprobada por los demás. Las adolescentes por su lado, también saben que tienen derecho a disfrutar del placer sexual del cual están negadas, ya que se les ha enseñado que las relaciones coitales tienen como función la procreación y si les va bien en su matrimonio obtendrán placer en dichas relaciones, como bono extra. La educación sexual que se les ha inculcado a las mujeres generacionalmente ha sido de castración, pues no les es permitido el libre disfrute del placer sexual de diversas maneras que van desde platicar abiertamente del tema con amigas, amigos y la pareja sentimental, hasta la práctica de la masturbación, el intercambio de caricias con el novio, ni mucho menos el coito.

Las y los adolescentes intuyen que para el disfrute de su sexualidad tienen derechos, como lo son el no sentirse mal por explorar su cuerpo, sentir placer al intercambiar besos y caricias, el que puedan escoger cuando y con quien van a iniciar su vida sexual activa sin que esta tenga que ser forzada en ningún aspecto y no sólo por violencia física, las y los jóvenes desean poder externar sus sentimientos, dudas, miedos sin que tengan que ser reprendidos en sus casas o centros educativos. Es por ello que la educación debe de ser con un enfoque de género para que

los y las jóvenes ya no tengan que intuir o suponer que tienen derechos como los tienen los adultos, del disfrute de su sexualidad.

Es función del prestador de salud el hacer del conocimiento de las y los adolescentes que uno de los objetivos de la educación sexual y reproductiva es lograr que las y los adolescentes ejerzan su sexualidad como un derecho, pero un derecho informado, con responsabilidad y en condiciones de autonomía y **equidad**, sin dominio, violencia o imposición para ello las y los adolescentes requieren saber quiénes son, qué quieren y reconocer el valor personal, pueden ser congruentes en su situación social y para poder alcanzar el más alto nivel de salud es necesario que obtengan los conocimientos en; derechos sexuales y reproductivos, equidad de género, conocimientos anatómicos, y fisiológicos de su cuerpo, enfermedades de transmisión sexual métodos anticonceptivos incluyendo la anticoncepción de emergencia, embarazo en la adolescente y paternidad responsable. Así como es indispensable que conozcan que los cambios mentales que van sufriendo son parte de su sano y normal crecimiento, que los sentimientos que están descubriendo los llevará a una madurez y que para que puedan ser más asertivas sus decisiones se tienen que informar de todos los temas antes mencionados para que cuando ellos determinen el momento del inicio de su vida sexual activa sea con un conocimiento más profundo y una actitud libre.

#### **4.2.3 Derechos sexuales y reproductivos.**

Los Derechos Sexuales y Reproductivos, se promulgaron en el XIII Congreso Mundial de Sexología; Sexualidad y Derechos Humanos, en Valencia España el 29 de junio de 1997, en dicho congreso se concluyó que los derechos sexuales y reproductivos son inalienables, inviolables e insustituibles de nuestra condición humana por lo tanto estos implican la protección en contra de la coerción la discriminación y la violencia, así como el respeto mutuo en el ejercicio de la sexualidad. Los derechos sexuales y reproductivos incluyen:

- ✓ El derecho a la libertad que excluye todas las formas de coerción, explotación y abusos sexuales en cualquier momento de la vida y en toda condición. La lucha contra la violencia constituye una prioridad.

- ✓ Derecho a la autonomía, integridad y seguridad corporal. Este derecho abarca el control y disfrute del propio cuerpo libre de torturas, mutilaciones, y violencias de toda índole.
- ✓ Derecho a la igualdad sexual. Se refiere a estar libre de todas las formas de discriminación. Implica respeto a la multiplicidad y diversidad de las formas de expresión de la sexualidad humana, sea cual fuere el sexo, género, edad, etnia, clase social, religión y orientación sexual a la que se pertenece.
- ✓ Derecho a la salud sexual. Incluyendo la disponibilidad de recursos suficientes para el desarrollo de la investigación y conocimientos necesarios para su promoción. El SIDA y las ETS requieren de más recursos para su diagnóstico, investigación y tratamiento.
- ✓ Derecho a la información amplia, objetiva y verídica sobre la sexualidad humana que permita tomar decisiones respecto a la propia vida sexual.
- ✓ Derecho a una educación sexual integral desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida. En este proceso deben intervenir todas las instituciones sociales.
- ✓ Derecho a la libre asociación. Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de disolver dicha unión y de establecer otras formas de convivencia sexual.
- ✓ Derecho a la decisión reproductiva libre y responsable. Tener o no hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el acceso a las formas de regular la fecundidad. El niño tiene derecho a ser deseado y querido.
- ✓ Derecho a la vida privada que implica la capacidad de tomar decisiones autónomas con respecto a la propia vida sexual dentro de un contexto de ética personal y social. El ejercicio consciente racional y satisfactorio de la sexualidad es inviolable e insustituible.

#### **4.2.4 Fundamento legal y normativo.**

La salud sexual y reproductiva encuentra su fundamento legal y normativo en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en las Leyes Generales de Salud y Población, La Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, así como las Normas Oficiales Mexicanas de Salud y Lineamientos Técnicos, y diversos Ordenamientos y Conferencias Internacionales de las Naciones Unidas.

#### **4.2.4.2 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.**

En México la salud sexual y reproductiva encuentra su fundamento en nuestra carta magna en el artículo 4º constitucional el cual menciona que “el varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

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

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”<sup>23</sup>

#### **4.2.4.3 Ley General de Población.**

Una de las bases legales de la salud sexual y reproductiva se encuentra en la Ley General de Población la cual es de orden público y observancia general en toda la República, en sus artículos 1º, 3º se contempla como uno de sus objetivos principales el regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, cuyo fin es el de lograr que la población participe de manera justa e equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social.

Para poder cumplir dicho objetivo es necesario que se realicen programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre así como el preservar la dignidad de las familias, con el fin de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población así

---

<sup>23</sup> “CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS” Ed. SISTA México DF., julio del 2003 pág. 9

como el promover la plena integración de la mujer y al proceso económico, educativo, social y cultural.

Se establece la creación del Consejo Nacional de Población (CONAPO) que tendrá a su cargo la planeación demográfica del país, con el objetivo de incluir a la población en los programas de desarrollo económico y social que se formulen dentro del sector gubernamental y vincular los objetivos de estos con las necesidades que plantean los fenómenos demográficos.<sup>24</sup>

#### **4.2.4.4 Ley General de Salud.**

La Ley General de Salud en su artículo 1º establece el reglamento para el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4º Constitucional, así como las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Dicha ley contempla en su capítulo VI en los artículos 67, 68, 69, 70 y 71 lo referente a los servicios de planificación familiar citados a continuación:

**Artículo 67** La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad. Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la

---

<sup>24</sup>cfr Secretaría de Gobernación. "Ley General de Población", diario Oficial de la Federación, México, DF, enero 7, 1974. Reformada enero 4, 1999 Pág. 1

admíta serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

**Artículo 68** Los servicios de planificación familiar comprenden:

- I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo nacional de Población;
- II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;
- III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.
- IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;
- V. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar.
- VI. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

**Artículo 69.** La Secretaría de Salud, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud.

**Artículo 70.** La Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del programa nacional de planificación familiar que formule el Consejo Nacional de Población, de conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población y de su Reglamento, y cuidará que se incorporen al programa sectorial.

**Artículo 71.** La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional.<sup>25</sup>

#### **4.2.4.5 Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993)**

Las acciones de información y servicios en anticoncepción y planificación familiar se deben proporcionar con estricto apego a los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993), modificada y publicada el 21 de enero del 2004 en el Diario de de la Federación, la cual es de observancia obligatoria para los sectores público, social y privado. “La Norma establece 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 y posterior a un proceso sistemático de consejería basada en la aplicación del enfoque holístico de la salud reproductiva”.<sup>26</sup>

En esta Norma figuran las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar por lo que se encuentran definidas, detalladas y reguladas las siguientes temáticas y acciones:

- Servicios de planificación Familiar.
- Prevención.
- Orientación consejería
- Atención general y específica.
- Promoción y difusión.
- Información y educación.
- Consejería
- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.

---

<sup>25</sup> cfr Presidencia de la República. “**Ley General de Salud**” Diario Oficial de la federación, México DF, febrero 7, 1984, Reformada, junio 30, 2003

<sup>26</sup> Secretaría de Salud. “**Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar**”. Ob., cit. pág.41



- Conducta a seguir (por parte de los y las prestadores(as) de servicios de salud)
- Identificación y referencia de los casos de infertilidad.<sup>27</sup>

#### **4.2.4.6 Congresos Internacionales.**

El comienzo de las bases jurídicas internacionales de los derechos sexuales y reproductivos se iniciaron con la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer en 1979, siguiendo con la Convención sobre los Derechos de la Niñez que reconoce explícitamente el derecho a los servicios de planificación familiar y en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en 1993 donde se exhortó a la eliminación de cualquier forma de discriminación por motivos de sexo y la eliminación de todas las formas de violencia, basadas en el género, para 1994 se realizó la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en el Cairo donde participaron más de 180 países, incluyendo México donde se estableció por consenso que la atención a la salud sexual y reproductiva así como el ejercicio de los derechos reproductivos de las y los adolescentes son de la más alta prioridad.

En dicha conferencia se puntualizó que los países participantes debían de asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no deben de limitar el acceso a los adolescentes para los servicios apropiados y a la información sobre infecciones de transmisión sexual, abusos sexuales y métodos anticonceptivos. En estos servicios de salud se debe de proteger los derechos de los adolescentes en lo que se refiere a la intimidad, la confidencialidad, respeto de sus valores culturales y creencias religiosas, para ello los países se comprometerían a eliminar, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que pudieran impedir el suministro de la información y servicios de salud reproductiva a los adolescentes.

Dentro de los esfuerzos encaminados a fortalecer el desarrollo de nuestro país se implementó el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes de México, componente importante de la reforma del Sector Salud implementado durante el período 1995-

---

<sup>27</sup> Ibidem, Pág. 42 y 46

2000 el cual fue uno de los primeros programas gubernamentales en Latinoamérica. La misión fundamental de este programa fue la de propiciar y proteger el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la información y servicios con calidad en salud sexual y reproductiva.<sup>28</sup> Este programa fue totalmente innovador por incluir los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, además de “incorporar la perspectiva de género en todas las actividades de normatividad, educación-comunicación. Prestación de servicios, investigación y evaluación en materia de salud reproductiva, tendientes a asegurar relaciones equitativas entre los géneros y con igualdad de oportunidades, para contribuir a la emancipación y defensa de los derechos de las mujeres, particularmente los sexuales y reproductivos”.<sup>29</sup>

#### **4.2.4.7 Programa de Acción: Salud Reproductiva 2001-2006**

El Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006 integra en su estructura programática el desarrollo de la salud reproductiva por lo cual se elaboró “El Programa de Acción de Salud reproductiva” el cual tiene como propósito fundamental disminuir las diferencias en los indicadores de salud reproductiva, entre las diversas regiones del país.

Los objetivos del programa se centran en incrementar la información y educación para promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de población, en favorecer el acceso a los servicios de salud reproductiva de los grupos adolescentes, indígenas, discapacitados, de la población rural marginada, sí como de propiciar una mayor participación del varón en el cuidado de la salud reproductiva, considerando aspectos culturales, geográficos y económicos.

La salud sexual es un componente de la salud reproductiva en su contexto más amplio. La promoción de la salud sexual, requiere de un proceso de educación y dotación de servicios, de acceso universal y de calidad. La educación de la sexualidad conforma un proceso de adquirir información y formar actitudes y valores positivos, con respecto al sexo. La meta primaria es la

---

<sup>28</sup> Pérez Palacios, Gregorio. Gálvez Garza, Raquel. Ob., cit. Pág. 9 y 31

<sup>29</sup> Poder Ejecutivo Federal “Programa de salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000” Secretaría de Salud, México, 1995, piii

promoción de salud sexual, lo cual implica adquirir recursos para la toma de decisiones sobre la vida presente y futura.

Para poderse llevar a cabo el presente programa se establecen los derechos de las y los usuarios de servicios de salud reproductiva de tal manera que cualquier persona que solicite un servicio de salud reproductiva tiene derecho a:

**INFORMACIÓN:** Ser enterado (a) con oportunidad, veracidad y en un lenguaje comprensible, de los beneficios y de los riesgos de las intervenciones médicas.

**ACCESO:** Recibir atención y servicios de calidad y calidez.

**ELECCIÓN:** Decidir responsable y libremente entre las diversas alternativas que existen para dar cumplimiento a su solicitud

**SEGURIDAD:** Recibir el tratamiento que ofrezca mejores condiciones de protección a la salud.

**PRIVACIDAD:** Recibir información, orientación y consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias.

**CONFIDENCIALIDAD:** Que cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas.

**DIGNIDAD:** Ser tratado (a) con respeto, consideración y atención.

**CONTINUIDAD:** Recibir información, servicios y suministros por el tiempo que sea requerido.

**OPINION:** Expresar sus puntos de vista acerca de la información, servicios y trato recibido. Como establece el PNS, el disfrute de los derechos sociales va precedido del ejercicio de los derechos individuales y políticos. Los derechos sociales emanan de principios universales que tienen como fin último el alcanzar un nivel digno de la vida para cada persona, lo que se traduce en una democratización de la salud sexual y reproductiva expresada como un derecho que tiene todo individuo, sin importar su sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales, para recibir información, así como derecho a decidir de manera libre y beneficiarse de los avances científicos y tecnológicos, así como de recibir servicios de calidad con eficiencia y oportunidad.

La promoción de estos derechos debe de ser la base primordial de las políticas de salud reproductiva, incluida la planificación familiar. Como parte de este compromiso, se debe de prestar plena atención a la promoción de las relaciones de respeto mutuo e igualdad entre

hombres y mujeres, particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de educación y de servicios, con objeto de que puedan asumir su sexualidad de manera responsable.

El Programa de Acción de Salud reproductiva tiene tres principios rectores.

- ◆ El derecho a la información.
- ◆ El respeto a los derechos sexuales y reproductivos.
- ◆ El derecho a los servicios de calidad.

Estos son los principios para el ejercicio pleno de los derechos sociales y como pasa a una democratización de la salud reproductiva.

En el contexto de la democratización, en materia de Planificación Familiar (PF) se pondrá al alcance de toda la población información veraz y oportuna, orientación y consejería con calidad y calidez, así como una diversidad de métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y de cada pareja, de acuerdo a las diferentes etapas de su ciclo reproductivo; se respetarán sus decisiones con respecto a sus ideales reproductivos; se promoverá la participación activa del hombre en las decisiones y corresponsabilidad de todas las fases del proceso reproductivo; se fomentarán actitudes y conductas responsables en la población adolescentes para garantizar su salud sexual y reproductiva y se iniciarán estrategias que, con pleno respeto a la diversidad cultural y étnica del país, permitan fortalecer la salud reproductiva de las poblaciones. Así como la vinculación de la PF con los otros componentes de la salud reproductiva fortaleciendo y ampliando su universo de acción.

Para fines del presente programa la Planificación Familiar (PF), tiene como propósito contribuir a disminuir los embarazos no planeados y no deseados mediante información ofertada, sistemática de métodos de control de la fertilidad y la prestación de servicios de calidad a toda la población, con particular énfasis en las áreas rurales, urbano-marginadas, comunidades indígenas y adolescentes fomentando conductas responsables, libres e informadas con respecto a su vida sexual y reproductiva.

En Planificación Familiar la visión es lograr que hombres y mujeres ejerzan por igual sus derechos sexuales y reproductivos de una manera plena, responsable y segura y que esta conducta permita al país tener un incremento armónico de la población.<sup>30</sup>

#### **4.2.4.8 Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA).**

A partir del 2001, el Gobierno Federal decidió constituir como programa prioritario el de Atención a la Salud de las y los Adolescentes (PASA). Entre marzo y mayo del 2001, se reunió información de 160 Instituciones oficiales y particulares que trabajan con temas de adolescentes, de las cuales, sólo alrededor de 37 operan acciones de promoción, consejería, atención asistencial y rehabilitación. Es por ello que el Programa para la Atención a la Salud de la Adolescencia, pretende ser un instrumento que permita la integración institucional de la respuesta social organizada en México.

Como parte de las políticas de desarrollo social, el Programa de Salud 2001-2006 integra en su estructura programática el desarrollo del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia, el cual está constituido por diez componentes que específicamente se traducen en programas operativos de intervención y cobertura nacional.

El PASA beneficiará a la población adolescente de 10 a 19 años de edad y es continuidad del Programa de Atención a la Infancia cuya responsabilidad implica la población de niños y niñas de 0 a 10 años de edad. El PASA involucra al Sector de Salud en México y a las Instituciones Públicas y privadas, vinculadas en este grupo poblacional y está sustentado en las Normas Oficiales Mexicanas explícitas para este grupo de población y sus preferencias de atención inicialmente arranca con dos vertientes: Atención a la salud y Promoción a la salud.

El programa incluye un enfoque en factores de riesgo y factores protectores de la salud de las y los adolescentes, que permite no sólo el desarrollo de acciones hacia la atención de enfermedades, sino a aquellos factores sociales, psicológicos, biológicos y familiares que influyen en el auto cuidado, bienestar y calidad de vida en la adolescencia. El enfoque para la

---

<sup>30</sup> Secretaría de Salud. **“Programa de Acción: Salud Reproductiva”** México, DF, 2001 Pág. 13-33

atención de la salud, se orientará de forma gradual durante la implementación del programa, al desarrollo de sus capacidades para llegar a ser adultos productivos; y más que a la atención de los daños, se distingue por la promoción de la salud y al auto cuidado, a partir de un modelo centrado en la actuación presente de los servicios de salud. La promoción de la salud está orientada a grupos de madres y padres, maestras y maestros, personas de la comunidad, incluidos las y los adolescentes, con fundamento en un principio de respeto por los derechos humanos, acceso universal a la información en salud, fomento y directriz de autodeterminación en el cuidado de la salud y la integración responsable e independiente de grupos de autoayuda. Estos principios estructuran la Respuesta Social Organizada (RSO) aprovechando a las instituciones que trabajan con aspectos socioculturales y de salud del a adolescencia en México. Dichas acciones tienen como punto de partida y de llegada mejorar la calidad de vida de las y los adolescentes, por lo que gran parte de las acciones de promoción tienen que ser propuestas por ellas y ellos con la finalidad de legitimar las necesidades de salud.

El objetivo general del PASA es; desarrollar acciones integrales para la salud de las y los adolescentes en el primer nivel de atención con reforzamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, con énfasis en salud reproductiva, promoción de la salud, servicios personales de salud y prevención de daños con enfoque de género y resiliencia, para cambiar el paradigma de riesgo y daño por el de fortaleza y desafío.

Sus objetivos específicos son:

- Promover acciones integradas de salud enfocadas a la familia, la comunidad y la escuela, consideradas como redes sociales de apoyo de las y los adolescentes.
- Mejorar la cobertura de servicios personales de salud, a través de promoción de la demanda inicialmente en las escuelas, el servicio militar y los centros de trabajo, así como en población migrante apoyado con las acciones nacionales de “Vete Sano y Regresa Sano”.
- Mejorar la coordinación interinstitucional, con el Consejo Nacional del Deporte, la Procuraduría General de la República, el Instituto Mexicano de la Juventud, el Consejo Nacional de Población y sobre todo con la Secretaría de Educación Pública y otras

instituciones educativas como las universidades y tecnológicos, así como CONALEP, CETIS, CEBETIS, COBAES, etc.

- Capacitar a los prestadores de servicios para la aplicación de las acciones esenciales con un enfoque de desarrollo humano, resiliencia y género.

Los componentes esenciales para poder llevar a cabo la atención a la salud de las y los jóvenes son:

- Prevención y control de enfermedades evitables por vacunación.
- Nutrición.
- Detección de deficiencias físicas.
- Salud bucal.
- Salud mental.
  - Detección gruesa en unidades del primer nivel de atención de trastornos depresivos, adicciones y referencia a otros niveles de atención.
- Promoción para el cuidado de la salud.
  - Accidentes, violencias, sexualidad, habilidades para la vida y ejercicio físico.
- Cáncer.
- Salud ambiental.
- Consejería en planificación familiar.  
Atención del embarazo, parto y puerperio.
- VIH / SIDA / ITS  
Prevención, detección y control de infecciones transmitidas sexualmente.  
Las metas para el período 2001-2006, en materia de salud sexual y reproductiva son:
  - Capacitar con perspectiva de género, al 100% de las y los adolescentes inscritos en escuelas de nivel medio superior o en contacto con servicios de salud de primer nivel de atención, en el uso de métodos y procedimientos apropiados para la salud reproductiva, así como en las acciones a seguir para evitar la adquisición de infecciones de transmisión sexual.
  - Disminuir del 17% al 11% el número de nacimientos, en mujeres menores de 20 años.

- Atender con personal calificado, el 100% de los embarazos y partos de las mujeres de 20 años.
- Reducir la tasa específica de fecundidad de 71 a 61 nacimientos por cada 100 mujeres de 15 a 19 años.
- Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de planificación familiar de 47% a 54% del total de las mujeres unidas menores de 20 años.

### **VIH / SIDA / ITS.**

- Incrementar la frecuencia y difusión de campañas que se apeguen a los lineamientos técnicos y que promuevan comportamientos sexuales exentos de riesgo para prevenir la transmisión del VIH /SIDA e ITS.
- Consolidar e incrementar programas de educación en comportamientos sexuales saludables para grupos vulnerables, grupos en riesgo y la población adolescente en general.
- Incorporar el enfoque de género e información sobre los factores psicológicos, socioeconómicos y legales que aumentan la vulnerabilidad de las personas al VIH/ SIDA e ITS, a las campañas informativas y programas educativos.
- Desarrollar estrategias preventivas especiales, de acuerdo a las necesidades de cada grupo y a las mejores prácticas, dirigidas a las poblaciones adolescentes con prácticas de riesgo tales como: mujeres, jóvenes, Hombre que tiene Sexo con Hombres (HSH), indígenas, trabajadoras del sexo comercial, poblaciones móviles y personas privadas de la libertad.
- Promover, suministrar y distribuir condones a la población en general y garantizar su acceso a grupos con prácticas de riesgo, a través de los servicios de atención en salud sexual.
- Desarrollar la capacidad técnica y vigilar el cumplimiento de la normatividad vigente, en grupos seleccionados del personal de salud y docentes para responder a las necesidades de atención, información y educación en sexualidad y en el VIH/ SIDA e ITS.
- Reducir 15% la prevalencia de VIH/ SIDA e ITS con especial atención en las jóvenes.
- Garantizar el desarrollo de estrategias preventivas específicas para las y los adolescentes con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición de VIH/ SIDA e ITS.



- Incrementar el uso correcto del condón en poblaciones con prácticas de mayor riesgo y mayor vulnerabilidad.

### **Promoción para el auto cuidado de la salud:**

- Informar al 100% de adolescentes inscritos en escuelas de nivel medio superior o en contacto con servicios de salud, sobre el auto cuidado de su salud con énfasis en salud sexual, adicciones, accidentes y violencia.

Para poder lograr las metas propuestas en este programa será necesario llevar a cabo las estrategias propuestas en el mismo.

### **Estrategia 2:** Capacitación al personal de salud, con enfoque a desarrollo humano.

Integrar la formación técnica y humanística del personal de salud que labora en los diferentes niveles de la estructura del sector para mejorar la calidad de los servicios y promover la atención integrada del adolescente, así como la satisfacción armónica de las necesidades del prestador y de la comunidad.

Todo esto a través de las siguientes líneas de acción:

- 2.1. Diagnóstico de necesidades de capacitación.
- 2.2. Establecimiento de contenidos técnicos.
- 2.3. Inclusión de diseño psicopedagógico para la instrumentación.
- 2.4. Instrumentación de estrategias presenciales y distancia para la disfunción de instrumentos de apoyo didáctico para la capacitación de prestadores y de la comunidad.
- 2.5. Refuerzo de la operación de los centros estatales y regionales de capacitación de la SSA e incentivar la participación de todas las instituciones del Sector Salud.
- 2.6. Evaluación del impacto de las actividades de capacitación.
- 2.7. Vinculación con instituciones formadoras de recursos humanos para la salud.

Por último este programa se vincula con otros programas de acción del Programa Nacional de Salud que son los siguientes:

- ✓ Programa de Protección de la Salud.
- ✓ Programa de Migrantes “Vete Sano y Regresa Sano.
- ✓ Programa de Control y Prevención de Adicciones.

✓ Programa de Salud Reproductiva.

Relaciona las acciones de las adolescentes con la consejería en planificación familiar, en la atención amigable a las y los adolescentes, en el Programa de Arranque Parejo en la Vida que tiene vinculación estrecha con la atención de las adolescentes embarazadas y sus hijos hasta los dos años de edad.

Las Unidades de Atención Amigable a los adolescentes son un servicio intermedio entre el primero y el segundo nivel de atención.

✓ Programa de Control del VIH / SIDA.

Se vincula en las cuatro acciones básicas, educación para la salud, protección, detección y manejo de casos.

✓ Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

El vínculo es fundamental, ya que la atención integrada conlleva la mayoría de la calidad de atención, además de incrementar la eficacia de las unidades de primer nivel de atención a través del incremento del uso de los servicios y la optimización de las acciones por medio del mejoramiento continuo de la referencia y contrarreferencia.<sup>31</sup>

### 4.3 Embarazo en la adolescente.

Se entiende como embarazo adolescente a aquel que inicia y se desarrolla dentro de los dos primeros años de edad ginecológica y cuando la adolescente mantiene una total dependencia socioeconómica del núcleo familiar.<sup>32</sup> La edad ginecológica se obtiene de la diferencia entre la edad cronológica de la paciente en el momento del parto y la de inicio de su menarquía.<sup>33</sup> No obstante cabe decir que dichas definiciones no se pueden aplicar a todas las adolescentes ya que en algunos casos las adolescentes embarazadas no son dependientes económicamente de sus familias ya que por circunstancias de pobreza y pobreza extrema estas ganan su propio dinero

---

<sup>31</sup> cfr. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. "Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia". 2002 Págs. 7 a 53

<sup>32</sup> Dulanto, Gutiérrez. Enrique. Ob., cit. Pág. 521

<sup>33</sup> *Ibíd.*, Pág. 530

desde edades muy tempranas, también se puede observar que algunas de estas adolescentes han tenido que emigrar de su lugar de nacimiento para buscar mejores oportunidades de vida como lo es la educación por lo que viven con algún pariente o amigos de la familia.

La edad más segura para que la mujer se embarace es de los 24 a los 35 años de edad y la OMS considera de alto riesgo al embarazo de una mujer menor de 20 años, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y del producto de la concepción, las cuales contribuyen al aumento de la morbilidad materna y perinatal, pues la mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años de edad

“El embarazo en la adolescencia se debe de considerar desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo o hija y su pareja”<sup>34</sup>. Algunas de las razones médicas para señalar que hay un mayor riesgo en el embarazo adolescente que en los embarazos de mujeres adultas, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto, y la desproporción céfalo pélvica es frecuente en las adolescentes menores de 18 años por lo que la resolución del embarazo suele ser a través de un parto vía cesárea, con los inherentes riesgos anestésicos y quirúrgicos. Cuando al embarazo en la adolescente se le suma la malnutrición, algún grado de desnutrición y/o la anemia, pueden incrementar el riesgo de complicaciones de la gestación, como la preeclampsia, eclampsia y la diabetes gestacional, la frecuencia de defectos al nacimiento de tipo multifactorial incluyendo bajo peso, aberraciones cromosómicas y malformaciones congénitas, lo que ocurre en madres adolescentes en una proporción significativamente mayor en comparación con las embarazadas adultas.<sup>35-36</sup>—

Los y las hijas de la madre adolescente presentan con mayor frecuencia problemas socioafectivos tales como agresividad, impulsividad o problemas de atención mayor deserción escolar y, si es mujer mayor tendencia a embarazarse en la adolescencia. Frecuentemente se

---

<sup>34</sup>Díaz Sánchez, Vicente. (2003) “Embarazo de las adolescentes en México”. En: Gaceta Médica Mexicana Vol.139, Suplemento No.1, México. Pág. S23

<sup>35</sup> cfr. Pérez Palacios, Gregorio. Gálvez Garza, Raquel. Ob. Cit. Pág. 6

<sup>36</sup>cfr. Langer Glas Ana. (2003) “Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México”. En: Gaceta Médica Mexicana Vol.139, Suplemento No.1, México. Pág. S27

observa negligencia en los cuidados de salud, la duración de la lactancia materna es en promedio menor que para los hijos de madres adultas, y el cumplimiento del calendario de vacunas es deficitario. También se encuentran presentes la desnutrición y sus consecuencias, mayor cantidad de abuso físico, accidentes traumáticos, síndrome de muerte súbita, infecciones agudas y posibilidad de envenenamiento o intoxicación. Esto no se debe solamente a la edad de la madre, sino también a la constelación de los factores de riesgo que rodean al embarazo en este período de la vida. Con un buen cuidado prenatal, el niño(a) de la madre adolescente puede ser sano; sin embargo, la salud futura del recién nacido puede peligrar por la maternidad a temprana edad.<sup>37</sup>

El hombre por lo general es dos o tres años mayor que su pareja y el que forme parte del embarazo y crianza del bebé dependerá en gran medida de la edad que tenga la adolescente ya que si se habla de una adolescente de 15 años o menos la familia de la adolescente tiende a negarse a que su hija se case o viva en unión libre con su pareja y es la familia quién asume parcialmente o todas las responsabilidades que conlleva la crianza del bebé haciendo a un lado al padre de la criatura. En la joven que cursa la adolescencia media tanto ella como su familia esperan que el padre de la criatura asuma su paternidad, en esta edad la adolescente tiene una personalidad de ambivalencia ya que un día puede pensar en criar a su hijo(a) con su pareja y formar un hogar y otro día puede ella visualizarse sola por elección con su hijo(a), es en estas adolescentes en las cuales se puede observar como su estado anímico asociado con su embarazo puede cambiar drásticamente de la euforia a la depresión. En la adolescencia tardía tienden a aceptar con mayor facilidad el embarazo, ya que estas adolescentes buscan la estabilidad de una pareja para formar un hogar, y en algunos casos las adolescentes utilizan el embarazo como una forma de “atar al novio”, otras ven el embarazo como un estado que les puede traer un nuevo estatus ante el resto de las adolescentes viéndose ellas como una mujer adulta con responsabilidades y aceptada ante el resto de las mujeres adultas de la familia, con las cuales ahora sí tiene tema de conversación y por si fuera poco tiende a ser el centro de atención.

El embarazo adolescente se debe de considerar como un problema social cuando interrumpe el desarrollo humano que propone como proyecto de vida la adolescencia de las

---

<sup>37</sup> cfr. OPS. Ob. Cit. Pág. 258

sociedades urbanas y conurbanas, ya que generalmente la adolescente tiene que abandonar temporalmente los estudios durante parte de su embarazo, la resolución del mismo y el puerperio, la joven reanudará sus estudios sólo si cuenta con el apoyo de su pareja y de la familia ya que bajo estas condiciones su economía se ve afectada por los gastos que generará su bebé para su manutención, agregando además de que la joven madre tiene que dejar a su hijo(a) en un guardería si su economía se lo permite, y cuando esto no es posible la mayoría de las jóvenes recurren a la familia, algún pariente o amiga que le cuide a la criatura por un bajo costo y de ser posible de forma gratuita, pero esto no será suficiente ya que la adolescente tiende a estar cansada y/o preocupada cuando se encuentra estudiando dificultando más aún los estudios por lo que algunas de estas madres adolescentes al cabo de un corto tiempo tienden a la deserción escolar con la idea de “cuando este más grande mi hijo(a) continuaré estudiando”. El embarazo en la adolescencia además de truncar el plan de vida de las adolescentes, disminuye las oportunidades de educación así como el poder conseguir un trabajo bien remunerado traduciéndose esto en un menor poder adquisitivo para quedar atrapados en un ciclo de pobreza que pasa de una generación a otra, condenando a los hijos a la pobreza, desnutrición, enfermedad y falta de oportunidades en un mundo cada día mas competitivo

En el plano económico no sólo le afectará a ella y a su familia ya que el embarazo de la adolescente traerá como consecuencia si se tiene el apoyo de la pareja que esta también deje los estudios para formar parte de la fuerza de trabajo del país echando por la borda lo que el estado ha invertido en educación en dos adolescentes, y además por sus condiciones económicas tendrán que hacer uso de los diferentes servicios que el estado proporciona.

La adolescente tiende a convertirse en un grupo vulnerable, ya que muchas de estas adolescentes se enfrentan al rechazo familiar y el abandono de su pareja quedando totalmente desprotegidas, por lo que al no contar con ningún apoyo o un apoyo limitado esto generará un riesgo a la salud del binomio madre-hijo.

### 4.3.2 Embarazo no deseado en la adolescente.

En México en el año 2000 el 55% de los adolescentes refirieron haber iniciado su vida sexual activa entre los 15 y 19 años de edad, estos adolescentes señalaron que su primera relación coital ocurrió con su pareja sentimental, novio (a), o esposo (a), la gran mayoría de estos adolescentes refieren haber tenido solo una pareja en el último año y menos del 20% ha tenido más de dos compañeros (as) sexuales.<sup>38</sup> La importancia de la edad de iniciación de la vida sexual activa se centra a que a menor edad mayor desconocimiento de los métodos anticonceptivo, lo que puede generar embarazos no planeados y en su mayoría embarazos no deseados condicionando un mayor número de abortos inducidos, traduciéndose esto en una mayor morbimortandad de la adolescente.

El embarazo no deseado se define como *“aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o se dan en una persona que ya no quiere reproducirse”*.<sup>39</sup> El embarazo no deseado puede deberse a una *“necesidad no satisfecha de planificación familiar o anticonceptiva”*, esto quiere decir que muchas de las parejas no utilizan por lo menos un método anticonceptivo ya sea por que tienen un conocimiento deficiente de ellos y/o tiene temor a los efectos secundarios, o el método que utilizan se encuentra entre los tradicionales como el coitos interruptus, el ritmo o la temperatura basal que son muy poco eficaces.

Aunque en la actualidad hay más y mejores métodos anticonceptivos que en el pasado no son 100% eficaces y requieren de una asesoría consejería para que la pareja pueda elegir de manera libre e informada uno o la combinación de dos métodos anticonceptivos que se ajusten a sus necesidades, dicha asesoría debe de incluir un adiestramiento para el uso correcto del o de los métodos elegidos por la pareja, pero desafortunadamente la consejería suele ser deficiente y tendenciosa para los adolescentes, y si a esto se agrega la negativa de la pareja al uso de los métodos anticonceptivos, la idiosincrasia, las barreras para acceder a los anticonceptivos de forma gratuita, los altos costos de de los mismos son un freno para que las parejas puedan satisfacer plenamente sus necesidades de planificación familiar.

---

<sup>38</sup> cfr. Díaz Sánchez, Vicente. Ob, cit. Pág. 25

<sup>39</sup> Langer Glas Ana. Ob, cit. Pág. S3

Una de las principales consecuencias de no satisfacer la demanda de métodos anticonceptivos es el embarazo no deseado en las adolescentes y esto se ve reflejado en los 366 mil nacimientos de madres adolescentes de 15 a 19 años, que ocurrieron en el año 2000, lo que representa el 17% del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de este grupo de edad. Otra de las consecuencias de esta demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos son las muertes maternas en mujeres adolescentes que en ese mismo año cobro la vida 180 madres adolescentes lo que representa la cuarta causa de muerte en mujeres de ese grupo de edad, esta cifra se debe de considerar sumamente alta si se considera que el embarazo adolescente es prevenible y en su defecto el embarazo adolescente con un excelente control prenatal con un equipo multidisciplinario no debe de representar ningún riesgo diferente al de un embarazo de una mujer adulta.<sup>40</sup>

Sin embargo, el embarazo adolescente no sólo se debe ver como un problema médico o una necesidad no satisfecha de planificación familiar o anticonceptiva, va más allá dicho problema y debe de tratarse con un verdadero enfoque holístico como lo propone y define el Dr. Dulanto *“El embarazo inoportuno debe de entenderse como una grave consecuencia de origen multifactorial de la experiencia del ser adolescente y las circunstancias que forman el existir del adolescente en relación con la cultura y el medio social donde vive y desarrolla su crisis de identidad”*<sup>41</sup>, más aun debe de verse y enternecerse como un problema prevenible casi en todas sus formas.

#### 4.4 Aborto

La joven tiene que tomar una decisión con respecto a su embarazo la cual no es sencilla y generalmente no es una decisión tomada a la ligera como muchos adultos creen, analiza sus sentimientos, sus posibilidades económicas, el apoyo con que puede contar tanto de su familia como de su pareja y si el embarazo no afectará de forma irremediable el proyecto de vida que ya tenía estructurado, las posibles respuestas a su decisión son: continuar con el embarazo y

---

<sup>40</sup> cfr. Secretaría de Salud. Ob. Cit. Páginas 17 a 26

<sup>41</sup> Dulanto, Gutiérrez. Enrique. Ob, cit. Pág. 522

quedarse con el bebé, continuar con el embarazo y dar a la criatura en adopción ó interrumpir el embarazo (abortar).

En México el aborto es considerado como un delito y se encuentra contemplado en el Código Penal para el distrito Federal en su artículo 144 donde se define al aborto como “la muerte del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo”,<sup>42</sup> no obstante hay casos excepcionales en los cuales una mujer puede solicitar la realización de un aborto sin infringir la ley, estos casos se encuentran contemplados en el Código penal del D.F. en su artículo 148 que dice que no se impondrá sanción:

- I. Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial.
- II. Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuera posible y no sea peligrosa la demora;
- III. Cuando a juicio de dos médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada; o
- IV. Que sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada.<sup>43</sup>

En toda la República Mexicana es permitido el aborto legal por violación y sólo en el estado de Yucatán cuando la mujer tiene razones económicas y es madre de tres hijos.

A continuación se adjunta el cuadro No 1 que muestra las causas en las que el aborto no es sancionado dependiendo de la entidad federativa en que se encuentre


---

<sup>42</sup> Agenda Penal del D.F. 2004. Código Penal para el D.F. Novena edición. Ed. Isef. Tlalnepantla. México 2004. Pág.36

<sup>43</sup> Ídem, Pág. 36



Cuadro No. 1



**EL ABORTO EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS**

ESTADO	POR VIOLACIÓN	IMPRUDENCIAL O CULPOSO	PELIGRO DE MUERTE	EUGENÉSICO	GRAVE DAÑO A LA SALUD	OTRAS CAUSAS
AGUASCALIENTES	✓	✓	✓			
BAJA CALIFORNIA	✓(A)	✓	✓			✓(B)
BAJA CALIFORNIA SUR	✓(A)	✓	✓	✓		✓(B)
CAMPECHE	✓	✓	✓			
COAHUILA	✓(A)	✓	✓	✓		
COLIMA	✓(A)	✓	✓	✓		✓(B)
CHIAPAS	✓(A)		✓	✓		
CHIHUAHUA	✓(A)	✓	✓			✓(B)
CHUCUMIL	✓				✓	
DURANGO	✓	✓	✓			
GUANAJUATO	✓	✓				
GUERRERO	✓	✓		✓		✓(B)
HIDALGO	✓(A)	✓			✓	
JALISCO	✓	✓	✓		✓	
MÉXICO	✓	✓	✓	✓		
MICHOACÁN	✓	✓	✓		✓	
MORILEÓN	✓	✓				✓(B)
NAYARIT	✓	✓	✓		✓	
NUEVO LEÓN	✓		✓		✓	
OAXACA	✓(A)	✓	✓	✓		
PUEBLA	✓	✓	✓	✓		
QUERÉTARO	✓	✓				
QUINTANA ROO	✓(A)	✓	✓	✓		
SAN LUIS POTÓSÍ	✓	✓	✓			
SINALOA	✓	✓	✓			
SONORA	✓	✓	✓			
TABASCO	✓		✓			✓(B)
TAMAULIPAS	✓	✓	✓		✓	
TLAXCALA	✓	✓	✓		✓	
VERACRUZ	✓(A)	✓	✓	✓		
YUCATÁN	✓	✓	✓	✓		✓(C)
ZACATECAS	✓	✓	✓		✓	
TOTAL	32	29	27	13	10	9

✓ Esta causal si está considerada en el Código Penal del estado.

(A) En estos casos la ley contempla plazos para la interrupción del embarazo, los cuales varían; algunos códigos señalan "dentro de los tres meses, contados a partir de la violación", otros dicen "dentro de los 90 días de gestación" y algunos más indican dentro de los "tres primeros meses" de gestación.

(B) Inseminación artificial no consentida.

(C) Económicas, cuando la mujer tenga al menos tres hijos.

4

Fuente: Taracena, Rosario. "CON LA CONCIENCIA TRANQUILA. GUÍA PARA ENFRENTAR UN EMBARAZO NO DESEADO" pág.47.

El aborto es un tema actual que debe de preocuparnos ya que afecta a un gran número de mujeres de todas las clases sociales y edades. Los embarazos no deseados se dan tanto en las adolescentes como en las mujeres mayores de 40 años, en mujeres analfabetas como en las mujeres con estudios universitarios o maestrías, en mujeres solteras y en mujeres casadas, mujeres sin hijos y mujeres que ya tienen los hijos que deseaban o pueden mantener. No se puede determinar que grupo de mujeres es el que predomina en la práctica del aborto ilegal pero tampoco hay datos para suponer que las adolescentes ocupen un lugar inferior con respecto a los otros grupos de edades. El aborto clandestino y por lo tanto inseguro es muy común no sólo en Latinoamérica sino en México, en nuestro país el aborto inseguro es uno de los principales problemas de salud pública al que nos enfrentamos actualmente, dada la naturaleza ilegal del mismo, no se pueden contar con datos confiables sobre su incidencia y sólo se pueden obtener cifras aproximadas del número de abortos inducidos al año. “El Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que en el 2000 se realizaron en México 200 mil abortos”.<sup>44</sup>

El aborto inducido es una de las principales causas de enfermedad y muerte para las mujeres, y sus consecuencias dependerán en gran medida de la o las técnicas usadas para su práctica, y esto también se relaciona ampliamente con los factores socioeconómicos de la mujer o su pareja, ya que no es lo mismo para una mujer que puede pagar los servicios profesionales de un médico que utilizará técnicas seguras, y mitigará su dolor físico con anestésicos o analgésicos y le suministre además antibióticos de manera profiláctica para evitar infecciones y por lo tanto complicaciones, todo esto llevado a cabo en una clínica equipada con lo necesario para este procedimiento sea seguro. En el mayor de los casos las mujeres no cuentan con una solvencia económica para poder sufragar los gastos de médicos profesionales, por lo que se ven en la penosa necesidad de realizarse un aborto en clínicas sucias, carentes de material y equipo, con personas no capacitadas, en estos casos las mujeres suelen ser sometidas a técnicas mal empleadas, a la introducción en el útero de materiales no estériles, lo que puede provocar desde infecciones hasta ruptura uterina.

Cuando la mujer no cuenta con dinero su desesperación la puede llevar a medidas extremas como lo son la ingesta de tes, darse masajes violentos en el vientre, remedios caseros

---

<sup>44</sup> Grupo de Información en Reproducción Elegida, AC. Ob. Cit.

hasta introducirse ellas mismas objetos punzocortantes, sondas, alambres, provocarse caídas por las escaleras y golpearse ellas mismas o sus parejas y las consecuencias de estas prácticas van desde la intoxicación al envenenamiento por la ingesta de medicamentos, tes, o drogas, y las complicaciones inmediatas más frecuentes del aborto inseguro por introducción de objetos punzocortantes son la perforación del útero, la hemorragia y la infección. A mediano plazo, la infertilidad es una secuela posible.<sup>45</sup>

No se pueden obtener datos precisos de la morbilidad a causa del aborto ya que por su clandestinidad son pocas las mujeres que acuden a los hospitales en busca de ayuda, otro factor que evita que se puedan obtener cifras precisas del aborto y sus consecuencias en la salud, son el que algunos médicos no reportan los abortos inducidos, con la finalidad de proteger a su paciente de un proceso penal. En los casos en que la mujer lamentablemente llega a perder la vida en su intento de abortar o en el puerperio, se certifica generalmente la muerte como metrorragia o endometriosis pélvica. Cabe aclarar que no todas las muertes de embarazadas se deben a complicaciones del parto, ya que casi la mitad de ellas se atribuyen a complicaciones del aborto ilegal.<sup>46</sup>

Dentro de los daños a la salud que sufre la mujer ante un aborto ilegal, está el estrés por la difícil situación por la que cursan, y pueden experimentar sentimientos de haber sido forzadas a abortar, dificultades emocionales preexistentes, antecedentes de abuso sexual, sentimientos de culpa, depresión, ansiedad y miedo. De este daño emocional casi nunca se habla, como si fuera algo sin importancia, pero la mujer tarda mucho tiempo para superar estos problemas principalmente por que no cuenta con apoyo psicológico.

Uno de los costos de la práctica del aborto inducido es la dignidad, y los derechos como paciente, no es que se pierdan con la práctica de un aborto inducido, esto obedece a una repuesta de la falta de profesionalismo del personal de salud que anteponen su ideología y moral a su ética profesional, pues lejos de dar un trato humano y cálido a la paciente cuando acude a los servicios de salud pública, por las complicaciones del aborto inducido, el personal de salud generalmente le

---

<sup>45</sup> cfr. Langer Glas Ana. Ob, cit. Págs. S 4-S5

<sup>46</sup> cfr. Dulanto, Gutiérrez.Enrique. Ob., cit. Pág. 578

recrimina por sus acciones y es tratada con poca calidad humana, además para el tratamiento de estas complicaciones se utilizan con frecuencia las técnicas de legrado instrumental para evacuar la cavidad uterina que suele ser peligroso si el médico no tiene una técnica depurada, cuando los médicos bien pudieran recurrir a técnicas más seguras como lo es la aspiración edouterina o el aborto con medicamentos.

Los costos del aborto inducido no siempre se pueden cuantificar, si bien se sabe que los hospitales obstétricos reportan que son destinados aproximadamente la mitad de sus recursos para la atención de las complicaciones del aborto inducido, no se puede cuantificar o poner precio a la salud de una mujer ni mucho menos decir cuanto vale su vida, además de que algunas de estas mujeres que pierden la vida en su intento de abortar, tienen hijos pequeños que dependen totalmente de ellas, y que dejan en total orfandad.<sup>47</sup>

El aborto suele ser una salida desesperada para la mujer ya que no encuentra una mejor solución ante un embarazo no deseado, tiende a ser una decisión que se toma después de hacer un análisis de todas sus posibles soluciones y se dice que *ninguna mujer aborta por gusto*, pues que mujer puede disfrutar de las condiciones traumáticas del proceso de un aborto ilegal, el tener que aparentar ante los demás de perfecta salud y mostrarse sonriente para ocultar el daño corporal y psicológico por el que esta atravesando. Las razones que pueden llevar a que la mujer aborte pueden ser una o la combinación de varias las cuales pueden ser las siguientes:

- ➡ Violación.
- ➡ Incesto.
- ➡ Embarazo no deseado.
- ➡ Por que la pareja no quiere contribuir con la crianza del hijo (a).
- ➡ Por presión de la pareja.
- ➡ Embarazo a causa de prostitución.
- ➡ Por incompatibilidad del embarazo con su proyecto de vida.
- ➡ Por que se es muy joven para ser madre.

---

<sup>47</sup> cfr .Langer Glas Ana. Ob, cit. Págs. S5

- ➡ Por que no cuentan con trabajo ni dinero.
- ➡ Por vergüenza a ser madre soltera.
- ➡ Miedo a decepcionar a los padres.
- ➡ Miedo al rechazo familiar
- ➡ Miedo a ser corrida de la casa por los padres.

La decisión de recurrir a el aborto clandestino, es un problema real no es un problema abstracto muchas mujeres toman esta decisión aun cuando va en contra de su idiosincrasia, de su moral y aun cuando saben que cometerán un delito que les puede quitar su libertad y sabiendo que están arriesgando su propia vida, pero creen firmemente que es la mejor solución que le pueden dar a su problema, se aventuran temerosas a un aborto clandestino con la ilusión de que se liberarán de sus problemas.

La desigualdad socioeconómica, las políticas en salud y las leyes penales, en nuestro país cobran todos los días víctimas de esta inequidad entre pobres y ricos ya que para las mujeres que tienen los medios económicos no solo pueden acceder a servicios de planificación familiar ya sea públicos o privados, tienen la oportunidad de recurrir a los métodos de anticoncepción de emergencia y en último de los casos a un aborto seguro con médicos capacitados que realizarán su trabajo con la infraestructura necesaria para que la mujer no corra peligro, en cambio el resto de las mujeres que en su mayoría viven en la pobreza no cuentan con educación, mucho menos con instrucción de planificación familiar ya que los programas de salud reproductiva no han podido romper todas las barreras y llegar a los grupos más vulnerables como lo son las adolescentes, indígenas y las mujeres que viven en lugares apartados son las que resultan más afectadas en estos casos.

Aun cuando por derecho las mujeres podrían recurrir a un aborto legal, en los casos de violación se recurre con frecuencia a un aborto ilegal dado que, no todas las mujeres que son violadas y resultan embarazadas denuncian la violación, esto es por que tratan de dejar en el pasado esta horrible experiencia y no quieren revivirlo, otras mujeres no denuncian por temor a ser nuevamente agredidas por su atacante ya que resulta ser un conocido o un familiar y en otros casos la misma familia no quiere que se denuncie para que este hecho no sea conocido ni por

vecinos, ni familiares, también cabe destacar que aunque la mujer llegue a levantar un acta de violación con la finalidad de poder recurrir a un aborto legal si se llegara a dar un embarazo, esto no es tan sencillo, por que el trámite para el aborto legal, es largo y tedioso.

Es importante señalar que un buen número de las mujeres que han pasado por la experiencia de un aborto inducido pueden volver a repetir esta experiencia, principalmente por que siguen sin información de planificación familiar, esto se debe a que son atendidas en los hospitales por las complicaciones de un aborto inducido pero son dadas de alta sin que se les instruya sobre los métodos anticonceptivos para que no vuelvan a sufrir un embarazo no planeado y por lo tanto no deseado y tengan que recurrir nuevamente a “el aborto como un método de control natal”.

#### **4.5 Anticoncepción de emergencia**

Se denomina anticoncepción de emergencia (AE) al uso de algunos métodos que se utilizan dentro de un tiempo limitado, después de una relación sexual no protegida con la finalidad de evitar un embarazo, dentro de la gama de métodos existentes se encuentran:

- ✓ Pastillas anticonceptivas de uso regular y pastillas anticonceptivas de uso dedicado.
- ✓ Dispositivo intrauterino.
- ✓ RU-486 (mifepristona) es un producto que es usado en grandes dosis generalmente para provocar abortos en etapas tempranas y puede ser utilizado también como EA en dosis muy bajas. Este método no esta disponible en México.

Estos métodos no pueden interferir con un embarazo ya establecido, por lo que no se deben de considerar como abortivos.

La anticoncepción de emergencia es la respuesta para evitar un embarazo en un alto porcentaje en las mujeres víctimas de relaciones no planeadas ni voluntarias cuya expresión extrema es la violación, que en un gran número de casos se expresa en las relaciones de pareja (dentro del matrimonio, del amasiato o con él novio formal), también es una posible respuesta

para el problema de anticoncepción no satisfecha de miles de mujeres de diferentes edades, clases sociales, raza y credo que se enfrentan todos los días ante la incertidumbre de un embarazo no deseado. Cuando la mujer puede disponer de la AE se puede afirmar que se está evitando un daño a la salud de la mujer ya que un gran porcentaje de estas mujeres al enfrentar un embarazo no deseado decide recurrir al aborto como una medida extrema de control natal.

### **Pastillas Anticonceptivas de Emergencia (PAE).**

Las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) son pastillas anticonceptivas que se usan en una dosis especial para prevenir un embarazo, las cuales se deben de tomar dentro de las primeras 72 horas (3 días) después de una relación sexual no protegida.

La historia de la anticoncepción de emergencia moderna se remonta al siglo pasado en los años 20s' cuando los investigadores inicialmente demostraron que los extractos de estrógeno ovárico interfieren con el embarazo en mamíferos. Los veterinarios fueron los primeros en aplicar este descubrimiento en perros de razas finas y en caballos que se apareaban cuando el dueño no quería que lo hicieran. En los años 40s' ya se hablaba del uso clínico de estrógenos post-coito en seres humanos, pero fue hasta el año de 1964, en Holanda que el médico Ary Haspel documentó y publicó el caso de una niña de 13 años que fue víctima de violación tumultuaria a la mitad del ciclo menstrual. Ante la solicitud de la madre de evitar de todas formas un posible embarazo, el médico consultó a un amigo veterinario quién le habló del uso de estrógenos posterior a la cruce de animales. El médico Haspel decidió aplicar la práctica veterinaria del tratamiento de estrógenos a dosis elevadas por cinco días después de coito no protegido en la niña. La efectividad anticonceptiva del método demostró ser elevada, sin embargo los efectos colaterales indeseados también eran intensos y frecuentes.

A fines de los años 60s' en Estados Unidos se investigaba la eficacia de altas dosis de estrógenos, las cuales se convirtieron en el tratamiento estándar. Las mujeres regularmente recibían concentraciones de estrógenos, el estrógeno esferoidal etinilestradio o el estrógeno no-esteroidal dietilestilbestrol (DES), el tratamiento solía llamarse 5X5, o sea 5 mg de etinilestradiol por día, durante cinco días.

En 1974, Albert Yuzpe, un médico canadiense, inicio un protocolo de un estudio con régimen combinado de pastillas anticonceptivas, que ahora se conoce como “Régimen de Yuzpe”, cuyas ventajas consistían en un tiempo de administración más corto, una efectividad igualmente elevada y menos efectos colaterales.

El uso de Levonogestrel sólo como anticonceptivo de emergencia se propuso por primera vez en América Latina (Kesseru y col. 1973) y es hoy en día el método de elección dados los resultados de un estudio realizado por la OMS en el que se comparó el régimen de Yuzpe con la administración de Levonogestrel puro en 1998. La anticoncepción de emergencia ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), y las agencias reguladoras de la mayoría de los países incluyendo los EEUU (Food and Drug Administration). En la mayoría de los países, también se incluye la AE en las normas de atención de los casos de violación.

Aun cuando la AE tiene una larga historia en el mundo, en nuestro país los esfuerzos realizados para que las mujeres puedan tener acceso a estos métodos, comienzan a finales de la década de los 90s', a través de un Proyecto de investigación de el Population Council y financiado por el consorcio para la AE y con apoyo del Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población (IMIPAF) y MEXFAM, de lo que se llamo “La experiencia en México”. Este proyecto de investigación proponía como uno de sus objetivos primordiales la introducir la AE como un elemento de atención a las víctimas de violación y para poder lograrlo se realizaron diferentes actividades de difusión y capacitación de psicólogas y médicos legistas que trabajaban en las agencias del ministerio público especializado en delitos sexuales en el D.F., para que a su vez ellos se convirtieran en replicadores de información a las mujeres que acudieran a levantar un acta de violación, además se establecieron 12 consultorios y clínicas con personal capacitado, en donde el personal del ministerio público pudiera referir a las mujeres.

Una segunda etapa del modelo consistió en la extensión a otras procuradurías estatales de justicia y a organizaciones feministas en todo el país para que fungieran como replicadoras de la información sobre las PAE, esto se llevo a través de talleres. El Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población (IMIPAF) centro sus esfuerzos en la difusión AE tanto para



prestadores de servicios como a usuarios potenciales, mediante las técnicas de repartición de folletería especializada para cada clase de público, mediante correo y/o visita personal a médicos y farmaceutas, repartición directa a estudiantes en el Campus de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y otras universidades, también se utilizaron los medios de comunicación como: radio, TV, periódicos y la creación de una página Web. La última etapa del proyecto contemplaba la diseminación de información de proveedores y cabildeo con autoridades a través del Population Council y MEXFAM, financiado por el consorcio para la AE. Las actividades de información y capacitación a prestadores de servicios incluían: la capacitación del personal de los servicios médicos y de salud mental de la UNAM, la presentación de temas en diferentes congresos médicos y a través del sistema de educación médica a distancia (CEMASATEL) y la incorporación a la currícula de enseñanza en la facultad de Medicina y Psicología de la UNAM, así como Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO). Las actividades de cabildeo, incluían establecer contacto con las autoridades pertinentes para: 1) incorporar la AE en las Normas Oficiales Mexicanas de los Servicios de Planificación Familiar, 2) La aprobación del uso del Postinor II (producto para uso específico de AE), 3) el desarrollo de un estudio legal sobre la situación jurídica de la AE. Los resultados fueron alentadores ya que la propuesta de AE fue bien aceptada tanto por prestadores de salud y público en general y su estudio concluyó que no podía considerarse ilegal el uso de la AE.<sup>48</sup> Tal vez su resultado más importante se logró recientemente con la inclusión de la anticoncepción hormonal post-coito en la NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar, pues todos los médicos y personal de salud que presta el servicio de planificación familiar deben de conocer e incluir el tema de la anticoncepción hormonal post-coital en la asesoría consejería, con lo que se benefician a un gran número de mujeres que solicitan este servicio todos los días en nuestro país.

### **Régimen de Levonogestrel.**

Se emplean dos dosis de 750 µg de Levonogestrel (LNG), separadas por un intervalo de 12 horas, existen productos dedicados para este fin que contiene la dosis exacta como Postinor-2, Inmediat, Vika, Inmediat-N, Levonelle-2, NorLevo, Plan, Postinor-2, Ikela, Ika Pozato y/o Pilen. Cuando no se disponen de productos dedicados con este fin se pueden emplear algunas marcas de

---

<sup>48</sup> Cfr. Population Council. “Ampliando el Acceso a la AE en América Latina. Taller Regional Memorias” Quito, Ecuador. Abril de 1998. Págs. 19-23

pastillas anticonceptivas de uso regular como Microlut, Microval y/o Norgeston, que contiene 30 µg de Levonogestrel puro que es utilizado como anticonceptivo durante la lactancia.

### **Régimen combinado (régimen Yuzpe).**

Se emplean dos dosis de 100 µg de etienil-estradiol + 500 µg de Levonogestrel separadas por un intervalo de 12 horas. En nuestro país no se dispone de un producto dedicado de régimen combinado con este fin, por lo que se sugiere utilizar las pastillas anticonceptivas de uso regular, para ello es necesario tomar 4 tabletas en total divididas en dos dosis y un intervalo de 12 horas. Cada tableta debe de contener con las siguientes dosis:

Tabletas que contienen 50 µg de etienil-estradiol + 250 µg de Levonogestrel.

Tabletas que contienen 50 µg de etienil-estradiol + 500 µg de de dl-norgestrel.

Las marcas que se pueden usar son las siguientes: Eugynon5, Fertilan, Neogynon, Noral, Ovidon, Ovral, Neovlar, Evasor y/o Normarmor

Otra opción es utilizar pastillas anticonceptivas de uso regular con dosis más bajas, para ello es necesario tomar 8 tabletas en total divididas en dos dosis y un intervalo de 12 horas. Cada tableta debe de contener con las siguientes dosis:

Tabletas que contienen 30 µg de etienil-estradiol + 150 µg de Levonogestrel.

Tabletas que contienen 30 µg de etienil-estradiol + 300 µg de de dl-norgestrel.

Las marcas que se pueden usar son las siguientes: Lo/Femenil, Microgynon 3, Nordette, Ovral L., Rigevidon, Microval, Ciclo 21, Coclon, Estrelan y/o Nociclin.<sup>49-50</sup>

Para un mejor manejo se propone tener siempre a la vista del prestador de la consejería el siguiente cuadro No.2 que contenga todas las marcas antes mencionadas.

---

<sup>49</sup> Cfr. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2. Ob.,cit. Pág.55

<sup>50</sup> Cfr. <http://p:www.anticoncepciondeemergencia.cl/articulos/ae.htm>.

Cuadro No.2

FORMULARIO DE PILDORAS ANTICONCEPTIVAS ORALES REGIMENES Y FORMULACIÓN (POR PILDORA)			
Dosis	Marcas comunes	1a dosis dentro de las 72 hrs después de la relación sexual no protegida	2a dosis 12 hrs., después de la 1ª dosis
Combinado estrogeno + progestina  * EE50 mcg. + LNG 0.25 mg *.EE50mcg. + NG 0.50 mg	Eugynon5, Fertilan, Neogynon, Noral, Ovidon, Ovral, Neovlar, Evasor y/o Normarnos	2	2
Combinando estrógeno + progestina.  * EE 30mcg.+ LNG 0.15 mg. *EE 30mcg.+ NG 0.30mg	Lo/Femenil, Microgynon 3, Nordette, Ovral L., Rigevidon, Microval,Ciclo 21,Coclon, Estrelan, Nociclin.	4	4
Levonogestrel sólo LNG 0.75 mg.	Postinor-2, Inmediat, Vika, Inmediat-N, Levonelle-2, NorLevo, Plan, Postinor-2, Ikela, Ika Pozato, Pilen.	1	1
Levonogestrel sólo LNG 0.03 mg.	Microlut, Microval, Norgeston,	25	25

Abreviaturas: EE = Etienil Estradiol, LNG = Levonogestrel NG = Norgestre

Nota: Si va a utilizar las pastillas anticonceptivas de uso normal, en su presentación de 28 comprimidos (uno para cada día), como PAE, recuerde que las últimas 7 pastillas no contienen hormonas.

## Indicaciones

Las PAE están indicadas para **todas las mujeres en edad fértil**, incluyendo las adolescentes, pueden recurrir a este método para evitar un embarazo no planeado en las siguientes condiciones:

- Después de un coito practicado voluntariamente sin protección anticonceptiva.
- Después de un coito practicado de manera involuntaria (violación) o cualquier relación ejercida con violencia física o psicológica, sin protección anticonceptiva.
- Cuando se esté usando un método anticonceptivo y se presuma falla del mismo, por ejemplo en caso de:
  - a. Ruptura o desprendimiento del condón durante el coito.
  - b. Falla en la ejecución del coito interrumpido (eyaculación en vagina, periné o genitales externos).
  - c. Falla en la toma de anticonceptivos hormonales orales por más de tres días.
  - d. Expulsión del DIU.
  - e. Falla en la estimación del periodo seguro o no fértil cuando se practican métodos tradicionales o naturales de planificación familiares como el ritmo o la abstinencia periódica.
- Retraso en la administración de los anticonceptivos inyectables.

## Contraindicaciones:

Una investigación con 6,300 mujeres que han utilizado las PAE, no reportó alteraciones graves a largo plazo. Durante 20 años de uso, **no se han registrado eventos tromboembólicos** relacionados con la ingesta de PAE. También hay estudios de laboratorio que demuestran que la breve exposición a dosis, aun elevadas, de estrógenos y progestina, **no altera los mecanismos de coagulación y no afecta otros parámetros bioquímicos**, como ocurre con el uso más prolongado de anticonceptivos orales combinados (AOC).<sup>51</sup> Ambos regímenes hormonales se consideran seguros para casos ocasionales, sin embargo, su uso repetido implica las mismas contraindicaciones que los anticonceptivos orales de uso rutinario.

---

<sup>51</sup> cfr. Instituto Mexicano de Investigación de Familia y población A.C. y Fundación Mexicana para Plantación Familiar A.C. Dúctico. **“Pastillas Anticonceptivas de emergencia. Información a Tiempo”** s.e, s.f.

Las pastillas anticonceptivas de emergencia son eficaces e inocuas y no tienen contraindicaciones de acuerdo a la evaluación hecha por el panel de expertos convocados por la OMS (2000). La historia de enfermedades cardiovasculares severas, de angina pectoris, de migraña, y de enfermedades hepáticas severas se han clasificado como categoría 2 (la ventaja de evitar un embarazo no deseado superan los posibles inconvenientes o riesgos de usar el método). En estos casos, el Levonogestrel sería la mejor alternativa ya que los progestágenos puros tienen menor efecto sobre el sistema cardiovascular y la función hepática. Ambos regímenes hormonales son considerados seguros para uso ocasional o de emergencia durante la lactancia, por que no representan ningún riesgo conocido para el lactante.

Los criterios de la OMS y de la NOM-005-SSA2, describen como categoría 4 a las mujeres embarazadas, lo que quiere decir que no se debe de usar el método cuando hay un embarazo confirmado, principalmente porque no serán efectivas. En caso de que se administren las PAE **NO** interrumpen el embarazo, y tampoco hay evidencia de efectos teratogénicos.

### **Mecanismos de acción.**

El mecanismo de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia es complejo porque el efecto de los esteroides administrados depende del día en que se usan, y la fertilidad de la mujer varía de acuerdo a la etapa del ciclo menstrual en que se encuentre.

En teoría, los regímenes hormonales en AE como Yuzpe y LNG inducen una exposición hormonal intensa y breve que desorganiza los patrones hormonales endocrinos que son esenciales para el embarazo. La liberación de gonadotropinas hipofisarias se alteran retardando la ruptura del folículo, se retarda el transporte del óvulo en las trompas de Falopio y el desarrollo del endometrio se desorganiza, también pueden interferir con el proceso reproductivo a través de modificaciones del mecanismo de penetración espermática.

Cinco (83%) de los coitos únicos por día que pueden ocurrir en los 6 días fértiles del ciclo menstrual ocurren entre uno y cinco días antes de la ovulación y sólo 1 (17%) es en el día de la ovulación. Por lo tanto, en la gran mayoría de los casos en riesgo, los espermatozoides tienen que esperar entre 1 y 5 días en el tracto genital femenino hasta que se produzca la ovulación. Este intervalo ofrece una posibilidad real de que el anticonceptivo de emergencia interfiera con la

migración y función de los espermatozoides y/o con el proceso ovulatorio y que prevenga por estos mecanismos el encuentro del óvulo y el espermatozoide en la trompa de Falopio. Cuando el coito ocurre en el mismo día de la ovulación, es altamente improbable que la AE pueda interferir con la fecundación lo cual plantea dos posibilidades: a) que la AE tomada en ese día no sea efectiva y en esos casos el método falle; b) si previene un embarazo tendría que hacerlo por una acción posterior a la fecundación. El mecanismo pos-fecundación que se pudiera observarse sería la inhibición de la implantación por una alteración de la receptividad endometrial inducida por las PAE.

La fisiología de la migración espermática en la mujer es poco conocida pero se señala que existen dos fases, una fase rápida y breve por la cual llegan los primeros espermatozoides a la trompa a los pocos minutos después del coito, y una fase sostenida en el tiempo por la cual los espermatozoides almacenados en las criptas del cuello uterino migran en sucesivas cohortes hacia la trompa en el curso de varios días. Sólo los espermatozoides de la fase sostenida tienen la capacidad fecundante. Por lo tanto los espermatozoides de la fase sostenida son esenciales para mantener en la trompa de Falopio una población de espermatozoides con capacidad fecundante hasta que se produzca la ovulación, ya que los aquí llegan ni se quedan ni persisten viables por mucho tiempo. Los espermatozoides pasan a la cavidad peritoneal o bien se adhieren al epitelio de la trompa por algunas horas, proceso en el cual adquieren motilidad hiperactivada, después de lo cual pierden en corto tiempo su viabilidad. Mientras se espera que ocurra la ovulación, la población de espermatozoides que se encuentra en la trompa de Falopio está en constante renovación gracias a nuevas falanges de espermatozoides que llegan desde el reservorio cervical.

Si la administración del régimen Yuzpe o LNG ocurre en la fase folicular tardía del ciclo, una vez que los mecanismos de retroalimentación positiva de los estrógenos sobre la liberación cíclica de esta gonadotropina y la ruptura folicular permanece sin modificaciones, entonces la producción de progesterona se ve afectada en algunos casos, lo que sugeriría la presencia de cambios en los procesos de luteinización y formación del cuerpo lúteo, estos efectos se presentan con variaciones inter-individuo.<sup>52\_53\_54</sup>

---

<sup>52</sup> Cfr. Díaz, S. y Croxatto, H.B. Ob. Cit. Págs.2-4

<sup>53</sup> Cfr. Instituto Mexicano de Investigación de Familia y población A.C. Ob. Cit.

Por lo tanto se puede decir que básicamente los mecanismos de acción de las PAE son:

- Efectos directos sobre la fertilización.
- Modificación del moco cervical. Se observa debido a la acción del progestágeno, que induce a la formación del moco (demasiado viscoso) totalmente hostil al paso de los espermatozoides. Esta acción debería de implicar la toma de las PAE en el post-coito inmediato.
- Alteraciones en el transporte tubárico de ambos gametos o del óvulo fertilizado.
- Efectos lúteicos, con deficiencia funcional del cuerpo lúteo, posteriores a la administración de las PAE.

### **Efectividad anticonceptiva.**

La efectividad anticonceptiva es la capacidad que tiene un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso **en el período de un año.**<sup>55</sup>

### **Índice de efectividad.**

Para el caso de la AE, lo más correcto es utilizar el llamado **índice de efectividad**, éste indica el número de embarazos prevenidos por cada episodio coital. Este índice en estudios multicéntricos se ha calculado en 75%.

Expresado de otra forma, por cada relación sexual no protegida que tenga lugar entre la segunda y tercera semana del ciclo, ocho de cada cien mujeres llegarían a embarazarse; sin embargo, con el uso de las PAE, este porcentaje se reduciría a sólo dos mujeres, representando una falla del 2%, equivalente a 75% de efectividad.<sup>56</sup>

Existe una relación significativa entre la eficacia anticonceptiva y el tiempo que transcurre entre el acto sexual no protegido y la ingesta de las PAE, disminuyendo la eficacia paulatinamente a lo largo de las 72 horas recomendadas para su uso.

---

<sup>54</sup> Cfr. Larrea, Fernando [et, al]. (2003) "**Anticoncepción de emergencia**". En: Gaceta Médica Mexicana Vol.139, Suplemento No.1, México. Pág. S29-S35

<sup>55</sup> NOM-005-SSA2. Ob, cit. Pág. 43

<sup>56</sup>cfr. <http://www.andar.org.mx/anticon/emerg1.htm>.

El retraso en la ingestión de la primera dosis incrementa el riesgo de embarazo en un 50% cada 12 horas. Por eso se recomienda tomar las PAE lo antes posible después del coito no protegido.<sup>57</sup>

### **Efectos colaterales y su manejo.**

La ingesta de anticonceptivos en dosis altas en un tiempo tan corto es lo que provoca que se presenten efectos secundarios como lo son la náusea, vómito, dolor de cabeza, mareo, sensibilidad en las glándulas mamarias y /o sangrado vaginal pero estos síntomas son de corta duración y auto-limitantes, es decir que ceden aún sin tratamiento entre las 24 y 36 horas posteriores a la ingesta de las PAE.

- *Náusea:* Se da aproximadamente en el 50 % de las usuarias que utilizan el régimen Yuzpe, y aproximadamente en el 20 % de las mujeres que toman anticonceptivos hormonales de progestina sola, pero por lo general no dura más de 24 horas.
  - ✓ *Manejo:* Tomar las pastillas acompañadas de comida o leche puede ayudar a reducir la náusea o tomarlas al acostarse. La administración profiláctica de un anti-emético ha demostrado reducir la náusea en algunas mujeres.
- *Vómito:* Ocurre e en aproximadamente el 20% de las mujeres que utilizan el régimen Yuzpe, y en aproximadamente el 5% de las mujeres que utilizan pastillas hormonales de progestina sola.
  - ✓ *Manejo:* Si se presenta vómito en las 2 horas siguientes a la ingesta de cualquiera de las dosis, ésta tendrá que repetirse. Si el vómito es intenso se deberá proceder al tratamiento de la descompensación hidroelectrolítica. Cuando no sea posible administrar el medicamento por vía oral, la administración de las pastillas puede ser por vía vaginal. Bajo esta vía de administración, no será necesario repetir la dosis aún en caso de presentarse el vómito.
- *Otros efectos colaterales de las PAE son:* sensibilidad en los senos, dolor de cabeza, mareo y fatiga. Estos efectos colaterales generalmente no duran más de 24 horas.

---

<sup>57</sup> <http://www.anticoncepciondeemergencia.cl/articulos/ae.htm>. Pág.3



- ✓ *Manejo:* Se puede utilizar la aspirina u otro analgésico sin prescripción médica para reducir los malestares debidos a dolores de cabeza o sensibilidad de los senos.
- *Sangrado uterino irregular:* Algunas mujeres pueden experimentar un sangrado después de tomar las PAE que generalmente se manifiesta como goteos o “spotting”, los cuales ceden por sí solos.
  - ✓ *Manejo:* El sangrado cede por sí solo y la menstruación puede retrasarse por unos días o presentarse en la fecha esperada, pero si hay un retraso de 7 días o más será necesario que se practique una prueba de embarazo.

### **Ventajas.**

Las ventajas de las PAE son evidentes ya que es un método que se puede utilizar después de una relación no protegida, y las pastillas se pueden adquirir con facilidad en cual farmacia y su costo es accesible para la mayoría de las parejas y de no ser así se pueden solicitar en los servicios de planificación familiar de cualquier centro de salud, IMSS, ISSTE o servicio del cual se sea derechohabiente. Los anticonceptivos hormonales deben de estar disponibles en estos centros por considerarse parte de los fármacos del paquete básico. Puede que en estos lugares el hormonal no lo tengan disponible como un fármaco dedicado por lo que se puede proporcionar el hormonal en su presentación de uso habitual (21 o 28 pastillas).

Es el último recurso para evitar un embarazo no deseado para muchas mujeres y para otras una mediada anticipada para evitar un posible aborto. Una de sus más grande ventajas consiste en que no existen criterios de contraindicaciones para ninguna mujer, y las pueden tomar tanto las mujeres jóvenes como las mujeres que se encuentran al final de su vida reproductiva, las pueden utilizar las mujeres que nunca han tenido hijos como las que ya han sido madres, y cualquier mujer no importando que tipo de patología presente en la actualidad, esto debido a que los beneficios superaran siempre a los riesgos posibles que generen las PAE por considerarse como un método ocasional y no de uso habitual.

## Desventajas

Una de sus principales desventajas de este método consiste en el factor tiempo, es decir como es un método que se usa post-coito se tiene un margen de tiempo reducido para que se pueda utilizar y sea considerablemente efectivo, y si le aunamos a esto que se debe de tener conocimiento previo del método para que se puedan ingerir las pastillas lo más pronto posible, lo cual suele no ser así, principalmente en la población adolescente que desconocen el método o dudan que realmente exista, y cuando se deciden a buscar asesoría profesional suele suceder que ya rebasaron el límite de las 72 horas, pues no debemos de olvidar que el mayor número de contactos sexuales entre adolescentes sucede en los fines de semana, fechas festivas y puentes vacacionales, y los servicios de planificación así como la consulta médica no operan en esos días.

- Hay que enfatizar a la o los usuarios que este método **NO** protege de ITS incluyendo al VIH/SIDA.
  
- Que el método sólo las protegerán de las relaciones sexuales que hayan tenido durante las 72 horas previas a la ingesta de las PAE y **NO** la protegerán de los contactos sexuales posteriores a la ingesta de las mismas, por lo que se debe de recomendar ya sea la abstinencia sexual o el uso de los preservativos masculino o femenino hasta que se presente su siguiente ciclo menstrual.
  
- Causa mayor incidencia de efectos secundarios que cualquier otro método anticonceptivo de uso regular.
  
- El índice acumulado de falla, en caso de uso rutinario, es más elevado que el de las pastillas de uso regular.

Pero todas estas desventajas que pueden observar de las PAE, se pueden superar a través de la difusión del método ya que sus desventajas no obedecen a problemas médicos.

## Seguimiento de la usuaria.

Calcule la próxima fecha de la menstruación de la usuaria más siete días para que se pueda programar una nueva cita, esto con la finalidad de evaluar la información de la última menstruación y si esta fue normal. Para excluir o sospechar de la posibilidad de que la mujer esté embarazada, la menstruación o amenorrea deberá de presentarse como habitualmente se presenta es decir tanto en color, cantidad y número de días de sangrado. La presencia de amenorrea normal antes de la cita programada es razón suficiente para descartar un embarazo, incluyendo la posibilidad de un embarazo ectópico, aun cuando no se ha referido que la frecuencia del mismo esté aumentada.

Es necesario explicarle a la usuaria la conveniencia de acudir a su próxima cita para aclarar cualquier duda sobre este método, y descartar un embarazo. Esta nueva cita también puede servir de enlace para las mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo y que el prestador de salud ofrezca la consejería.

Es indispensable que el prestador de salud además de proporcionar la información de las PAE, también valore si la usuaria puede tener riesgo de VIH/SIDA o ITS y tomar las medidas diagnósticas y terapéuticas correspondientes. Ante esta situación es indispensable que el prestador de salud ponga énfasis en el uso correcto y consistente del condón.

Si las PAE han fallado y la usuaria está embarazada:

- Aclare a la usuaria que las PAE **NO** pueden, ni le causarán daño a su bebé.
- Exponga las opciones disponibles y deje que ella decida cuál es la más apropiada de acuerdo a su situación. Su decisión debe de ser respetada refiera a la usuaria de ser necesario a la institución pertinente.
- Si la usuaria decide continuar con el embarazo, deberán de iniciarse la valoración y los cuidados prenatales.

#### **4.5.2 La Anticoncepción de Emergencia (AE) y su situación actual en México.**

En México se están gestando una serie de cambios que busca la modernización en todos los órdenes, y el campo de la salud sexual y reproductiva no es la excepción, ya que esta es básica para que cualquier país se pueda desarrollarse adecuadamente, ya que el crecimiento poblacional tanto en el mundo como en nuestro país es alarmante debido a esto no se pueden dar los satisfactores y servicios de salud para atender a la desmesurada la tasa de fecundidad, es por ello que México ha puesto un interés particular en salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, para la postergación de la edad al nacimiento del primer hijo (a) y alargar el período intergenésico, para poder lograrlo se ha intentado mejorar la calidad de los servicios de salud y los productos que se puedan ofertar para dicho fin.

Una manifestación tanto del interés del gobierno y triunfo las mujeres mexicanas es el haber alcanzado uno de los más grandes logros en materia de planificación familiar, de derechos sexuales y reproductivo, mediante la modificación de la NOM-005-SSA2 de los servicios de planificación familiar al incluir en ella la anticoncepción de emergencia (AE), ya que esta es una respuesta para poder disminuir problemas graves de salud, no solamente de las mujeres adultas, pues es una pieza clave para disminuir el impacto negativo que puede generar el embarazo adolescente, ya que este en su mayoría no es un embarazo buscado, si no que es producto de una serie de factores negativos que rodean a la mujer adolescente.

Los costos de una deficiente educación sexual y reproductiva son muchos y muy variados pero principalmente son prevenibles con una buena asesoría consejería en planificación familiar y en algunos casos con la ingesta oportuna de unas pastillitas anticonceptivas de emergencia de bajo costo. Uno de los principales costos es el embarazo adolescente cuando se convierte en un embarazo no deseado al grado de que la mujer se procure un aborto inducido, también se generan problemas de salud para la gran mayoría de éstas mujeres debido a las precarias e insalubres condiciones en que son practicados, estas mujer en algunos casos requerirán atención hospitalaria y las consecuencias de estas practicas pueden ser en algunos casos reparados, en otros los daños serán permanentes y en los peores casos cobran la vida de estas mujeres. Los costos monetarios que pueden generar los abortos inducidos sólo se pueden calcular cuando hablamos de costos

hospitalarios por concepto de atención y reparación del daño del cuerpo de una mujer, pero no podemos decir cuanto dinero perdió el país cuando una mujer ha muerto a consecuencia de un aborto inducido, si bien el país no recobraré la inversión que hizo en éstas mujeres en materia de salud, educación y otros servicios, quedaría pendiente calcular el monto monetario que cuesta que éstas mujeres dejen en orfandad a su o sus hijos pequeños o cuanto dinero perdieron los padres de estas mujeres.

Si bien la inclusión de la AE en la norma de planificación familiar es un logro enorme, por si sólo no quiere decir nada; se requiere una fuerte y constante campaña de difusión de las PAE y los diferentes métodos de planificación familiar para crear una cultura de prevención en toda la población y principalmente en la población adolescente, y esto sólo se logrará con una considerable inversión económica la cual es evidente menor a la requerida para cubrir los gastos hospitalarios que generan los hospitales en atención materno-infantil en madres adolescentes

#### **4.6 Diseño metodológico.**

##### **4.6.1 Población.**

La población objetivo para la presente investigación son las 3060 adolescentes inscritas en el ciclo escolar 2004-2 en los diferentes semestres del turno matutino del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Naucalpan, perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México.

Para los fines de la presente investigación la población participante deberá de reunir los siguientes criterios de inclusión:

- 1.-Sexo femenino
- 2.-Estudiantes entre 15 y 19 años de edad.
- 3.-Estudiantes del turno matutino.
- 4.-Alumnas de 2º, 4º y 6º semestre.

Por lo tanto serán excluidas de está investigación las siguientes alumnas:

- 1.-Estudiantes que al momento del estudio no deseen participar.
- 2.-Adolescentes que al momento de la aplicación del estudio no se encuentren presentes.

La muestra pretende ser representativa y aleatoria por lo que se aplicaron 341 cuestionarios al azar a las alumnas que se encontraron presentes al momento de la aplicación del instrumento de investigación y que desearon participar de forma voluntaria y que refirieron cubrir los requisitos de inclusión.

Para el cálculo de la muestra se recurrió de las siguientes fórmulas:

Fórmula infinita de cálculo de muestra:

$$n = \frac{(z^*z) pq}{(e^*e)}$$

$$n = \frac{(1.96)(1.96)(0.5)(0.5)}{(0.05)(0.05)}$$

$$n = \frac{0.9604}{0.0025} \quad n = 384$$

b) Fórmula Finita de Cálculo de Muestra:

$$n = \frac{n^{\circ}}{1 + \frac{n^{\circ} - 1}{N}}$$

$$n = \frac{384}{1 + \frac{(384 - 1)}{3060}}$$

$$n = \frac{384}{1.12516}$$

$$n = 341$$

Confianza (Z) = 95%

Variabilidad (p y Q) = 50% y 50%

Error (e) = 5%

N = Tamaño de la muestra

No = Tamaño de la población

n = Tamaño de la muestra buscada

#### 4.6.2 Tipo de Estudio:

Es un estudio de **campo** por que se utilizó un cuestionario para la recolección de datos.

Es un estudio **transversal**, ya que se examinan las características de un grupo en un momento dado.

Es un estudio **deductivo** porque a partir de una problemática se consideran conceptos y deducciones y porque de toda generalidad se pueden abstraer parte de ese todo.

Es un estudio **descriptivo** por que a partir de los datos obtenidos a través de los cuestionarios se pretende describir los hechos tal y como se observaron.

#### 4.6.3 Hipótesis.

Si los conocimientos que tienen las adolescentes de las pastillas anticonceptivas de emergencia son deficientes, entonces las atribuciones que les dan son erróneas.

#### 4.6.4 Variables.

Por el planteamiento de la hipótesis anterior el presente anteproyecto de investigación se abocará al estudio de las siguientes variantes:

##### **Variable independiente.**

Si los **conocimientos** que tienen las adolescentes de las pastillas anticonceptivas de emergencia son deficientes.

Es una variable independiente por expresar la causa y condición del fenómeno.

### **Variable dependiente.**

Entonces las **atribuciones** que les dan son erróneas.

Es una variable dependiente por que se presenta como consecuencia o efecto producido por el fenómeno.

### **4.6.5 Definiciones.**

#### **Definiciones conceptuales.**

**Conocimiento:** Noción, idea// Información: tengo conocimiento de eso// Acción y efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia.

**Atribución:** Aplicar hechos o cualidades a una persona .Asignar una cosa como de su competencia.

**Otorgar:** Conceder, dar// Conceder una cosa que se pide o se pregunte.

**Pastillas Anticonceptivas de Emergencia:** Son pastillas anticonceptivas que se usan en una dosis especial para prevenir un embarazo.

**Adolescencia:** Etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y adquiere la independencia socioeconómica; asimismo se fija el inicio de la adolescencia entre los 10 y los 19 años de edad.

#### **Definiciones operacionales**

Para efectos de esta investigación se entenderá por **conocimiento:** lo que las adolescentes refieran saber con referencia a las pastillas anticonceptivas de emergencia.

Se entenderá como **adolescencia** a la etapa de la vida en la cual la mujer adquiere la madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y adquiere la independencia socioeconómica; con un rango de edad de los 15 a 19 ya que se trabajará con mujeres de nivel bachillerato.

Se entenderá por atribuciones a las cualidades que se le asignen a las pastillas anticonceptivas de emergencia. Por las adolescentes.



Se entenderá por **pastillas anticonceptivas de emergencia** a los hormonales orales de uso dedicado y/o a los hormonales orales de uso regular que a dosis específicas puedan prevenir un embarazo no planeado o no deseado después de una relación coital desprotegida.

#### **4.6.6 Instrumento de aplicación.**

Se realizó un instrumento de investigación (cuestionario) el cual estuvo conformado por los siguientes temas: datos de identificación, datos generales, planificación familiar, sexualidad, métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia, dicho cuestionario se puede observar en el apartado de los anexos.

#### **4.6.7 Recolección de datos**

La recolección de datos fue de manera aleatoria mediante un cuestionario el cual fue contestado por 341 alumnas del CCH-Naucaalpan del turno matutino, el tiempo aproximado para ser contestado por las adolescentes fue de 10 a 15 minutos. Se abordaron a las adolescentes dentro de las diferentes áreas del plantel de manera individual y grupal, pidiéndoles que de forma libre y voluntaria participarán en dicho estudio si cumplían con los requisitos de inclusión.

De los 341 cuestionarios aplicados se eliminaron 6 por no haber reunido con los criterios de inclusión (edad), se eliminó un cuestionario más debido a que el dicho instrumento no fue contestado con veracidad ya que caía en contradicciones.

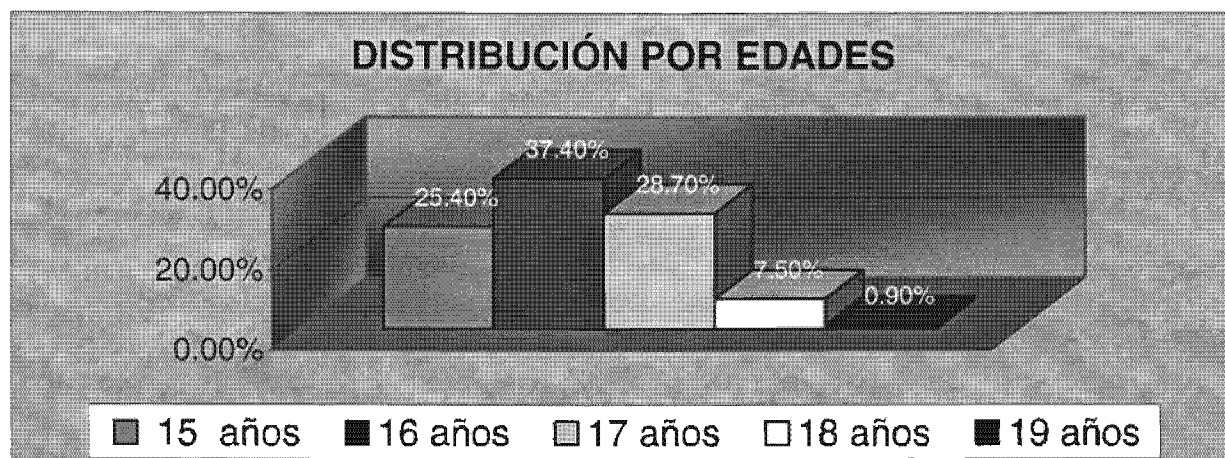
#### **4.6.8 Análisis de datos**

Una vez contestados los cuestionarios se procedió a la realización de un manual de codificación y posteriormente se efectuó el vaciado de los cuestionarios a una base de datos (software SPSS), para elaborar una presentación en forma de cuadros y gráficas para una mejor interpretación y análisis de los mismos.

# RESULTADOS

La gráfica 1 muestra que la edad que predominó en las adolescentes encuestadas fue la de 16 años con un porcentaje de 37.4%, mientras que la edad de 19 años fue la que tuvo un porcentaje más bajo con sólo el 0.9%.

**GRÁFICA 1**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan, Estado de México. Abril de 2004.

La distribución de cuestionarios se trató de hacer de una forma equitativa, pero la disposición de las adolescentes para participar en la investigación tuvo variantes, como se muestra en el cuadro 1, siendo las adolescentes de 4° semestre las más accesibles seguidas de las de 2° semestre, mientras que las de 6° semestre se mostraron más renuentes, cabe señalar que de este último grupo de adolescentes se tuvieron que eliminar tres cuestionarios por no cumplir con los requisitos de inclusión.

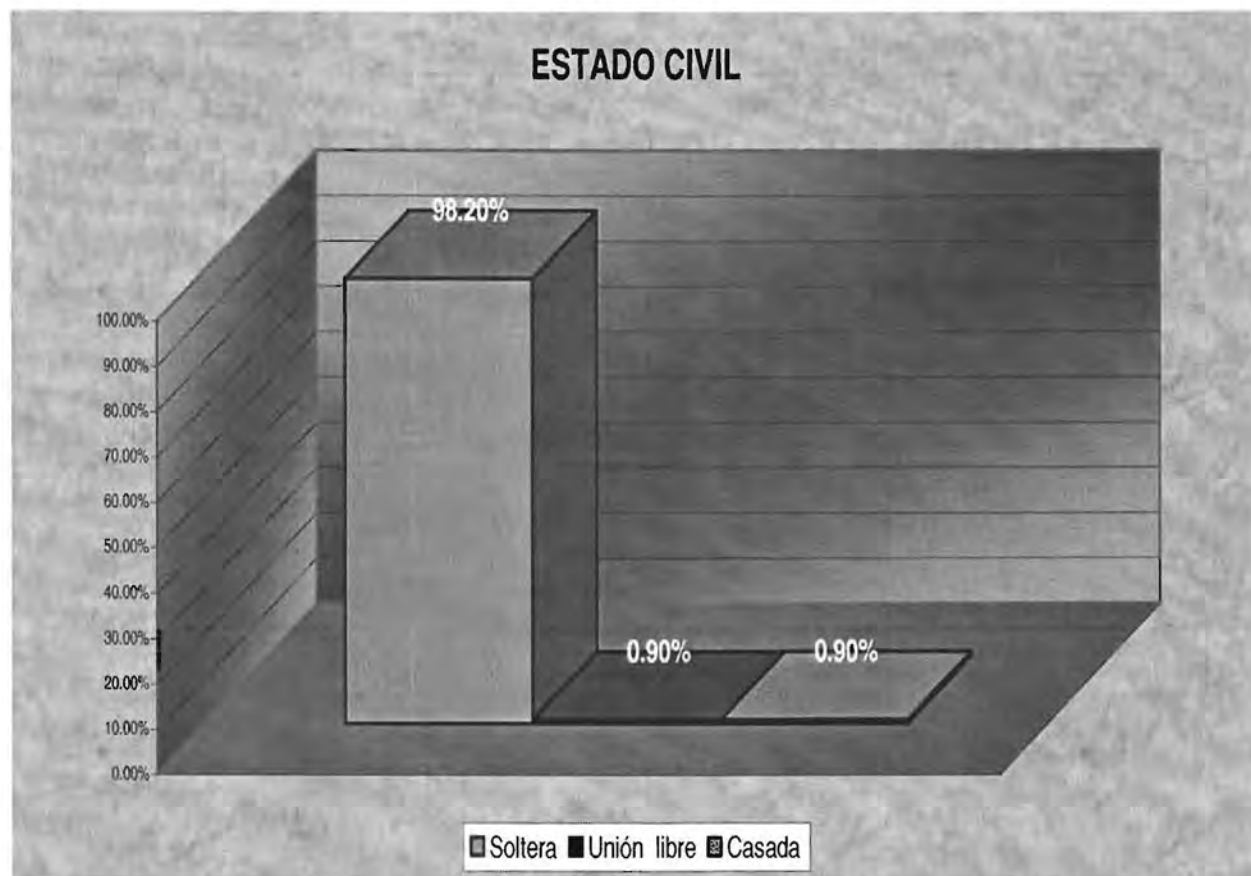
**CUADRO 1**  
**DISTRIBUCIÓN POR SEMESTRE**

Semestre	Frecuencia	Porcentaje
2° semestre	115	34.4%
4° semestre	117	35.0%
6° semestre	102	30.5%
Total	334	100.0%

Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan, Estado de México. Abril de 2004.

La gráfica 2 muestra que la mayoría de las adolescentes son solteras y representan el 98.2%, mientras el 1.8% acumulado de ellas viven en unión libre o son casadas. Cabe señalar que la mayoría de las adolescentes tuvieron problemas para saber su estado civil ya que confunden las relaciones de noviazgo con la unión libre.

**GRÁFICA 2**



Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

En el cuadro 2 se puede observar que sólo el 79.4% acumulado de las adolescentes viven en un modelo de familia tradicional mientras que el resto de ellas viven en distintos modelos familiares sin que estos tengan que llegar a ser modelos de familias disfuncionales, esto demuestra que nuestra sociedad esta cambiando como resultado del incremento de los divorcios y la movilización de los jóvenes hacia las ciudades en busca de nuevas oportunidades de vida.

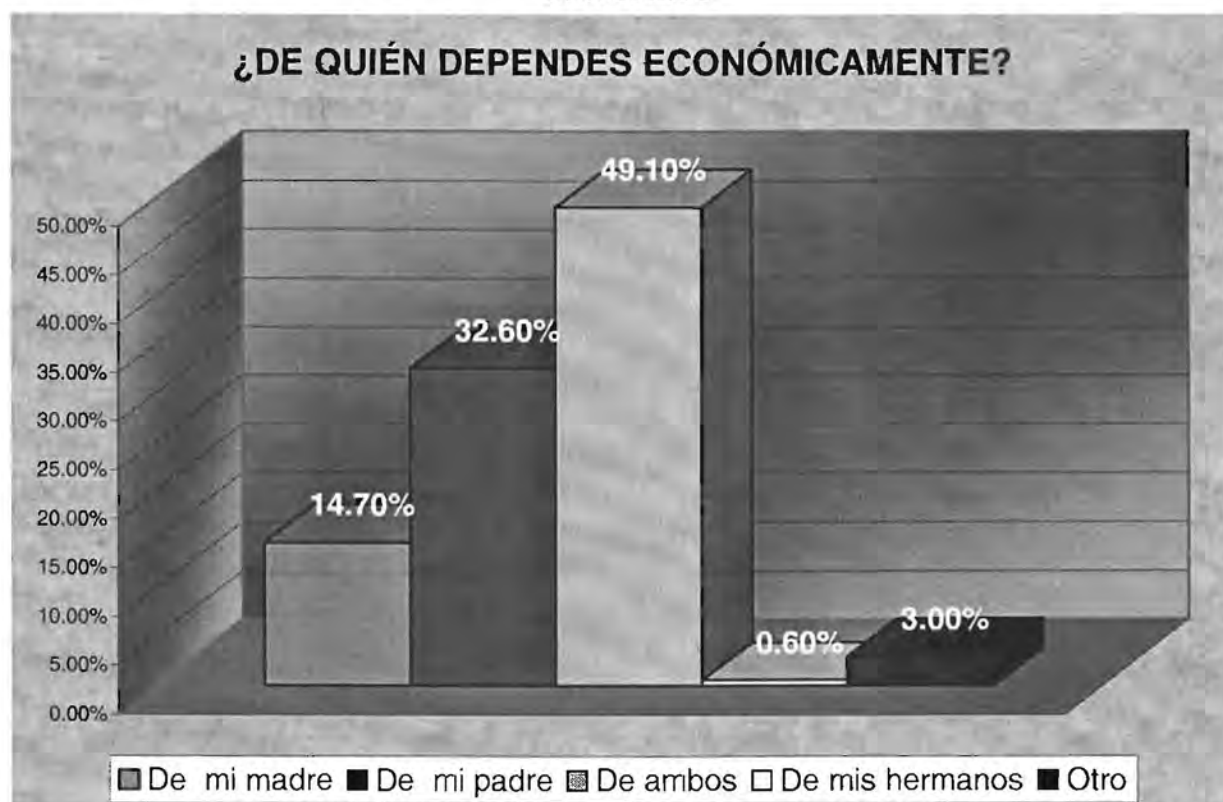
**CUADRO 2**  
**¿ACTUALMENTE CON QUIÉN VIVES?**

<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Con ambos padres	74	22.2 %
Sólo con mi madre	16	4.8 %
Sólo con mi padre	2	.6 %
Con mi madre y hermanos	34	10.2 %
Con mi padre y hermanos	6	1.8 %
Con mis padres y hermanos	191	57.2 %
Otro	11	3.3 %
Total	334	100.0 %

Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

Se observa en la gráfica 3 que el 97% acumulado de las adolescentes mantienen una dependencia económica total de alguno de sus parientes más cercanos y sólo el 3% de las adolescentes mantienen una dependencia económica parcial, ya que estas adolescentes trabajan, pero también reciben apoyo económico por parte de su pareja sentimental o de sus abuelas, tías o tíos.

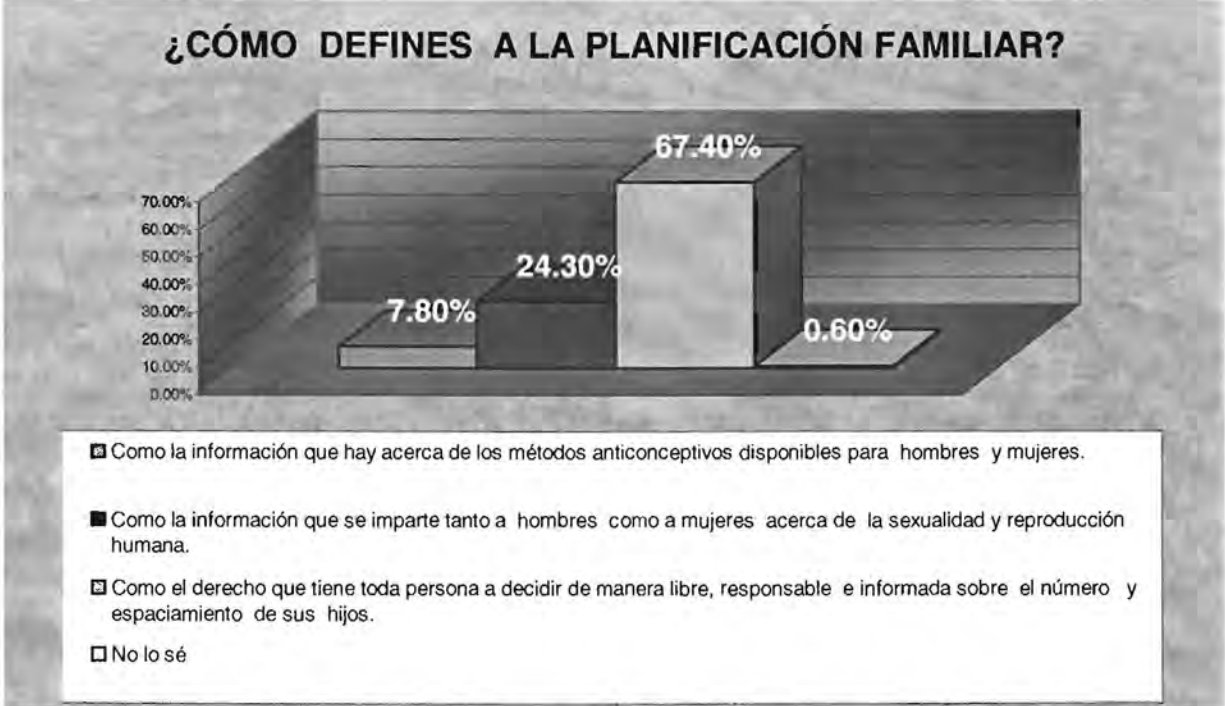
**GRÁFICA 3**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

La gráfica 4 muestra que el 67.4% de las adolescentes identificó el concepto de la planificación familiar mientras, el 32.1% acumulado de las jóvenes confunde el concepto con los servicios que puede prestar la planificación familiar y un 0.6% no pudo escoger un concepto.

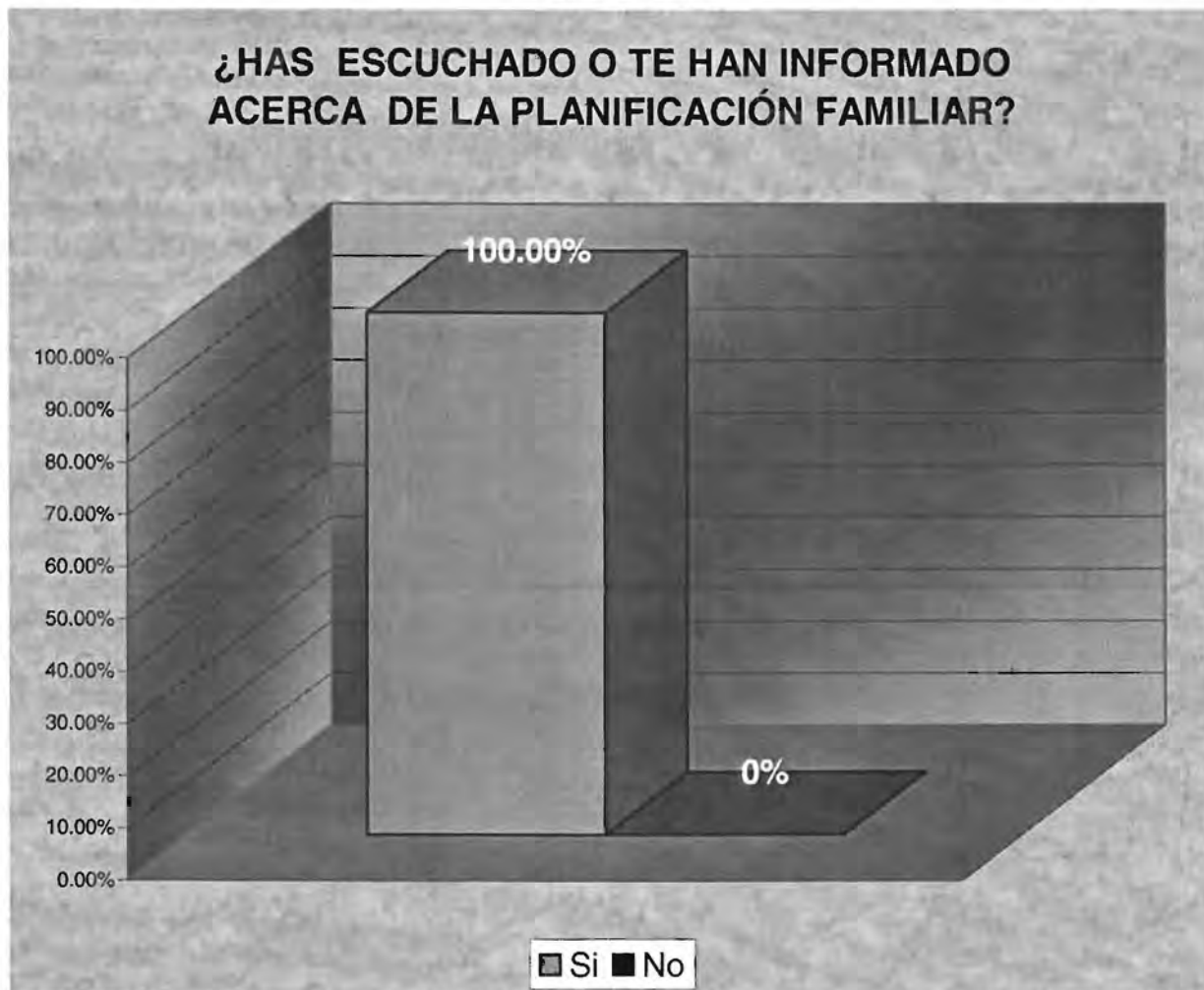
GRÁFICA 4



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

La gráfica 5 muestra que el 100% de las adolescentes aceptaron haber escuchado o haberse informado de la planificación familiar aún cuando en la gráfica anterior se puede observar que el 32.1% no contestó acertadamente, lo que puede llevarnos a suponer que los adolescentes contestan pero no entienden lo que se les pregunta.

GRÁFICA 5

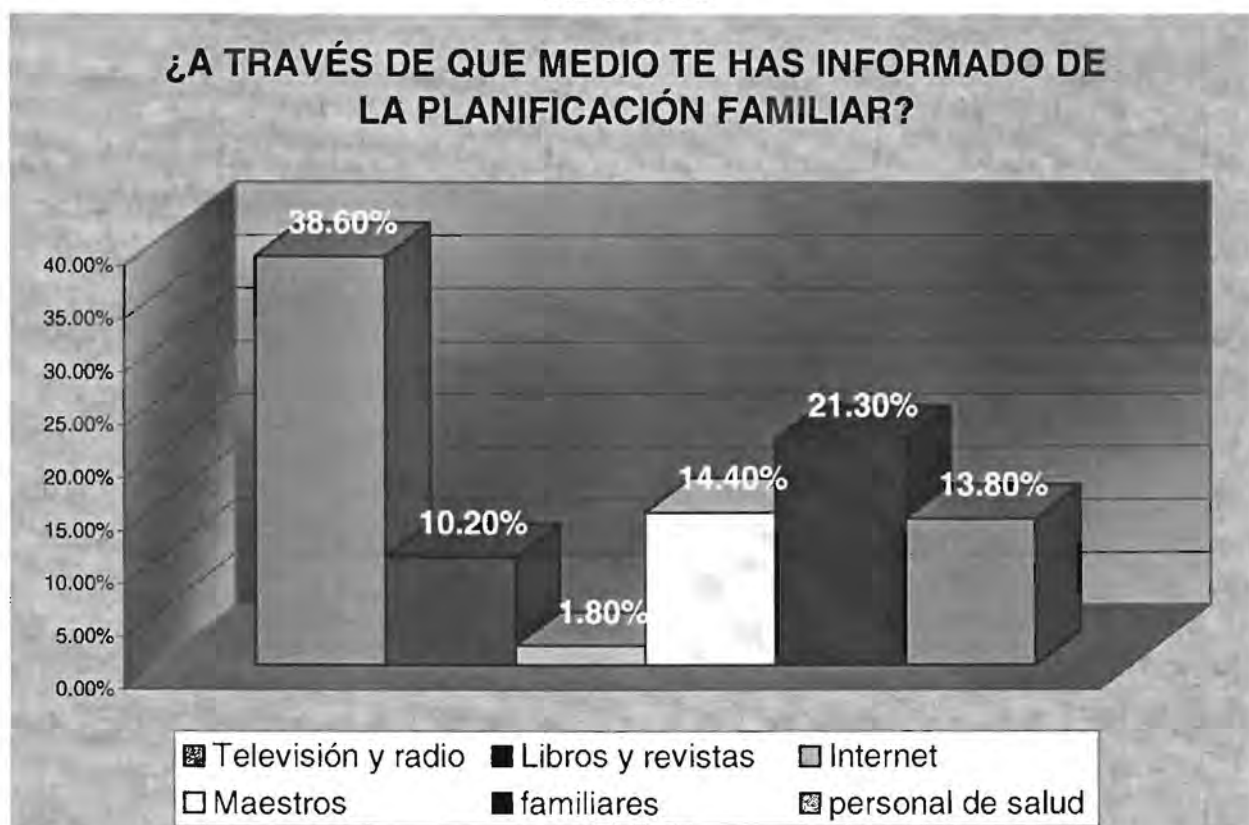


Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.



Se observa en la gráfica 6 que el medio por el cual la mayoría de las adolescentes se ha informado de la planificación familiar fue la TV y la radio con un 38.6%, superando al personal de salud y maestros ya que el porcentaje acumulado fue de tan sólo 28.2%, de esta manera se puede observar el alcance que tienen los medios de comunicación masivos ante los adolescentes y la limitada cobertura de los servicios de salud para adolescentes.

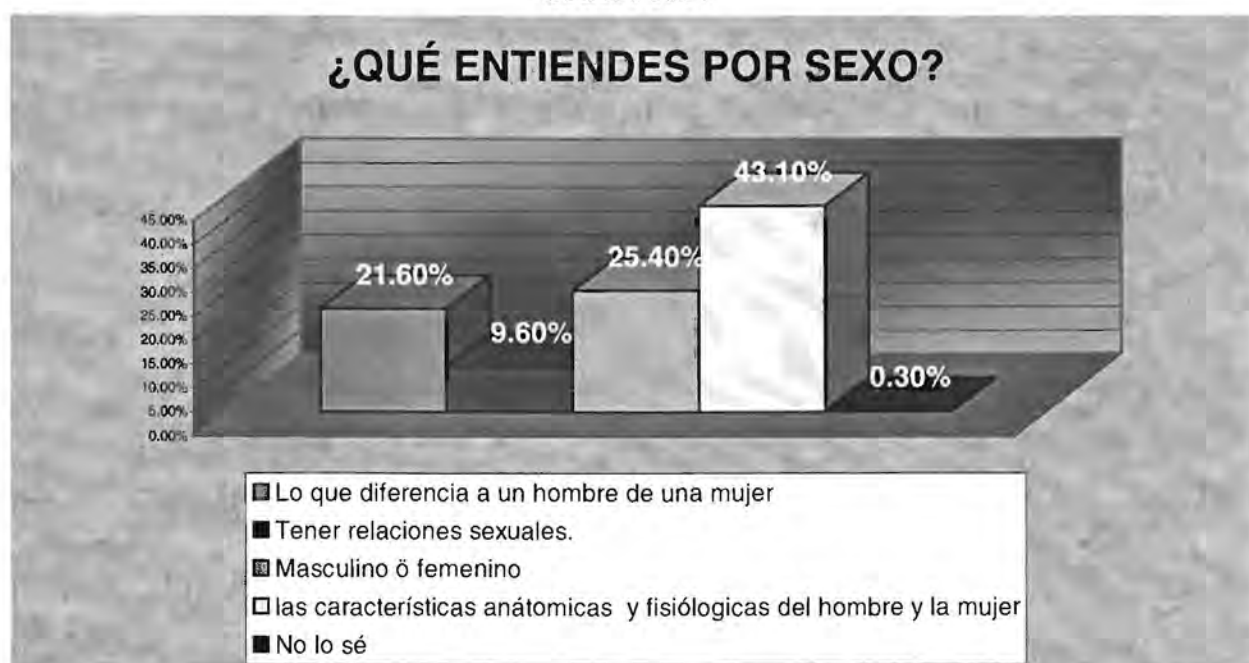
GRÁFICA 6



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

Es necesario saber qué entienden las adolescentes con la palabra sexo, ya que si se quiere establecer una comunicación con ellas para proporcionarles información es fundamental que nos encontremos en un mismo canal de comunicación. Un claro ejemplo es esta gráfica en la cual el 90.1% acumulado de las adolescentes le dan un una connotación de género a la palabra sexo y un 9.6% entienden que el sexo se refiere únicamente a las relaciones sexuales y un 0.3% no puede elegir un concepto de sexo lo que sugiere un desinterés por parte de estas adolescentes por los temas de sexualidad.

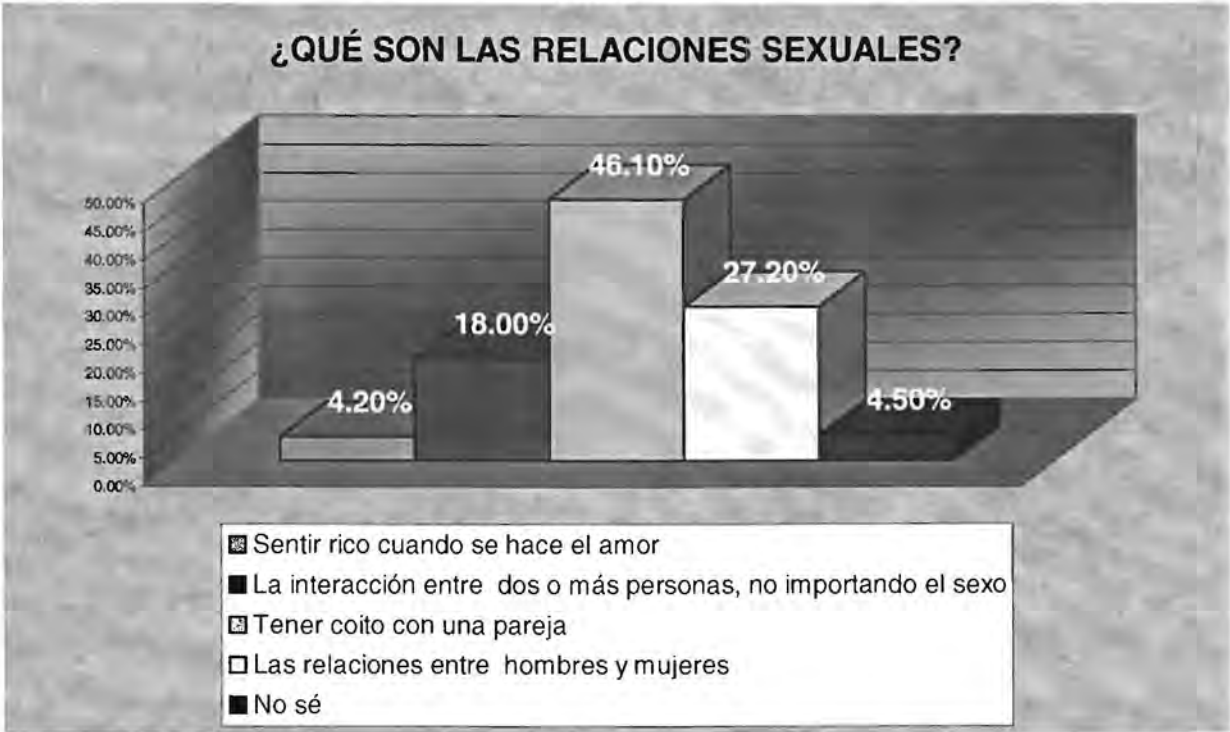
GRÁFICA 7



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

Es importante saber cuál es el concepto que tienen las adolescentes sobre las relaciones sexuales, ya que si se desea hablar con ellas para proporcionarles información es indispensable saber que es lo que ellas entienden de este concepto básico en cuanto a sexualidad se refiere, de tal manera que para 50.3 % acumulado de las adolescentes las relaciones sexuales involucran el coito, el 27.2% de las jóvenes opinaron que son las relaciones entre hombres y mujeres, y para el 18% de ellas significa solamente la interrelación entre dos o más personas, no importando el sexo, y un 4.50% se mostró una incapacidad para elegir un concepto de relaciones sexuales.

GRÁFICA 8



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

El 84.1% de las adolescentes encuestadas saben que el coito es la penetración del pene en la vagina, boca y/o ano, y el resto de las adolescentes que representan el 15.9% acumulado no saben el significado y/o lo confunden, lo que indica que al proporcionar información a los adolescentes el lenguaje que se utilice debe de ser muy claro y además se deberán incluir tecnicismos reforzando su significado constantemente para que ellos lo integren a su lenguaje.

GRÁFICA 9



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

En México culturalmente se considera a la menarquia como el inicio de la vida adulta de la mujer, por lo tanto el que una mujer no recuerde a que edad menstruó por primera vez refleja una decadente educación sexual tanto en el seno familiar como de los centros educativos y un total desinterés de la joven por los cambios que se van gestando en su cuerpo, por lo que se puede deducir que el 10.2% de las adolescentes que no pudieron recordar la edad en la cual menstruaron por primera vez, las hace ver como un grupo vulnerable para un embarazo en la adolescencia por su actitud indiferente

GRÁFICA 10



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

Se observa en la gráfica que de 334 adolescentes 79 han tenido por lo menos una relación sexual coital lo que representa el 23.7% siendo casi una cuarta parte de las adolescentes las participantes de la presente investigación lo que pudiera sugerir que la tendencia hacia el inicio sexual de las relaciones coitales a edades cada vez más tempranas en la adolescencia va en aumento.

GRÁFICA 11

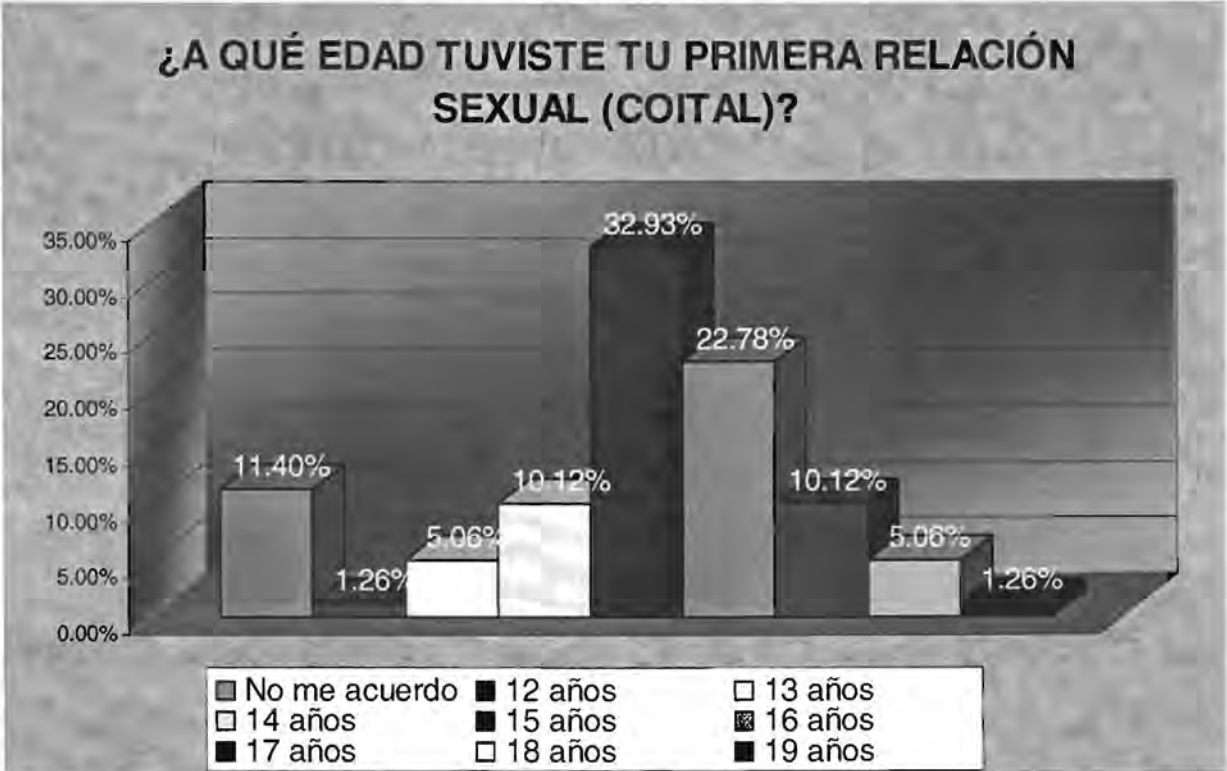


Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

Se puede observar en la gráfica 12 que nuevamente hay un grupo de adolescentes que representan el 11.4% que se mantienen indiferentes ya no sólo ante los cambios de sus cuerpos, si no que ha ido más lejos pues el inicio de la vida sexual activa supone un impacto en la vida de todo individuo lo que hace que se recuerde esa parte de la vida ya sea como placentera o desagradable, pero que se recuerde, el olvido de este acontecimiento puede suponer una crisis de valores ó una experiencia traumática (violación) en cuyo caso se prefiere olvidar este hecho.

Las adolescentes que iniciaron su vida sexual activa antes de los quince años representan un considerable 16.98%, indicando que estas jóvenes iniciaron su vida sexual activa antes de ingresar al bachillerato (la mayoría de las estudiantes ingresan al nivel medio superior cumplidos los 15 años de edad), mientras la mayoría de estas jóvenes tuvieron su primera relación sexual coital entre los quince y dieciséis años representando un 55.71% acumulado. Y el porcentaje acumulado de adolescentes que inician su vida sexual activa entre los 17 y 19 años es relativamente menor a los anteriores con sólo 16.44%.

**GRÁFICA 12**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan, Estado de México. Abril de 2004.



La gráfica 13 muestra que el 86.09% de las adolescentes tuvieron su primera relación sexual coital con su pareja o novio lo cual indica que en dichas relaciones están involucrados los sentimientos afectivos, mientras un 5.06% sostuvieron su primera relación coital con un amigo esto pudiera sugerir que son relaciones que se llevan a cabo por la simple curiosidad que existe en las jóvenes en esta etapa de la vida, en la misma gráfica se puede observar otro 5.06% de adolescentes que iniciaron su vida sexual activa con un sexo servidor, y un 2.53% de adolescentes que sostuvieron esta primera relación coital con un desconocido, estos datos son alarmantes ya que muestran no sólo una crisis de valores en nuestra sociedad, pues es también un indicador de la transculturación que viven nuestros adolescentes. Y por último se muestra un 1.26% de adolescentes que su primera relación sexual coital fue con un primo

GRÁFICA 13



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.



La gráfica 14 muestra que sólo el 10.3% de las adolescentes se procuraron un lugar donde pudieran tener intimidad para su relación sexual coital, mientras el 79.75% de las adolescentes tuvieron su primera relación sexual coital en su propia casa o la casa de su pareja, esto puede obedecer a la dependencia económica a la que están sujetos los adolescentes, el 6.32% de las jóvenes aprovechan el tumulto de las fiestas así como la distracción de los padres para sostener relaciones coitales, mientras el 3.6% de las adolescentes sostuvieron esta primera relación coital en un lugar diferente.

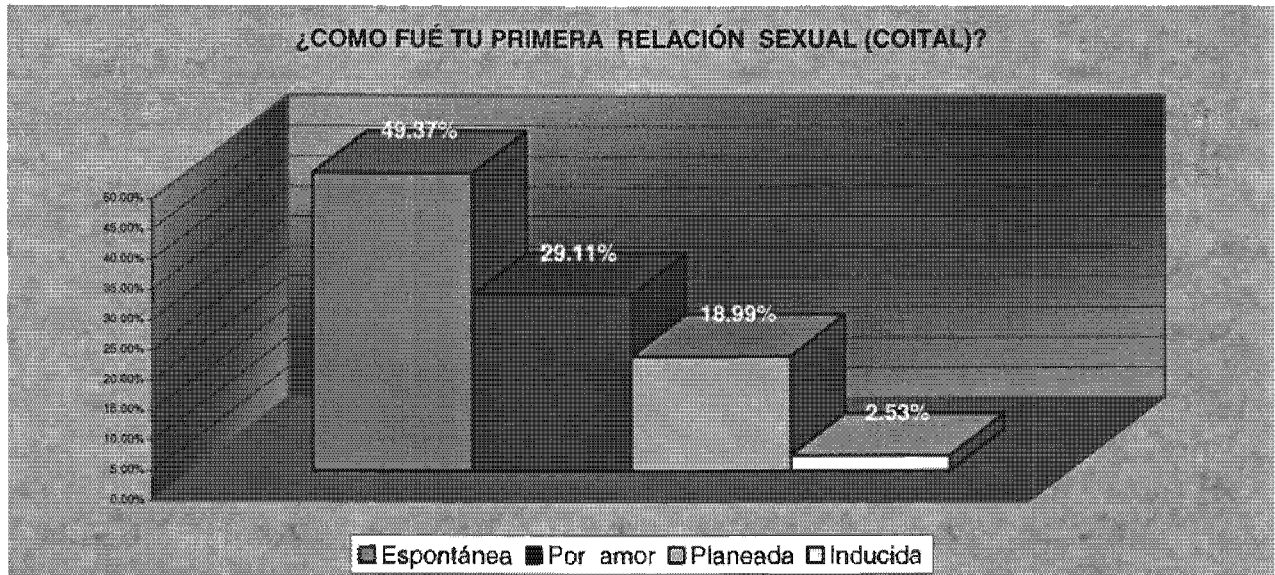
**GRÁFICA 14**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

Se observar en la gráfica 15 que el 97.47% de las adolescentes tuvieron su primera relación sexual coital por voluntad, mientras dos adolescentes que corresponden a el 2.53% de estas jóvenes fueron inducidas es decir que fueron violadas, en base del análisis de los cuestionarios se puede saber quienes fueron sus agresores siendo estos un primo y un desconocido.

**GRÁFICA 15**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

El cuadro 3 muestra que durante el trayecto de su vida sexual activa de las adolescentes encuestadas el 91.14% han tenido relaciones por su voluntad, mientras el 8.86% han sufrido una violación, este dato indica que después de haber iniciado su vida sexual activa 5 adolescentes (6.33%) han sido violadas, en este caso no se puede deducir quien o quienes fueron los agresores ya que no se contó con ningún apartado en el cuestionario que pudiera relacionar esta pregunta.

**CUADRO 3**

**¿HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES (COITALES) SIN TU CONSENTIMIENTO?**

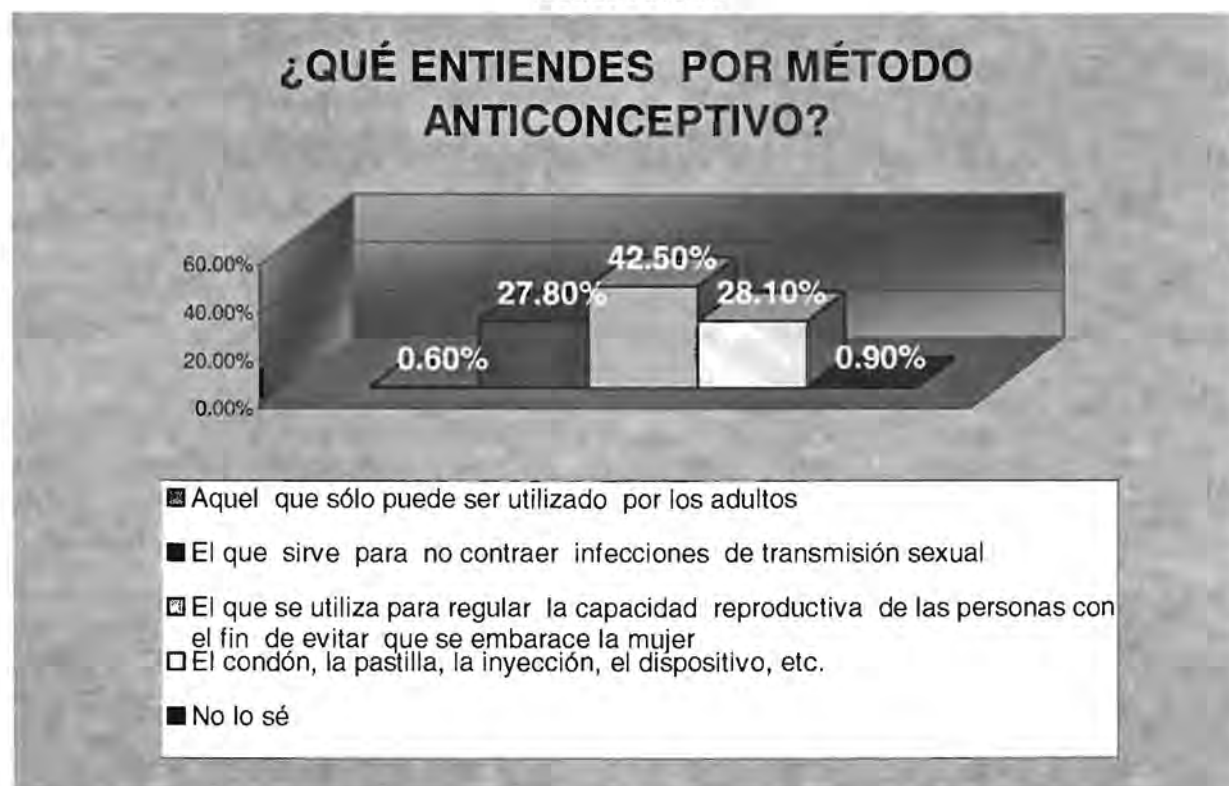
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	8.86 %
No	72	91.14 %
Total	79	100.00 %

Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

El 42.5% de las adolescentes saben que los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para regular la capacidad reproductiva de las personas con el fin de evitar que se embarace la mujer, para el 28.1% de las adolescentes entienden por métodos anticonceptivos a algunos de estos métodos y no la función que desempeñan. El 27.8% de la adolescentes confunden a los métodos anticonceptivos con uno de los beneficios que ofrecen los preservativos tanto masculinos como femeninos. También se puede observar que hay un .09% de jóvenes que no saben que son los métodos anticonceptivos y un 0.6% de adolescentes que creen que los métodos anticonceptivos sólo son aquellos que pueden ser utilizados por los adultos.

Por lo que se puede concluir que existe un 29.3% acumulado de adolescentes que tienen un deficiente conocimiento de los métodos anticonceptivos, por lo que no pueden dar una respuesta acertada.

GRÁFICA 16

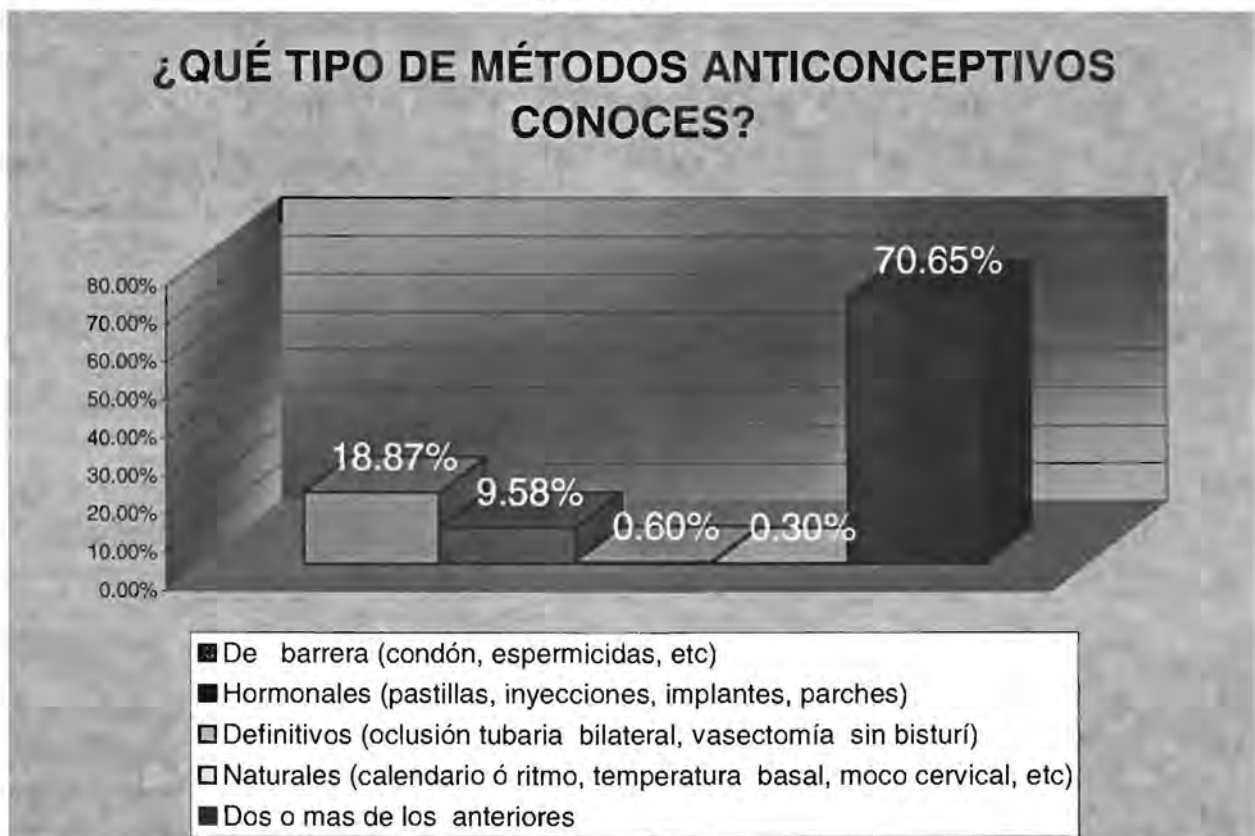


Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

El 70.65% de las adolescentes afirman conocer dos o más clases de métodos anticonceptivos, un 18.87% de las adolescentes sólo conocen los métodos de barrera aún cuando estos son de los métodos anticonceptivos más difundidos a toda la población, el 9.58% de las adolescentes afirman conocer los métodos hormonales en alguna o todas sus diferentes presentaciones, 0.6% de las adolescentes sólo conocen los métodos anticonceptivos definitivos y sólo una joven que representa el 0.3% refiere conocer los métodos anticonceptivos naturales.

Si se compara la gráfica anterior con esta, se pueden observar discrepancias pues sólo el 42.5% de las adolescentes supieron que son los métodos anticonceptivos y el resto de ellas se confundieron o negaron tener conocimiento y en la presente gráfica todas ellas refieren conocer por lo menos un método anticonceptivo.

**GRÁFICA 17**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

Obsérvese que de las adolescentes que han iniciado su vida sexual activa sólo 58.8% utiliza de manera regular algún método anticonceptivo, mientras el 24% utiliza algún método anticonceptivo algunas de las veces que sostiene relaciones sexuales coitales y un 18 % de las jóvenes no utiliza ningún método anticonceptivo esta actitud es frecuente en las adolescentes por su inmadurez psicológica y su aún pensamiento fantasioso.

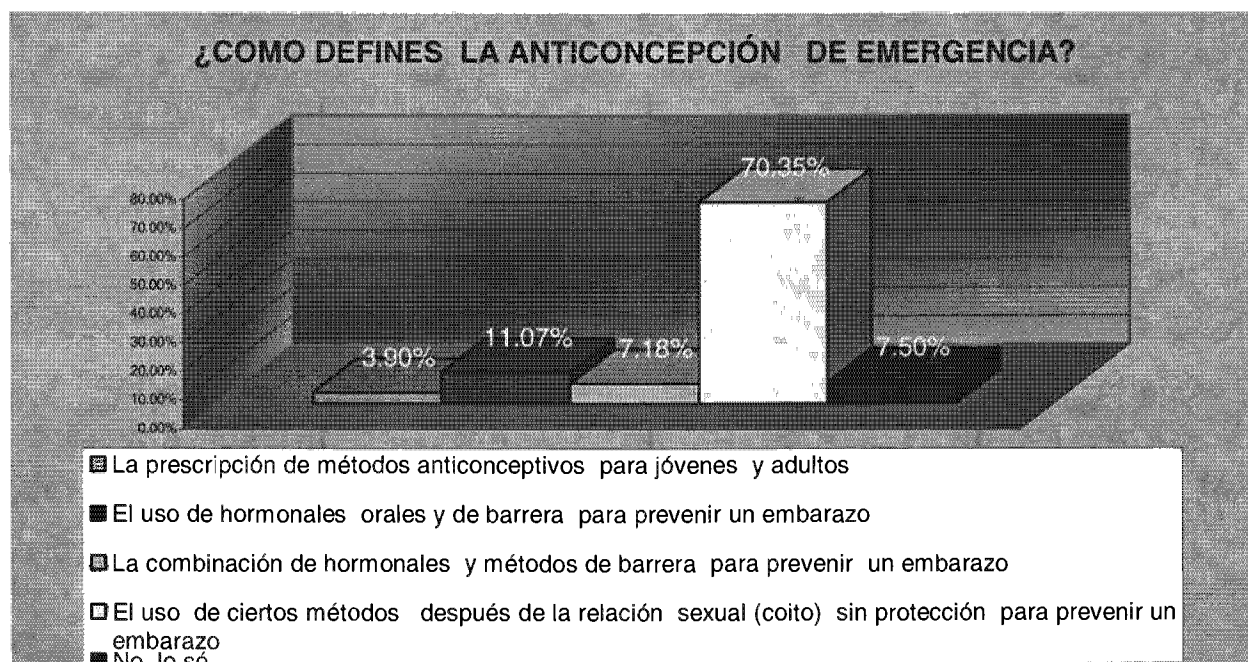
**CUADRO 4**  
**¿UTILIZAS ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	46	58 %
No	14	18 %
Algunas veces	19	24 %
Total	79	100 %

Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plante] Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

En la gráfica 18 se observa que el 70.35% de las adolescentes saben que la anticoncepción de emergencia se refiere al uso de ciertos métodos anticonceptivos después de la relación sexual (coito) sin protección para prevenir un embarazo y el 29.65% acumulado confunden la anticoncepción de emergencia (AE) con el uso de los métodos anticonceptivos.

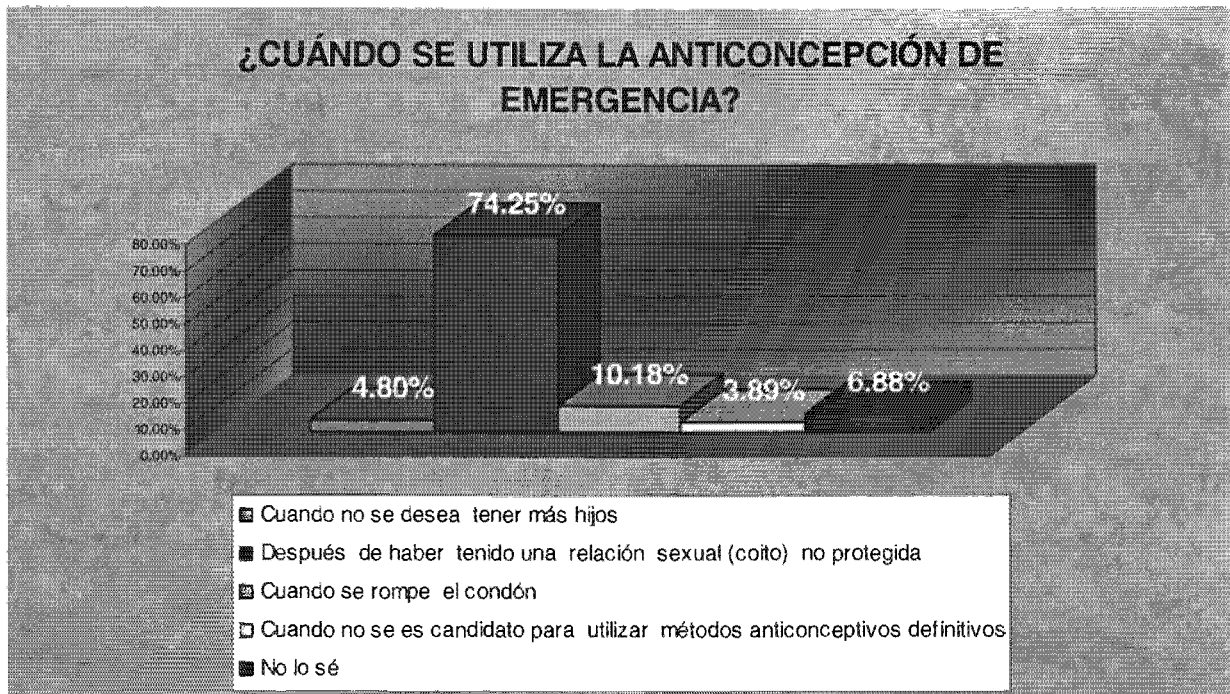
**GRÁFICA 18**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

Obsérvese que el 6.88% de las adolescentes no saben cuando se utilizan la AE, el 3.89% confunden el método de AE con un método anticonceptivo de uso regular, y el 89.23% acumulado de las adolescentes contestaron con alguna de las razones válidas para la utilización de la AE.

**GRÁFICA 19**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

El 73.1% de las adolescentes refieren el haber recibido información de la PAE y este dato si es comparado con la gráfica anterior muestra un porcentaje similar a una de las respuestas correctas, y el 26.9% de las jóvenes no ha recibido información de la anticoncepción de emergencia

**CUADRO 5**

**¿HAS RECIBIDO, ESCUCHADO O LEÍDO INFORMACIÓN SOBRE LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA (PAE)?**

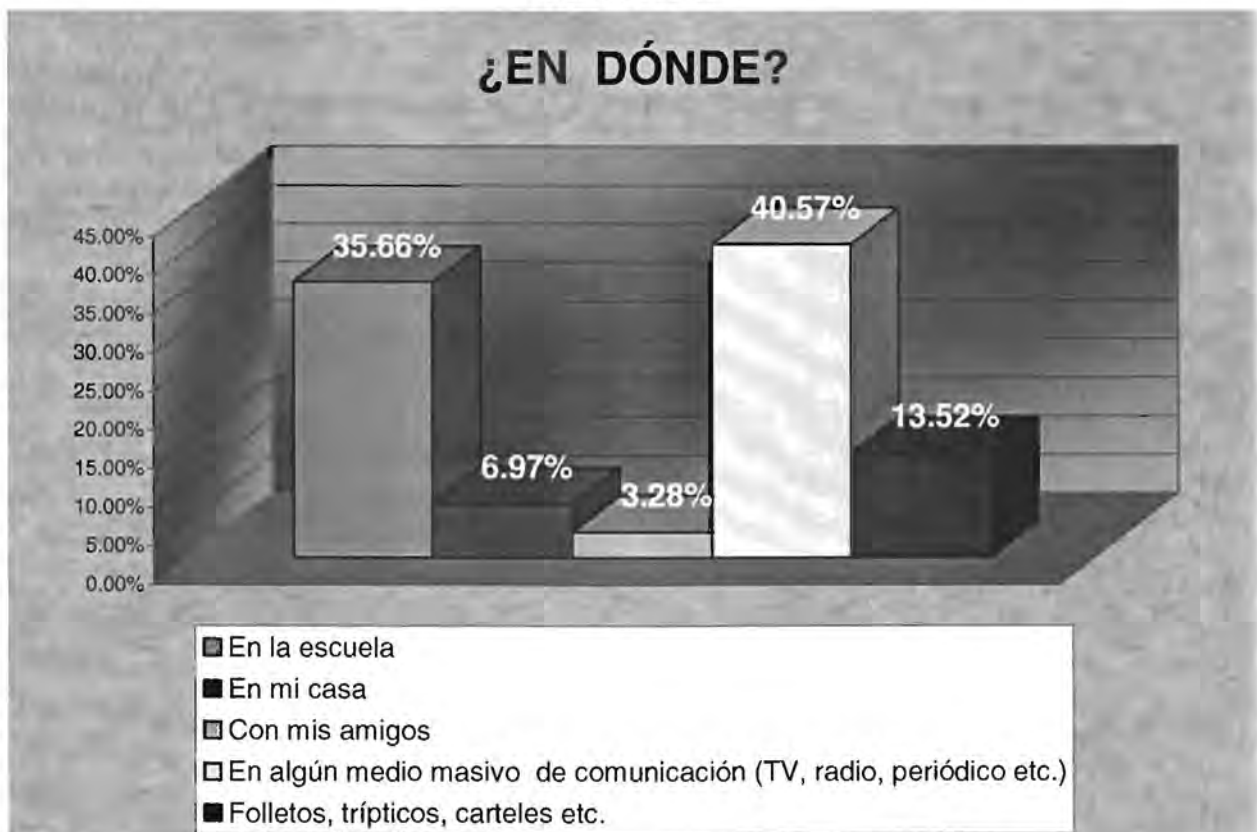
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	244	73.1 %
No	90	26.9 %
Total	334	100.0 %

Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.



Se observa en la gráfica 20 que nuevamente son los medios masivos de comunicación los que tienen mayor cobertura en cuanto a la información que les llega a las adolescentes pues estos lograron un 40.57%, los centros educativos un 35.66%, los folletos y trípticos un 13.52%, y sólo el 6.97% de las adolescentes obtuvieron la información en sus casas lo que indica que la comunicación de los padres con sus hijos acerca de temas de sexualidad y reproducción es casi nula, el 3.28% de las adolescentes obtuvieron la información de segunda mano es decir a través de amigas por lo que se puede pensar que la información llega incompleta o distorsionada.

**GRAFICA 20**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

El 31.14% de las adolescentes recibieron la información a través de los prestadores de salud del CCH, mientras el 22.13% recibieron la información a través de los profesores, un 18.86% recibió la información de diversas maneras, un 15.16% de las adolescentes refieren haberse informado a través de sus padres pero este dato resulta contradictorio en comparación a la gráfica anterior pues el número de adolescentes y los porcentajes son mucho menores que en la presente gráfica. Al 18.20% de las adolescentes se les proporcionó la información por medio de amigos, aunque el porcentaje es mayor que en la gráfica anterior se puede suponer que la información se las pudo hacer llegar por medio de folletería. El 4.51% de las adolescentes refieren haberse informado con algún familiar o vecino dicho porcentaje es más congruente con el de la gráfica anterior.

GRÁFICA 21



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.



Sólo el 56.97% de las adolescentes creen que las PAE pueden ayudar a prevenir los embarazos no planeados, mientras el 43.03% acumulado de las adolescentes recibieron información errónea o la comprendieron equivocadamente

GRÁFICA 22



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

En el cuadro 6 se muestra a las 334 adolescentes que contestaron la pregunta de ¿Alguna vez haz utilizado las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE)?, ya que se consideró a esta pregunta abierta para todas las participantes de esta investigación, a lo que contestaron afirmativamente 24 adolescentes correspondiendo al 7.2% del total de la muestra, mientras negaron el uso de las PAE 309 adolescentes representando el 92.8%.

**CUADRO 6**  
**¿ALGUNA VEZ HAS UTILIZADO LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA (PAE)?**

<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	24	7.2 %
No	309	92.8 %
Total	334	100.00 %

Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantele Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

En el cuadro 6-2 se descartaron a las adolescentes que aún no han iniciado su vida sexual activa, pues se supone que no tendrían ninguna indicación para utilizarlas, por lo tanto se tomó en cuenta una muestra de 79 adolescentes con inicio de vida sexual activa siendo 24 adolescentes las que refirieron haber utilizado este método correspondiendo al 30.38%, por lo tanto 55 adolescentes con inicio de vida sexual activa no las han utilizado representando un 69.62%

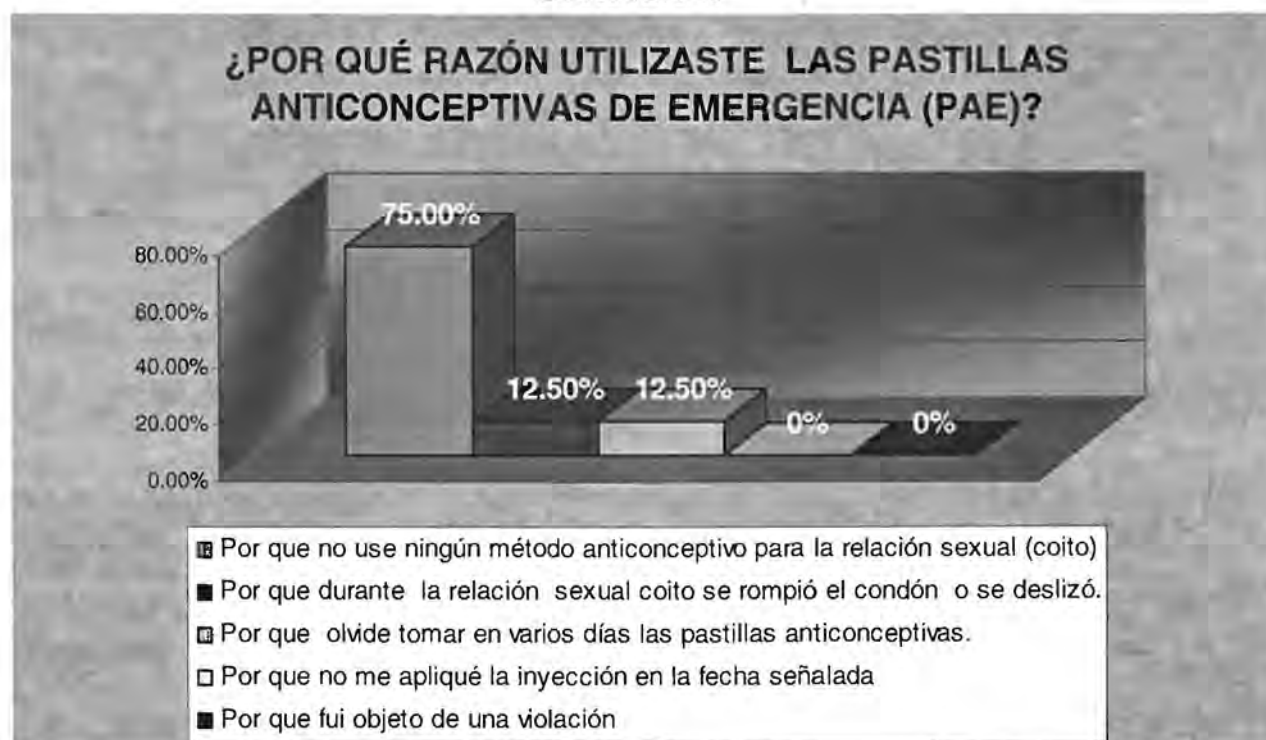
**CUADRO 6-2**  
**¿ALGUNA VEZ HAS UTILIZADO LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA (PAE)?**

<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	24	30.38 %
No	55	69.62%
Total	79	100.00 %

Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantele Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

Se puede apreciar en la gráfica 23 que el 75% de las adolescentes recurrieron a las PAE por que no utilizaron ningún método anticonceptivo para tener relaciones sexuales coitales, esto puede obedecer como ya se había mencionado con anterioridad al pensamiento fantasioso de las adolescentes en el cual creen que no es necesario utilizar los diferentes métodos anticonceptivos ya que no se pueden embarazar en la primera relación o por que son muy jóvenes, otra posible explicación es la falta de responsabilidad de las adolescentes ante sus actos aún cuando saben que pueden tener consecuencias como lo son los embarazos. Un 12.5% de las adolescentes utilizaron las PAE por que se les rompió el condón o se deslizo, esto es común en las practicas sexuales coitales de los jóvenes por que no son muy hábiles en el manejo de los preservativos y por que muchas de las veces no saben utilizar una buena técnica de colocación y retiro de los preservativos y el 12.5% de las adolescentes refieren haber utilizado las PAE por que olvidaron tomar en varios días las pastillas anticonceptivas, esto suele ser también frecuente en mujeres jóvenes ya que no han adquirido el hábito de la ingesta diaria de pastillas o se confunden con los regímenes de 21 ó 28 pastillas.

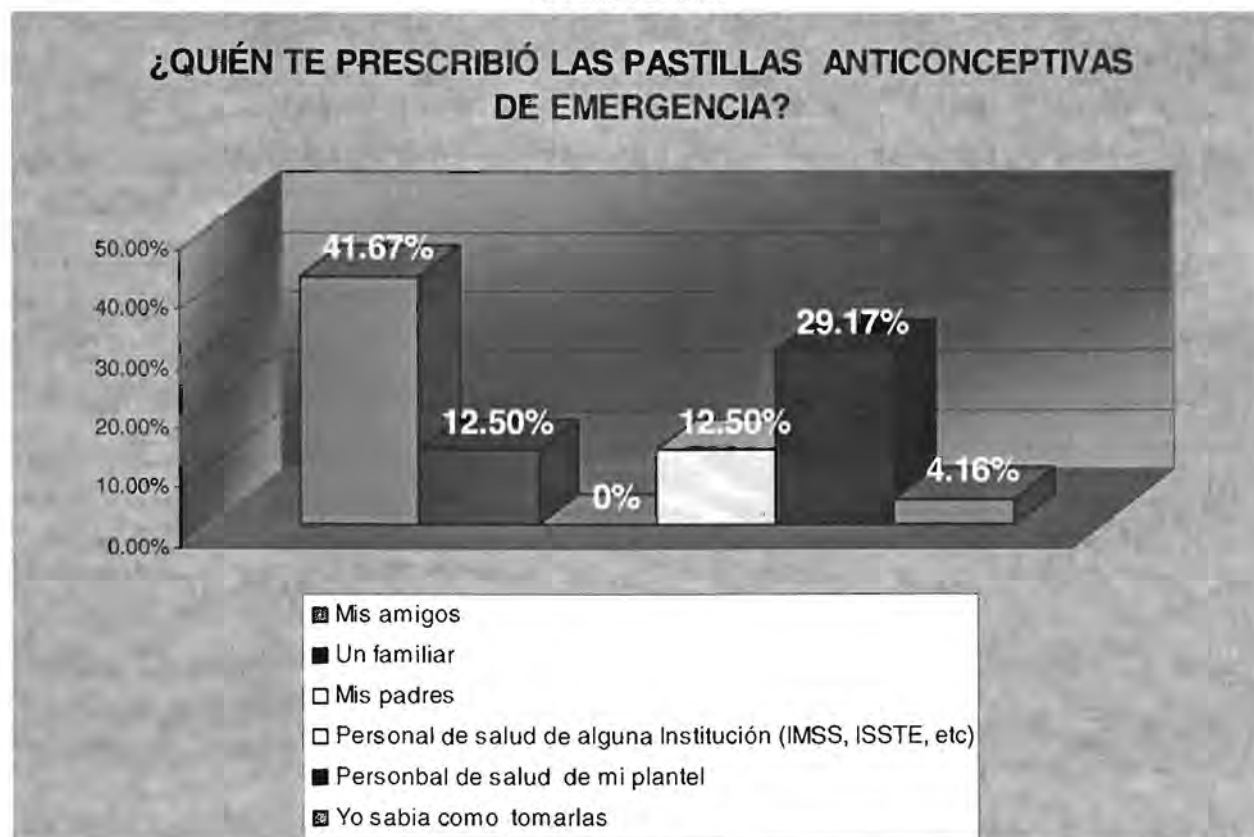
**GRÁFICA 23**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan, Estado de México. Abril de 2004.

El 41.67% de las adolescentes recurrieron a sus amistades ante la preocupación de un posible embarazo, el 29.17% utilizó los servicios de salud de su plantel lo que indica que la cobertura o difusión de los servicios que se pueden prestar no han sido suficientes para satisfacer las necesidades de las adolescentes, el 12.5% recurrió a un familiar para que le proporcionara información de las PAE, sólo el 12.5% de las adolescentes recurrieron a una institución de salud para obtener información, esto indica que las adolescentes no se sienten en confianza para acercarse a las instituciones de salud para solicitar información de anticoncepción. Y sólo el 4.16% de las adolescentes contaba con la información antes de tener que utilizarla.

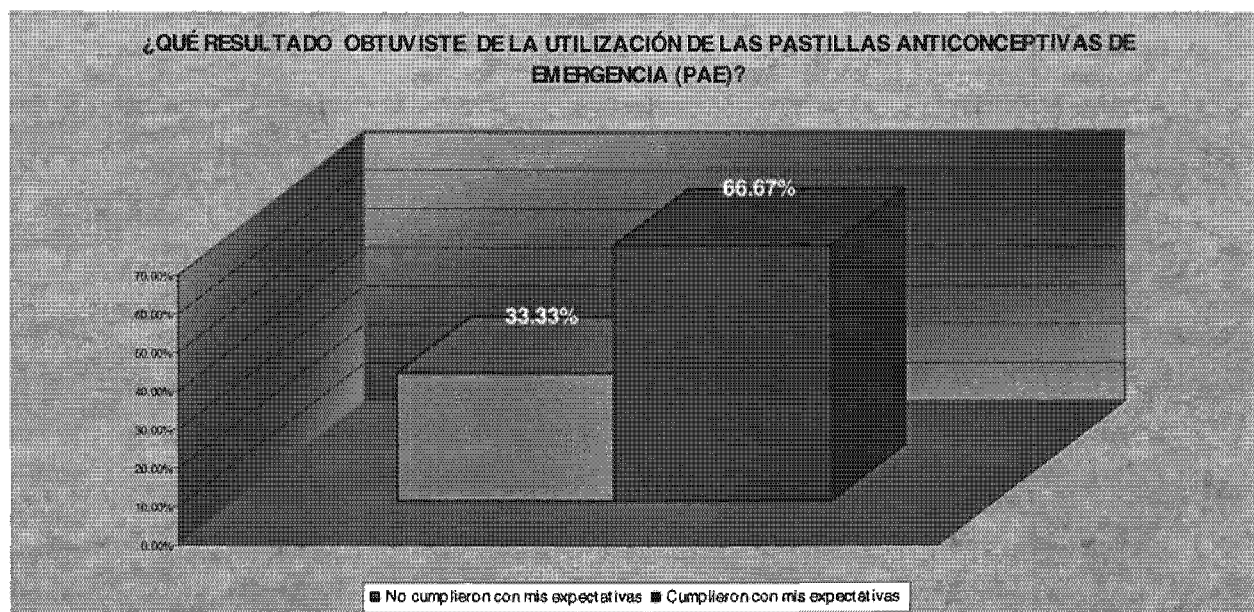
**GRÁFICA 24**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

Para 8 de las adolescentes que representan el 33.33% que ingirieron a las PAE para evitar un embarazo no deseado no cumplieron con sus expectativas es decir que quedaron embarazadas y el 66.67% de las jóvenes que utilizaron las PAE si cumplieron con sus expectativas.

**GRÁFICA 25**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan, Estado de México. Abril de 2004.

El cuadro 7 muestra que el 60% de las adolescentes cuando quedaron embarazadas decidieron tener al bebé y quedarse con él, el 30% de las adolescentes decidieron abortar ya que se trataba de un embarazo no deseado y el 10 % decidió tener al bebé y darlo en adopción. Si se compara la información del cuadro 31 con el cuadro 32 se puede observar un incremento de dos adolescentes embarazadas, esto es debido a que dos de ellas cuando quedaron la primera vez embarazadas no sabían de las PAE.

**CUADRO 7**

**¿CUANDO QUEDASTE EMBARAZADA, LA DECISIÓN QUE TOMASTE FUE?**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Tener al bebé y quedarte con él	6	60 %
Tener al bebé y darlo en adopción	1	10 %
Abortar	3	30 %
Total	10	100 %

Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan, Estado de México. Abril de 2004.

En el cuadro 8 se observa que el 41.65% de las adolescentes han utilizado las PAE solamente una vez en un año, el 29.16% las han utilizado dos veces a lo largo de un año, el 12.5% las han ingerido tres veces durante un año lo cual indica que estas adolescentes no han tomado conciencia de utilizar un método anticonceptivo de uso regular, mientras un 16.67% afirma haber ingerido varias veces las PAE en un período de un año lo que puede sugerir que no tienen una información correcta del método de las PAE y las están consumiendo como si se tratase de un método de uso regular.

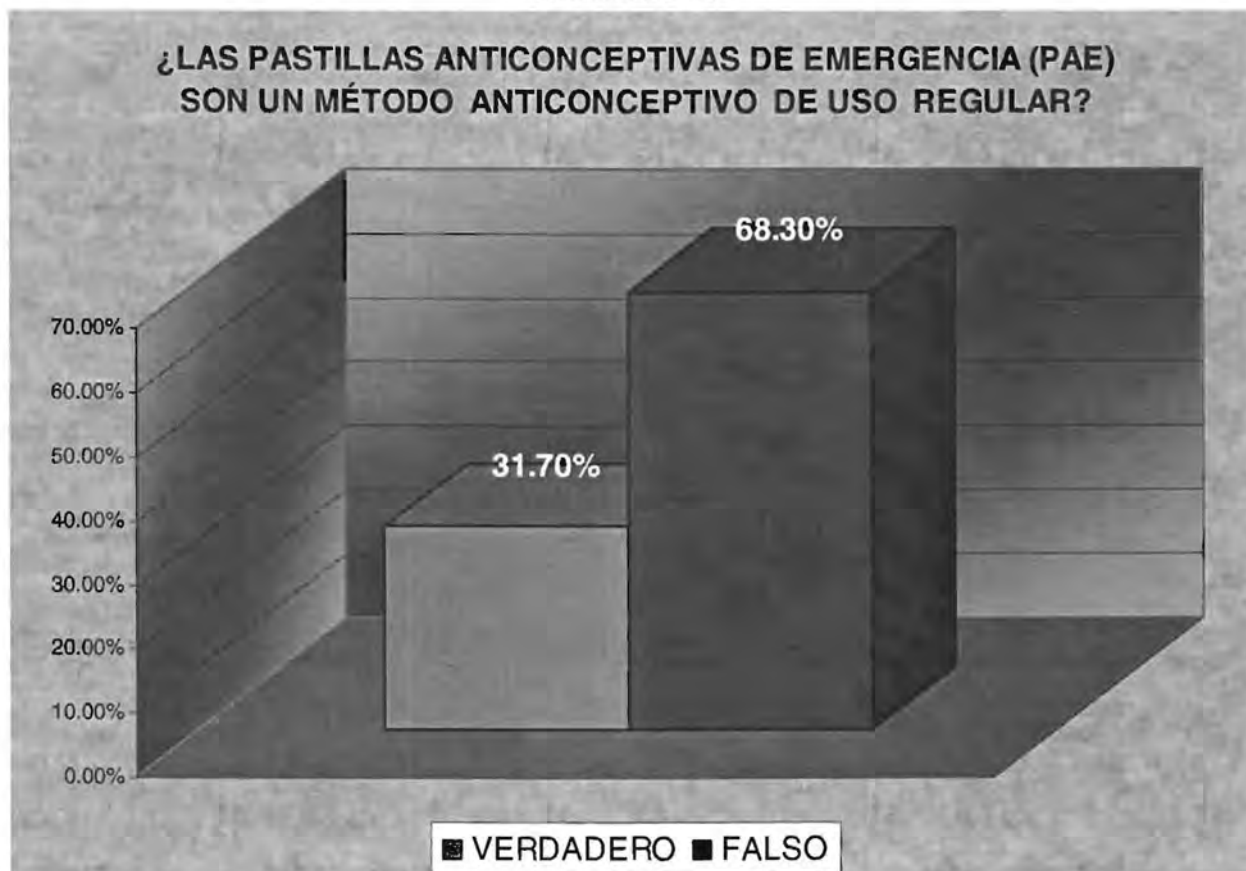
**CUADRO 8**  
**¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, CUANTAS VECES HAS TOMADO LAS**  
**PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA.**

<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Una sola vez	10	41.67 %
Dos veces	7	29.16 %
Tres veces	3	12.5 %
Varias veces	4	16.67 %
Total	24	100.00 %

Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

De 334 adolescentes participantes en la presente investigación, el 68.3% saben que las PAE no son un método anticonceptivo de emergencia de uso regular y el 31.7% erróneamente cree que se tratan de un método anticonceptivo de uso regular.

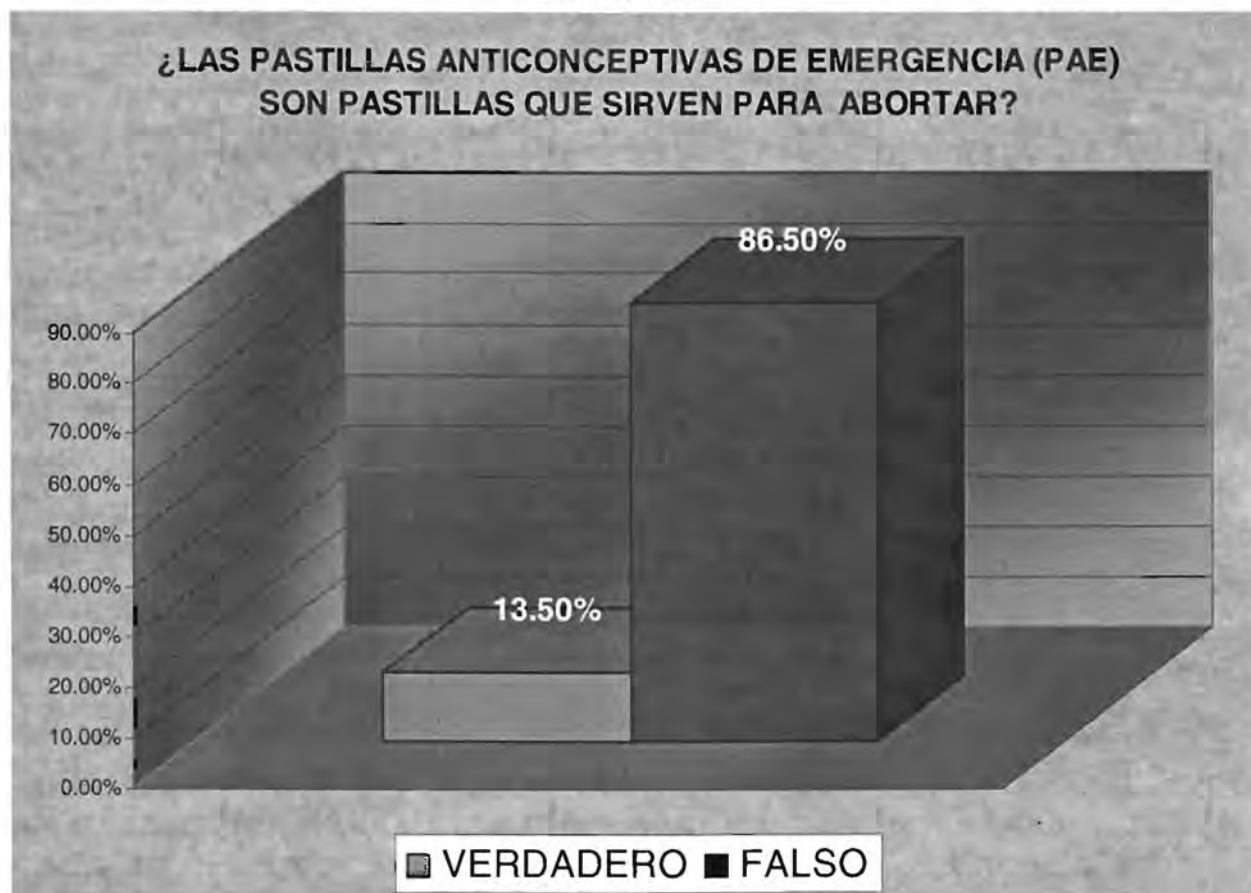
GRÁFICA 26



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

El 86.5% de las adolescentes no creen que las PAE sean pastillas para abortar, mientras un 13.5% de las adolescentes cree que son pastillas para abortar. Si se observa la gráfica 27 las adolescentes refirieron que se les proporcionó información acerca de las PAE y que estas son pastillas para abortar lo que indica que un 16.42% no creyó en la información proporcionada

GRÁFICA 27

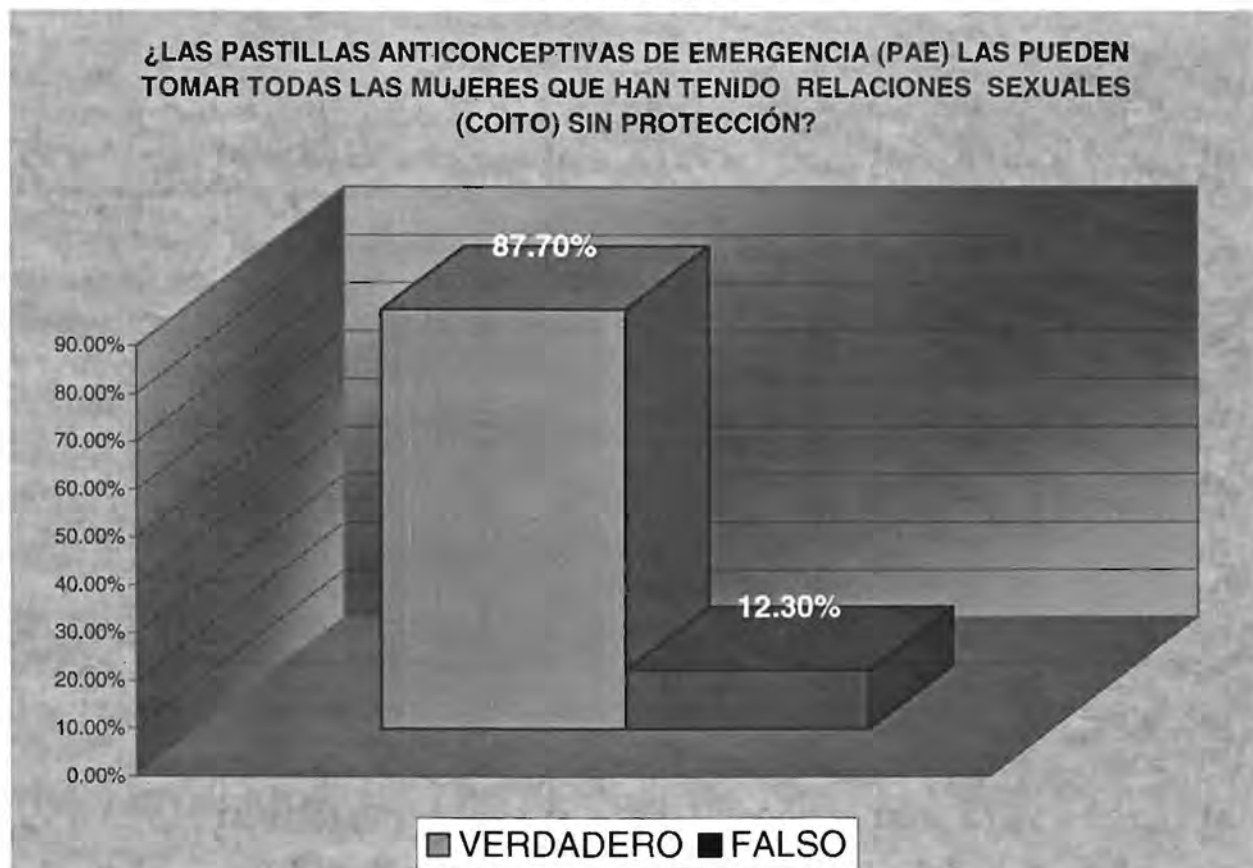


Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.



El 87.7% de las adolescentes saben que las PAE son pastillas que pueden utilizar todas las mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección, y un 12.3% de las adolescentes contestaron erróneamente a la pregunta.

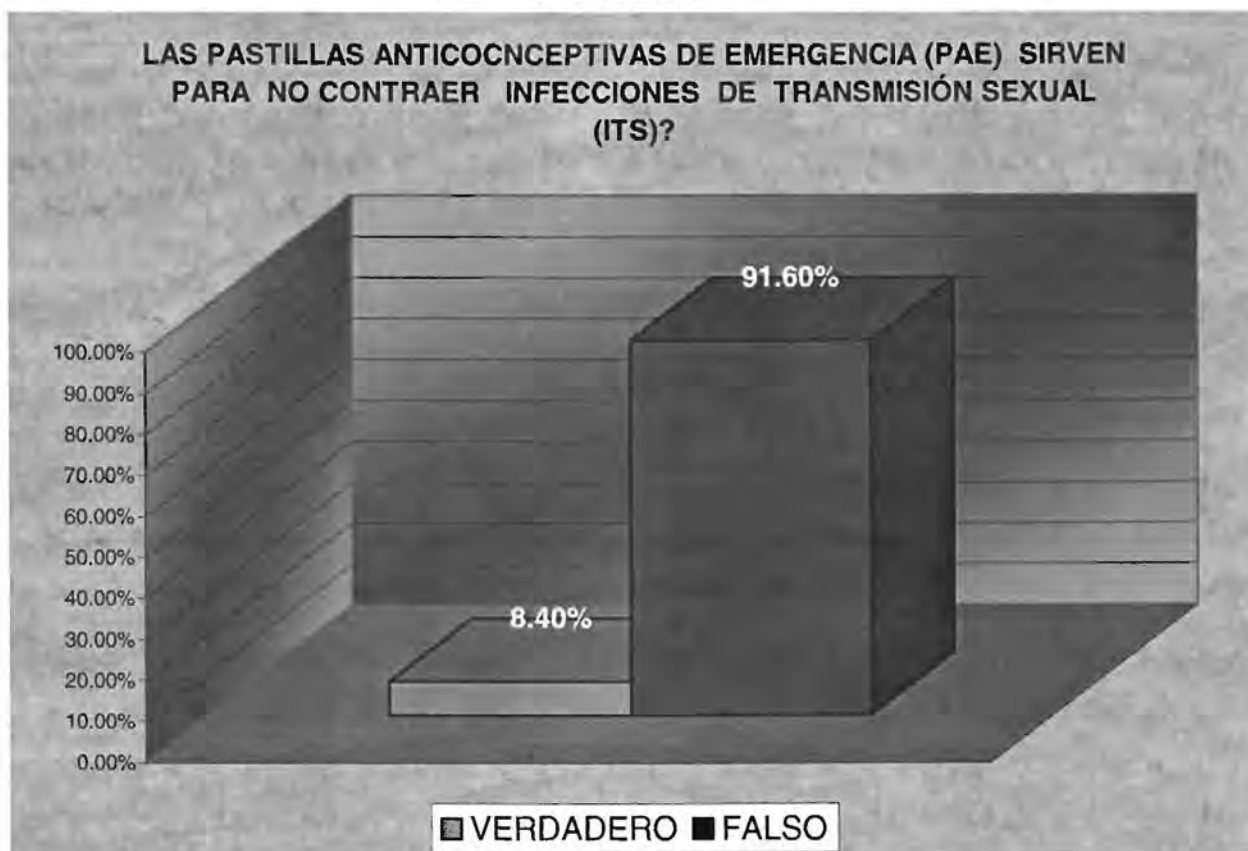
**GRÁFICA 28**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

El 91.6% de las adolescentes saben que las pastillas anticonceptivas de emergencia no sirven para contraer enfermedades de transmisión sexual ITS y un 8.4% de las adolescentes piensan que las PAE sirven para no contraer enfermedades de transmisión sexual lo cual es incorrecto, más aún demuestran desconocimiento de los métodos anticonceptivos ya que ningún método anticonceptivo en presentación de pastillas puede evitar el contagio de las ITS.

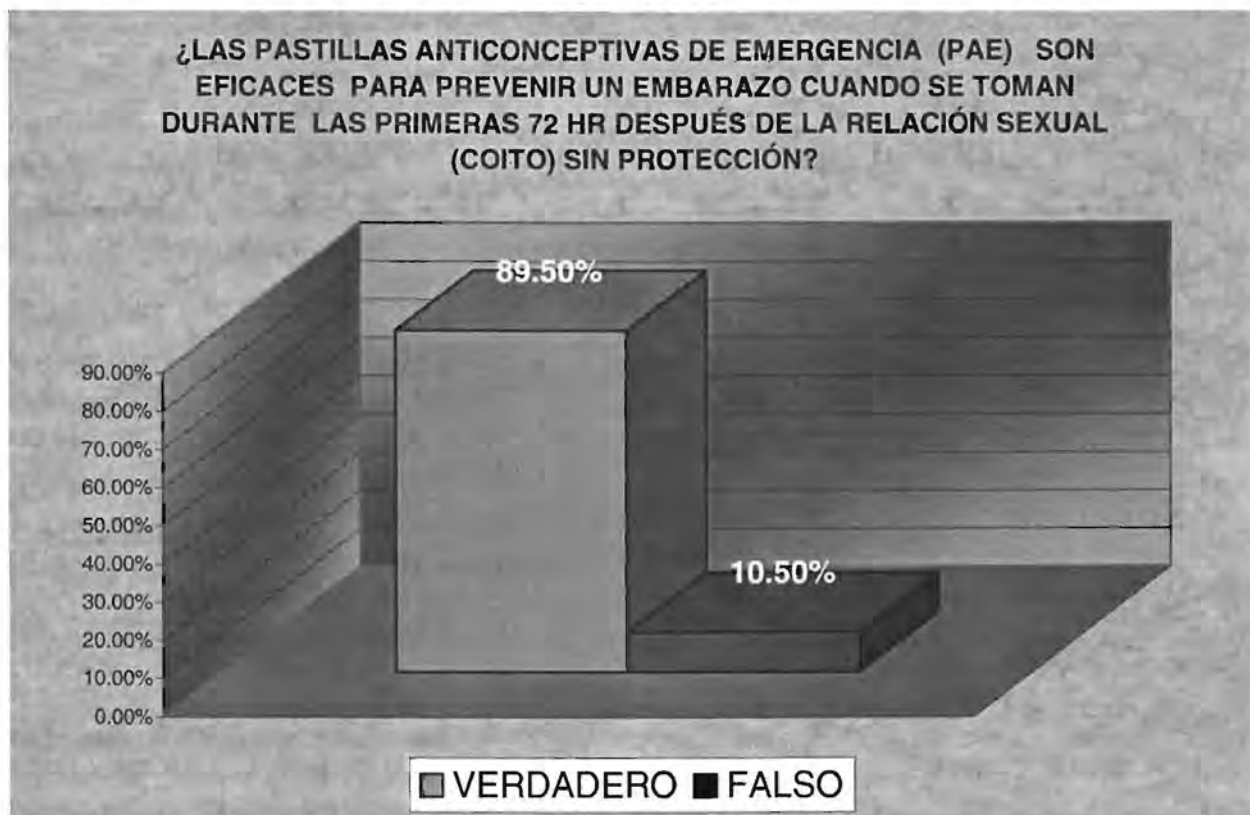
**GRÁFICA 29**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan, Estado de México, Abril de 2004.

Un 89.5% de las adolescentes sabe que las pastillas anticonceptivas de emergencia son eficaces para prevenir un embarazo cuando se toman durante las primeras 72 hr después de la relación sexual coital sin protección mientras un 10.5% ignoran si son efectivas o si se tienen que tomar durante las primeras 72 horas.

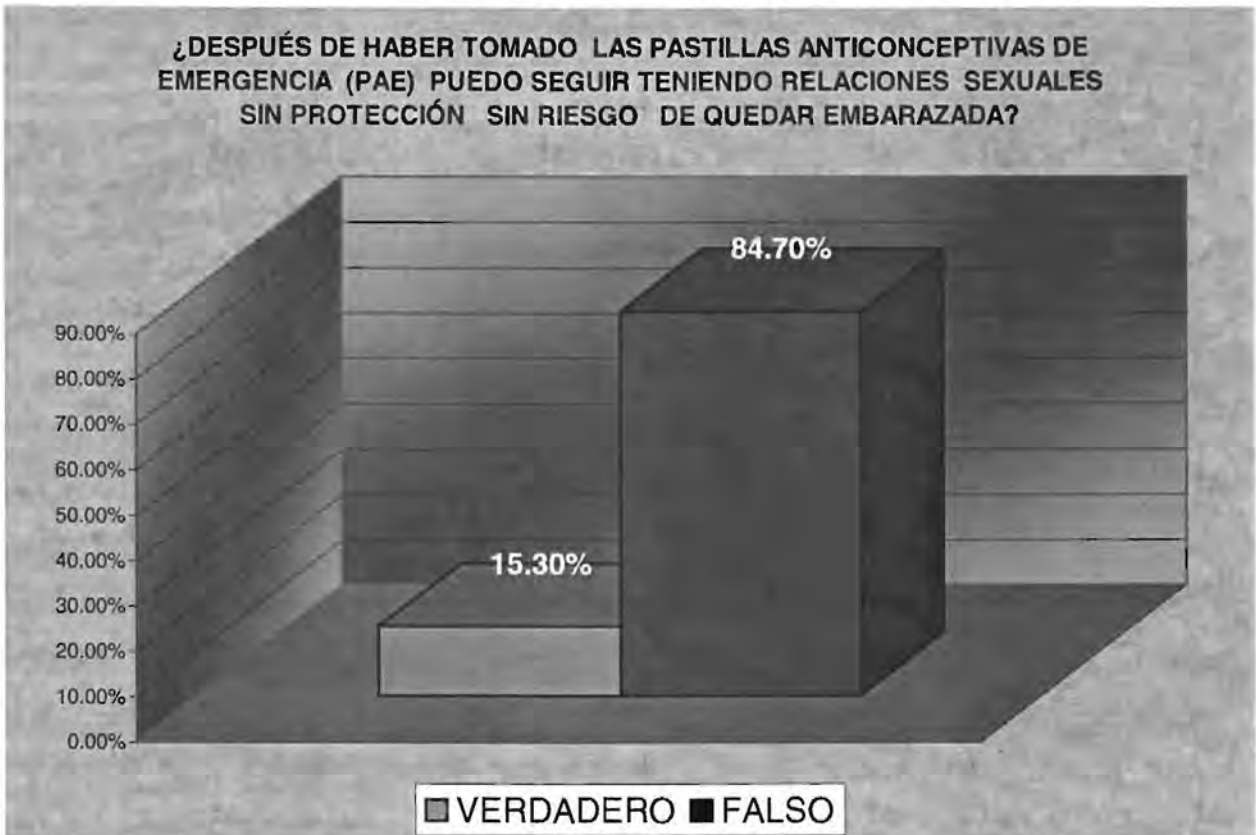
**GRÁFICA 30**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

Se puede observar que el 84.7% de las adolescentes saben que es falso que después de haber tomado las pastillas anticonceptivas de emergencia puedan seguir teniendo relaciones sexuales sin protección sin riesgo de quedar embarazadas, y un 15.3% erróneamente cree que puede seguir teniendo relaciones sexuales sin protección sin correr el riesgo de un embarazo.

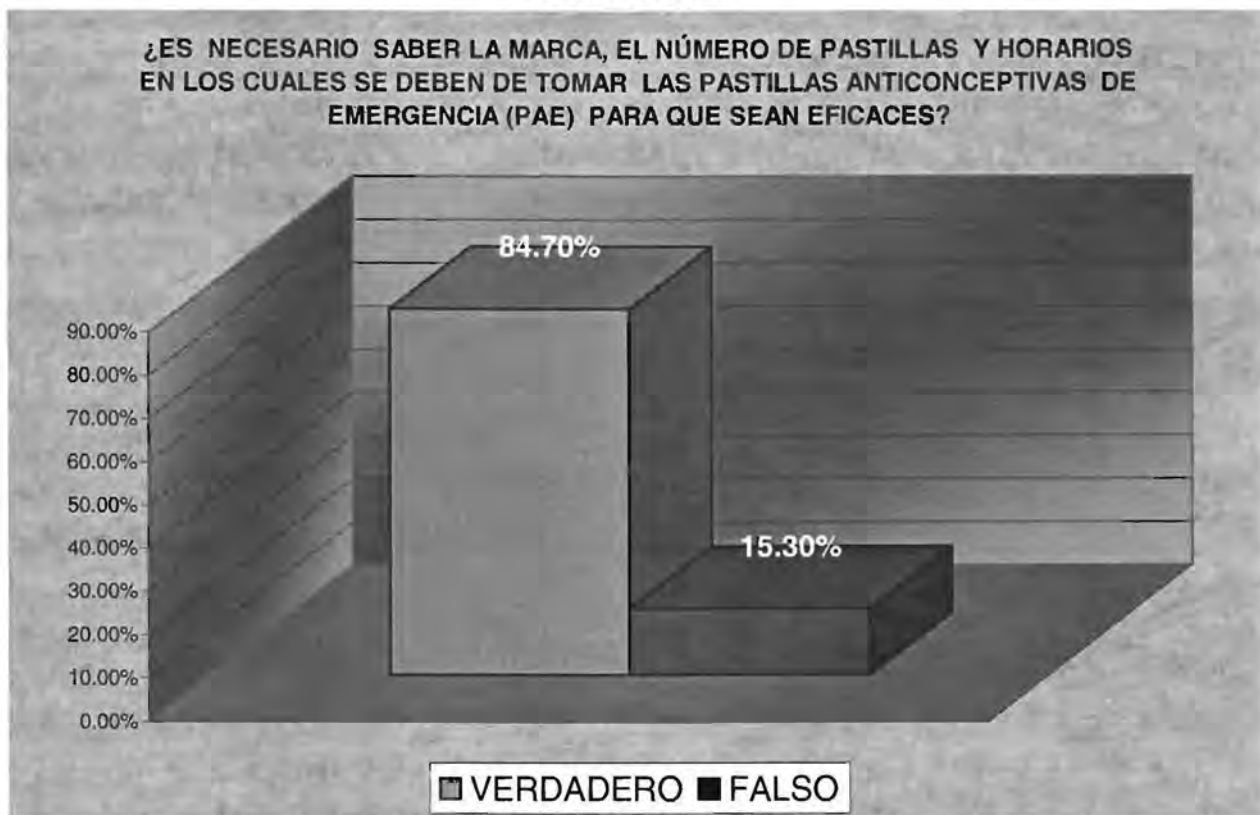
**GRÁFICA 31**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

Se puede observar que el 84.7% de las adolescentes saben que es necesario saber la marca, el número de pastillas y horarios en los cuales se deben tomar las pastillas anticonceptivas de emergencia para que sean eficaces, y un 15.3% de las adolescentes erróneamente cree que esto no es necesario, lo que nos lleva a pensar que si estas adolescentes las tuvieran que utilizar aproximadamente el 50% de ellas quedarían embarazadas.

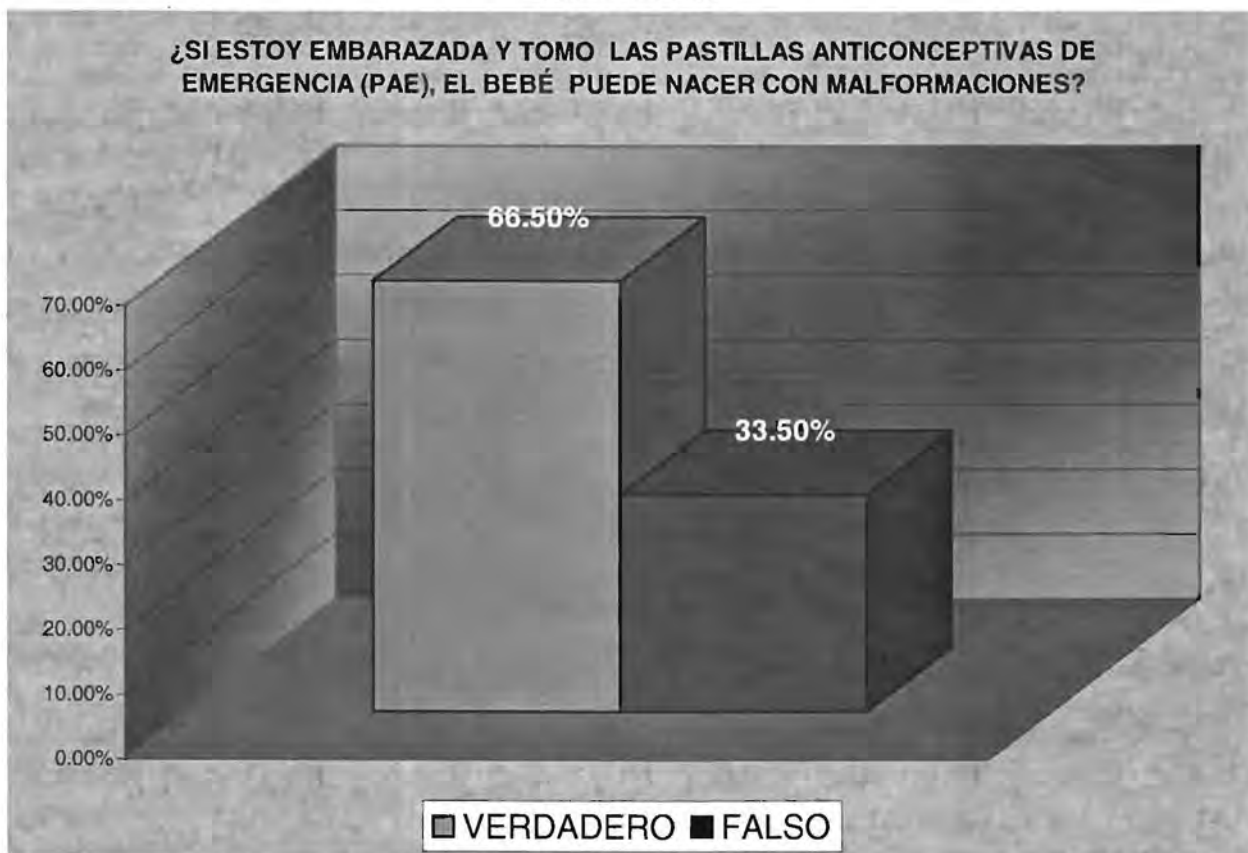
**GRÁFICA 32**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

Se puede observar que en esta gráfica se invierten los porcentajes siendo menor el porcentaje de adolescentes que saben que si se encuentran embarazadas y toman las pastillas anticonceptivas de emergencia, el bebé no nacerá con malformaciones, mientras un considerable 66.5% cree erróneamente que si le pueden causar malformaciones.

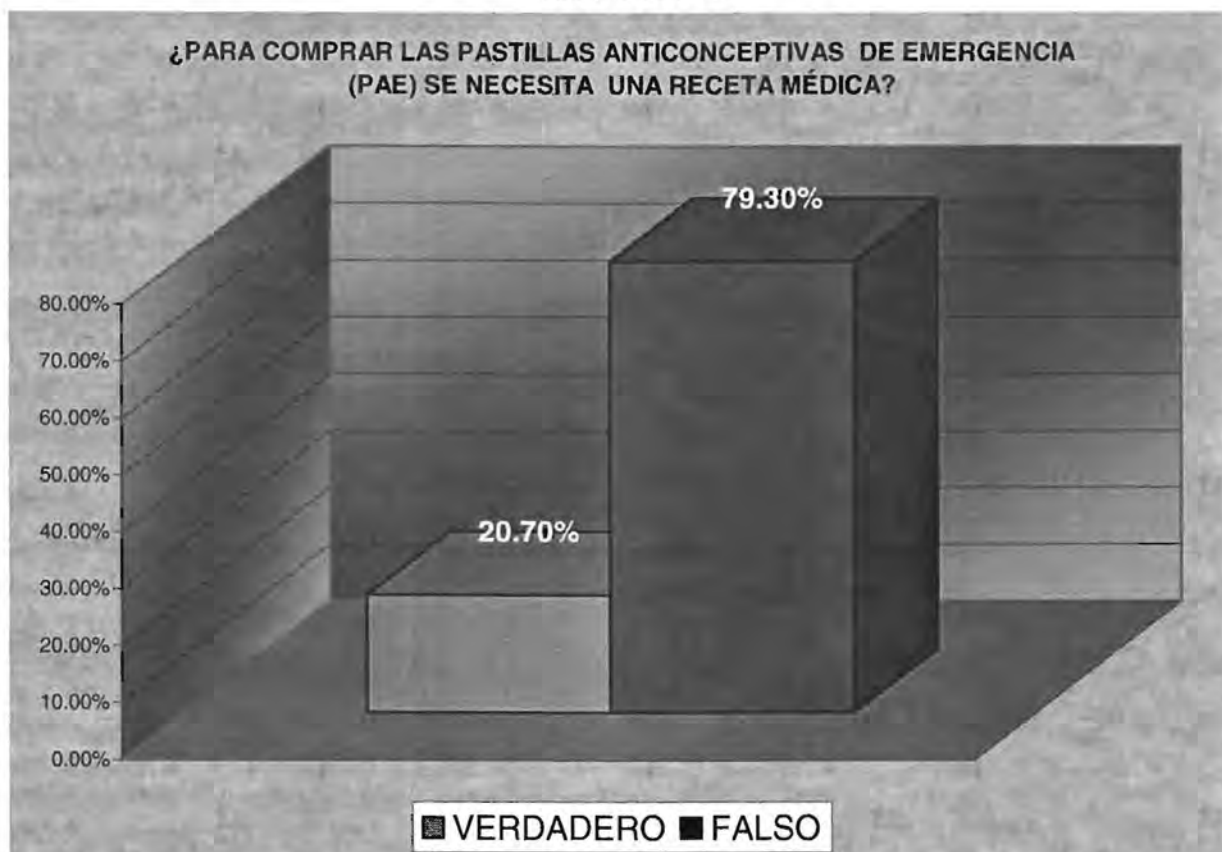
**GRÁFICA 33**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

El 79.3% de las adolescentes saben que para comprar pastillas anticonceptivas de emergencia no es necesaria una receta medica, pues estas adolescentes también saben que se pueden utilizar pastillas de uso regular para las cuales tampoco se requiere de dicha receta, y por el contrario un 20.7% de las adolescentes creen que se requiere de una receta médica para comprar pastillas anticonceptivas de emergencia.

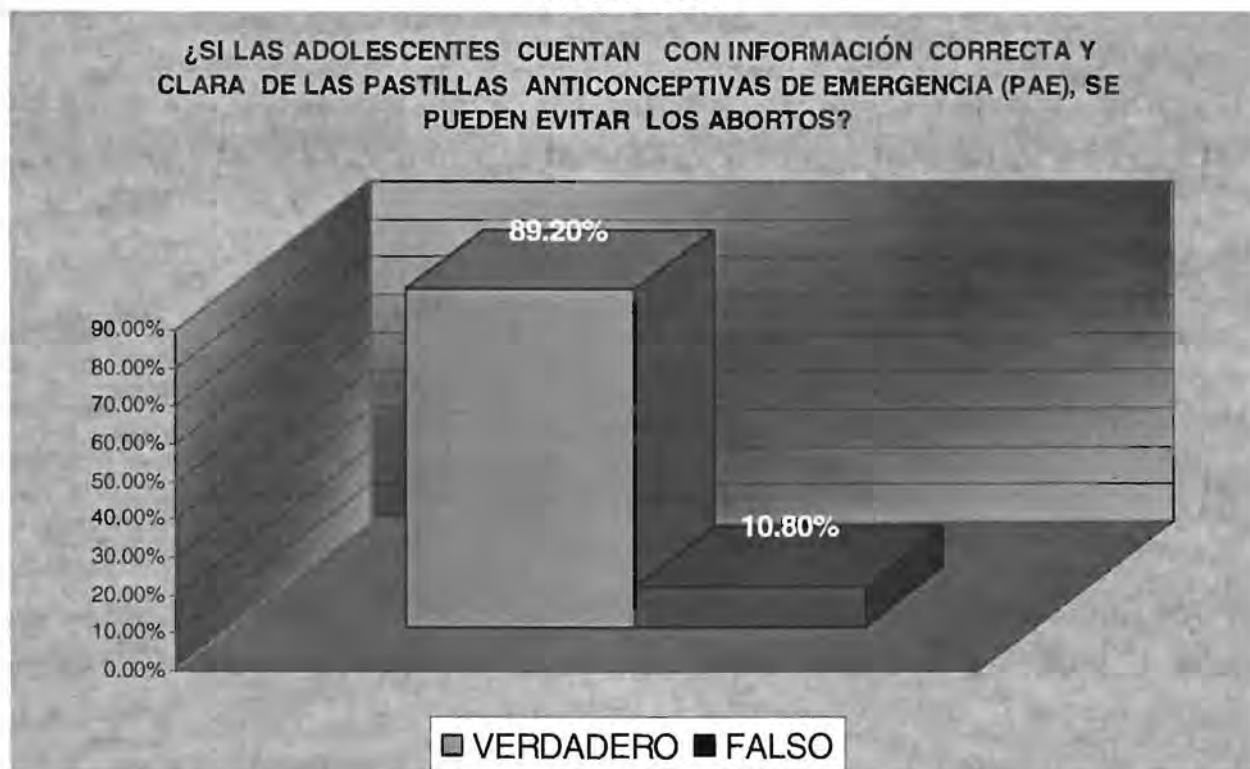
**GRÁFICA 34**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

El 89.2% de las adolescentes conceptúa que si ellas cuentan con información correcta y clara de las pastillas anticonceptivas de emergencia se pueden evitar los abortos, esta respuesta es muy importante ya que refleja que las adolescentes están dispuestas a poner en práctica los conocimientos en salud reproductiva ya sea en ellas misma o en otras mujeres, también se puede observar que el 10.8% de las jóvenes considera que no se evitarían los abortos aun cuando se cuente con la información de las PAE.

**GRÁFICA 35**

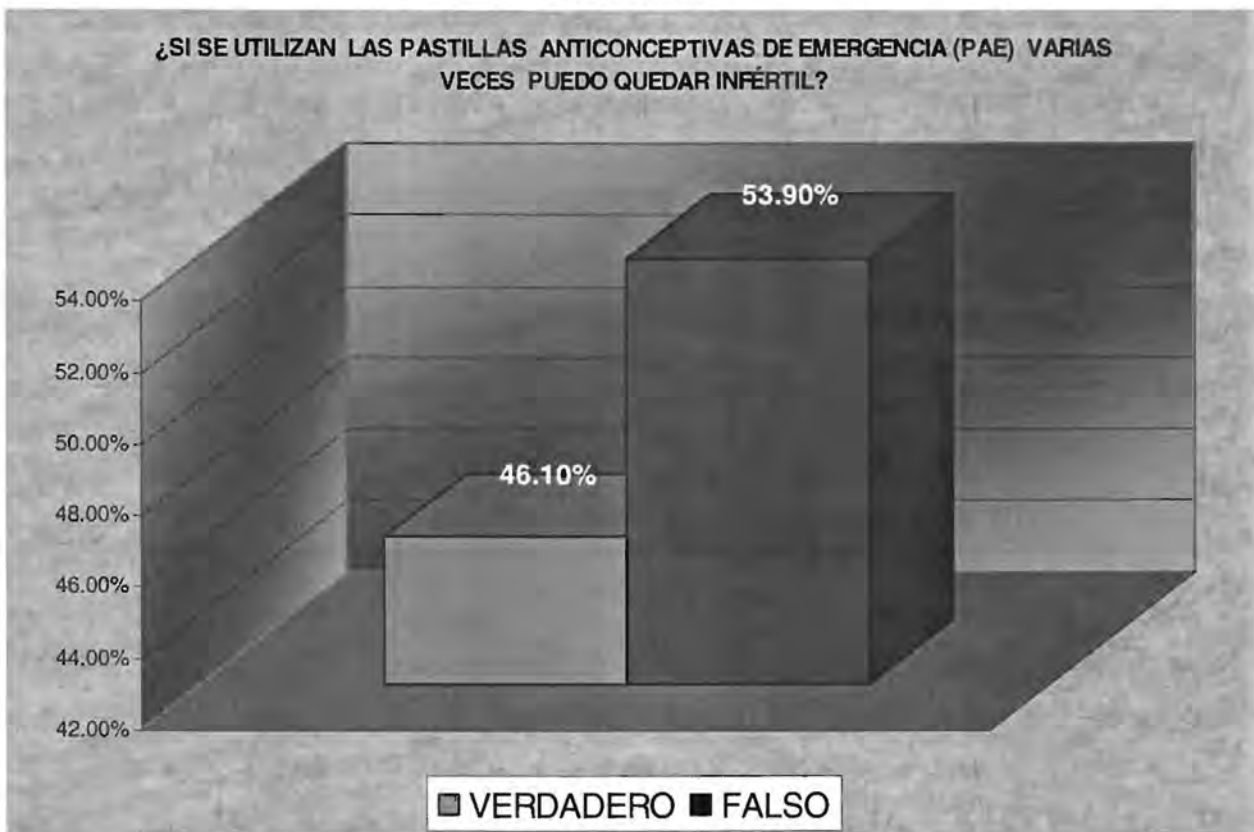


Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.



El 53.9% de las jóvenes saben que el uso repetido de las pastillas anticonceptivas de emergencia no causan infertilidad en la mujer, mientras que un 46.1% de las adolescentes entiende que si las utilizara varias veces quedaría infértil lo cual es falso, pero en base a esta creencia puede servir como un freno para que las adolescentes no utilicen las PAE por temor a que en un futuro no se puedan embarazar.

**GRÁFICA 36**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

El 85 % de las adolescentes encuestadas saben que las pastillas anticonceptivas de emergencia no siempre son efectivas ya que su efectividad se ve ligada a diferentes factores como lo es el tiempo de la primera ingesta y la continuidad del tratamiento así como el momento del ciclo menstrual en el cual se han tenido las relaciones sexuales coitales, y un 15% de las adolescentes equivocadamente creen que son siempre eficaces.

**GRÁFICA 37**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

Sólo el 13.2% de las adolescentes saben que se pueden utilizar las pastillas anticonceptivas de emergencia cuando se esta amamantando ya que le causan daño al bebé a través de la leche materna, y un 86.8% de las adolescentes creen que no se pueden utilizar cuando la mujer esta amamantando, este error se puede deber a que la gran mayoría de las adolescentes no son madres por lo que no les interesa preguntar si las PAE interfieren con la lactancia materna o no.

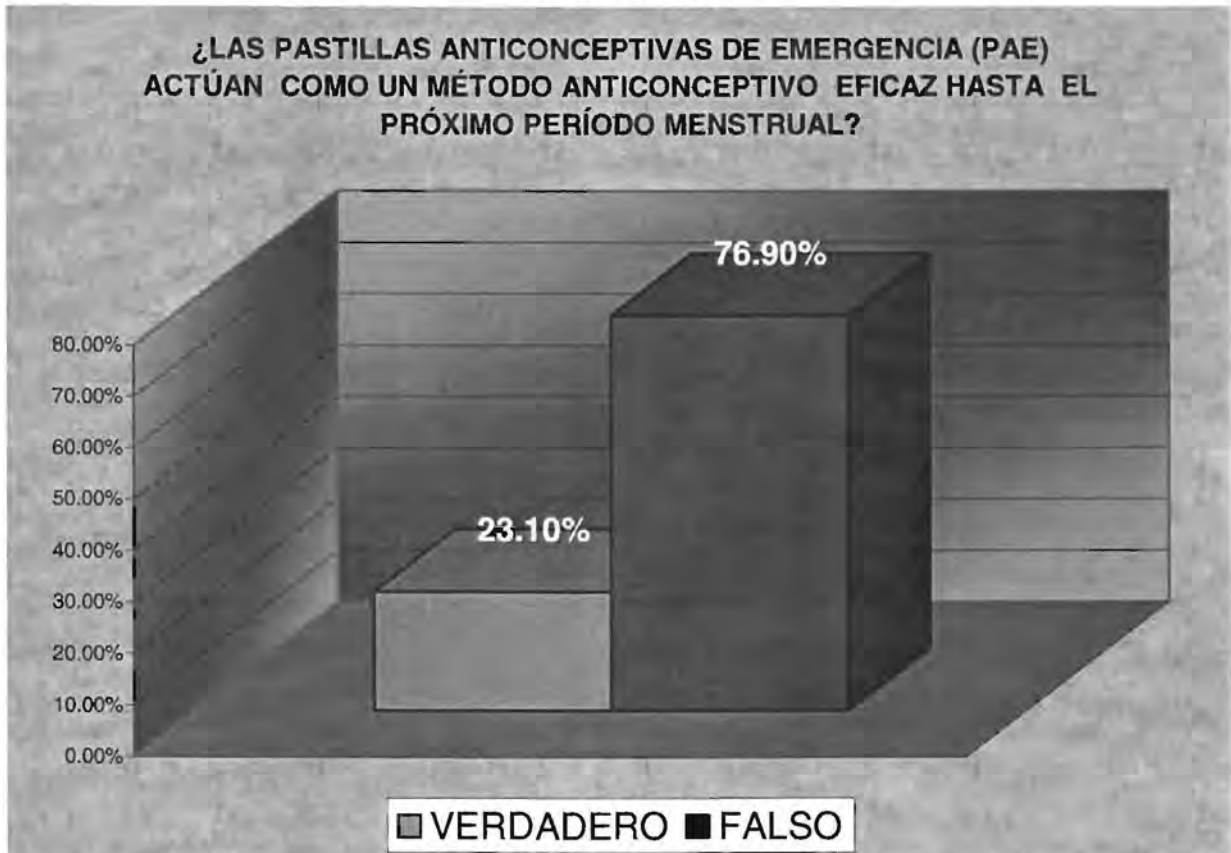
**GRÁFICA 38**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

La mayoría de las jóvenes representadas por el 76.9% saben que las pastillas anticonceptivas de emergencia no actúan como un método anticonceptivo eficaz hasta el próximo período menstrual, mientras erróneamente el 23.1 % de las adolescentes si piensan que la anticoncepción de emergencia les durará hasta el siguiente período menstrual.

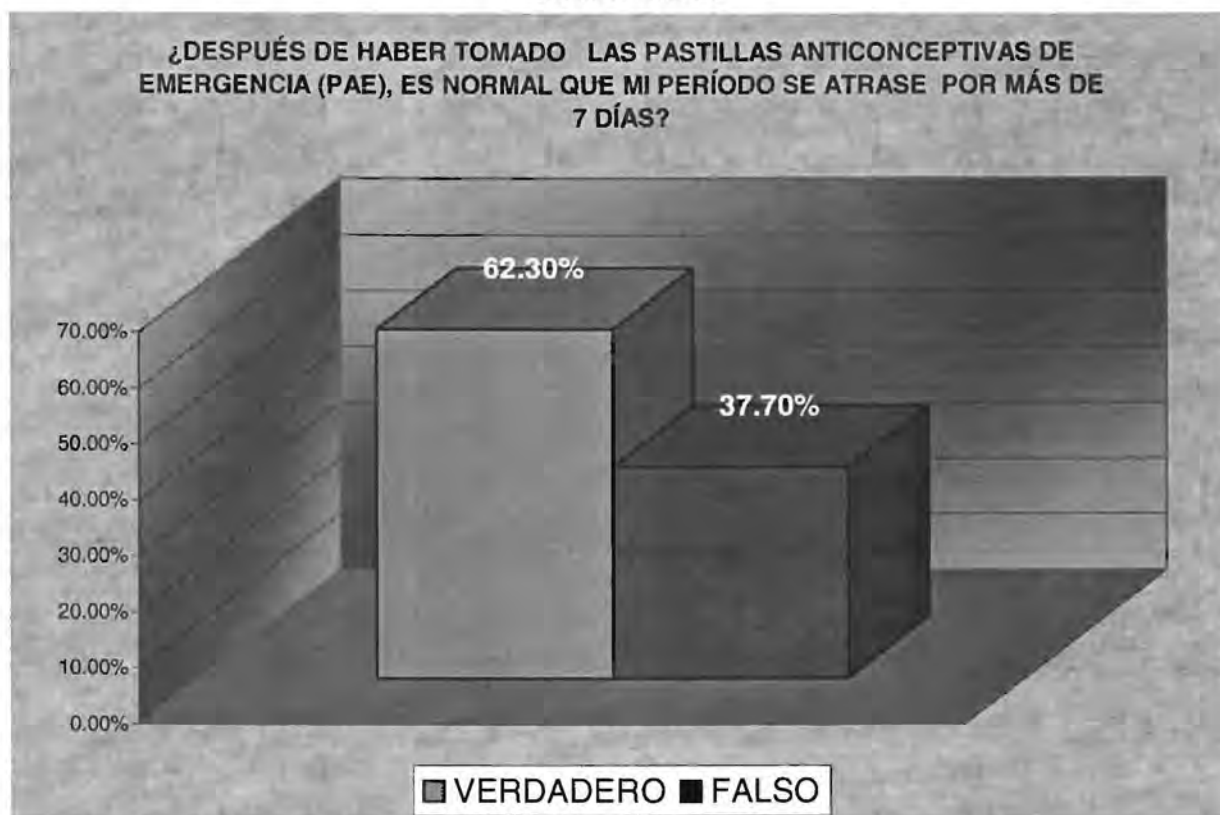
**GRÁFICA 39**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

Sólo el 37.7% de las jóvenes saben que no es normal que el período menstrual se retrase por más de siete días después de que se tomaron las PAE, ya que este margen tan grande del retraso menstrual puede ser un indicador de un embarazo. La mayoría de las adolescentes que representan el 62.3% equivocadamente piensan que un retraso de siete días se puede tomar como un efecto de las pastillas anticonceptivas de emergencia.

**GRÁFICA 40**



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan. Estado de México. Abril de 2004.

# CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES.

De los resultados expuestos en cuadros y gráficas anteriores se concluye lo siguiente:

La población femenina predominante que asiste al Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Naucalpan turno matutino se encuentra en un rango de edad de 15 a 17 años de edad, forma parte de un modelo familiar tradicional, con una dependencia económica y un estado civil de soltería.

Todas las adolescentes refieren haber recibido información de la planificación familiar no obstante sus conocimientos son pobres y/o confusos, esto puede ser debido al medio por el cual han obtenido la información, pues el mayor porcentaje de ellas se ha informado a través de la televisión y la radio.

En su mayoría las adolescentes reconocen conceptos básicos como lo son el sexo, las relaciones sexuales y coito que son fundamentales para poder establecer una comunicación bidireccional y por lo tanto una mejor asimilación de los temas de sexualidad y reproducción humana, también se pudo observar que existe un grupo considerable con una apatía y desinterés enorme ante sus propios cambios fisiológicos, esto se reflejó, cuando estas adolescentes no pudieron recordar a que edad comenzaron a menstruar lo que puede resultar impactante si recordamos que se esta hablando de adolescentes que no son mayores de 19 años de edad, y que la mayoría de las adolescentes comenzaron a menstruar a edades de 12 años lo cual supone que no hace tantos años que experimentaron la menarca, por lo que difícilmente se le puede atribuir el olvido al paso de los años.

Casi una cuarta parte de las adolescentes encuestadas han iniciado su vida sexual activa y la iniciaron desde edades muy tempranas como lo son los 12 años de edad, también se pudo observar a otro grupo de adolescentes que no recordaron a la edad que tuvieron su primera relación coital lo que genera una serie de cuestionamientos con respecto a que puede causar que estas adolescentes no pongan atención a este tipo de sucesos tan trascendentales en la vida de todo individuo. Se observó también un cambio en las conductas de las adolescentes pues algunas

de estas chicas su primer coito fue con algún desconocido o un sexo servidor, conductas que no se consideraban propias de las mujeres, si no de los hombres en nuestra cultura.

Las adolescentes suelen decir que sus relaciones sexuales coitales son espontáneas, no planeadas y por amor, y aunque todas las adolescentes afirman conocer por lo menos un método anticonceptivo, no todas los llegan a utilizar para sostener relaciones coitales, lo que indica un grado de inmadurez de su parte y una conducta retadora propia de la adolescencia. Esto también refleja que la educación sexual y reproductiva que se les imparte a los adolescentes no ha logrado impactarlos de forma positiva para asumir una conducta de autocuidado

Las adolescentes generalizan al afirmar que los métodos anticonceptivos sirven para la prevención de las ITS sin hacer ninguna distinción por categorías.

Un gran porcentaje de las adolescentes aseveran el haber recibido o conocer la información de la anticoncepción de emergencia, siendo nuevamente los medios masivos de comunicación los que tienen mayor cobertura e impacto en las adolescentes. La información proporcionada personalmente fue proporcionada por personal de salud del plantel educativo seguida de los profesores, sin embargo poco más de las adolescentes recibieron información veraz de las PAE, mientras el resto de las adolescentes recibieron información incorrecta o distorsionada.

Las adolescentes que han recurrido a las PAE para evitar un embarazo no deseado son menos de una tercera parte de las adolescentes que han iniciado su vida sexual activa y las causas fueron principalmente la falta de experiencia para el uso de los métodos anticonceptivos, para estas usuarias fueron efectivas en un 66.7% de los casos lo que se tradujo en 16 embarazos no deseados que pudieron convertirse en abortos inducidos.

En lo que se refiere a conocimientos de las PAE las adolescentes encuestadas en su mayoría conocen de forma satisfactoria las PAE, no obstante se pudo observar que se mantuvo un porcentaje más o menos constante de entre el 8.5% y un 10 % de adolescentes que no tienen conocimientos del método de las PAE.



Por lo que se puede concluir que en la presente investigación se identificaron las atribuciones que les confieren las adolescentes a las PAE las cuales son:

- Pastillas abortivas.
- Pastillas que sirven para evitar contraer infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Las PAE son un método anticonceptivo de uso regular.
- El uso habitual de las PAE genera infertilidad en la mujer.
- Si la mujer esta embarazada al momento de ingerir las PAE le causaran malformaciones al producto.

Si las adolescentes llegaran a utilizar las PAE con las atribuciones antes enlistadas por su desconocimiento o confusión de dicho método, puede repercutir de manera negativa en la salud de la adolescente, pues si no utilizan los preservativos para sus relaciones coitales por que van a utilizar las PAE no sólo con la finalidad de evitar un embarazo si no también el no contraer ITS, están en un error ya que si se pueden contagiar de una ITS e incluso de VIH/SIDA.

El uso de las PAE como un método anticonceptivo de uso regular si sugiere un daño a la salud pues debemos recordar que son altas dosis de hormonales anticonceptivos que se toman en periodos cortos de tiempo y si son consumidos de forma habitual se estaria impregnando al cuerpo con dosis exageradas de hormonales por lo que pudieran representar un peligro principalmente para las mujeres que tienen contraindicaciones para el uso regular de anticonceptivos hormonales.

También debemos de recordarle a la adolescente que por tratarse de hormonales anticonceptivos, no pueden causar infertilidad en la mujer, ni malformaciones en el producto de la concepción, más aun cuando se desee utilizar las PAE como método abortivo hay que enfatizarle a la adolescente que no causará un aborto, y si puede tener un efecto contrario ya que la progesterona es utilizada comúnmente por los obstetras como un recurso para evitar abortos en etapas tempranas del embarazo.

Por último se puede afirmar la hipótesis de trabajo toda vez que se encontró que las adolescentes no dominan del todo el tema de las pastillas anticonceptivas de emergencia y por lo

mismo no conocen en su totalidad sus indicaciones del método por lo que le atribuyeron erróneamente características diferentes a las que tiene dicho método de anticoncepción de emergencia

# PROPUESTAS

## **PROPUESTAS.**

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se propone a las autoridades del Colegio de Ciencias y Humanidades del plantel Naucalpan y autoridades de escuelas de nivel medio superior lo siguiente.

Dar continuidad al Modelo Universitario en Salud Sexual y Reproductiva para la comunidad estudiantil, ya que este proyecto ha tenido una gran aceptación por parte de la comunidad estudiantil así como del profesorado del colegio, ya que el personal encargado de llevar a cabo los objetivos del proyecto son jóvenes (pasantes de las diferentes áreas de la salud) por lo que hay una identificación del personal con la población objetivo.

Que el Modelo Universitario en Salud Sexual y Reproductiva para la comunidad estudiantil integre también personal de base para que el módulo de atención siempre preste servicio sin que se tenga que perder la continuidad por la escasez de pasantes y los estudiantes puedan gozar de los servicios.

Transformar los servicios médicos de los planteles en servicios amigables para las y los adolescentes.

Ampliar el número de plazas de enfermería en el CCH-Naucalpan, esto con base a las recomendaciones internacionales que indican que debe de haber tres enfermeras por cada médico, por lo tanto si el servicio médico del CCH cuenta con tres médicos de base en el turno matutino y sólo dos enfermeras, se estaría hablando de una carencia de siete enfermeras, las cuales son necesarias para poder cubrir las necesidades del alumnado.

Las enfermeras del servicio médico del plantel serían las responsables de elaborar y llevar a cabo un programa de salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes, con énfasis en la prevención de factores de riesgo para embarazos adolescentes, ITS, violencia intrafamiliar y adicciones. Es importante señalar que el incremento del personal se fundamentaría en que los servicios de salud se lleven dentro como fuera de los consultorios.

Impartir cursos de salud sexual y reproductiva para profesores y padres de familia ya que son ellos los que pasan más tiempo con los adolescentes por lo que se supone que deben de tener una importante influencia en la formación de hábitos y conductas del individuo.

Formar grupos pilotos de adolescentes como promotores de salud sexual y reproductiva ya que estos, se convertirán en replicadores de información no sólo con sus compañeros de clase, también en sus hogares, su comunidad y posteriormente de la unidad familiar que formen.

Lanzar convocatorias para concursos de elaboración de diferentes materiales gráficos con tópicos de salud sexual y reproductiva en la cual los adolescentes puedan mostrar no sólo sus habilidades artísticas, pues para llevar a cabo dichos materiales los estudiantes tendrán que realizar investigación por lo que se supone que tendrán que integrar nuevos conocimientos a su persona.

Entablar una comunicación con las diferentes academias de talleres de inglés, biología, psicología y lectura redacción e iniciación a la investigación documental, pues estas materias involucran diferentes temáticas de sexualidad y los prestadores de salud pueden ayudar a que dichos temas se traten adecuadamente para evitar confusiones y distorsión de la información.

Realizar talleres los cuales de preferencia deberán de ser con un máximo de 25 alumnos (para un mejor manejo de los temas) en los cuales se les proporcione información de los diferentes métodos anticonceptivos, para ello será recomendable integrar dinámicas y ejercicios para reforzar los nuevos conocimientos que se tratan de integrar en el adolescente.

Así como la distribución personal de preservativos masculinos y distribución de folletería (se propone un ejemplar de folletería de las PAE que se incluye en el apartado de los anexos que ha sido elaborado por la responsable de esta investigación) que deberá de incluir un blister con una dosis de PAE, esto con la finalidad de que las adolescentes cuenten con la información y dosis anticipada, pues el margen de tiempo con el que cuenta la mujer para que la ingesta de las PAE sea realmente efectiva es corto.

La distribución tendría que ser tanto a mujeres como a hombres ya que es importante el integrar a los hombres en la responsabilidad reproductiva, además de que los adolescentes recurren a sus iguales para solucionar sus diferentes problemas (ante un posible embarazo no deseado)

Y por último pero no menos importante realizar una evaluación de las actividades y resultados de estas acciones una vez por año, para poder hacer las modificaciones necesarias, ya que se esta hablando de una población en constante cambio, por lo cual los programas no pueden ser rígidos.

# ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONAMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y COMUNICACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA

CONOCIMIENTOS Y ATRIBUCIONES QUE LE OTORGAN A LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA LAS ADOLESCENTES DEL TURNO MATUTINO DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES, PLANTEL NAUCALPAN.

ESTE CUESTIONARIO PERMITIRA IDENTIFICAR EL CONOCIMIENTO Y LAS ATRIBUCIONES QUE LE OTORGAN A LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA LAS ADOLESCENTES DEL TURNO MATUTINO DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES, PLANTEL NAUCALPAN, PARA EL DESARROLLO DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.

DATOS GENERALES

FOLIO □□□□

Edad \_\_\_\_\_

Semestre \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES: LEE CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y TACHA O ENCIERRA EN UN CIRCULO EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA QUE CONSIDERES CORRECTA.**

**NOTA: LA INFORMACIÓN ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL.**

1.- ¿Actualmente con quién vives?	Con ambos padres.....1 Sólo con mi madre.....2 Sólo con mi padre .....3 Con mi madre y mis hermanos .....4 Con mi padre y mis hermanos..... 5 Con mis padres y hermanos..... 6 Otro _____ 7 Especifique.	
2.- ¿De quién dependes económicamente?	De mi madre..... 1 De mi padre..... 2 De ambos..... 3 De mis hermanos ..... 4 Otro _____ 5 Especifique	
3.- ¿Cómo defines a la planificación familiar?	Como la información que hay acerca de los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres..... 1 Como la información que se imparte tanto a hombres como a mujeres acerca de la sexualidad y reproducción humana..... 2	



	Como el derecho que tiene toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos..... 3 Es tener todos los hijos que dios mande..... 4 No lo sé..... 5	
4.- ¿Has escuchado o te han informado acerca de la planificación familiar?	Si..... 1 No ..... 2	
5.- ¿A través de que medio te has informado de la planificación familiar?	Televisión y radio..... 1 Libros y revistas ..... 2 Internet..... 3 Con mis maestros..... 4 Con mis familiares..... 5 Con el personal de salud..... 6	
6.- ¿Qué entiendes por sexo?	Lo que diferencia a un hombre de una mujer..... 1 Tener relaciones sexuales..... 2 Masculino ó femenino..... 3 Las características anatómicas y fisiológicas del hombre y de la mujer..... 4 No sé..... 5	
7.- ¿Qué son las relaciones sexuales?	Sentir rico cuando se hace el amor en pareja... ..... 1 La interacción entre dos o más personas, no importando el sexo ..... 2 Tener coito con una pareja .....3 Las relaciones entre hombres y mujeres..... 4 No sé.....5	
8.- ¿Qué es coito?	Es la penetración del pene en la vagina, boca y/o ano.....1 Es excitarse sólo o en compañía de su pareja.....2 Es masturbarse sólo o en compañía de su pareja.....3 No sé.....4	
9.- ¿A qué edad menstruaste?	Edad _____ No me acuerdo _____	
10.- ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales (coito)?	Si.....1 No.....2 <p style="text-align: center;"><b>Pasa a la pregunta 16</b></p>	
11.- ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual (coital)?	Años _____ No me acuerdo _____	
12.- ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual (coital)?	Con mi pareja o novio.....1 Con un amigo.....2 Con un desconocido .....3 Con un sexo servidor.....4 Otro _____ 5 <p style="text-align: center;">Especifique</p>	
13.- ¿En donde tuviste tu primera relación sexual (coito)?	En mi casa..... 1 En la casa de mi pareja o novio.....2 En un hotel.....3 En una fiesta.....4 Otro _____ 5 <p style="text-align: center;">Especifique</p>	

14.- ¿Cómo fue tu primera relación sexual (coital)?	Espontánea.....1 Por amor.....2 Planeada.....3 Inducida.....4 Otra _____ 5 <p style="text-align: center;">Especifique</p>	
15.- ¿Has tenido relaciones sexuales (coitales) sin tu consentimiento?	Si.....1 No.....2	
16.- ¿Qué entiendes por método anticonceptivo?	Aquel que sólo puede ser utilizado por los adultos..... 1 Es el que sirve para no contraer infecciones de transmisión sexual.....2 El que se utiliza para regular la capacidad reproductiva de las personas con el fin de evitar que se embarace la mujer.....3 El condón, la pastilla, la inyección, el dispositivo, etc.....4 No lo sé.....5	
17.- ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos conoces?	De barrera (condón, espermicidas, etc.).....1 Hormonales (pastillas, inyecciones, implantes, parches)....2 Definitivos (oclusión tubaria bilateral, vasectomía sin bisturí) .....3 Naturales (calendario ó ritmo, temperatura basal, moco cervical, etc.).....4 Dos ó mas de los anteriores.....5	
18.- ¿Utilizas algún método anticonceptivo?	Si.....1 No.....2 Algunas veces.....3	
19.- ¿Cómo defines la anticoncepción de emergencia?	La prescripción de métodos anticonceptivos para jóvenes y adultos.....1 El uso de hormonales orales y de barrera para prevenir un embarazo.....2 La combinación de hormonales y métodos de barrera para prevenir un embarazo.....3 El uso de ciertos métodos después de la relación sexual (coito) sin protección para prevenir un embarazo .....4 No lo sé.....5	
20.- ¿Cuándo se utiliza la anticoncepción de emergencia?	Cuando no se desea tener más hijos.....1 Después de haber tenido una relación sexual (coito) no protegida.....2 Cuando se rompe el condón.....3 Cuando no se es candidato para utilizar métodos anticonceptivos definitivos.....4 No lo sé.....5	
21.- ¿Has recibido, escuchado o leído información sobre las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE)?	Si.....1 No.....2 <p style="text-align: center;"><b>Pasa la pregunta 25</b></p>	
22.- ¿En dónde?	En la escuela.....1 En mi casa.....2 Con mis amigos.....3 En algún medio masivo de comunicación (TV, radio,	

	periódico, etc.) .....4 Folletos, trípticos, carteles etc..... 5	
23.- ¿Quién te proporciono la información?	Mis profesores.....1 Mis padres.....2 Mis amigos.....3 Prestadores de salud de mi escuela.....4 Algún familiar, vecino, etc.....5 Otro..... 6 Especifique	
24.- ¿Qué información te proporcionaron?	Qué es un método que funciona para interrumpir el embarazo.....1 Que puede ayudar a prevenir los embarazos no planeados y reduce los abortos.....2 Que puede ser utilizado de la misma forma que cualquier método anticonceptivo.....3 Que puede ser usado cuando un método anticonceptivo es utilizado correctamente.....4 Que sólo puede ser utilizado por mujeres que ya han tenido hijos.....5	
25.- ¿Alguna vez has utilizado las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE)?	Si.....1 No.....2 <b>Pase al cuadro de conocimientos</b>	
26.- ¿Por qué razón utilizaste las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE)?	Por que no use ningún método anticonceptivo para la relación sexual (coito).....1 Por que durante la relación sexual (coito) se rompió el condón o se deslizó..... 2 Por que olvide tomar en varios días las pastillas anticonceptivas .....3 Por que no me aplique la inyección en la fecha señalada...4 Por que fui objeto de una violación.....5 Otra..... 6 Especifique	
27.- ¿Quién te prescribió las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE)?	Mis amigos.....1 Un familiar.....2 Mis padres.....3 Personal de salud de alguna institución (IMSS, ISSTE, etc.).....4 Personal de salud de mi plantel.....5	
28.- ¿Qué resultado obtuviste de la utilización de las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE)?	No cumplieron con mis expectativas.....1 Cumplieron con mis expectativas.....2 <b>Pase a la pregunta 30</b>	
29.- ¿Cuándo quedaste embarazada, la decisión que tomaste fue?	Tener al bebé y quedarte con él.....1 Tener al bebé y darlo en adopción.....2 Abortar.....3	
30.- ¿Durante el último año cuantas veces has tomado las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE)?	Una sola vez.....1 Dos veces.....2 Tres veces.....3 Varias veces.....4	

## CONOCIMIENTOS

### EN LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS MARQUE VERDADERO O FALSO SEGÚN LA RESPUESTA QUE TÚ CONSIDERES CORRECTA

1.- ¿Las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) son un método anticonceptivo de uso regular?	V	F
2.- ¿Las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) son pastillas que sirven para abortar?	V	F
3.- ¿Las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) las pueden tomar todas las mujeres que han tenido relaciones sexuales (coito) sin protección?	V	F
4.- ¿Las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) sirven para no contraer infecciones de transmisión sexual (ITS)?	V	F
5.- ¿Las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) son eficaces para prevenir un embarazo cuando se toman durante las primeras 72 hr después de la relación sexual (coito) sin protección.	V	F
6.- ¿Después de haber tomado las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) puedo seguir teniendo relaciones sexuales sin protección sin riesgo de quedar embarazada?	V	F
7.- ¿Es necesario saber la marca, el número de pastillas y horarios en los cuales se deben de tomar las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) para que sean eficaces?	V	F
8.- ¿Si estoy embarazada y tomo las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE), el bebe puede nacer con malformaciones?	V	F
9.- ¿Para comprar las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) se necesita una receta médica?	V	F
10.- ¿Si las adolescentes cuentan con información correcta y clara de las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE), se pueden evitar los abortos?	V	F
11.- ¿Si se utilizan las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) varias veces puedo quedar infértil?	V	F
12.- ¿Las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) siempre son efectivas?	V	F
13.- ¿Las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) se pueden utilizar cuando estoy amamantando?	V	F
14.- ¿Las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) actúan como un método anticonceptivo eficaz hasta el próximo período menstrual?	V	F
15.- ¿Después de haber tomado las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE), es normal que mi período se atrase por más de 7 días?	V	F

**GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**

de que transcurran dos horas desde que se tomaron las PAE, deberá repetirse la dosis y tomar un medicamento contra el vómito.

También puede presentarse un sangrado o goteo irregular. No hay riesgo para la salud a corto plazo asociado al uso de PAE si se toman de forma correcta.

### ¿Qué mujeres pueden usar las PAE?

Las pueden utilizar todas las mujeres, jóvenes y adultas, con y sin hijos, ya que no tienen contraindicaciones.

### ¿Cuántas veces se pueden usar las PAE?

Se recomienda usar las PAE sólo en caso de emergencia. El uso repetido de las PAE disminuye su efectividad. Después de tomar las PAE, evite tener relaciones sexuales o use un método anticonceptivo como los condones hasta que llegue su próxima menstruación.

### ¿Cómo se que las PAE funcionaron?

Se descarta la posibilidad de un embarazo cuando llega la menstruación, esta debe de llegar en la fecha esperada, sin embargo puede atrasarse o adelantarse algunos días. Si se atrasa más de siete días podrías estar embarazada: consulta a un profesional de salud.

Si la mujer se embaraza a pesar de usar las PAE, no se afecta ni al bebé, ni el embarazo.



PAE

## PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA



Por que cuentas con sólo 72 horas infórmate.

UNISER

PAE

Elaboró:  
Pis de L.E.O. Verónica Alicia  
Vázquez Cruz

El requerir de mayor información  
accede al sitio web ubicado frente a  
la entrada principal de lunes a  
viernes de 9:00 a 13:00 horas.

UNISER



## PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA

### ¿Qué son las PAE?

Son pastillas anticonceptivas que se usan en una dosis especial para prevenir un embarazo las cuales se deben de tomar dentro de las primeras 72 horas después de una relación sexual sin protección.

¿En que casos se deben de tomar las PAE?



¿Se te rompió el condón?

\* En caso de violación.

• Si tuvo una relación sexual usando un método anticonceptivo, pero ocurrió un accidente con el método: se rompió el condón, olvido de tomar las pastillas anticonceptivas, expulsó el dispositivo intrauterino, etc.

- Si hubo una relación sexual sin usar un método anticonceptivo.

Sólo se deben de utilizar como método anticonceptivo de emergencia y no en forma regular.

Si tienes una vida sexual activa y no deseas embarazarte infórmate y utiliza un método anticonceptivo regularmente (condón píldoras, dispositivo intrauterino, implantes, inyectables etc.)

### ¿Qué pastillas se utilizan?

- Régimen de Levonogestrel solo: se usa 1 sola pastilla de 0.75mg por dosis llamadas VIKA. Si no está disponible esta marca se pueden tomar 25 pastillas de Levonogestrel en minidosis llamadas Microlut.
- Régimen de Yuzpe. Se usan algunas pastillas anticonceptivas de uso habitual y el numero de pastillas varia de acuerdo a la marca por lo que se recomienda consulte el siguiente cuadro.

### PASTILLAS DE EMERGENCIA

EJEMPLO DE MARCA	1ª DOSIS DENTRO DE LAS 72 hr DESPUÉS DE LA RELACIÓN SEXUAL	2ª DOSIS 12 hrs DESPUÉS DE LA 1ª DOSIS
VIKA	1 PASTILLA	1 PASTILLA
LOVE	1 PASTILLA	1 PASTILLA
MINIDOSIS	25 PASTILLAS	25 PASTILLAS
YUZPE	1 PASTILLA	1 PASTILLA
YUZPE	25 PASTILLAS	25 PASTILLAS

NOTA: Hay cajas de 28 pastillas que contienen dos colores: 21 pastillas de un color contienen las hormonas y 7 pastillas de otro color que no las contienen. Hay que tomar de estas cajas las pastillas que contienen al hormonal.

### ¿Qué tan efectivas son las PAE?

Las PAE son muy eficaces para situaciones de emergencia. Ya que de 100 mujeres que utilizan las PAE se pueden embarazar dos, siendo el Levonogestrel más efectivo que el Régimen Yuzpe. No son efectivas si hay un embarazo en curso.

### ¿Cómo funcionan las PAE?

Todo depende del momento del



ciclo menstrual en que se encuentra la mujer cuando utiliza este método. Si es antes de la ovulación las PAE pueden impedir la liberación de óvulos; si es posterior puede impedir la fecundación o la implantación. Las PAE NO causan un aborto.

### Qué molestias pueden producir las PAE?

Las mujeres que utilizan las PAE pueden sentir náuseas, vómitos, dolor de cabeza, cansancio y sensibilidad en los senos, pero estas molestias no duran mas de 24 horas. El Levonogestrel produce menos molestias que el método Yuzpe. Para disminuir las náuseas y vómitos se recomienda tomar las pastillas acompañadas de alimentos. En caso de que vomite antes

# BIBLIOGRAFÍA

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Dazza Daniel y Santoyo Haro Samuel. **“I CURSO DE ANTICONCEPCIÓN PARA EL FARMACEUTICO”** No. 1/3 Editado por Shering Mexicana. México D.F., s. f. pp 29
2. Dulanto Gutiérrez Enrique. **“EL ADOLESCENTE”** McGraw-Hill Interamericana. México, 2000 pp1373
3. Farre Murti Jo. María **“PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE”**. Ed. Océano Multimedia. España, 1999 Farre Murti Jo. María **“PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE”**. Ed. Océano Multimedia. España, 1999
4. IMSS. **“BASES PARA UNA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA PARA LA POBLACIÓN RURAL”**. México, D.F. 1996
5. Lamas Martha, Giacomán Claudia y Taracena Rosario. **“DE MUJER A MUJER: ENFERMERAS Y TRABAJADORAS SOCIALES ANTE LOS DILEMAS REPRODUCTIVOS”**. Ed. Grupo de Información en Reproducción Elegida. México, D.F., 1998 pp 57
6. Madaleno Matilde, Munist M. Mabel [et. al] **“LA SALUD DEL ADOLESCENTE Y DEL JOVEN”**. Segunda edición. Editado por la OPS. Washinton D.C 1996.
7. Mercado Salvador. **“¿COMO HACR UNA TESIS? TESINAS, INFORMES, MEMORIAS, SEMINARIOS DE INVESTIGACIÓN Y MONOGRAFÍAS”**. Tercera edición Ed. LIMUSA. México DF., 2003, pp357
8. OPS. **“LA SALUD DEL ADOLESCENTE Y DEL JOVEN”** Publicación Científica No. 552. Segunda impresión. Washinton DC. 1996 pp 572



9. Poder Ejecutivo Federal **“PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR 1995-2000”** Secretaría de Salud, México, 1995
10. Rojas soriano Raúl. **“GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES”** Editorial Textos Universitarios. UNAM México DF., 1982
11. Secretaría de Salud.” **EL DERECHO A LA LIBRE DESCISIÓN”**.Segunda edición. Impresa en los talleres de MAC Impresos Comerciales S.A. de C.V. Toluca México, 2000 pp106
12. Secretaría de Salud Dirección General de Salud Reproductiva. **“LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA: UN DERECHO A CONQUISTAR”**. México DF., 2002 pp108
13. Secretaría de Salud **“PROGRAMA DE ACCIÓN: SALUD REPRODUCTIVA”** México, DF., 2001 pp51
14. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. **“PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA ADOLESCENCIA”**. 2002 pp 53
15. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. **“Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia”**. México D., F. 2002
16. Secretaría de Salud Dirección General de Salud Reproductiva **“PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO PLANEADO EN LOS ADOLESCENTES”** Segunda edición, 2002 pp 131
17. Sotomayor Gallardo Alejandro. **“SERIE SALUD DEL ADOLESCENTE. PRINCIPALES DUDAS SOBRE SEXUALIDAD”**. Editado por el IMSS. México, D.F. 2001 pp 51

18. Taracena, R. **“CON LA CONCIENCIA TRANQUILA. GUÍA PARA ENFRENTAR UN EMBARAZO NO DESEADO”** Impreso en los talleres de Código X.S.C. México, DF., 2001 pp 47
19. Tortora, G. Jerry y Reynolds. G. S. **“PRINCIPIOS DE ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA”**. Séptima edición. Ed. Harcourt Brace. Madrid España, 1998 pp999
20. Wong L. Donna **“ENFERMERÍA PEDIÁTRICA”**. Cuarta edición Ed. Mosby. Madrid España, 1995 pp1131

## OTRAS FUENTES

1. **“ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA”**  
<http://www.andar.org.mx/anticon/emergl.htm>
2. Centro Nacional de Equidad de género y Salud Reproductiva. Nota Informativa. **“DIFERENCIAS ENTRE LA AE Y EL RU 846”** <http://www.conava.gob.mx/indexMenu.htm>
3. Comisión Nacional de Derechos Humanos [et. al] Campaña Hagamos un Hecho Nuestros Derechos. **“CARTILLA POR LOS DERECHOS SEXUALES DE LAS Y LOS JOVENES”**. s.e., s.f.
4. Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. **“GUÍAS DE USO Y PROTOCOLOS DE AE”**. <http://p:www.clae.info/archivo/guia/guia.html>
5. Consorcio sobre la Anticoncepción de Emergencia. **“PAQUETE INFORMATIVO PARA PROVEEDORES DE SALUD Y DIRECTORES DE PROGRAMAS”**. s.e., 1996
6. Croxatto Horacio .B. **“NOCIONES BASICAS SOBRE LA GENERACIÓN DE UN SER HUMANO Y SOBRE LAS PILDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA”**.<http://p:www.anticoncepcióndeemergencia.cl/articulos/ae.htm>.
7. Díaz Sánchez, Vicente. (2003) **“EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES EN MEXICO”**. En Gaceta Médica Mexicana Vol. 139, Suplemento No I, México
8. Díaz S. y Croxatto H.B. **“ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA”**.  
<http://p:www.anticoncepcióndeemergencia.cl/articulos/ae.htm>.

9. **“DICCIONARIO DE MEDICINA”** Cuarta edición Ed. Océano/Mosby. Barcelona España pp1504
10. Ellertson, Charlotte. **“HISTORIA Y EFICACIA DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA: MÁS ALLÁ DE LA COCA-COLA”**  
<http://www.gire.org.mx/anticom/aecharlotte.htm>.
11. Estrada M<sup>a</sup> De la Luz [et. al] (2002) **“NOVIAZGO: AMOR Y VIOLENCIA”** En: Católicas por el Derecho a Decidir. No. 3 pp11
12. GIRE. Cartilla **“28 DE SEPTIEMBRE DÍA POR LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE”**. México DF., 2003
13. Gobierno del Distrito Federal. Tríptico. **“VIOLADA. NO HAY TIEMPO QUE PERDER”**. s.e., s.f.
14. [http:// www.thais.org.mx/cdn/index.html](http://www.thais.org.mx/cdn/index.html)
15. [http:// www.solareditores.com/derechos2.shtml](http://www.solareditores.com/derechos2.shtml)
16. Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población A.C. y Fundación para Planificación Familiar A.C. Díctico. **“PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA. INFORMACIÓN A TIEMPO”** s.e., s.f.
17. Langer Glas Ana (2003) **“EMBARAZO NO DESEADO Y EL ABORTO INSEGURO: SU IMPACTO SOBRE LA SALUD EN MÉXICO”**. En Gaceta Médica Mexicana Vol. 139, Suplemento No I, México
18. Larrea Fernando [et. al] (2003) **“ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA”** .En Gaceta Médica Mexicana Vol. 139, Suplemento No I, México

19. Pérez Palacios, Gregorio. Gálvez Garza. Raquel **“MODELO UNIVERSITARIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA LA COMUNIDAD ESTUDIANTIL”**  
s.e. México DF. Septiembre, 2001 pp 41
20. Population Council. **“AMPLIANDO EL ACCESO A LA AE EN AMERICA LATINA. TALLER REGIONAL MEMORIAS”**. Quito, Ecuador, Abril de 1998
21. Profamilia. **“CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES”**. Compilación de resultados y Gerencia de Evaluación, Profamilia s.e. 1993-1994
22. Rodríguez Manzanera, Carlos., Ríos Ruiz, Alma de los Ángeles. **“ELEMENTOS Y REQUISITOS MINIMOS PARA LA ELABORACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN”** s.e. México, DF., 1997 pp 56
23. Secretaría de Salud. **“PROGRAMA ADOLESCENCIA”**  
[http:// www.conava.gob.mx/indexMenu.htm](http://www.conava.gob.mx/indexMenu.htm)
24. Taracena Rosario. Hoja Informativa **“EMBARAZO ADOLESCENTE”**. Editado por GIRE A. C. México DF., 2001
25. Taracena Rosario. Hoja Informativa **“LAS MUJERES QUE ABORTAN”**. Editado por GIRE A. C. México DF., 2001
26. Torres Camargo Lourdes. **“ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA”**  
[http://p:www.amc.unam.mx/Agencia\\_de\\_Noticias/agencia.html](http://p:www.amc.unam.mx/Agencia_de_Noticias/agencia.html)

## LEGISLACIÓN

1. Agenda Penal del DF., 2004 **“CODIGO PENAL PARA EL D.F.”** Novena edición. Ed. Isef. Tlalnepantla. México 2004
2. **“CODIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL”**. Ed. SISTA. México DF., 2002
3. **“CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS”** Ed. SISTA México DF., julio del 2003 pp 61
4. Presidencia de la República. **“LEY GENERAL DE SALUD”**. Diario Oficial de la Federación México DF., febrero 7, 1984, Reformada, junio 39, 2003
5. Secretaría de Gobernación. **“LEY GENERAL DE POBLACIÓN”**. Diario Oficial de la Federación México DF., enero 7, 1974. Reformada enero 4, 1999
6. Secretaría de Salud. **“NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”**. Diario Oficial de la Federación, México, DF, Enero 21, 2004