



# Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes



**Prevención del embarazo no  
planeado en los adolescentes**

**10 000 ejemplares**  
**Segunda Edición, 2002**  
**ISBN 970-721-104-0**  
**Derechos Reservados**

© 2002 Secretaría de Salud  
Dirección General de Salud Reproductiva  
Homero No. 213, 7° piso  
Col. Chapultepec Morales  
Delegación Miguel Hidalgo  
C. P. 11750 México, D. F.

Se permite la reproducción total o parcial de este documento citando la fuente.

*La mención de insumos anticonceptivos por sus nombres comerciales, no implica que esos productos son recomendados por la Secretaría de Salud, en preferencia a otros productos de naturaleza similar que no están mencionados.*

*Este material se elaboró con fines didácticos para apoyar la capacitación del personal de los servicios especializados en salud sexual y reproductiva para población adolescente de la Secretaría de Salud de México. Se apoyó en publicaciones de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.*

# Directorio

## SECRETARÍA DE SALUD

**Dr. Julio Frenk Mora**

Secretario de Salud

**Dr. Enrique Ruelas Barajas**

Subsecretario de Innovación y Calidad

**Dr. Roberto Tapia Conyer**

Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud

**Lic. María Eugenia de León-May**

Subsecretaria de Administración y Finanzas

**Dr. Eduardo González Pier**

Coordinador General de Planeación Estratégica

**Lic. Gustavo Lomelín Cornejo**

Director General de Comunicación Social

**Dra. María de Lourdes Quintanilla Rodríguez**

Directora General de Salud Reproductiva

## **DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA**

**Dra. María de Lourdes Quintanilla Rodríguez**

Directora General

**Dr. Vicente Díaz Sánchez**

Director de Normatividad y Asistencia Técnica en Planificación Familiar

**Dra. Mirella Loustalot Laclette**

Directora de Prevención y Control de Cáncer en la Mujer

**Lic. María Trinidad Gutiérrez Ramírez**

Directora de Desarrollo Humano

**Act. Yolanda Varela Chávez**

Directora de Desarrollo Gerencial

**Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus**

Director de Arranque Parejo en la Vida

## **DIRECCIÓN DE NORMATIVIDAD Y ASISTENCIA TÉCNICA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

**Dr. Vicente Díaz Sánchez**

Director

**Dr. Luis Muñoz Linares**

Subdirector de Salud Sexual y Reproductiva

**Dr. Alejandro Rosas Solís**

Subdirector de Planificación Familiar

# Índice

Presentación	
<b>1. Introducción</b> .....	<b>13</b>
<b>2. Aspectos biopsicosociales de la sexualidad de los/las adolescentes</b> .....	<b>17</b>
<b>3. Embarazo en la adolescencia</b> .....	<b>33</b>
<b>4. Repercusiones psicosociales del embarazo no planeado durante la adolescencia</b> .....	<b>41</b>
<b>5. Anticoncepción en la adolescencia</b> .....	<b>49</b>
<b>6. Anticoncepción de emergencia</b> .....	<b>83</b>
<b>7. Didáctica básica</b> .....	<b>93</b>
<b>8. Elaboración de estrategias para la prevención de embarazos no planeados</b> .....	<b>113</b>
<b>9. Bibliografía</b> .....	<b>127</b>

# Presentación







## Presentación

Los programas de salud y población han modificado de manera significativa la composición demográfica en México, propiciando importantes cambios en el grupo de adolescentes. En 1970 la población adolescente era de 11.7 millones; para el año 2000 este grupo etáreo ascendió a un poco más de 21.6 millones. Estos datos reflejan la magnitud y el alcance de las acciones en favor de la salud de los/las adolescentes, particularmente si consideramos que durante esta etapa de la vida se toman decisiones trascendentales y se establecen modelos de conducta que influyen a lo largo de la vida.

De acuerdo a estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 1993 ocurrían cerca de 420 000 nacimientos de madres adolescentes. Ante esta problemática la Secretaría de Salud convocó en noviembre de 1993 a una reunión en la que organismos públicos, privados, nacionales e internacionales, aportaron sus experiencias en el trabajo con la población adolescente. El resultado de dicha reunión fue la "Declaración de Monterrey", que sentó las bases para iniciar un programa nacional de salud de los/las adolescentes.

En julio de 1994 el sector salud dio inicio a un programa de cobertura nacional con el lema "En Buen Plan... Planifiquen", con la misión de propiciar y proteger el derecho de la población adolescente a la información, comunicación y servicios de salud con una visión integral, priorizando la salud sexual y reproductiva de este grupo etáreo.

El impacto de las acciones realizadas por el sector público y la sociedad civil organizada en materia de salud sexual y reproductiva para la población adolescente, se reflejó en el incremento en el uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes unidas. Mientras que en 1997 el empleo de métodos anticonceptivos en las adolescentes unidas era de 44.9%, para 2002 se elevó a 48.8%.

Como resultado del incremento en el uso de métodos anticonceptivos, a lo largo de los últimos cinco años disminuyó el número de nacimientos en madres adolescentes. De haberse mantenido la fecundidad de los años setenta, en el 2000 hubieran ocurrido poco más de un millón de nacimientos de madres adolescentes en lugar de los 366 000 que se presentaron.

La diversidad de problemas de salud, sociales y de seguridad relacionados con la actividad sexual, justifican la importancia de crear programas educativo-preventivos que se complementen con la protección y asistencia, en los que no solamente se incluya a la población objetivo: los adolescentes, sino también a los padres de familia, la pareja de él o la adolescente, a los maestros y a la comunidad en general, respetando sus valores y las normas sociales imperantes.

A pesar de los avances logrados en salud sexual y reproductiva, aún es elevado el número de embarazos no planeados que ocurren en la población adolescente, esto representa un desafío para el país.

Es fundamental para el personal que participa en la atención a los/las adolescentes contar con recursos teórico-prácticos que le permitan realizar acciones preventivas acordes a las necesidades particulares de dicha población. Por tal motivo, la Dirección General de Salud Reproductiva elaboró este material como apoyo para la capacitación en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, a fin de mejorar la calidad de la atención que se otorga a través de los servicios amigables para adolescentes y lograr mayor impacto con las acciones de prevención.

En este sentido se exponen las causas y consecuencias del embarazo no planeado y se proporcionan conceptos básicos para el empleo de recursos anticonceptivos y el desarrollo de actividades educativas y estrategias de prevención, con la finalidad de que el personal operativo refuerce los aspectos educativos y de servicio.

Cuando dispongamos de servicios de salud accesibles y específicos, con personal ampliamente capacitado con actitudes positivas a favor de la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes; lograremos fomentar en ellos(as) una cultura de salud y disminuir los embarazos no planeados y otros problemas asociados a la conducta sexual de este grupo etáreo.

**Dr. Julio Frenk Mora**  
Secretario de Salud

# 1. Introducción





# 1. Introducción

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil. Muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad.

Datos obtenidos de algunas encuestas sobre el comportamiento sexual y reproductivo en los/las adolescentes muestran que estos(as) tienden al inicio de relaciones sexogenitales a más temprana edad y en la mayoría de los casos lo hacen desprovistos de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implican la maternidad y la paternidad y del uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos modernos. Estas situaciones exponen a los/las jóvenes a mayores riesgos de que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/ las jóvenes.

Dar respuesta a la pregunta ¿cómo satisfacer las diversas necesidades de los/las adolescentes?, es un problema que enfrentan padres, prestadores de servicios, educadores y sociedad en general. Pese a la urgente necesidad de satisfacer las demandas de los/las jóvenes, los programas se enfrentan con controversias y barreras sociales que limitan la efectividad de los resultados.

La ayuda que necesitan los adolescentes varía de acuerdo a sus características particulares, recordando que existen adolescentes tempranos, intermedios y tardíos; adolescentes urbanos, rurales e indígenas; escolarizados y no escolarizados y en diferentes contextos socioculturales.

Dentro de los múltiples propósitos de los programas de este tipo están el hacer accesibles los servicios, ayudar a incrementar conocimientos, generar actitudes para una sexualidad sana, postergar el inicio de la actividad sexual, promover prácticas sexuales protegidas, contribuir a una cultura que favorezca la sexualidad libre y sin riesgos, entre otros. Procurando que los programas aboguen por nuevas normas sociales que promuevan la equidad y protejan la salud de los/las jóvenes.

Los/las adolescentes necesitan programas que den cuenta de la necesidad que tienen de ser escuchados, de contar con servicios de salud que protejan su intimidad e identidad, que estén dispuestos a abordar cualquier tema, que ganen su confianza, vayan a donde ellos van y hablen su mismo lenguaje. Programas en los cuales se eliminen los obstáculos burocráticos, la ineficiencia y la falta de atención empática y anónima. Si bien la experiencia es hasta ahora limitada, los programas han dado mejor resultado cuando se trabaja con los adultos responsables de su formación, cuando se involucra a los jóvenes en el diseño de los modelos fomentando la comunicación interpersonal, cuando se articula la educación a la prestación de servicios, cuando se presentan modelos de conducta que hacen más atractivo el comportamiento sin riesgos y sobre todo cuando se invierte el tiempo suficiente y se cuenta con la actitud y la disposición para atenderlos.

## **2. Aspectos biopsicosociales de la sexualidad de los/las adolescentes**





## 2. Aspectos biopsicosociales de la sexualidad de los/las adolescentes

### ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad. Para satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales las personas requieren participar y actuar dentro de diferentes grupos sociales. De estos grupos resalta por su importancia la familia, considerada como el núcleo primario y fundamental para promover la satisfacción de las necesidades humanas básicas, y sobre todo de los hijos quienes por su carácter dependiente ahí encuentran respuesta a sus carencias. En ella reciben la educación necesaria para transformarse en adultos independientes.

En épocas anteriores, los hijos vivían en familia con un rol claramente determinado por su sexo: el varón sería el sustituto del padre y la mujer ayudaría en las tareas domésticas. Cuando dejaban de ser niños, se les consideraba adultos y desempeñaban el papel que tenían asignado.

Para el joven de las sociedades tribales, basadas en sólidas tradiciones, la incorporación al mundo de los adultos se efectúa a través de ritos de iniciación generalmente dolorosos y peligrosos, pero aceptados de buen agrado porque no hay otra forma de conquistar los privilegios del adulto. Una vez superados, el resto de la tribu entiende que la persona en cuestión posee las capacidades y cualidades de adulto y como tal se le trata. Los jóvenes inmersos en esas sociedades saben exactamente qué se espera de ellos y lo siguen sin protestar.

Con la llegada de la industrialización, la familia sufrió transformaciones al pasar a vivir a los centros urbanos. El padre se integra como trabajador a la fábrica y la madre es la encargada de cuidar el hogar y a los hijos. Por su parte los hijos no tienen una función social definida, sino que, llegado el momento, requieren integrarse a la vida productiva de la sociedad, pero el acceso al papel de adulto(a) no se consigue mediante un rito de iniciación, sino que será un proceso lento y casi siempre difícil.

**EN LAS SOCIEDADES INDUSTRIALES EL/LA JOVEN TENDRÁ QUE ESPERAR A QUE LA SOCIEDAD LO/LA RECONOZCA COMO ADULTO(A), RECONOCIMIENTO QUE DEPENDE DE CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS, CULTURALES, POLÍTICAS, ETC., Y NO DE ACCIONES CLARAMENTE DEFINIDAS.**

La aparición de la pubertad indica al/la joven que ya no es niño(a), pero la sociedad tampoco lo reconoce como adulto. No ha abandonado por completo la infancia y tampoco puede enfrentar de lleno las demandas de adulto.

La adolescencia en las sociedades urbanas es un periodo que se caracteriza por su larga duración, su indeterminación, por la fuerte carga de conflicto y por la asincronía entre la madurez sexual y la psicosocial. Biológicamente el/la adolescente es prácticamente un(a) adulto(a), tiene la capacidad para reproducirse y puede pensar en términos de adulto, sin embargo, socialmente no es niño(a) pero tampoco tiene un lugar en el mundo de los adultos, y pasará un largo tiempo antes de que se le permita insertarse en la vida productiva y ser autosuficiente. La resolución de la adolescencia se da cuando el/la joven ha logrado definir una manera de pensar, sentir y actuar más o menos estable que le permite autonomía personal y adaptación social.

**PODEMOS CONSIDERAR A LA ADOLESCENCIA COMO EL PERIODO EN EL CUAL EL INDIVIDUO PROGRESA DESDE LA APARICIÓN DE LOS CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS HASTA LA MADUREZ SEXUAL. EL DESARROLLO FÍSICO, LLAMADO PUBERTAD, SE PRESENTA INDEPENDIENTEMENTE DE QUE EL/LA JOVEN LO DESEE O NO, EN CAMBIO, EL DESARROLLO PSICOSOCIAL SE DARÁ EN UN CONTEXTO SOCIAL Y PERSONAL. LAS MODIFICACIONES SEXUALES SE INICIAN ALREDEDOR DE LOS 10 A 12 AÑOS Y LA CULMINACIÓN DEL CRECIMIENTO ES APROXIMADAMENTE A LOS 20 AÑOS DE EDAD. DE AHÍ QUE LA ADOLESCENCIA ES CONSIDERADA POR LA OMS COMO EL PERIODO DE LA VIDA QUE ABARCA DE LOS 10 A LOS 19 AÑOS.**

La adolescencia es el periodo crucial del ciclo vital en el que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo y asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio.

Durante esta etapa los/las jóvenes experimentan cambios en diferentes planos. En primer lugar alcanzan la madurez física y la capacidad reproductiva, así mismo, su desarrollo intelectual les permite elaborar juicios críticos y pensamientos abstractos, por otro lado aumenta su responsabilidad social puesto que ya no tienen la continua vigilancia de los padres en su actuación social.

Precisan también acomodar su sexualidad, " aún infantil", con la sexualidad de los adultos. Finalmente, tendrán que buscar su independencia económica y autonomía personal.

Durante la adolescencia los/las jóvenes se identifican más claramente con su sexo y consolidan su identidad de género al observar los roles que desempeñan los adultos como hombre o mujer. Esta identificación incluye comprender y aceptar la propia existencia como hombre o mujer así como los roles, valores, deberes y responsabilidades propios de ser hombre o mujer. Nuevas relaciones sociales se establecen entre los/las jóvenes y entre los adultos y los/las jóvenes, tanto dentro como fuera de la familia. Así mismo, surge la capacidad de pensamiento abstracto, la atracción sexual, la respuesta sexual, los sentimientos eróticos y amorosos propios de los adultos, se define la preferencia sexual y se inicia la búsqueda de pareja.

Consolidar la sexualidad para su vida como adulto, es una tarea clave en el desarrollo de los/las adolescentes. Para lograrlo requieren de la integración de factores físicos, psicológicos, sociales, culturales, educativos y morales.

**HABLAR DE SEXUALIDAD NO ES EQUIVALENTE A COITO Y REPRODUCCIÓN, NO SIGNIFICA DESCARGA DEL IMPULSO SEXUAL, TAMPOCO SE REFIERE AL IMPULSO SEXUAL AISLADO, NI ÚNICAMENTE A LA EXPRESIÓN SOCIAL DE LA MASCULINIDAD O FEMINEIDAD. SEXUALIDAD ES LA EXPRESIÓN INTEGRAL DEL SER HUMANO EN FUNCIÓN DE SU SEXO VINCULADO A LOS PROCESOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y CULTURALES. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN SE ENCUENTRAN UNIDOS A LAS CONDICIONES CULTURALES QUE DETERMINAN LOS ROLES QUE HAN DE JUGAR LOS HOMBRES Y MUJERES. EN OTRAS PALABRAS, SEXUALIDAD ES LA MANERA EN CÓMO PIENSAN, SIENTEN Y ACTÚAN HOMBRES Y MUJERES EN FUNCIÓN DE LOS PATRONES CULTURALES DE LA SOCIEDAD A LA CUAL PERTENECEN.**

En las especies animales la sexualidad está al servicio exclusivo de la reproducción, solamente en los humanos la sexualidad, además de la función reproductora, permite dar y recibir amor y placer, así como cumplir una función social en términos de los roles de género asignados para



hombres y mujeres. La sexualidad se expresa de forma diferente conforme transcurre el desarrollo de el/la niño(a).

Podemos concluir que la adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, comprendida entre los 10 y 19 años, durante la cual se presenta la madurez sexual. Comúnmente se hace referencia a la adolescencia como el periodo de ajuste psicosocial del joven en su paso de niño a adulto y se aplica el término pubertad para definir los cambios correspondientes al crecimiento y maduración sexual. Sin embargo, estos límites no están definidos y ambas situaciones se corresponden.

## **ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE**

Desde el punto de vista biológico el ser humano es un ser sexuado. La existencia de los órganos genitales no sólo determinan la asignación de sexo, sino que provocan un comportamiento sexual. El concepto de sexualidad ha traspasado los límites de la genitalidad y ha incluido las distintas conductas tanto individuales como sociales que las personas adoptan para resolver su vida sexual.

Considerando que los humanos poseemos órganos sexuales diferenciados para hombres y mujeres, la tendencia es aceptar la existencia de sexualidad desde el nacimiento. Sin embargo, las opiniones difieren sobre todo a nivel psicosocial. Muy distinto es el panorama cuando se habla de madurez sexual, ya que biológicamente está demostrado que tal madurez es consecuencia de la influencia del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas lo cual trae aparejado cambios corporales y psicológicos.

Durante este periodo en las mujeres se manifiestan cambios característicos como crecimiento de los senos, aparición de vello púbico y la primera menstruación. En los hombres se hace evidente el cambio de voz, surge vello púbico y se producen las primeras emisiones de esperma. Estas manifestaciones, entre otras, anuncian el inicio de la madurez sexual cuya consecuencia natural es la capacidad reproductiva.

Los cambios biológicos durante la adolescencia adquieren un significado especial para la vida y la sexualidad de los/las jóvenes, puesto que representan la nueva realidad que han de vivir como adultos, tanto en un aspecto físico como psicológico y social.

**LA PUBERTAD SIGNIFICA EL INICIO DE LA MADUREZ SEXUAL. PARA LOS/LAS JÓVENES SON EL INDICADOR DE QUE HAN DEJADO DE SER NIÑOS(AS) Y FRECUENTEMENTE ES UN EVENTO QUE SE ESPERA CON ANSIEDAD, INSEGURIDAD Y EN OCASIONES CON DESCONOCIMIENTO DEL HECHO. EN ESTA ÉPOCA, SURGE TAMBIÉN EL IMPULSO Y LA ATRACCIÓN SEXUAL.**

El impulso sexual es intenso durante la adolescencia. En el varón, la urgencia por la satisfacción es apremiante y está vinculada a la emisión de semen. A lo largo del día el varón presenta erecciones erráticas y sensibilidad circunscrita al pene. Por la noche experimenta eyaculaciones ligadas o no a sueños eróticos. Las eyaculaciones espontáneas, con o sin erección, durante el día son menos frecuentes y generalmente están asociadas a situaciones de ansiedad. En cuanto a la mujer, experimenta periodos de gran tensión circunscrita a los genitales, con el aumento en el grosor de los labios menores, el clítoris y secreciones vaginales.

Para el hombre la capacidad de sentir orgasmo depende en gran medida de la presencia de semen en las glándulas seminales, y la eyaculación es la única forma de satisfacer sus impulsos sexuales. En contraste, la mujer puede experimentar placer erótico a través de la fantasía y el afecto y es por tanto más fácil que pueda postergar la satisfacción sexual a través del coito, ocupando la fantasía un lugar importante en la vida de las jóvenes.

## **ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE**

Durante la adolescencia la capacidad física, sexual, imaginativa, intelectual y crítica funcionan con mayor intensidad que en cualquier otro momento de la vida. Es tiempo de cambios diversos e intensos. Las alteraciones hormonales y emocionales pueden exagerarlo todo. El sentimiento infantil de un nuevo día pleno de diversión y alegría se transforma en emociones y sentimientos nuevos, muchas veces confusos y entremezclados.

Los/las jóvenes ya no piensan a partir de los objetos reales y de la realidad conocida, sino que ahora son capaces de crear objetos ideales, de imaginar situaciones que no existen, al menos dentro de su experiencia. El/la joven intentan dominar la realidad con las teorías, sin embargo en muchas ocasiones confunde lo posible con lo real. La ubicación dentro de la realidad se dará más adelante a partir de la vida en el mundo de los adultos.

Encontramos entonces en el/la adolescente dos formas de pensamiento: uno mágico, que intenta controlar y cambiar al mundo a partir del pensamiento omnipotente (fantasías) y otro científico que controla el mundo de forma más real. El primero intenta modificar la realidad a partir de la fantasía, el segundo se conecta con la realidad a través de proposiciones (hipótesis) que son puestas a prueba en la realidad. Hacia el final de la adolescencia el/la joven comúnmente ha logrado establecerse en la realidad social.

Si bien es cierto que el/la adolescente puede pensar de manera abstracta, el contenido de sus pensamientos está matizado por su experiencia infantil. El periodo previo de dependencia que ha vivido sigue dominando su vida. No ha tenido la oportunidad de experimentar por sí mismo la consecuencia de sus actos. La familia ha estado al pendiente de guiar y dirigir su conducta.

**LA CAPACIDAD DE ABSTRACCIÓN AUNADA A LOS CONTENIDOS INFANTILES, PROVOCA QUE LOS ADOLESCENTES OBSERVEN LA VIDA DE MANERA FANTASIOSA Y OMNIPOTENTE. SE SIENTEN CAPACES DE TRANSFORMAR EL MUNDO, PERO AÚN NO TIENEN LA EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA EVALUAR LA CONSECUENCIA DE SUS ACCIONES, ADEMÁS NO ACEPTAN CONSEJOS PORQUE CONSIDERAN QUE SON POSEEDORES DE LA NUEVA REALIDAD.**

La omnipotencia de pensamiento los lleva a pensar: **“a mí nunca me va a pasar eso”**, el resultado es una serie de conductas temerarias que le sirven de autoafirmación, que sin embargo pueden representar importantes riesgos para su integridad personal. Entre ellas tener relaciones sexuales sin protección que ocasionan embarazos no planeados o contagios de enfermedades de transmisión sexual.

**LOS SUEÑOS Y LAS FANTASÍAS OCUPAN UN LUGAR IMPORTANTE EN LA VIDA DE LOS/ LAS ADOLESCENTES. CONSTITUYEN UN ELEMENTO DE EXPRESIÓN DE LA SEXUALIDAD, SON FRECUENTES, EXPLÍCITAS Y HABITUALMENTE ACOMPAÑAN LA MASTURBACIÓN. DURANTE LA ADOLESCENCIA Y AÚN DESPUÉS, LA MASTURBACIÓN ES UNA CONDUCTA NORMAL Y SIN CONSECUENCIAS.**



La fantasía cumple varias funciones: sustituye una experiencia real pero inaccesible o temida, sirve de preparación para la posterior relación real, le permite al/la joven ir reconociendo sus respuestas sexuales y en general es una forma de experimentar su sexualidad sin riesgos y de manera controlada.

La fantasía en muchas ocasiones ha sido y es motivo de sufrimiento cuando se actúa en la realidad. A partir de sus fantasías, muchos jóvenes y jovencitas se involucran en relaciones que al tiempo les producen malestar. En sus fantasías, las adolescentes sueñan con **“su príncipe azul”** y los adolescentes con **“su princesa encantada”**. La terminación de una relación que al principio se vio como “ideal” provoca soledad y eventual lesión de la autoestima.

En su anhelo por ser amados y reconocidos, los/las jóvenes pueden pasar por alto los aspectos que les son desagradables en la persona que han elegido como pareja y resaltar los que consideran sus cualidades, perdiendo la proporción de la realidad. Recordemos la frase “el amor es ciego”.

Muchas jovencitas que fantasearon con “su príncipe azul”, se ven ante la situación de sentirse “usadas” después de que les “bajaron el cielo y las estrellas”, es decir, que su pareja les prometió que estaría con ellas en las buenas y en las malas para convencerlas de tener relaciones sexuales y posteriormente abandonar la relación. En ocasiones estas chicas quedan embarazadas, confrontando súbitamente su realidad. Por lo tanto, es importante que los/las jóvenes observen más objetivamente a su probable pareja y reflexionen sobre sus metas y decisiones.

El/la niño(a) establece los primeros vínculos afectivos con sus padres, la llegada de la pubertad conlleva la incorporación de la sexualidad genital a los afectos. El adolescente no puede satisfacer sus necesidades genitales con sus padres, esto sería ir contra la función social y reproductiva, por tanto, el adolescente necesita buscar la satisfacción sexual hacia el exterior.

El afecto que el adolescente sintió por sus padres progresivamente es trasladado hacia el exterior. El proceso se da mediante la progresiva atracción de el/la joven por personas del sexo opuesto, atracción que muchas veces es vivida por los padres como amenazante debido a que señala la partida de el/la hijo(a). En esta época, el/la joven vive una situación de conflicto, puesto que por un lado conserva el cariño hacia sus padres, a los que desea agradecer, y por otro siente la imperiosa necesidad de ser independiente y buscar compañero(a) sexual.

**HASTA ANTES DE LA PUBERTAD, LOS MIEMBROS DE CADA SEXO SE ASOCIAN PREFERENTEMENTE CON PERSONAS DE SU PROPIO SEXO. ES COMÚN LA FRASE “LOS NIÑOS CON LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS CON LAS NIÑAS”, RELACIONES QUE SIRVEN DE MODELO DE IDENTIFICACIÓN. CON LA PUBERTAD, LA ACTIVIDAD HORMONAL GENERA UN DECIDIDO INTERÉS HACIA LOS MIEMBROS DEL SEXO OPUESTO, LO CUAL SEÑALA EL INICIO DE LA SEXUALIDAD ADULTA.**

Previo al inicio de las relaciones heterosexuales se establecen relaciones ligeramente antagónicas entre hombres y mujeres. Posteriormente procuran actividades que incorporan a jóvenes de ambos sexos, iniciando la búsqueda de pareja y la expresión de su sexualidad.

**HACIA FINALES DE LA ADOLESCENCIA LOS GRUPOS CONFORMADOS POR INDIVIDUOS DEL MISMO SEXO TIENDEN A DISOLVERSE, PARA DAR PASO A RELACIONES DE PAREJA. LOS/LAS JÓVENES QUE HASTA ESTE MOMENTO NO HAN CONSEGUIDO EMPAREJARSE (AUNQUE SEA DE MANERA TEMPORAL), PODRÁN SENTIRSE PRESIONADOS A BUSCAR PAREJA CON LA FINALIDAD DE NO SENTIR RECHAZO O CRÍTICA A SU SITUACIÓN DE SOLTERÍA.**

Iniciar relaciones íntimas, amistosas o el noviazgo, es una tendencia natural en la búsqueda de pareja y de relaciones sexuales. Cada persona es diferente en cuanto a la forma y edad de iniciar las relaciones sexuales. Sin embargo, la elección hecha se ve fuertemente influida por las presiones sociales y de grupo, en vez de obedecer a las necesidades y deseos personales.

Superada la etapa de la adolescencia los/las jóvenes se iniciarán en la vida adulta al sentir confianza, ejercer su autonomía y definir quiénes son y qué desean. Estas ventajas los preparan para entrar en verdaderas relaciones íntimas con su pareja. En caso de no madurar; la desconfianza, baja autoestima, temor a la iniciativa o a la expresión y la dependencia coloca a los/las jóvenes en situación de desventaja, puesto que están menos preparados para establecer relaciones íntimas. Pueden desearlas, pero carecer de la seguridad y habilidades necesarias para establecerlas, sintiendo tristeza, soledad y frustración.

## PRINCIPALES FENÓMENOS SOCIALES RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD

Las diferencias sociales entre hombres y mujeres, la masculinidad y femineidad, así como las conductas inherentes a ello, no son naturales, se derivan de la manera en cómo cada cultura legítima sobre un hecho biológico (la diferencia en los genitales externos), una valoración desigual para los hombres y mujeres, generando una relación de subordinación por parte de la mujer al hombre. Esta forma de entender la relación social entre hombres y mujeres se denomina género.

**EL GÉNERO, ES UNA FORMA DE COMPRENDER CÓMO SE ORGANIZA Y FUNCIONA UNA SOCIEDAD A PARTIR DE LAS DIFERENCIAS BIOLÓGICAS QUE PRESENTAN HOMBRES Y MUJERES, ORGANIZACIÓN EN LA QUE TRADICIONALMENTE SE HA PROMOVIDO UN MODELO DE HOMBRE Y MUJER EN EL QUE SUS FUNCIONES SON JERÁRQUICAS Y EXCLUYENTES.**

El enfoque de género cubre tres elementos: la asignación de género (hombre o mujer); la identidad de género (convicción de ser hombre o mujer) y el rol de género (el papel que se ha de jugar en la vida). Estos elementos determinan en gran medida la futura actuación de las personas en sociedad.

**La asignación de género** se refiere a la rotulación como hombre o mujer que realizan las personas que tienen contacto con el/la recién nacido(a), con base en la apariencia de los genitales externos. A partir de ello, la familia y la sociedad se encargarán de educarlo(a) en función de ese señalamiento. Al mismo tiempo, la educación recibida se expresará mediante el rol de género.

**El término rol de género** se emplea para hacer referencia al conjunto de expectativas de comportamiento consideradas como apropiado para las personas que poseen un sexo (órganos sexuales). El rol se constituye con el conjunto de normas, valores y prescripciones que dicta la sociedad, definiendo el comportamiento masculino y femenino.

**Identidad de género** es la convicción personal de ser hombre o mujer, lo cual conlleva la demanda social de comportarse como tal para corresponder con la idea de masculinidad o femineidad que se maneja a nivel sociocultural. La identidad de género estructura la vida de el/la niño(a) en forma de sentimientos, actitudes, manera de pensar y relacionarse, empleo, etcétera.

Ineludiblemente el género está condicionado por la clase social, la etnia, las vivencias urbanas y campesinas y por la serie de influencias propias de cada persona. Estos factores definen en gran medida la futura actuación de las personas dentro de su núcleo social. En la adolescencia el/la joven necesitan comprender cuál es su papel en la vida, para conducirse de acuerdo a las determinaciones preestablecidas.

**IDENTIFICAR LA MANERA EN CÓMO SE PERCIBEN HOMBRES Y MUJERES EN EL SENO DE UNA SOCIEDAD ES BÁSICO PARA EL ÉXITO DE UN PROGRAMA DE SALUD SEXUAL. UN MISMO HECHO COMO LA REPRODUCCIÓN, EL ACTO SEXUAL, LA ELECCIÓN DE PAREJA, EL MATRIMONIO Y LA ANTICONCEPCIÓN, TIENE REFERENTES CULTURALES E IMPLICACIONES DISTINTAS PARA AMBOS, POR LO TANTO, REQUIEREN SER ABORDADOS EN FUNCIÓN DE ESA PERCEPCIÓN, PREVIA INVESTIGACIÓN DE LA SITUACIÓN CULTURAL Y PERSONAL DE CADA JOVEN, Y NO A PARTIR DE ESTEREOTIPOS O PROGRAMAS RÍGIDAMENTE DEFINIDOS.**

La actividad sexual real muestra diferencias entre hombres y mujeres. Ambos son capaces de experimentar deseo y excitación, sin embargo, a través de mitos, tabúes o el género algunas mujeres se cohiben a la vida sexual activa mientras no estén casadas o mantengan una relación afectiva, en tanto que los jóvenes la realizan con mayor libertad y tolerancia.

Para las mujeres, los códigos sexuales conservadores establecen que la actividad sexual se limite a personas "significativas", "importantes" o "afectuosas", y fundamentalmente tiene como objetivo la reproducción. El sexo por placer está reservado para las "chicas malas" o "locas".

Aunque en la actualidad ha ido perdiendo vigencia, aún se le pide a la joven llegar virgen al matrimonio. Si la joven viola este código, genera la reputación de ser "fácil" y se convierte en blanco de los jóvenes que solamente buscan "una aventura" o "el acostón".

Para los varones, la situación se presenta diferente. Las conquistas y aventuras son sinónimo de masculinidad y prestigio. El que no haya tenido aventuras amorosas corre el riesgo de generar sospechas respecto de su hombría.

Esta doble moral sexual consolida la inequidad sexual, coloca a hombres y mujeres en papeles estereotipados por causas morales y culturales y separa

el componente afectivo de la relación sexual. El ejercicio prejuiciado de la sexualidad genera riesgos para la salud por ignorancia y desigualdad.

Muchas jóvenes evitan el control natal porque consideran que ellas no participarán en relaciones sexuales indeseadas o inesperadas. Sin embargo, las estadísticas demuestran que aunque no lo hayan considerado se ven involucradas en relaciones sexuales inesperadas y enfrentan embarazos no deseados.

Aun conociendo los métodos de anticoncepción, algunas mujeres no los usan por diversas razones: Por ser mal visto que una mujer tenga iniciativa en esa actividad, por ser cuestionado que ejerza el sexo por placer, porque suponen que los varones tienen experiencia y deben decidir en el terreno de la sexualidad, porque a la mujer se le ha enseñado a obedecer, porque la mujer considera que la reproducción es su función natural, porque no son capaces de comunicarse asertivamente, por cuestiones morales o religiosas, por temor a las consecuencias, etc. Estas son sólo algunas de las múltiples causas que es necesario considerar.

Por su parte, a los varones se les ha enseñado que deben ejercer seducción y presión sobre la mujer, asimismo, a asumir la reproducción como un hecho femenino. Esto lleva a los varones a considerar los métodos de anticoncepción como "asunto de la mujer". Es también un hecho que los adolescentes temen ser demasiado directos si proponen alguna forma de protección. Sin embargo, cuando se piensa o habla de un posible coito se requiere hablar de protección.

En las parejas de adolescentes donde media el afecto los contactos sexuales tienden a ser más frecuentes y prolongados, aun cuando no llegue a formarse un matrimonio. Esta situación coloca a la pareja en situaciones de mayor riesgo de embarazo no deseado o de abortos provocados. Por tanto, es necesario que estén informados sobre anticoncepción para evitar situaciones que amenacen después su estabilidad personal.

La vieja moral sexual que apenas deja espacio para el placer y la satisfacción personal, ha sido puesta en entredicho por la juventud. Los valores relativos a la fidelidad, la virginidad y el sexo como fin exclusivo de la procreación han cambiado entre los jóvenes. En ocasiones se ha ido al extremo de plantear la absoluta libertad sexual, sin afecto y sin compromiso. Al paso del tiempo han surgido evidencias de la importancia que tienen los celos, la competencia y la seguridad en la relación. La pareja estable, continúa siendo fuente de armonía y satisfacción.

**LA SEXUALIDAD MADURA CUMPLE CUATRO FUNCIONES: LA PROCREACIÓN, EL INTERCAMBIO AFECTIVO, LA EXPRESIÓN SOCIAL Y LA OBTENCIÓN DE PLACER. SI SOLAMENTE SE BUSCA PLACER, ES NECESARIO CONSIDERAR QUE AL REALIZAR UN COITO SIN PROTECCIÓN SE CORRE EL RIESGO DE UN EMBARAZO INESPERADO.**

No obstante la amplia gama de posibilidades que cubre la sexualidad y el aparente reconocimiento de ello, en las sociedades industrializadas existe aún resistencia a desvincular la sexualidad de la reproducción. El sexo continúa siendo tema "tabú" impregnado de misterio y represión, de modo que no se enseña a los/las jóvenes a reconocer su cuerpo y emplearlo de manera responsable en el ejercicio de su sexualidad.

Placer es un estado de bienestar, resultado de haber satisfecho las necesidades, gustos o deseos de la persona. Lo que es naturalmente placentero se consigue sin prejuicios, temor o injusticia; sin producir dolor momentáneo o posterior hacia uno mismo o hacia los demás. La apropiación del cuerpo (conocerlo, quererlo, respetarlo, sentirlo como propio), es básico para una sexualidad sana y placentera.

Sin embargo, la estructura social, los medios masivos de comunicación y otras instituciones sociales, sumergen a los jóvenes en la confusión de "lo bueno", "lo que debe de ser", "lo adecuado", etc. Mientras por un lado se exige a las mujeres abstinencia y virginidad, por el otro se impulsa a los varones a una libertad sexual. Esto se desarrolla en medio de un bombardeo de estímulos visuales emitidos por los diversos medios de comunicación masiva en los cuales "la belleza" y la "provocación" son estereotipos que se buscan en la mujer. En cuanto a los hombres, las características de un Apolo, el éxito económico y la dominación los llevarán a obtener a la "rubia que todos quieren".

A pesar de la censura, la represión y la ignorancia no se ha podido contener la expresión sexual de los/las jóvenes, y continuamente se ven envueltos en relaciones que amenazan su estabilidad biopsicosocial.

Los/las adolescentes, entonces, tratan de resolver su conflicto entre el ser y el deber ser carentes no sólo de formación de valores sino también de información sexual. En esta situación, inician su vida sexual sin la menor protección anticonceptiva.

**LOS PROGRAMAS DIRIGIDOS A ADOLESCENTES, DEBERÁN PROPORCIONAR INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN TENDIENTE A MODIFICAR LOS MODELOS ESTEREOTIPADOS DE MUJER Y VARÓN, PORQUE EN ELLOS SE DEFINEN LAS IDENTIDADES MASCULINA Y FEMENINA ASÍ COMO LA FORMA DE RELACIÓN QUE HAN DE ESTABLECER. ADEMÁS, SE REQUIERE ELIMINAR MITOS, PREJUICIOS Y CONVENCIONALISMOS COMO EL QUE SOSTIENE QUE LA MUJER PIERDE SU VALOR POR HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES O QUE LOS HOMBRES SON MÁS HOMBRES MIENTRAS MÁS MUJERES TENGAN.**

El ejercicio de la sexualidad requiere asumirse como un derecho, pero un derecho que se ejerce de manera informada, con responsabilidad y en condiciones de autonomía y equidad; sin dominio, violencia o imposición. Para ello, los/las jóvenes requieren saber quiénes son, qué quieren y reconocer el valor personal (tener identidad definida y alta estima). A partir de la definición de sí mismos y de la seguridad personal, pueden ser congruentes en su actuación social. Esto les permitirá compartir sus cualidades con sus semejantes en vez de competir en contra de ellos. Lograr la identidad y la autonomía personal son resultado de la separación de la tutela familiar y del reconocimiento de sus propias necesidades y satisfactores. Conlleva la definición de los propios valores y expectativas. Presupone también trasladar hacia el exterior el afecto depositado en los padres.

En esas condiciones el/la joven puede expresar su sexualidad con una pareja que le proporcione las condiciones de estabilidad, seguridad, confianza, respeto y afecto; y poder proyectar esas mismas condiciones en sus potenciales futuros hijos.

Los/las adolescentes pueden determinar el momento de iniciar su actividad sexual con un conocimiento más profundo y una actitud más libre. No obstante, en ese momento trascendental de su vida requieren contar con los conocimientos necesarios, además de las medidas preventivas para proteger su salud.



### **3. Embarazo en la adolescencia**



### 3. Embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años (Stern, 1997). A nivel mundial, cada año nacen 15 millones de niños(as) de mujeres menores de 20 años, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados. De ellos, aproximadamente el 60% no son planeados (IPAS, 1999). Este hecho es motivo de preocupación de varios sectores e interés de diversos investigadores, debido a los riesgos biopsicosociales a que conlleva (Villar y Cols, 1992).

En México el número de mujeres adolescentes se incrementó de manera importante durante los últimos treinta años. En 1970 había aproximadamente 5.7 millones, para el año 2000 esta población casi se duplicó al llegar a 10.7 millones. En contraste, durante éste mismo periodo la tasa de nacimientos en madres adolescentes descendió de forma considerable, mientras que en 1970 había 58 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes, para el año de 1998 se redujo a 36 nacimientos por cada mil (CONAPO, 1998).

De acuerdo con las proyecciones de población elaboradas hasta el año 2050 por el Consejo Nacional de Población (1999), se estima que la población entre 10 y 19 años, debido al peso de la inercia demográfica, continuará aumentando hasta el año 2006 con un máximo histórico de 21.8 millones, y entonces empezará a reducir su tamaño para alcanzar 13.5 millones en el año 2050. Será, por lo tanto, imprescindible redoblar los esfuerzos institucionales, de la sociedad civil y del sector privado para satisfacer sus demandas.

El objetivo de este capítulo es reconocer la magnitud del problema en nuestro país y resaltar sus repercusiones, debido a que este grupo etéreo aún se encuentra en un proceso de crecimiento y desarrollo psicosocial. Asimismo, pretende señalar los factores de riesgo en los que se puede intervenir (mediante el apoyo psicosocial), para mejorar la salud madre-hijo.

En términos generales, el embarazo a cualquier edad es un evento psicosocial sumamente importante (Monroy, 1998), y muchas veces se ve matizado de situaciones adversas que pueden atentar contra las embarazadas y su producto potencial. Entre ellas se han observado condiciones psicosociales de pobreza, poco apoyo social y familiar, así como problemas de salud, pues muchas embarazadas son portadoras de enfermedades sistémicas o crónico degenerativas que se manifiestan o complican con el embarazo como son: la hipertensión arterial, la diabetes y otras enfermedades metabólicas;

enfermedades carenciales como desnutrición y anemia; enfermedades neoplásicas, además de enfermedades infecciosas y parasitarias.

En el grupo adolescente se ha observado que frecuentemente aparecen complicaciones durante el embarazo tales como: preeclampsia, eclampsia, anemia, infecciones de las vías urinarias, infecciones de transmisión sexual -incluyendo el VIH/SIDA-, virus del papiloma humano y finalmente el aborto. En cuanto al producto, se presentan antecedentes de prematurez, bajo peso, retardo en el desarrollo cognitivo y retardo en el crecimiento físico. Estas complicaciones junto con el impacto psicosocial, traen aparejado el incremento de la morbimortalidad materno infantil (De la Garza, 1997).

Es importante subrayar el hecho de que el embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de riesgo, en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo. Las implicaciones de riesgo obstétrico en la adolescencia temprana incluyen un incremento en la frecuencia de desproporción céfalo-pélvica, condición que amerita la realización de operación cesárea para la resolución del evento obstétrico y cuando el embarazo ocurre en una adolescente con desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna. En efecto, poco más del 13% de las defunciones maternas ocurren en mujeres menores de 20 años. Por otra parte, la frecuencia de defectos al nacimiento de tipo multifactorial incluyendo bajo peso, aberraciones cromosómicas y malformaciones congénitas, ocurren en madres adolescentes en una proporción significativamente mayor, en comparación con las embarazadas adultas.

El inicio de la maternidad a edades tempranas esta relacionado con diversas situaciones que podrían reducir las ya de por sí pocas oportunidades de desarrollo de los/las jóvenes en un ambiente de limitaciones como las que observamos en nuestro país, entre otras las de educación y capacitación para la integración a la fuerza productiva; reforzadas por el rechazo social, familiar y en algunos casos del compañero(a).

El embarazo temprano con sus repercusiones es uno de los problemas más evidentes que plantea la práctica sexual no protegida y su incidencia es mayor en los grupos más vulnerables. La actividad sexual se considera comúnmente como un indicador de riesgos psicosocial, en el caso de los/las jóvenes de las zonas urbanas la relación sexual temprana se asocia con el uso de métodos anticonceptivos poco efectivos (ritmo, coito interrumpido), el consumo de tabaco, alcohol y marihuana (Orr y cols., 1991).

El debate acerca de las consecuencias que tiene el embarazo en adolescentes sobre salud de la madre y su hijo es variable. Al tener sesgos, algunas veces no permiten ver que es un problema que no sólo afecta lo biológico, sino también la esfera psicológica y social (Menken, 1980).

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

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

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

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



La actividad sexual premarital es muy común entre los jóvenes, y su frecuencia varía de acuerdo a los sexos y condiciones socioeconómicas. En encuestas de Salud Reproductiva entre los jóvenes de América Latina se reporta que la primera relación sexual varía entre los 13 y 16 años para los varones y entre los 16 y 18 para las mujeres. La edad varía de una región a otra y la impresión actual es que los y las jóvenes comienzan la actividad sexual a más temprana edad, aunque en un ambiente desfavorable y carecientes de información acerca de sus posibles repercusiones y de las formas para evitarlas.

En México se han realizado esfuerzos para investigar el comportamiento sexual de los/las jóvenes mexicanos, aunque no se ha logrado precisar su comportamiento y problemática. En la encuesta realizada por la Dirección General de Planificación Familiar denominado: "Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes en el Área Metropolitana de la Ciudad de México" (ECRAM, 1987), se reporta la edad promedio de la primera relación sexual a los 16 años en los hombres y a los 17 años en las mujeres.

Según los resultados de la evaluación al servicio especializado para adolescentes de la Secretaría de Salud, efectuada en diez estados de la República (1999), el 45.7% de los/las usuarios(as) del servicio ya habían tenido relaciones sexuales al momento de asistir al servicio, iniciando en promedio a los 15.8 años de edad. De ellos, el 80% tuvieron la primera relación sexual con novios(as) y amigos(as) y solamente el 6% con una pareja estable. Estos resultados muestran que las relaciones prematrimoniales entre los adolescentes son frecuentes. Por otro lado, el principal motivo de asistencia al servicio especializado fue por consulta prenatal (23.5%), así como por otras causas relacionadas con la reproducción. Esto señala que el servicio especializado ha sido más solicitado por madres adolescentes.

De la misma evaluación, y a partir de encuestas efectuadas en población estudiantil de 10-19 años, se obtuvo que el 94.2% de los encuestados conoce al menos un método anticonceptivo y el 64.5% con relaciones sexuales utilizaron un método anticonceptivo en su última relación sexual, principalmente el condón.

Por su parte, la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM, 1999), realizó una encuesta para su programa "Gente Joven", e informa que la edad promedio de la primera relación sexual en la población estudiada por arriba de los 15 años, es ligeramente más alta para las mujeres que para los hombres. A los 19 años, el 60% de los varones declaró ya tener actividad sexual, mientras que esto ocurre en el 21% de las mujeres. Cabe señalar que los y las adolescentes que no asisten a la escuela parecen tener mayor actividad sexual que los y las jóvenes que sí permanecen estudiando.

El porcentaje de adolescentes mujeres que declararon haber tenido un embarazo fue de 6.9%. El 14.3% de las mujeres de 18-19 años encuestadas había estado alguna vez embarazada. Casi el 40% de las adolescentes entrevistadas que han tenido algún embarazo mencionaron que no lo habían planeado.

En el grupo de adolescentes entre 13-19 años encuestados, el 80% sabía de la existencia de métodos anticonceptivos. Si a este grupo se le agrega la población de 10-12 años y se considera al grupo de edad de 10-19 años este indicador baja al 50%. Esto señala que el conocimiento sobre anticoncepción se asocia positivamente con la edad. El condón es el método del cual han oído hablar más.

Dentro de la misma encuesta, en lo referente al empleo de métodos anticonceptivos el 44% de los entrevistados declaró haber usado un método anticonceptivo en su primera relación sexual. Los y las jóvenes que asisten a la escuela usaron un método anticonceptivo en mayor medida que los que no asisten. Entre los y las jóvenes que han tenido actividad sexual, el 73.2% alguna vez han usado métodos anticonceptivos. La declaración de uso de métodos anticonceptivos es mayor entre los varones que entre las mujeres (77.7% contra 65%). Según se señala en la propia encuesta, sería necesario indagar la causa del poco uso de métodos entre las mujeres, considerando que las mayores repercusiones del embarazo no planeado recaen sobre ellas.

Entre otras investigaciones referentes al comportamiento sexual y el embarazo en adolescentes, encontramos un estudio realizado en un hospital de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (Ehrenfeld, 1997), en el que las adolescentes estudiadas tuvieron en promedio 1.2 embarazos a los 16.9 años, lo que indicaba que de cada 5 mujeres una de ellas al momento de la atención enfrentaba su segundo evento reproductivo. Es de hacer notar que el 37% de las primigestas estaban comprendidas entre los 12 y 14 años, y de ellas al 70% les hubiera gustado posponer el embarazo. Lo cual nos hace reflexionar sobre la evolución que ha tenido este fenómeno y la importancia de concretar acciones preventivo-asistenciales que permitan abordar integralmente esta situación y proponer soluciones congruentes a las necesidades particulares de cada región.

Es necesario tomar en cuenta el contexto socioeconómico en que se presenta este fenómeno, para preparar estrategias preventivo-asistenciales que permitan una intervención oportuna, de forma tal que posibilite a los/las jóvenes fortalecer sus mecanismos protectores a través de educación en salud sexual y reproductiva. El aprendizaje les permitirá tomar decisiones trascendentes de manera libre e informada, como por ejemplo posponer la



actividad sexual y la maternidad. Para el Estado, significa el compromiso de crear servicios de calidad específicos para los/las adolescentes. De igual forma, contar con profesionales especializados dispuestos a escuchar, a orientar y atender las necesidades particulares en: anticoncepción, intervención oportuna para vigilancia del embarazo, la atención adecuada previa al parto y el puerperio, cuidar el postevento obstétrico, recomendar la lactancia materna y la anticoncepción postevento obstétrico.

El desafío es enorme y exige involucrar a los y las adolescentes y jóvenes, a sus padres, a sus maestros y en general a todos los agentes sociales relevantes, en una verdadera cruzada nacional que contribuya a proteger su salud. Una acción en el corto plazo deberá ser la inclusión en los servicios especializados para adolescentes de acciones de información y orientación en la prevención e identificación de casos de violencia intrafamiliar y la atención a las víctimas de violencia en la población adolescente. Todo esto implica una estrategia efectiva que involucre y comprometa a los jóvenes en el diseño de programas viables con aceptación social, para lograr un comportamiento sexual responsable entre los/las jóvenes adolescentes.

## **4. Repercusiones psicosociales del embarazo no planeado durante la adolescencia**



## 4. Repercusiones psicosociales del embarazo no planeado durante la adolescencia

La sexualidad es inherente al ser humano, es parte integral del ser y existe desde la concepción hasta la muerte. Particularmente durante la adolescencia la sexualidad cobra gran significado, se vincula estrechamente con la forma de vida de los/las adolescentes y con la problemática de salud que en ese momento puede presentarse para ellos, como embarazos no planeados ni deseados e infecciones de transmisión sexual.

El nacimiento de un hijo, cuando es planeado y deseado, es un acontecimiento que llena de orgullo y alegría a los futuros padres. Cumple la función de perpetuar la especie y representa la posibilidad de expresar amor, cuidados y trascender a través de los hijos. Sin embargo, cuando no es planeado genera temores de como enfrentarlo, por los cambios que este hecho puede generar sobre el proyecto de vida. En el caso de los/las adolescentes, deben enfrentar las posibles respuestas de la pareja, la familia, los amigos y las instituciones; la posibilidad de abandono de la escuela, la ruptura con el/la compañero(a), el matrimonio forzado, la salida del círculo de amigos y finalmente la responsabilidad que implica tener un hijo.

En la especie humana el periodo durante el cual un niño(a) debe ser alimentado, protegido y enseñado a sobrevivir es extenso. Padre y madre unidos asumen la responsabilidad del cuidado del nuevo ser. No obstante, los adolescentes no se encuentran completamente preparados para asumir tal responsabilidad. Las consecuencias del embarazo y la crianza se relacionan con aspectos no sólo de salud sino también psicológicos, socioeconómicos y demográficos, y sus efectos pueden reflejarse sobre la joven madre, el hijo, el padre adolescente, las familias y la sociedad.

### LA MADRE ADOLESCENTE

Los cambios que genera un embarazo se suman a los cambios psicosociales de la etapa adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión de su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento), por lo tanto se producen temores, desequilibrio emocional, depresión, angustia, somatizaciones, intentos de aborto y en ocasiones de suicidio.



**CONSIDERANDO LA INEQUIDAD QUE EXISTE ENTRE HOMBRES Y MUJERES, LA ADOLESCENTE SOLTERA QUE SE EMBARAZA ESTA EXPUESTA A RECIBIR RECHAZO Y CRÍTICA POR PARTE DE LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD. SU AUTOESTIMA SE VE DETERIORADA, SURGEN SENTIMIENTOS DE CULPA Y MINUSVALÍA. ADEMÁS, SE ENFRENTA A SERIOS PROBLEMAS ECONÓMICOS, ABANDONO DE SUS ESTUDIOS Y PASA A FORMAR PARTE DE LAS DESEMPLEADAS O SUBEMPLEADAS.**

Algunas de ellas contemplan como alternativa el aborto. De decidirlo, enfrentarán problemas económicos (hay que pagarlo), morales (sentimientos de culpa), biológicos (generalmente se hacen en condiciones insalubres) y legales (está penado por la ley). A lo largo de su vida será una situación que desearán ocultar.

Si la joven continúa con el embarazo ocultando su situación, vivirá momentos de gran soledad, tensión, ansiedad e incertidumbre. En el momento en que se haga evidente requerirá tomar decisiones, enfrentar a la familia y a la sociedad. Algunas veces la tensión se ve incrementada por exigencias del compañero para realizar actos contrarios a sus deseos, como casarse o abortar.

En México es frecuente que la madre adolescente asuma la responsabilidad de criar a su hijo(a) a menudo con el apoyo de miembros de su familia de origen o de la familia del padre (Atkin, Ehrenfeld y Pick; 1996). El nacimiento de el/la nuevo hijo(a) puede generar confusión de roles familiares, por ejemplo: los abuelos asumen la función de padres y la madre prácticamente se relaciona como hermana mayor de su hijo(a).

La carencia de recursos económicos lleva a la pareja a habitar en casa de los padres o los suegros, generando mayor dependencia familiar debido a que requieren someterse a las reglas familiares. Levine y colaboradores (citado en Atkin, Ehrenfeld y Pick; 1996) encontraron que 20 años después de haber sido madres adolescentes, las mujeres continuaban recibiendo apoyo de su familia de origen en mayor medida que las mujeres que se embarazaron a mayor edad. Así mismo, las madres adolescentes mencionaron planes a futuro más limitados, menos claros y percibían la maternidad como una situación más difícil.

En casos extremos las madres son rechazadas por sus familiares, y se ven orilladas a vivir en condiciones adversas, con pocas posibilidades de bienestar y superación.

Por tales motivos, al embarazo entre adolescentes lo consideran “la puerta de entrada al ciclo de la pobreza”. Estas jóvenes tienen más probabilidades de ser pobres, abandonar los estudios, percibir bajos salarios y divorciarse. Las madres solteras también verán limitados sus derechos legales, el acceso a los servicios de salud y fácilmente pueden caer en la prostitución. Comúnmente enfrentan solas las obligaciones debido a que no cuentan con el apoyo económico ni afectivo del padre de su hijo.

## LOS HIJOS

**LOS HIJOS NO PLANEADOS NI DESEADOS DE LAS ADOLESCENTES, FRECUENTEMENTE SON NIÑOS RECHAZADOS (CONSCIENTE O INCONSCIENTEMENTE) POR LA MADRE Y LA SOCIEDAD. ESTÁN MÁS PROPENSOS A SUFRIR TRASTORNOS EMOCIONALES, GOLPES, ABANDONO, CARENCIAS ECONÓMICAS, AFECTIVAS Y EDUCATIVAS; O AUN DE CARECER DE UN HOGAR POR HABER SIDO ABANDONADOS.**

Las jóvenes que deciden tener a sus bebés en principio buscan darles cuidados y protección. Ante la dificultad económica y las limitaciones que el hijo representa para su vida personal y social, tienden a desatenderlos por periodos prolongados, generando abandono y maltrato infantil. Con el transcurso del tiempo, puede suceder que el/la hijo(a) se convierta en un obstáculo ante una eventual relación de pareja.

Es frecuente que los hijos de adolescentes presenten dificultades de adaptación social y escolar. Algunos problemas comunes son: agresividad, desobediencia, falta de concentración, dificultad para el control de impulso y mayor propensión a cometer actos delictivos.

## EL PADRE ADOLESCENTE

Para el varón, la situación se presenta diferente. Injusta e irresponsablemente, muchos jóvenes siguen pensando que es obligación de la joven emplear métodos anticonceptivos, así mismo, adoptan una actitud negativa en el uso del condón. Si ocurre un embarazo no planeado, “no es de su incumbencia, ella no se cuidó”. Otros, en un aparente y limitado deseo de colaborar, se ofrecen a pagar un aborto. Sin embargo, muchos hombres que embarazan a una adolescente terminan abandonándola a su suerte.

Se ha observado que los adolescentes que responden más favorablemente ante el embarazo de su pareja, son los novios que previo al embarazo mantienen una buena relación con ella y su familia, y cuya perspectiva socioeconómica es más favorable (Atkin, Ehrenfeld y Pick; 1996).

## LA PAREJA ADOLESCENTE

La pareja que se casa como consecuencia de un embarazo no deseado, tal vez no lo hagan con la persona que hubieran deseado, sino con la que tuvieron que casarse. Esto se traducirá en problemas de relación de pareja y desintegración familiar. Aun en el caso de que la pareja sea la deseada, les queda poco tiempo para ajustarse a las exigencias matrimoniales, enfrentando súbitamente las obligaciones y compromisos de la paternidad, cuando aún desean jugar y divertirse.

Una pareja adolescente puede tener sentimientos de afecto real. Debido al gran cariño que se tienen mantienen vida sexual activa. Sin embargo por la incipiente identidad adulta, es casi seguro que al tiempo se modifiquen sus intereses, deseos, actitudes y afectos. La joven pareja, requiere tiempo para madurar y establecer un compromiso real. De no emplear medidas de control natal, es casi seguro que se verán involucrados en una paternidad-maternidad temprana no deseada, y en matrimonios precipitados que súbitamente los enfrenta con la responsabilidad de cuidar un hijo y un hogar.

Las características personales del padre y la madre adolescente, así como la calidad de su relación, afectarán sus habilidades como padres y sus posibilidades para continuar con su desarrollo personal. El nivel de satisfacción que tengan como padre/madre también incidirá en la relación con el hijo(a).

## LA SOCIEDAD

La maternidad precoz a menudo está asociada con el aumento de la fecundidad durante la vida reproductiva de las mujeres. Esto conduce a un crecimiento de la población más rápido que obstaculiza el desarrollo socioeconómico. Por otro lado, la familia y la sociedad requieren encontrar formas para ayudar a las jóvenes a sostener a sus hijos, convirtiéndose en una carga social adicional.

## CONCLUSIONES

La vida sexual activa sin protección incrementa el riesgo de verse involucrados en embarazos no planeados ni deseados, por desconocer o no aceptar el uso de métodos anticonceptivos y de igual manera cuando las ambiciones y proyectos de vida son muy limitados. Es más probable que los/las adolescentes con mayor nivel cultural y educativo tomen medidas de control natal, por tener ambiciones de una carrera y la mayor posibilidad de acceso a grupos culturales, sociales y deportivos.

Para los padres, un hijo implica una gran responsabilidad social, económica y psicológica. Es necesario proporcionarles las condiciones de vida necesarias para que puedan desarrollarse sanamente como son: medios de subsistencia, educación, atención, tiempo y un hogar estable y seguro. Si esto se consigue la sociedad podrá evolucionar y crecer de manera sana; en el caso contrario, se perpetúan y acrecientan los problemas de pobreza, delincuencia, prostitución, abandono y maltrato infantil.

La fecundación no se puede dejar en manos del azar, se requiere establecer medios de control natal. Actualmente, se cuenta con múltiples métodos anticonceptivos sencillos y eficientes que están al alcance de los adolescentes. La atención a los adolescentes debe enfocarse en dárselos a conocer y hacérselos llegar.

Es necesario educar a los/las jóvenes acerca de la responsabilidad que implica la madurez sexual y reproductiva, de forma tal que puedan vivir su sexualidad de manera segura y evitar situaciones que súbita e inesperadamente transforman su vida.

Un avance importante en ese sentido es la difusión, promoción y educación en materia de salud sexual y reproductiva. No obstante, los programas requieren ser adecuado a la realidad de cada comunidad. La decisión de emplear métodos anticonceptivos requiere de la participación conjunta del hombre y la mujer, quienes pueden elegir el más adecuado a su situación particular.

Los/las jóvenes necesitan información que vaya más allá de la reproducción y la anticoncepción. Es necesario que aclaren sus valores, que establezcan metas personales y fortalezcan la confianza en sí mismos.



## **5. Anticoncepción en la adolescencia**



## 5. Anticoncepción en la adolescencia

Debido a las experiencias acumuladas del trabajo con los adolescentes encontramos justificable un repaso acerca de los recursos anticonceptivos. En diversos estudios sobre el comportamiento sexual de los/las jóvenes se señala que los/las adolescentes inician prácticas sexuales sin ninguna protección anticonceptiva, exponiéndose, entre otras situaciones, a embarazos no deseados con todas sus consecuencias. De ahí la importancia de dar un repaso al personal operativo del tema de anticoncepción como recurso preventivo, aunque sea un tema que se ha tratado en otros momentos de su formación.

**LOS AVANCES DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA HAN PERMITIDO DISPONER DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE GRAN EFECTIVIDAD Y GRAN SEGURIDAD, QUE LOGRAN AMPLIAR LAS OPCIONES A LAS NECESIDADES MANIFIESTAS, ASÍ COMO GARANTIZAR EL ACCESO Y DISPONIBILIDAD DE LOS MÉTODOS A LOS JÓVENES.**

### CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Durante el proceso de selección de algún recurso anticonceptivo para adolescentes, es importante recordar los siguientes lineamientos generales: el prestador de servicios debe tener los conocimientos técnicos necesarios; requiere proporcionar la consejería necesaria con un lenguaje sencillo, claro y veraz; es fundamental lograr empatía con los/las jóvenes, e identificar sus necesidades, sobre todo en el proceso de información, finalmente requiere de habilidad para lograr un compromiso de seguimiento y control.

Es importante identificar no sólo las necesidades orgánicas de los adolescentes, sino también las de tipo emocional, económico, educativo y sus valores.

Toda consulta de planificación familiar de primera vez, debe incluir la apertura del expediente clínico. A través de un buen interrogatorio se posibilita evaluar las condiciones de salud previa al uso de los anticonceptivos. El contenido de



la historia clínica requiere enfocarse hacia el empleo de algún método anticonceptivo, para detectar elementos de riesgo que pudieran contraindicar su uso.

El personal operativo debe tener la habilidad para lograr una buena relación médico-paciente. Por ejemplo, la exploración física se realizará en un ambiente profesional y de manera ética, reconociendo y haciendo valer los derechos sexuales y reproductivos de los/las adolescentes. Previo a cualquier procedimiento, es necesario informar del por qué y para qué del mismo, así como obtener el consentimiento de el/la adolescente; en caso de que no se pueda realizar por cualquier motivo debe diferirse para otro mejor momento.

Hay que garantizar que el/la usuario(a) haya comprendido el uso correcto o empleo del recurso seleccionado (incluyendo los posibles efectos colaterales o qué hacer en caso de olvido), enfatizando la necesidad de continuidad en su uso. No olvidar hacer la invitación al/la joven para acudir a los servicios en caso necesario, y motivar y convencer siempre para el seguimiento y control.

En la selección de todo método anticonceptivo debemos garantizar el consentimiento informado de los/las adolescentes, en el caso de opciones permanentes recabar la firma o impresión dactilar.

**ES NECESARIO RECALCAR QUE POCOS(AS) JÓVENES EMPLEAN UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE MANERA SISTEMÁTICA, ESTO HA SIDO MOTIVO DE PREOCUPACIÓN PARA TRATAR DE ENTENDER CUÁL ES LA VISIÓN QUE TIENEN LOS JÓVENES ACERCA DE LA ANTICONCEPCIÓN, DE SUS BENEFICIOS Y CARACTERÍSTICAS.**

Lo anterior, destaca la imperiosa necesidad de reforzar la educación sexual, no sólo proporcionando información acerca de la fisiología, sino que además es necesario identificar y satisfacer las necesidades individuales, las dudas, inquietudes, expectativas, etc. Es necesario revisar junto con los/las jóvenes las ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones, poniendo énfasis en la forma correcta de uso, como en el caso del condón; así como en la necesidad de acudir a consulta para la prescripción de aquellos productos hormonales que requieren control y seguimiento.

Es importante no dejar de mencionar a los/las adolescentes las características de los servicios especializados para su atención como son: dirección, horarios,

costos, etc., para facilitar el acceso a los servicios que tengan estrategias educativo-preventivas que complementen el uso de los recursos anticonceptivos. Es igualmente importante invitar a los/las jóvenes a buscar información complementaria, de preferencia con gente profesional.

En el proceso educativo de la sexualidad se debe involucrar a los padres de familia, pareja y maestros, además de permitir que los jóvenes participen en el desarrollo de modelos educativos (carteles, teatro, etc.). Mediante esto, los adolescentes pueden contar con el conocimiento y apoyo necesarios para decidir por sí mismos, de manera responsable, sobre su comportamiento sexual.

En el proceso educativo se pueden presentar algunos jóvenes que tienen información sobre tecnología anticonceptiva no disponible en nuestro país, la cual fue proporcionada por algún agente promotor de salud o algún medio de comunicación. En estos casos es necesario aclarar acerca de la disponibilidad y costo del método mencionado.

### **RECORDEMOS LOS PUNTOS FUNDAMENTALES QUE ES NECESARIO SEGUIR JUNTO CON EL/LA ADOLESCENTE DURANTE EL PROCESO DE SELECCIÓN DE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO:**

- ▶ Evaluar las necesidades de los adolescentes no sólo desde un punto de vista orgánico, sino también de sus necesidades emocionales, económicas, valores culturales, educativos, religiosos, etc.
- ▶ Evaluar a través de un buen interrogatorio y asentarse en la historia clínica las condiciones de salud previa al uso del método anticonceptivo, detectando elementos de riesgo que pudieran contraindicar el empleo de algún método.
- ▶ Realizar la exploración física en un ambiente profesional y de manera ética.
- ▶ Previamente a cualquier procedimiento, obtener el consentimiento de el/la adolescente e informar el por qué y para qué, en caso de no poderlo realizar diferirlo para mejor ocasión.
- ▶ Reconocer, aceptar y facilitar la práctica de los derechos sexuales y reproductivos de los/las adolescentes.
- ▶ Garantizar hasta el máximo posible que el/la usuario(a) haya comprendido el uso correcto del método seleccionado (incluyendo los posibles efectos colaterales o qué hacer en caso de olvido), resaltando la importancia de su uso continuado.

- ▶ Reconocer, aceptar y facilitar la práctica de los derechos sexuales y reproductivos de los/las adolescentes.
- ▶ Garantizar hasta el máximo posible que el/la usuario(a) haya comprendido el uso correcto del método seleccionado (incluyendo los posibles efectos colaterales o qué hacer en caso de olvido), resaltando la importancia de su uso continuado.
- ▶ No olvidar hacer la invitación para acudir a consulta en caso necesario y enfatizar la necesidad de seguimiento y control.
- ▶ Mencionar las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos, incluyendo los recursos tecnológicos modernos disponibles para los adolescentes. Aunque en la realidad habrá que equilibrar entre los métodos anticonceptivos indicados para los adolescentes y la disponibilidad de estos en México.
- ▶ Aclarar a los/las jóvenes que no existe un mejor o peor método para ellos, sino el que esté adecuado tanto a las necesidades individuales como de pareja.

A continuación se mencionan algunas características de los métodos de anticoncepción.

### MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

- ▶ **Hormonales orales**
  - ▷ Hormonales orales combinados
  - ▷ Hormonales orales de progestina sola
- ▶ **Hormonales inyectables**
  - ▷ Hormonales inyectables combinados
  - ▷ Hormonales inyectables que sólo contienen progestina
- ▶ **Método hormonal subdérmico**
- ▶ **Dispositivo intrauterino**
- ▶ **Métodos de barrera y espermaticidas**
- ▶ **Naturales o de abstinencia periódica**

### MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

- ▶ **Oclusión tubaria bilateral**
- ▶ **Vasectomía sin bisturí**

Los métodos anticonceptivos se clasifican en dos grandes grupos: métodos temporales o reversibles y métodos permanentes o no reversibles. La reversibilidad se refiere al retorno a la fecundidad.

## Métodos anticonceptivos temporales

### - *Anticonceptivos hormonales*

Los anticonceptivos hormonales son recursos anticonceptivos de tipo temporal que **contienen hormonas esteroideas sintéticas**. Actualmente se encuentran disponibles en tres presentaciones: hormonales orales, hormonales inyectables y los implantes subdérmicos.

### - *Hormonales orales*

La anticoncepción oral es una opción efectiva y segura para las mujeres que desean regular su fecundidad en forma temporal, y que están dispuestas a la toma adecuada del anticonceptivo.

En México existe una amplia gama de opciones con diferentes formulaciones, concentraciones y presentaciones y se ubican en dos grupos:

- ▶ Hormonales combinados (estrógeno con progestina)
- ▶ Monohormonales (que contienen sólo progestina)

Usados de manera adecuada los anticonceptivos hormonales orales tienen una alta efectividad. De acuerdo con diversos estudios es de **99% para las formulaciones combinadas y de 90 a 97% para las formulaciones que sólo contienen progestina**. Además, se ha descubierto que los progestágenos incluidos en las nuevas formulaciones han garantizado eficacia y disminución importante de efectos colaterales en las usuarias.

Los anticonceptivos orales contienen hormonas esteroideas sintéticas, como se anotó y de acuerdo a su formulación existen dos tipos:

- ▶ **Formulaciones combinadas** que contienen una progestina y un estrógeno, ambos a dosis bajas. Las formulaciones más utilizadas contienen como progestina: norgestrel, levonorgestrel, desogestrel o gestodeno; combinada (la progestina) con etinil estradiol. La presentación



farmacéutica es en ciclos de 21 o 28 grageas o tabletas. En la presentación de 28, las primeras 21 contienen los ingredientes hormonales y las 7 últimas contienen hierro o placebo.

- **Formulaciones que sólo contienen progestina.** Las formulaciones más utilizadas contienen levonorgestrel o linestrenol. La presentación farmacéutica es en ciclos de 28 ó 35 grageas o tabletas.

**LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS PREVIENEN EL EMBARAZO NO PLANEADO, FUNDAMENTALMENTE A TRAVÉS DE INHIBIR LA OVULACIÓN. UN MECANISMO ADICIONAL ES EL DE INDUCIR CAMBIOS EN LA CONSISTENCIA DEL MOCO CERVICAL, FORMANDO UNA BARRERA QUE IMPIDE EL PASO DE LOS ESPERMATOZOIDES.**

**LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES QUE SÓLO CONTIENEN PROGESTINA NO INHIBEN LA OVULACIÓN Y SU EFECTO PREVENTIVO DEL EMBARAZO ES DEBIDO A LOS CAMBIOS EN LA CONSISTENCIA DEL MOCO CERVICAL, QUE CONSTITUYE UNA BARRERA QUE IMPIDE LA MIGRACIÓN DE LOS ESPERMATOZOIDES POR EL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO. TAMBIÉN HAY CAMBIOS EN EL ENDOMETRIO AL ALTERAR LA PROLIFERACIÓN DEL EPITELIO; EN EL MIOMETRIO Y EN LAS TROMPAS UTERINAS TIENEN EFECTO ALTERANDO LA MOTILIDAD DEL MÚSCULO LISO. SON UNA OPCIÓN CUANDO NO ESTÁ INDICADO EL USO DE DERIVADOS ESTROGÉNICOS.**

Para los **anticonceptivos orales combinados**, se ha establecido el inicio de la **toma de la primera tableta o gragea dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual** en una dosis diaria, de preferencia a la misma hora. Se recomienda que sea después de la cena para minimizar la náusea, efecto colateral que se presenta en algunas ocasiones durante los primeros meses.

En los paquetes de 21 tabletas o grageas se ingiere una diariamente durante 21 días consecutivos seguidos de siete días de descanso. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los 7 días de descanso. Para los paquetes de 28 tabletas o grageas se ingiere una diariamente durante 28

días; los ciclos subsecuentes se inician al concluir el ciclo previo. En la presentación de 28 grageas o tabletas, las 7 últimas están hechas con una sustancia inerte.

Para los **anticonceptivos orales sólo de progestina**, el ciclo de tratamiento se **inicia con la toma de la tableta o gragea el primer día de la menstruación**. Posteriormente se ingiere una tableta o gragea diaria en forma ininterrumpida, incluso durante el sangrado menstrual. En el postparto o postcesárea cuando la mujer está lactando se debe iniciar después de la sexta semana; si no está, después de la tercera semana. Si la mujer suspende la lactancia puede recomendarse el cambio a otro método anticonceptivo. Debido a la menor duración de la efectividad anticonceptiva del método, es importante tomar la tableta a la misma hora.

Tanto en los orales combinados como en los que sólo contienen progestina, es **imprescindible que la mujer realice la toma diaria**, ya que si llega a ocurrir el olvido de ingesta de una sola tableta el método puede fallar. Es necesario informar a la usuaria que al suspender el método intencionada o accidentalmente **el retorno a la fertilidad puede ser inmediato**.

En **caso de olvidar la toma** de las pastillas anticonceptivas, las indicaciones son las siguientes:

### Para los anticonceptivos orales combinados

- ▶ Si se olvidó tomar la tableta un día, se deberán ingerir dos tabletas al día siguiente. En cuanto se acuerde tomar una tableta y por la noche otra (implica tomar dos tabletas en un día) y continuar con la toma diaria.
- ▶ En el caso de que olvide tomar la tableta durante dos días consecutivos, tomará dos tabletas diarias en los dos días siguientes, empleando un método de barrera los siguientes siete días.
- ▶ Si se olvidó tomar tres tabletas consecutivas, deberá suspender la ingestión de las restantes y usar un método de barrera por el resto del ciclo, reiniciando la toma de tabletas en el siguiente ciclo menstrual. Si hubo contacto sexual en las últimas 72 horas, antes de suspender la toma se recomienda la ingestión de cuatro tabletas en una sola toma y cuatro más adicionales en otra toma 12 horas después.

## Para los anticonceptivos que sólo contienen progestina

- ▶ Si olvida tomar una o más tabletas, es necesario emplear un método de barrera, descartar la posibilidad de embarazo y reiniciar el ciclo.
- ▶ La diarrea y vómito intenso pueden interferir con la efectividad de éste método. En estos casos es necesario recomendar el uso de un método de barrera.

## Indicaciones, precauciones y contraindicaciones en el uso de anticonceptivos orales combinados.

### Indicaciones

- ▶ Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, que desean protección anticonceptiva temporal.
- ▶ Mujeres en el postaborto
- ▶ Mujeres en el postparto o postcesárea, únicamente cuando no estén lactando.

### Precauciones

Los prestadores de servicios deberán valorar los beneficios y riesgos del uso de este método en las siguientes condiciones:

- ▶ Mujeres de 40 años y más
- ▶ Tabaquismo intenso a cualquier edad; tabaquismo moderado en mujeres de 35 años y más.
- ▶ Antecedentes de cáncer mamario o presencia de tumoraciones mamarias no diagnosticadas.
- ▶ Cáncer o lesiones preneoplásicas del cérvix uterino
- ▶ Hipertensión arterial moderada (140-159/90-99 mmHg)
- ▶ Hiperlipidemias, diabetes no complicada y alteraciones de la coagulación.
- ▶ Uso de rifampicina, griseofulvina o anticonvulsivantes

## Contraindicaciones

El uso de anticonceptivos orales combinados está formalmente contraindicado en las siguientes condiciones:

- ▶ Embarazo, sospecha de embarazo
- ▶ Lactancia materna (en los primeros 6 meses postparto)
- ▶ Cáncer de mama o del cérvix
- ▶ Antecedentes o presencia de enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica o cardiopatía reumática.
- ▶ Hipertensión arterial severa ( $\geq 160/100$  mmHg) con o sin enfermedad vascular.
- ▶ Diabetes con complicaciones vasculares o de más de 20 años de evolución.
- ▶ Tumores hepáticos, hepatitis activa

## Indicaciones, precauciones y contraindicaciones en el uso de anticonceptivos orales que sólo contienen progestina

### Indicaciones

- ▶ Mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, que desean protección anticonceptiva temporal de alta efectividad y seguridad, en quienes el uso de estrógenos está contraindicado.
- ▶ Mujeres lactando en el postparto o postcesárea que desean un método anticonceptivo temporal y que no hayan aceptado el uso del DIU medicado de cobre; en este caso la administración se inicia a la sexta semana posterior al evento obstétrico. Al suspender la lactancia materna se puede recomendar el cambio a otro método anticonceptivo.
- ▶ Mujeres en el postaborto

### Precauciones

Los prestadores de servicio deberán valorar los beneficios y riesgos en el uso de este método en las siguientes condiciones:

- ▶ Irregularidades del sangrado menstrual
- ▶ Tumoraciones de mama no diagnosticadas

- ▶ Cáncer o lesiones preneoplásicas del cérvix uterino
- ▶ Cefalea intensa, incluyendo migraña con signos neurológicos focales
- ▶ Depresión severa
- ▶ Hiperlipidemias, diabetes, hepatitis activa y cirrosis
- ▶ Tumores hepáticos
- ▶ Insuficiencia renal
- ▶ Uso de rifampicina, griseofulvina o anticonvulsivantes

### **Contraindicaciones**

El uso de este método está formalmente contraindicado en las siguientes condiciones:

- ▶ Embarazo o sospecha de embarazo.
- ▶ Hipertensión arterial severa ( $\geq 160/100$  mmHg) con o sin enfermedad cardiovascular.
- ▶ Cardiopatía isquémica
- ▶ Cáncer de mama o del cérvix
- ▶ Sangrado vaginal de etiología no determinada

Las causas que ameritan suspender el uso de anticonceptivos orales son:

### **Para los orales combinados**

- ▶ Sospecha o embarazo confirmado
- ▶ Presentar signos o síntomas de riesgo, como dolor intenso en el pecho y dificultad para respirar, dolor intenso en las piernas o en el abdomen, intolerancia a los hormonales, ictericia, así como en los casos de cefalea severa y alteraciones visuales.
- ▶ Suspensión temporal dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante inmobilizaciones prolongadas de alguna extremidad. Se puede reiniciar la toma dos semanas después.

### **Para los orales que sólo contienen progestina**

- ▶ Embarazo confirmado
- ▶ Intolerancia a las alteraciones del ciclo menstrual

El uso de anticonceptivos orales brinda beneficios adicionales para la salud de las usuarias como son:

### Orales combinados

- ▶ Disminuyen el riesgo de cáncer de ovario y cáncer de endometrio
- ▶ Disminuyen el riesgo de embarazo ectópico
- ▶ Ofrecen protección parcial contra la enfermedad inflamatoria pélvica
- ▶ Regularizan la periodicidad del sangrado menstrual
- ▶ Disminuyen o evitan la dismenorrea

### Orales que sólo contienen progestina

- ▶ Disminuyen el riesgo de cáncer de endometrio y de ovario
- ▶ Disminuyen el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica
- ▶ Disminuyen la pérdida sanguínea menstrual
- ▶ Disminuyen o evitan la dismenorrea

### ***- Anticoncepción hormonal postcoito o método de emergencia***

Es aquella empleada por la mujer para prevenir el embarazo no planeado en los casos de falla en el uso de un método anticonceptivo regular, en una relación sexual no protegida, cuando el método ha fallado (rotura de condón por ej.), cuando el método no se ha utilizado correctamente y en caso de agresión sexual.

**EL RÉGIMEN HORMONAL ESTÁNDAR CONSISTE EN LA ADMINISTRACIÓN DE 200 MICROGRAMOS DE ETINIL-ESTRADIOL MÁS 1.0 MILIGRAMO DE LEVONORGESTREL, DIVIDIDO EN DOS DOSIS IDÉNTICAS CON INTERVALO DE 12 HORAS ENTRE CADA TOMA. OTRO RÉGIMEN CONSISTE EN LA ADMINISTRACIÓN DE 1.5 MILIGRAMOS DE LEVONORGESTREL SIN ESTRÓGENO ADICIONAL DIVIDIDA TAMBIÉN EN 2 DOSIS IDÉNTICAS CON UN INTERVALO DE 12 HORAS.**



CUANDO SE UTILIZAN ANTICONCEPTIVOS ORALES DE “DOSIS ALTA” QUE CONTIENEN 50 MICROGRAMOS DE ETINILESTRADIOL, SE TOMARÁ UNA PRIMERA DOSIS DE DOS TABLETAS Y LA MISMA DOSIS 12 HORAS DESPUÉS DE LA PRIMERA. CUANDO SON DE “DOSIS BAJA” (30 MICROGRAMOS DE ETINILESTRADIOL) SE TOMAN CUATRO TABLETAS EN LA PRIMERA DOSIS Y 4 MÁS 12 HORAS DESPUÉS.

EN AMBOS REGÍMENES LA PRIMERA DOSIS DEBE INICIARSE TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE, PERO DENTRO DE LAS PRIMERAS 72 HORAS POSTERIORES A LA RELACIÓN SEXUAL SIN PROTECCIÓN ADECUADA Y BAJO VIGILANCIA MÉDICA.

La anticoncepción de emergencia está indicada en mujeres fértiles con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, que deseen un método de alta efectividad y seguridad para prevenir un embarazo no planeado en caso de falla u olvido de la toma de pastillas anticonceptivas, después de relaciones sexuales no protegidas o después de violación o estupro.

No existen contraindicaciones conocidas para el **uso ocasional** de este método y se considera seguro incluso en aquellas mujeres que presentan contraindicaciones para el uso de anticonceptivos hormonales a largo plazo. Los efectos colaterales que pueden presentarse por lo general son leves y duran menos de 24 horas. Los más frecuentes son: náuseas, vómitos, congestión mamaria, cefalea, vértigo o mareo; pueden disminuir si la ingesta de las pastillas se acompaña de alimentos. En caso de ocurrir **vómito dentro de la primera hora** siguiente a la ingestión, será necesario administrar un antiemético y **repetir la dosis** y/o ser administrada por vía vaginal.

Algunas consideraciones importantes son:

- ▶ una vez establecido el embarazo, no son efectivos
- ▶ si el método falla y la mujer queda embarazada no tiene efectos colaterales en el producto.
- ▶ la menstruación subsecuente ocurre algunos días antes o después de lo previsto, generalmente entre una o dos semanas.

- ▶ después de la ingesta de estos regímenes, deberá existir abstinencia sexual o utilizar métodos locales hasta que se presente la menstruación para poder adoptar, cuando esté indicado, un método anticonceptivo regular. No es conveniente utilizar el método en forma regular, porque su efectividad es menor a la de otros métodos anticonceptivos orales usados en forma regular.
- ▶ este método no protege de las enfermedades de transmisión sexual

### ***- Últimas recomendaciones uso anticoncepción hormonal oral***

Las usuarias de los métodos hormonales orales deben estar conscientes de que deben usarse correcta y sistemáticamente y que por su mecanismo de acción pueden presentarse efectos colaterales, para que la usuaria no se alarme y abandone el tratamiento, ya que su abandono en cualquier etapa del tratamiento puede exponer a la paciente a un embarazo no planeado.

Hay que propiciar que los adolescentes hagan un buen uso de los métodos anticonceptivos hormonales orales llevando a cabo una buena consejería, mencionando la responsabilidad del uso en forma consistente y consciente y así poder garantizar la efectividad.

Es importante mencionar que estos recursos anticonceptivos no los protegen contra las enfermedades de transmisión sexual, reconociendo que los jóvenes tienen riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual y propiciar el uso de otros recursos preventivos como empleo del condón, además de pastillas anticonceptivas.

Dentro de la información debemos incluir lo que debe hacer la adolescente en caso de olvido y ante esta situación se debe invitar a la usuaria de los servicios para aclarar dudas, temores y verificar que se hizo lo correcto. Es importante mencionarles también cómo funcionan los anticonceptivos de este tipo para desvirtuar temores acerca de su fertilidad futura y también el beneficio no anticonceptivo.

### ***- Hormonales inyectables***

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción. Si se usan de manera adecuada, se ubican entre los métodos reversibles más efectivos actualmente disponibles.

Los anticonceptivos inyectables contienen hormonas esteroides sintéticas que se administran por vía intramuscular y de acuerdo a su formulación se dividen en **dos grupos**:

- ▶ Formulaciones que **sólo contienen progestina**. Las formulaciones más utilizadas contienen: enantato de noretisterona, como el Noristerat® que contiene 200 mg y brinda protección anticonceptiva durante dos meses; y el acetato de medroxiprogesterona (Depoprovera®) a la dosis de 150 mg cada 3 meses.
- ▶ Formulaciones combinadas que **contienen tanto una progestina como un estrógeno**, que brindan protección anticonceptiva por **un mes**. Las formulaciones más utilizadas, conocidas por sus nombres comerciales son Cyclofem® (25 mg de acetato de medroxiprogesterona y 5 mg de cipionato de estradiol) y Mesigyna® (50 mg de enantato de noretisterona y 5 mg de valerato de estradiol).

**LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES INYECTABLES POR SUS ALTAS DOSIS, PREVIENEN EL EMBARAZO FUNDAMENTALMENTE A TRAVÉS DE INHIBIR LA OVULACIÓN. A NIVEL ENDOMETRIAL NO HAY PROLIFERACIÓN, RESULTANDO UN ENDOMETRIO HIPOTRÓFICO; POR OTRO LADO, EL MOCO CERVICAL SE VUELVE ESCASO, ESPESO, NO FILANTE, FORMANDO UNA BARRERA QUE IMPIDE EL PASO DE LOS ESPERMATOZOIDES.**

Los anticonceptivos **hormonales inyectables combinados**, podrán aplicarse en el periodo intergenésico en **cualquiera de los primeros cinco días del ciclo menstrual** contados a partir del primer día de sangrado, también se puede aplicar en cualquier momento si se está razonablemente seguro de que no hay embarazo. Si el método se inicia después del quinto día de sangrado menstrual debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días. En casos de aborto se puede administrar inmediatamente. En el postevento obstétrico, después de un parto o cesárea, la primera dosis se aplicará después de la tercera semana, siempre y cuando la mujer no esté lactando. Las inyecciones subsecuentes deben **aplicarse cada 30 ±3 días**, independientemente de la presencia o no de sangrado menstrual. Fuera de este lapso, no se asegura la efectividad del método. No es recomendable su aplicación antes de 27 días.

En el caso de inyectables sólo de progestina, se iniciará la administración en cualquiera de los primeros cinco días del periodo menstrual. En el postparto o postcesárea la aplicación deberá iniciarse a la sexta semana después del evento obstétrico, mientras que en el postaborto puede aplicarse inmediatamente.

Las dosis subsecuentes de progestina sola se aplicarán de acuerdo a las siguientes recomendaciones: el acetato de medroxiprogesterona (Depoprovera®), cada tres meses y el enantato de noretisterona (Noristerat®) cada dos meses; con margen de  $\pm$  una semana, independientemente de la presencia o no de sangrado menstrual.

## **Indicaciones, contraindicaciones y precauciones para los anticonceptivos hormonales inyectables combinados**

### **Indicaciones**

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción, en las siguientes circunstancias:

- ▶ Antes del primer embarazo
- ▶ En el intervalo intergenésico
- ▶ En el postaborto
- ▶ En el postparto o postcesárea después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

### **Contraindicaciones**

- ▶ Lactancia en los primeros seis meses postparto
- ▶ Embarazo o sospecha de embarazo
- ▶ Tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix
- ▶ Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.
- ▶ Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos
- ▶ Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa
- ▶ Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes

## Precauciones

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

## Indicaciones, contraindicaciones y precauciones para los anticonceptivos hormonales inyectables con sólo progestina

### Indicaciones

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de larga acción e inyectable en las siguientes circunstancias:

- ▶ Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- ▶ En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- ▶ Mujeres en el postparto o postcesárea, después de la sexta semana si desea continuar lactando.
- ▶ En el postaborto

### Contraindicaciones

- ▶ Embarazo o sospecha de embarazo
- ▶ Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix
- ▶ Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos
- ▶ Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa
- ▶ Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes

## Precauciones

- ▶ Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada
- ▶ Insuficiencia renal
- ▶ Cardiopatía isquémica
- ▶ Depresión importante
- ▶ Migraña focal
- ▶ Mujeres que deseen embarazarse en un periodo menor a nueve meses después de suspender el anticonceptivo.
- ▶ Alteraciones de la coagulación

## Causas que ameritan suspender el uso de anticonceptivos inyectables

### Para los inyectables combinados

- ▶ Sospecha de embarazo
- ▶ Cefalea intensa
- ▶ Alteraciones visuales
- ▶ Dolor torácico intenso
- ▶ Disnea
- ▶ Dolor de miembros inferiores
- ▶ Ictericia
- ▶ Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual
- ▶ Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses

### Para los inyectables con sólo progestina

- ▶ Sospecha de embarazo
- ▶ Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual

## Beneficios adicionales del uso de anticonceptivos inyectables

### Para los inyectables que sólo contienen progestina

- ▶ Disminuyen el riesgo de cáncer de endometrio
- ▶ Disminuye el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria



- ▶ Disminuye el riesgo de infecciones vaginales por levaduras
- ▶ Disminuye el riesgo de embarazo ectópico

### **Para los inyectables combinados**

- ▶ Disminuyen el riesgo de embarazo ectópico
- ▶ Regularizan el patrón de sangrado menstrual

### **Aspectos importantes en el uso de anticonceptivos inyectables**

- ▶ El uso de enantato de noretisterona, acetato de medroxiprogesterona Cyclofem® o Mesygina® deberá suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva o inmovilización prolongada de alguna extremidad, y reiniciarse dos semanas después.
- ▶ Las usuarias de métodos inyectables deberán ser informadas que el uso de estos métodos no brindan protección preventiva de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la infección por el VIH/SIDA o el virus del papiloma humano (VPH), por lo que en condiciones de riesgo deberá recomendarse el uso adicional de preservativo o condón.
- ▶ Las usuarias deberán ser informadas que, al suspender el método, el retorno a la fecundidad no será inmediato; en el caso de enantato de noretisterona es en promedio de 3 a 6 meses después de la última inyección; en el caso del acetato de medroxiprogesterona es de 6 meses después de su última aplicación y en el caso de Cyclofem® y Mesygina® de 2 a 3 meses.
- ▶ Utilizar totalmente el contenido de la ampollita, de otra manera se altera la efectividad del método.
- ▶ La inyección debe ser profunda en cuadrante superior externo del gluteo o en la región deltoidea.
- ▶ No dar masaje

### **- Método Hormonal Subdérmico**

**ES UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO TEMPORAL DE ACCIÓN PROLONGADA COMPUESTO POR SEIS CÁPSULAS DE MATERIAL PLÁSTICO (DIMETILPOLISILOXANO), CADA UNA CONTIENE 36 MG DE LEVONORGESTREL (PROGESTINA), SU INSERCIÓN ES SUBDÉRMICA Y ACTÚA A TRAVÉS DE UN SISTEMA DE LIBERACIÓN CONTINUA Y GRADUAL DE LA SUSTANCIA HORMONAL (PROGESTINA).**

Este método anticonceptivo está indicado en las adolescentes, es una opción en aquellas que deseen un método de larga duración. Es importante que durante la consejería el prestador de servicio informe que bajo condiciones habituales de uso, el método brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año de uso y disminuye gradualmente a 96.5% al quinto año de uso. Por lo que en caso de desear continuar con este recurso, será necesario cambiar los dispositivos subdérmicos oportunamente.

También es necesario mencionar la técnica de inserción y remoción, así como los posibles efectos colaterales atribuibles al método, por ejemplo alteraciones del patrón menstrual que pueden ir desde sangrados intermenstruales, manchados hasta retrasos menstruales.

Existen otros implantes como el Implanon®, un solo implante, que actualmente se encuentran en fase introductoria y tiene una duración de 2 años.

### **- Dispositivo intrauterino (DIU)**

**LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU'S) SON ARTEFACTOS QUE SE COLOCAN DENTRO DE LA CAVIDAD UTERINA CON FINES ANTICONCEPTIVOS QUE BRINDAN PROTECCIÓN TEMPORAL. DEBIDO A SU ALTA EFECTIVIDAD Y CONVENIENCIA EN SU USO, ESTE MÉTODO HA TENIDO UNA GRAN ACEPTABILIDAD ENTRE LAS MUJERES.**

Los dispositivos intrauterinos se clasifican en:

- ▶ DIU's no medicados o inertes
- ▶ DIU's medicados

En la actualidad los DIU's no medicados ya no se encuentran en uso. Los DIU's medicados son aquellos que liberan cobre o un esteroide de actividad progestacional. En el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar de México solamente se usan los DIU's medicados con cobre, debido a su alta efectividad y su amplia disponibilidad.

El DIU medicado con cobre es un pequeño artefacto de polietileno, con espirales de cobre y/o alambre de cobre adherido al marco. El DIU actualmente más utilizado en el mundo es el Tcu 380A, modelo de polietileno en forma de T adicionado con sulfato de bario que lo hace opaco a los rayos X. Cuenta con dos placas de cobre sólido, colocadas en cada uno de los segmentos horizontales y una espiral de alambre alderredor del segmento vertical. Mide 36 mm de largo por 32 mm de ancho, y la superficie total de cobre expuesta es de 380 mm<sup>2</sup>. Está provisto de dos filamentos o hilos guía transcervicales, para su localización o extracción. Actualmente se cuenta también con el DIU denominado Tcu 380-C (corto) de dimensiones menores: 29.5 mm de largo por 18 mm de ancho; indicado para mujeres nulíparas, incluso adolescentes.

Otro tipo de DIU es el Multiload Cu 375, el cual consiste en una pequeña varilla de plástico con una espiral de 375 mm<sup>2</sup> de cobre a su alrededor; cuenta con dos brazos flexibles en forma de herradura con cinco salientes en cada uno de ellos. Mide 35 mm de largo por 18 de ancho. Cuenta con dos filamentos de nylon color azul para su localización o extracción. Existe también la versión SL (short loop, asa corta) denominado Multiload Cu 375 SL, más pequeño en sus dimensiones. Mide 29 mm de largo por 18 de ancho; contiene 375 mm<sup>2</sup> de cobre en un filamento espiral alderredor del tubo vertical. Cuenta también con filamentos de nylon color negro. Está particularmente indicado en mujeres nulíparas incluyendo adolescentes.

**Los dispositivos con mayor superficie de cobre, son más efectivos que los que tienen menor contenido de cobre.** La duración de la efectividad anticonceptiva varía de acuerdo al diseño y al contenido de cobre. Para el dispositivo T-380 A es de 6-10 años y para el Tcu 380 C es de ocho años. Por su parte, para el Multiload Cu 375 y Cu 375 SL se recomienda un periodo de uso de cinco años.

**LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO POR UN DISPOSITIVO CON COBRE, SE REALIZA PRIMORDIALMENTE POR INTERFERIR CON LA CAPACIDAD DEL ESPERMATOZOIDE DE PASAR A TRAVÉS DE LA CAVIDAD UTERINA E INTERFERIR CON EL PROCESO DE FERTILIZACIÓN ESPERMATOZOIDE/ÓVULO. LOS IONES DE COBRE INHIBEN LA CAPACITACIÓN DEL ESPERMATOZOIDE Y TIENEN UN EFECTO DELETÉREO SOBRE LOS GAMETOS EN LAS TROMPAS DE FALOPIO Y EN LA CAVIDAD UTERINA.**

- ▶ Los DIU's logran su efecto anticonceptivo principal al interferir con la motilidad y la supervivencia de los espermatozoides para prevenir la fertilización.
- ▶ Produce una reacción endometrial que estimula la liberación de leucocitos y sustancias de acción local (prostaglandinas) que actúan simultáneamente en el cuello uterino, la cavidad uterina y el oviducto para impedir que el espermatozoide fertilice el óvulo. El cobre presente en los DIU's también tiene efectos espermicidas.
- ▶ La interrupción de la migración de los espermatozoides ocurre en el moco cervical, en el útero y en oviducto.
- ▶ Se puede observar migración de leucocitos polimorfonucleares y macrófagos desde el estroma hacia la cavidad uterina.
- ▶ Las células que se adhieren a los DIU's de cobre son leucocitos polimorfonucleares, a su vez éstas células liberan enzimas lisosomales como son la fosfatasa alcalina, la n-acetil glucosamida y la beta glucuronidasa, las células destruyen a los espermatozoides que son fagocitados por los macrófagos.

## **Indicaciones, precauciones y contraindicaciones para el uso del DIU**

### **Indicaciones**

- ▶ Los DIU's medicados están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas nulíparas, multíparas, incluyendo adolescentes.
- ▶ Los DIU's medicados no interfieren con la lactancia materna; por lo que están indicados en el postparto y en el trans y postcesárea.

- ▶ En el postaborto, solamente cuando no haya síntomas o signos de infección.
- ▶ La obesidad, enfermedad cardiovascular o tabaquismo, no constituyen restricciones para el uso de este método.

### **Precauciones**

Los prestadores de servicio deberán valorar los beneficios y riesgos en el uso de este método en las siguientes condiciones:

- ▶ Mujeres con riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual
- ▶ Mujeres VIH positivas
- ▶ Presencia de anemia leve o moderada y en padecimientos hemorragíparos.
- ▶ Dismenorrea severa
- ▶ Antecedentes de embarazo ectópico
- ▶ Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica
- ▶ Infecciones del tracto genital
- ▶ En el postparto se deberá tener precaución en caso de enfermedad trofoblástica benigna (mola hidatidiforme); ruptura prematura de membranas y cuando la mujer se encuentre después de 48 horas y antes de 4 semanas postevento obstétrico.

### **Contraindicaciones**

El uso de DIU's está formalmente contraindicado en las siguientes condiciones:

- ▶ Embarazo o sospecha de embarazo
- ▶ Anormalidades anatómicas incompatibles con la inserción del DIU
- ▶ Útero con histerometría menor a 6 cm
- ▶ Cánceres cervicouterino, de endometrio o de ovario
- ▶ Presencia de anemia severa
- ▶ Infección uterina postevento obstétrico
- ▶ Enfermedad inflamatoria pélvica o alguna enfermedad de transmisión sexual en los últimos tres meses.
- ▶ Alto riesgo de contraer enfermedades sexualmente transmisibles

- ▶ Sangrado vaginal de etiología no determinada
- ▶ Enfermedad trofoblástica gestacional (coriocarcinoma)
- ▶ Tuberculosis pélvica

Múltiples investigaciones han demostrado que el DIU es un método eficaz y seguro, proporcionando una protección del 95 a 99%. Es idóneo para mujeres que desean regular su fertilidad con un método temporal de larga duración incluyendo al grupo adolescente. Después de la remoción del DIU, el retorno a la fertilidad es inmediato.

El prestador de servicios debe considerar que su indicación no solamente está condicionada a las condiciones generales de la usuaria sino que es necesario investigar de una manera adecuada el comportamiento sexual. El DIU no previene de las enfermedades de transmisión sexual.

Este método implica que las usuarias acudan regularmente a revisión (seguimiento), cada visita se puede aprovechar para tomar alguna muestra ginecológica, cuando así se ameriten, lo que significa que estas rutinas tienden a fomentar la cultura hacia la salud.

### **- Métodos de barrera y espermicidas**

Los métodos de barrera son recursos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica o química, impiden el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, disminuyen el encuentro del óvulo con los espermatozoides. Son accesibles y fáciles de obtener, sin embargo los/las adolescentes requieren de información del modo de empleo y práctica en su empleo para garantizar el uso correcto.

### **Espermicidas**

**SON SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE IMPIDEN EL PASO DE LOS ESPERMATOZOIDEOS AL CÉRVIX INACTIVÁNDOLOS ANTES DE QUE PENETREN AL ÚTERO. POR LO GENERAL SON SURFACTANTES NO IONICOS COMO: NONOXINOL 9, OCTOCINOL, MEFENGOL. PUEDEN ADMINISTRARSE A TRAVÉS DE DIVERSOS VEHÍCULOS, A SABER CREMAS, ÓVULOS, ESPUMAS O AEROSOLES.**

En cada relación sexual, se coloca el espermicida en la parte profunda de la vagina y se espera un tiempo de 5-20 minutos para su desintegración dentro de ésta y posteriormente se indica la penetración. Si transcurre más de una hora desde su inserción hasta la relación sexual, es necesaria una segunda dosis del espermicida.

Su uso puede producir inflamación local en personas sensibles a los ingredientes de la formulación.

Bajo condiciones habituales de uso, brinda una buena protección anticonceptiva **entre un 75 y 90% de efectividad** y puede potencializarse en asociación con los otros métodos de barrera.

El prestador de servicios debe mencionar a los/las jóvenes la necesidad de respetar el tiempo de espera antes del coito especificado en las instrucciones de cada fabricante, para permitir la correcta disgregación en la cavidad vaginal y ejercer el efecto de barrera, y posteriormente tener la relación sexual. El tiempo de protección anticonceptiva es de aproximadamente una hora.

Es importante que en cada visita del usuario el prestador de servicios se cerciore de la forma correcta de uso a través del interrogatorio. Si existen indicadores de fallas en el empleo del método, se deberá reforzar la consejería para corregir el empleo del método.

### Condón masculino

El condón masculino es uno de los anticonceptivos más antiguos y representa el método de barrera más usado en el ámbito mundial.

**EL CONDÓN MASCULINO ES UNA BOLSA O FUNDA QUE SE APLICA PARA CUBRIR AL PENE EN ERECCIÓN Y ASÍ EVITAR EL PASO DE ESPERMATOZOIDES Y MICROORGANISMOS AL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO. TAMBIÉN EVITA QUE LOS LÍQUIDOS Y MICROORGANISMOS DE LA MUJER TENGAN CONTACTO CON EL PENE. ACTUALMENTE LA MAYORÍA SE FABRICAN DE LÁTEX Y ALGUNOS SE ACOMPAÑAN DE UNA SUSTANCIA ESPERMATICIDA COMO EL NONOXINOL 9 Y EL OCTOCINOL.**



El condón masculino es un buen recurso preventivo para embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, siempre y cuando los adolescentes lo utilicen de forma correcta y consistente. Las ventajas que tienen el condón es que permite la participación de pareja, es de fácil disponibilidad, no requiere de prescripción, sin embargo sí de asesoría sobre su uso correcto. El prestador de servicios debe mencionar que si se usan simultáneamente dos recursos anticonceptivos, por ejemplo pastillas anticonceptivas y condón, el porcentaje de efectividad aumenta considerablemente.

### Condón femenino

CONSISTE EN UNA FUNDA DE PLÁSTICO SUAVE QUE SE AJUSTA HOLGADAMENTE EN LA VAGINA, CUENTA CON UN ANILLO FLEXIBLE EN CADA EXTREMO. UN ANILLO SE ENCUENTRA EN EL EXTREMO CERRADO DE LA FUNDA Y SIRVE PARA INSERTARLO Y FIJARLO EN EL CUELLO UTERINO. EL ANILLO EXTERIOR FORMA EL BORDE DEL DISPOSITIVO Y PERMANECE FUERA DE LA VAGINA DESPUÉS DE LA INSERCIÓN, CON LO CUAL PROTEGE LOS LABIOS Y PERINEO Y LA BASE DEL PENE DURANTE EL COITO. ESTE DISEÑO REDUCE EL POTENCIAL DE TRANSFERENCIA DE ORGANISMOS INFECCIOSOS ENTRE LOS COMPAÑEROS SEXUALES.

El condón puede ser insertado hasta 8 horas antes del coito. Es necesario emplear un nuevo condón en cada relación sexual.

No presenta efectos colaterales y solamente está contraindicado en aquellas mujeres con hipersensibilidad al poliuretano.

Bajo condiciones habituales este método **brinda protección anticonceptiva de 79% a 98%** con su uso correcto y constante. Además también previene de enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA.

Entre las desventajas de éste método se encuentra su alto costo y poca disponibilidad, requiriendo uno nuevo en cada relación. Así mismo, produce ruido durante la relación sexual, es antiestético y puede resultar molesto durante el contacto sexual.

## Diafragma

**ES UN DISPOSITIVO SEMIESFÉRICO ELABORADO CON GOMA FINA, PROVISTO DE UN ARO DE METAL FLEXIBLE Y RECUBIERTO DE LA MISMA GOMA CUYA FUNCIÓN ES IMPEDIR EN FORMA MECÁNICA QUE EL SEMEN ALCANCE EL CÉRVIX UTERINO.**

Previo a su colocación, se aplica crema o espermicida en la parte interior de la cúpula y del borde, posteriormente se coloca el diafragma contra el cuello uterino de manera que la cavidad que contiene el espermicida cubra la apertura cervical; tocar alrededor del borde cervical para cerciorarse de que está completamente cubierto.

Se inserta hasta 6 horas antes del coito y se puede dejar hasta 24 horas. Es necesario aplicar espermicida antes de cada coito.

Existen nueve tamaños diferentes, basados en el diámetro circular que van de 50 a 90 mm con incrementos de 5 mm. Las medidas promedio son 65, 70 y 75 mm. La medida promedio se determina por el examen cerviceal previo. Para su colocación adecuada se requiere capacitación previa para evitar trastornos de la micción por desplazamiento uretral.

Las mujeres con infección de vías urinarias de repetición (Candidiasis), no son buenas candidatas para el uso del diafragma.

Los cambios anatómicos determinados por el aumento o baja de peso, pueden llegar a desarrollar vaginismo. El diafragma se debe ajustar después de un aumento o disminución de peso, de un embarazo a término o un aborto del segundo trimestre.

Este método proporciona una **protección anticonceptiva del 82%**, acompañado de un espermicida y correctamente empleado. Este método no previene de enfermedades de transmisión sexual.

No se recomienda a las mujeres que son alérgicas al látex o a los espermicidas, o que tienen antecedentes de síndrome del choque tóxico, puede causar infecciones de vías urinarias. Tampoco se recomienda su uso en mujeres que tengan alguna malformación en el cuello uterino y vagina.

## - *Métodos naturales o de abstinencia periódica*

Los llamados métodos naturales o de abstinencia periódica constituyen una opción para las mujeres que desean regular su fertilidad en forma temporal, y que no han aceptado utilizar un método anticonceptivo contemporáneo de alta efectividad. Estos métodos están fundamentados en el conocimiento de la pareja de los periodos fértiles e infértiles de la mujer, y requieren de una gran motivación y participación activa de la pareja. El uso de estos métodos requiere de una capacitación a la pareja para la identificación de los cambios en la secreción de moco cervical, la temperatura basal y otros signos asociados al periodo fértil.

**SE DEFINEN COMO MÉTODOS POR LOS CUALES SE EVITA EL EMBARAZO "PLANIFICANDO" EL ACTO SEXUAL DE ACUERDO CON LOS PERIODOS FÉRTILES E INFÉRTILES DE LA MUJER.**

Según algunas encuestas los métodos naturales tienen buena aceptación entre los jóvenes, sin embargo bajo condiciones de falta de información o acceso a los servicios de planificación familiar se convierten en las únicas opciones disponibles.

Los métodos naturales más usados son los siguientes: el calendario, la temperatura basal y el moco cervical. En éstos la tasa de embarazos es muy elevada comparada con otros recursos anticonceptivos. Por lo tanto, la efectividad anticonceptiva de estos métodos es baja. En condiciones habituales de uso y con una adecuada preparación a la pareja **alcanza del 70% al 80%**. El prestador de servicios debe mencionar que la duración de la protección anticonceptiva de estos métodos se limita al periodo de su práctica correcta, enfatizando que aun así su porcentaje de efectividad es bajo. Estos métodos tampoco protegen contra enfermedades de transmisión sexual.

A pesar de que se requieren de parámetros aparentemente sencillos para la identificación de los periodos fértiles, es importante educar a los jóvenes acerca de que se requiere de asesoría para poder estimar de una manera más precisa este periodo. Hay que hacer reflexionar a los jóvenes de que en caso de requerir de protección anticonceptiva, existen otros recursos más efectivos.

## - *Métodos permanentes*

**CONSISTE EN TÉCNICAS QUIRÚRGICAS QUE EVITAN EL EMBARAZO EN FORMA PERMANENTE. SE TIENEN COMO OPCIONES LA OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL PARA LA MUJER Y LA VASECTOMÍA PARA EL HOMBRE.**

Siempre y cuando se cumplan los requerimientos para la elección del método, ni la edad ni la paridad serán factores de restricción. Es importante brindar particular atención a las personas que se encuentren indecisas, cuando exista inestabilidad conyugal o en parejas sin hijos.

En el caso de los/las adolescentes que requieran este método, el prestador de servicios debe considerar esta opción solamente en situaciones especiales.

Para ello se debe dar una exhaustiva orientación-consejería para detectar las verdaderas necesidades del usuario potencial, se debe enfatizar acerca de la irreversibilidad del recurso e informar sobre las ventajas y las desventajas. Los/las adolescentes tienen el derecho a saber que no existen razones médicas para negarles este método.

La decisión deberá ser tomada por los o las usuarias después de un proceso de reflexión personal precedido por información amplia y consejería. El consentimiento informado deberá quedar asentado en el expediente clínico o tarjeta de servicio y deberá acompañarse siempre de la firma o impresión dactilar del o la aceptante en los formatos institucionales. Es fundamental asegurar la plena convicción de los o las usuarias al tomar la decisión, lo que evitará reconsideraciones tardías y los problemas asociados.

### **Oclusión tubaria bilateral (OTB)**

**ES UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PERMANENTE PARA LA MUJER, QUE CONSISTE EN LA OCLUSIÓN BILATERAL DE LAS TROMPAS UTERINAS CON EL FIN DE EVITAR LA FERTILIZACIÓN.**

La OTB o salpingoclasia ejerce su efecto anticonceptivo por constituir una barrera mecánica que impide la interacción de los gametos (espermatozoides y óvulo) y por lo tanto la fertilización.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda **protección anticonceptiva mayor al 99%**. Las tasas de embarazo a 10 años son variables debido a la técnica y a la edad de la mujer al momento de realizar el procedimiento.

### Indicaciones

Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones:

- ▶ Paridad satisfecha
- ▶ Razones médicas, en aquellas circunstancias en las que el embarazo represente un alto riesgo para la salud de la mujer.
- ▶ Retardo mental, en cuyo caso se requiere el consentimiento informado de los padres o tutores.

### Precauciones

Los prestadores de servicios deberán evaluar los beneficios y los riesgos sobre la adopción de este método en las siguientes condiciones:

- ▶ Embarazo o sospecha de éste
- ▶ Discrasias sanguíneas no controladas
- ▶ Anemia severa
- ▶ En el postparto, cuando el neonato presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.
- ▶ Falta de movilidad uterina (adherencias y/o bridas)

### Contraindicaciones

- ▶ Está contraindicada en la enfermedad pélvica inflamatoria activa

## - Vasectomía sin bisturí

**ES UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PERMANENTE PARA EL HOMBRE, CONSISTE EN EL CORTE Y OBSTRUCCIÓN DE LOS CONDUCTOS DEFERENTES CON EL FIN DE EVITAR EL PASO DE LOS ESPERMATOZOIDES. BRINDA UNA PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA MAYOR AL 99%.**

Impide la fecundación al obstruir mecánicamente el paso de los espermatozoides a través de los conductos deferentes.

### Indicaciones

Este procedimiento está indicado en hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método anticonceptivo permanente en las siguientes condiciones:

- ▶ Fecundidad satisfecha, cuando el hombre ha completado sus expectativas reproductivas.
- ▶ Por razones médicas, cuando se pone en riesgo la vida de la pareja con otro embarazo o para evitar padecimientos transmitidos genéticamente.
- ▶ En pacientes con retardo mental, en estos casos se requiere el consentimiento firmado de los padres o tutores.

### Precauciones

El procedimiento quirúrgico se puede realizar evaluando los beneficios y riesgos del uso de este método, como pueden ser:

- ▶ Infecciones del área operatoria: en estos casos se resolverá el problema dando tratamiento específico.
- ▶ Hidrocele: (masa intrínseca frecuente, producida por una acumulación excesiva de líquido estéril dentro de la túnica).
- ▶ Varicocele: (venas dilatadas y tortuosas en el escroto)
- ▶ Filariasis: (afecta al sistema linfático)
- ▶ Hernia inguino-escrotal

- ▶ Enfermedades hemorrágicas
- ▶ Diabetes descompensada
- ▶ Hipertensión arterial no controlada
- ▶ Cardiopatías recientes, enfermedades del corazón
- ▶ Alergias a medicamentos o productos químicos (como yodopovidona durante la asepsia escrotal).
- ▶ Enfermedades de transmisión sexual agudas
- ▶ Anemia severa: menos de 9 g/dl de hemoglobina

### Contraindicaciones

- ▶ Criptorquidia (descenso incompleto o inadecuado de uno o ambos testículos).
- ▶ Antecedentes de cirugía escrotal o testicular que haya dejado adherencias, fibrosis o cicatriz queloide.
- ▶ Disfunción eréctil

El **procedimiento no es eficaz de inmediato**, por el almacenamiento de espermatozoides en las estructuras siguientes al corte del conducto deferente. Deben usarse métodos anticonceptivos temporales hasta ser dado de alta con espermatoconteo negativo. El examen se realiza obligatoriamente a todo usuario vasectomizado después de 25 eyaculaciones o a los tres meses de efectuada la cirugía.

### - Conclusiones

Los/las jóvenes sexualmente activos tienden a usar menos los recursos anticonceptivos que los adultos y esto en gran parte se debe a las barreras que existen, por ejemplo algunos prestadores de servicio tienen desconocimiento técnico sobre los recursos anticonceptivos o de la normatividad y bases legales que llegan a negar el acceso a estas opciones preventivas.

En los servicios que se brindan a los/las adolescentes se deben reforzar los procesos educativos, no solamente brindando información, sino que hay que compartir con los/las adolescentes la información que requieran con base en sus propias necesidades, y a partir de esto explicar las ventajas, desventajas, sus indicaciones, contraindicaciones de los métodos anticonceptivos, enfatizando en todos ellos con respecto de la forma correcta de uso.



En las acciones de promoción de servicios especializados para adolescentes es necesario mencionar las características como podría ser su ubicación, horarios, servicios, costos etc., para que se logre acceso de ellos en las estrategias preventivas de una manera más directa y oportuna; así como que se motiven a buscar información complementaria de preferencia de tipo profesional, como la búsqueda de la prescripción de aquellos recursos anticonceptivos que requieren control y seguimiento. Además de fomentar actitudes y conductas responsables con el fin de garantizar su salud sexual y reproductiva.

## **6. Anticoncepción de emergencia**



## 6. Anticoncepción de emergencia<sup>1</sup>

### INTRODUCCIÓN

Los métodos de emergencia se definen como métodos que se utilizan para prevenir un embarazo no deseado después de una relación sexual no protegida. No pueden interferir con un embarazo ya establecido por lo que no deben ni pueden ser considerados métodos abortivos. Esta definición se encuentra en la Declaración de Consenso sobre Anticoncepción de Emergencia, que se emitió al final de una reunión internacional que tuvo lugar en Bellagio, Italia, en abril de 1995. Veinticuatro expertos internacionales, de las áreas de investigación, ciencias de la comunicación, ciencias de la salud y política, trabajaron en conjunto, bajo auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la International Planned Parenthood Federation (IPPF), Family Health International (FHI) y el Population Council, y con patrimonio de la Fundación Rockefeller.

Desde esa reunión y en acuerdo con los lineamientos internacionales, los métodos anticonceptivos de emergencia están entrando de derecho en el campo de las opciones anticonceptivas a disposición de la población en general y en ciertos sectores en especial. Efectivamente, responden a un elevado porcentaje de necesidades no satisfechas de anticoncepción; las mujeres que no utilizaron ningún método en una determinada relación sexual o las mujeres que experimentaron una falla o accidente anticonceptivo todavía tienen un último recurso anticonceptivo de emergencia para prevenir un embarazo no deseado.

### HISTORIA DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Los métodos anticonceptivos de emergencia, a pesar de su escasa difusión, tienen en realidad una larga historia.

En 1964, en Holanda, un médico, Ary Haspel, ahora conocido como el padre de esta metodología, atendió una niña de 13 años que había sido víctima de un abuso sexual tumultuario a la mitad del ciclo menstrual. Ante la solicitud de la madre de evitar de todas formas un posible embarazo, el Dr. Haspel consultó a un amigo veterinario, quién comentó sobre el uso de estrógeno

---

<sup>1</sup> Ponencia presentada por la Dra. Raffaella Schiavon Ermani, en el proyecto de Coordinación Sur-Sur, el día 3 de noviembre de 1988, en la Dirección General de Salud Reproductiva.

de altas dosis, práctica común para prevenir cruces indeseados en razas finas caninas. De allí inició el uso de estrógenos administrados a dosis elevadas y por cinco días después de una relación sexual desprotegida. La efectividad anticonceptiva del método demostró ser elevada, sin embargo los efectos colaterales indeseados también eran intensos y frecuentes.

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

En diferentes estudios clínicos, en Europa, también se ha estudiado la eficacia anticonceptiva postcoital de una variedad de otras formulaciones (antiestrógenos como el tamoxifeno, antigonadotropínicos como el Danazol; antiprogestinas, como el mifepristone) con diferentes éxitos.

Desde los años ochenta en Europa del Este (Hungría) y los noventa en China, se inició el uso de formulaciones de progestinas solas, las cuales aparecen en la actualidad como el régimen más promisorio en cuanto a seguridad e incidencia de efectos colaterales. La OMS acaba de completar un gran estudio multicéntrico comparativo entre régimen de Yuzpe y progestinas solas, cuyos resultados preliminares confirman esos datos.

Las metodologías anticonceptivas de emergencia incluyen además métodos no hormonales, que implican la introducción postcoital de un Dispositivo Intrauterino (DIU).

## **PRINCIPIOS ACTIVOS Y PRESENTACIÓN**

Los métodos hormonales arriba mencionados se conocen como Pastillas Anticonceptivas de Emergencia: PAEs.

Se pueden utilizar PAEs combinadas (régimen de Yuzpe), con una dosis total de 220 microgramos de Etinilestradiol y 1 mg de L - Norgestrel (o 2 mg. de Norgestrel), mismos principios activos de las pastillas anticonceptivas de uso normal.

Las PAEs de progestinas solas utilizan una dosis de 1.5 mg. de L - Norgestrel.

Los DIU's que se utilizan en anticoncepción de emergencia no difieren de los DIU's normales.

## FORMA DE ADMINISTRACIÓN

En el caso de las PAEs combinadas (régimen de Yuzpe), estas se deberán administrar adentro de las primeras 72 horas (3 días). En los países donde no existe un producto específicamente diseñado para anticoncepción de emergencia, se pueden utilizar las pastillas anticonceptivas de uso normal (siempre y cuando contengan L-Norgestrel), ya sean de dosis altas de estrógenos (50 microgramos: Eugynon, Nordiol, Neogynon, Nordiol) o de dosis bajas (30 microgramos: Lo-Femenal, Microgynon, Nordiol).

Si utiliza pastillas de dosis altas se deberán administrar 2 tabletas juntas lo más pronto posible después del coito y no más allá de las 72 horas y 2 pastillas más 12 horas después de la primera dosis.

En el caso del DIU post-coital, éste tiene que ser introducido adentro de los primeros 5-7 días después de una relación sexual no protegida.

## MECANISMO DE ACCIÓN

A pesar de la larga historia de estos métodos se desconoce con exactitud su mecanismo de acción. En otros modelos animales (perros), los estrógenos tienen una acción endometrial anti-implantación bien definida, que se hace evidente hasta las etapas iniciales de un embarazo. No así en humanos y primates superiores, donde el efecto no se manifiesta una vez establecida la implantación.

Es evidente que el mecanismo de acción ha de diferir dependiendo del compuesto que se utilice (progestinas, antiprogestinas, estroprogestinas, antigonadotrópicos, etc.) y dependiendo de la fase del ciclo en que se administre. Los mecanismos que se han postulado para las PAEs incluyen, en caso de administración en fase folicular mediana o tardía, una interferencia del desarrollo del folículo; en fase inmediatamente pre-ovulatoria, se ha descrito una inhibición o un retraso en el pico ovulatorio; en la fase inmediatamente postovulatoria, se ha demostrado un efecto luteolítico así como alteraciones en el transporte tubárico del óvulo o del espermatozoide. En esta fase, también, se ha postulado una interferencia con el desarrollo sincrónico del endometrio, lo que funcionaría interfiriendo con la implantación. Este mecanismo, que se había postulado hasta la fecha como el más importante, ha sido recientemente puesto en discusión, ya que las evidencias histológicas no parecen apoyar un mecanismo anti-implantación. Cabe aclarar, a este propósito, que un mecanismo de acción endometrial se ha postulado en prácticamente todos los métodos anticonceptivos que se analizaron en el capítulo anterior, especialmente en el caso de los métodos de progestinas solas y del dispositivo intrauterino.



## EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA

El índice de Pearl expresa las fallas anticonceptivas de un método como número de embarazos/100 mujeres/año. Para las PAEs, el índice de Pearl reportado en la literatura es de 1.5-2%.

Sin embargo, como las PAEs son métodos que se utilizan ocasionalmente, expresar la efectividad anticonceptiva con el índice de Pearl, que implica el porcentaje de falla durante un año continuo de uso, no es teóricamente correcto. Para cada episodio coital en el que se usaron PAEs, la efectividad se expresa entonces como el índice de efectividad, que indica el número de embarazos observados versus el número de embarazos esperados. Para las PAEs es del 75-80%. En términos prácticos, esto significa que la anticoncepción hormonal de emergencia es capaz de prevenir por lo menos 3 de cada 4 embarazos que se hubieran presentado sin el uso de la misma.

Para el DIU utilizado en forma postcoital, la efectividad anticonceptiva reportada en la literatura es muy elevada (0.1%) de falla.

### Indicaciones

Las indicaciones para el uso de la anticoncepción de emergencia incluye todas aquellas situaciones en las cuales se quiere prevenir un embarazo después de un acto sexual sin protección anticonceptiva.

Una indicación imprescindible son los casos de violación, o cualquier relación sexual ejercida con violencia, física o psicológica.

Una segunda indicación son todos aquellos casos de uso incorrecto o falla de un método anticonceptivo: ej.: Ruptura del condón, deslizamiento del diafragma, olvido de las pastillas, cálculo equivocado de la fecha de inyección, accidentes en cálculo del método del ritmo, etcétera.

Por último, la indicación más extensiva incluye todos los casos de relaciones sexuales en las cuales no se utilizó ningún método anticonceptivo, pero en las cuales no se desee un embarazo.

### Ventajas

La ventaja de este método son evidentes: la anticoncepción de emergencia es el único método que puede ser usado después de la relación sexual, en caso de coito no planeado, de violencia sexual o falla o error anticonceptivo. Es el último recurso anticonceptivo disponible ante un embarazo no deseado.



Otra ventaja importante es la ausencia de contraindicaciones médicas absolutas o relativas (categoría 4 y 3 de la OMS) para uso ocasional. Inclusive aquellas mujeres que presentan patologías consideradas contraindicaciones al uso de las pastillas anticonceptivas ordinarias (específicamente patologías cardíacas o vasculares, tipo tromboembólicas), pueden utilizar PAEs en caso de emergencia. Hay estudios clínicos que demuestran que la administración de estas dosis hormonales, relativamente altas pero muy limitadas en el tiempo, no es capaz de modificar los factores de coagulación en usuarias ocasionales.

Los aspectos de seguridad a corto y largo plazo, son particularmente tranquilizantes en caso de las PAEs de progestinas solas, que al ser desprovistas del componente estrógeno, también carecen de sus efectos indeseados, ya sea clínicos y metabólicos.

No se ha descrito en la literatura internacional ninguna muerte o ningún efecto colateral severo atribuible al uso de las PAEs en más de dos décadas de uso.

## Desventajas

Es importante en la consejería sobre este método, subrayar tajantemente que se trata de una opción anticonceptiva de emergencia, enfatizando los aspectos que desalienten su uso rutinario.

Las desventajas del método son las siguientes:

- ▶ No protege de las ETS/SIDA
- ▶ Causa una mayor incidencia de efectos colaterales (náusea y vómito) que las pastillas anticonceptivas de uso normal.
- ▶ El índice acumulado de falla, en caso de uso rutinario, es más elevado que el de las pastillas de uso normal.
- ▶ La seguridad a corto y largo plazo y la ausencia de contraindicaciones absolutas no aplican al uso rutinario del método, hay que recordar que la dosis de hormonales administradas sería, en caso de aplicaciones repetidas, mayor que la dosis contenida en un ciclo de pastillas anticonceptivas normales.

Sin embargo, las desventajas más importantes se refieren a aspectos no médicos, sino de difusión y mercadeo. Es evidente que una usuaria que desconoce el método no lo solicitará en caso de necesidad; ni el proveedor lo ofertará si no lo maneja rutinariamente entre sus opciones anticonceptivas.

Por ende, es de suma importancia el conocimiento previo por parte del usuario y por parte del prestador de servicio.

La prestación de servicio en anticoncepción de emergencia plantea además problemas específicos de distribución, por la corta ventana de intervención. Se necesita accesibilidad en términos de horario y cercanía física, se requiere asesoría telefónica (hot-line) por personal calificado, y probablemente se necesitarían estrategias alternativas de distribución (como son: mercadeo social, distribución por adelantado, ofertas en máquinas distribuidoras, etc.). Estas opciones de distribución mejorarían substancialmente si existiera una normatividad oficial más explícita respecto a las PAEs, por un lado; y por otro, si se contara con un “producto delicado” especialmente empacado, como es el caso de numerosos países europeos y asiáticos.

## Criterios de selección

En cuanto a los criterios de selección para las PAEs, haremos aquí referencia a las categorías más recientes de la OMS (1996).

El embarazo representa la única categoría 4 (contraindicación absoluta), sin embargo, si el método se aplica a una mujer ya embarazada, o si el método llegara a fallar, **NO** hay ningún riesgo demostrado para el producto.

No se conoce ninguna categoría 3 (contraindicaciones relativas).

Los antecedentes cardiovasculares severos, la angina de pecho, la migraña severa con síntomas neurológicos focales y la enfermedad hepática severa son clasificados como categoría 2 (precauciones), una opción viable serían las PAEs de progestinas solas.

## Consideraciones especiales

Los/las adolescentes, por sus características en el ejercicio de la sexualidad, son una población blanco específica que requiere información y consejería sobre la anticoncepción de emergencia. La información debe darse sistemáticamente **antes de que el método se llegue** a necesitar, por la corta ventana posible de intervención. Los elementos de la consejería deben de incluir las desventajas arriba mencionadas, para prevenir al/la adolescente del uso rutinario de las PAEs.

La experiencia en los países donde la anticoncepción de emergencia es más difusa, demuestra que su conocimiento **NO** induce un uso indiscriminado y masivo.

La anticoncepción de emergencia, adecuadamente promovida, sería capaz de prevenir un número importante de embarazos no deseados y por ende de abortos en condiciones legales y sanitarias absolutamente precarias, sobre todo en la población adolescente más necesitada y desprotegida.

## Recuerda

La información sistemática sobre la anticoncepción de emergencia, ofrecida conjuntamente a los métodos de barrera, puede aumentar en forma significativa la aceptabilidad de estos últimos, ya que ofrece un recurso preciso en caso de accidente o fallas.

Hay países y situación donde las PAEs se entregan por adelantado junto con los métodos de barrera, para prevenir problemas de accesibilidad inmediata (¡acuérdate que la mayor parte de las relaciones no planeadas de los adolescentes tienen lugar el fin de semana!).

Recuerda que debes usar sólo las marcas y las dosis indicadas. La efectividad y seguridad de otros compuestos no han sido comprobadas.

Ten especial cuidado en la consejería sobre las PAEs de progestinas solas: la alta dosis de pastillas que tiene que ingerir en cada dosis puede especialmente asustar a la adolescente. Explícale que la dosis total del principio activo es parecida al del régimen de Yuzpe, y que los efectos colaterales (náuseas y vómitos) son significativamente menores. **OJO:** es importante que la adolescente no confunda los dos regímenes, para no tomar 25+25 pastillas anticonceptivas de dosis altas.

Así mismo, recuerda a la adolescente que ingerir más pastillas de lo indicado **NO** aumenta su efectividad anticonceptiva, pero si puede aumentar la severidad de los efectos colaterales.

Informa por adelantado de la posible presentación de la náusea y del vómito; aconseja tomar las PAEs junto con alimentos o acompañadas de un antiemético. Si se presenta vómito en la primera hora después de la ingestión de las pastillas, indica repetir la dosis.

Recuerda a la adolescente que las PAEs la protegen exclusivamente de las relaciones sexuales que haya tenido las 72 horas previas; **NO** la protege de relaciones sexuales subsecuentes.

Informa a la adolescente que su sangrado menstrual se presentará en la fecha prevista, con unos días de anticipo o de retraso. Si la menstruación **NO** se presenta 2 semanas después de la fecha prevista, la adolescente deberá realizarse una prueba de embarazo.

En caso de embarazo después del uso de PAEs, informa de la ausencia de efectos malformativos sobre el producto. Ayuda a la adolescente a tomar una decisión responsable al respecto, apóyala cualquiera que sea su opción. Acuérdate que tu no estás allí para juzgarla, más bien para asesorarla y para ofrecerle una opción efectiva y segura que le permita gozar de una sexualidad informada, responsable y feliz.

# 7. Didáctica Básica







## 7. Didáctica Básica

A lo largo de su vida cualquier persona modifica su conducta a partir de sus vivencias personales en la llamada “escuela de la vida”, por tanto todos aprendemos querámoslo o no. Al conjunto de influencias que la sociedad ejerce sobre el individuo se llama educación. Educar significa dirigir, enseñar para desarrollar las facultades intelectuales, físicas, morales y sociales de las personas.

**LA EDUCACIÓN, ES UN PROCESO A TRAVÉS DEL CUAL UNA DETERMINADA SOCIEDAD TRASMITE SU LENGUAJE, NORMAS, COSTUMBRES, HÁBITOS, TECNOLOGÍA, VALORES, ETC., FACILITANDO CON ELLO LA CONTINUIDAD CULTURAL. DESDE UNA PERSPECTIVA INDIVIDUAL, LA EDUCACIÓN ES EL PROCESO MEDIANTE EL CUAL UNA PERSONA ADQUIERE LA MADUREZ DE SU PERSONA EN EL SENO DE UNA SOCIEDAD.**

Entendida como transmisión de un depósito cultural, **la educación puede ser informativa**, cuando implica solamente la transmisión de nociones culturales fundamentales; **o formativa**, cuando se busca la transformación y mejora de la tradición. En el caso de la educación informativa, el sistema cultural imperante permanecen sin cambios aparentes y los individuos se adaptan a él, reproduciendo un sistema social dado. Por otro lado, la educación formativa posibilita la generación de individuos actores del cambio y el progreso, no solo individual, sino también social.

El proceso educativo es un continuo de experiencias de enseñanza-aprendizaje mediante el cual un individuo o grupo adquiere un repertorio de conductas que posibilitan la supervivencia dentro de la sociedad y ambiente en el cual se desenvuelven.

A diferencia de la educación como proceso general, **el proceso enseñanza-aprendizaje** significa planear, programar, efectuar y evaluar acciones que están dirigidas a la adquisición de conductas predeterminadas (objetivos). Es, entonces, una modalidad educativa con una metodología de enseñanza para un fin específico.

La didáctica (didaktikós=enseñar), se ha definido como el conjunto de acciones encaminadas a la enseñanza. Se considera como “el arte de enseñar”. **La didáctica se aplica en el diseño de acciones que facilitan el proceso enseñanza-aprendizaje**, dirigiendo así la planeación y ejecución de actividades encaminadas hacia la adquisición de nuevas pautas o formas de conducta.

Los procesos de aprendizaje no pueden precipitarse de manera anticipada, todo aprendizaje requiere de las funciones necesarias para llevar a cabo la conducta que se desea enseñar. Asimismo, para que el alumno aprenda, requiere de una motivación, es decir, que le aporte alguna satisfacción. Cuando la satisfacción lograda está más cerca de las necesidades vitales, el aprendizaje resulta más eficiente.

**EL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE SE COMPONE DE DOS ELEMENTOS: LA ENSEÑANZA, QUE ES LA SERIE DE ACCIONES QUE FACILITA EL APRENDIZAJE; Y EL APRENDIZAJE, ENTENDIDO COMO LA MODIFICACIÓN MÁS O MENOS PERMANENTE DE LA CONDUCTA QUE SE PRODUCE COMO RESULTADO DE LA EXPERIENCIA, Y SE TRADUCE EN NUEVOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES O DESTREZAS.**

El alumno, el profesor, el contenido, los objetivos, las actividades de aprendizaje y las estrategias de evaluación, conforman los elementos del proceso. El conjunto e interacción de estos elementos dan como resultado una modificación de conducta.

El hecho de enseñar nuevas conductas, requiere desplegar actividades intelectuales y emocionales de quien estudia en interacción con el que enseña, por tanto se requiere apertura con disposición para aprender y enseñar.

La tarea de enseñar adquiere múltiples formas, puede ser a través de conferencias, medios de comunicación, sistema escolarizado, etc. Para efectos de éste texto, se eligió la modalidad de facilitador del proceso.

Ser facilitador es diferente a ser conferencista, profesor o instructor. No va a enseñar el contenido a través de clases o exposiciones magistrales, sino que a través de materiales impresos apoyados por ejercicios el educando aprende de la experiencia con el grupo, de los materiales impresos y de los

ejercicios realizados. La tarea principal del facilitador será proveer las condiciones y recursos necesarios para que el aprendizaje se produzca. Sin embargo, las actividades requieren una estructura, planeación y sistematización así como de mantener un genuino deseo por enseñar.

**LA SISTEMATIZACIÓN DE LA ENSEÑANZA ES LA ORGANIZACIÓN INTEGRAL DE TODOS LOS ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE, DE FORMA QUE EN DETERMINADO TIEMPO SE LOGREN LOS OBJETIVOS DESEADOS. ELLO PERMITE PLANEAR, EJECUTAR (O CONDUCIR) Y EVALUAR LOS ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA.**

La **planeación** comprende la detección de necesidades, la especificación de objetivos, selección de actividades, así como el diseño y elaboración de los instrumentos de evaluación.

La **ejecución** es la acción de transmitir de forma sistemática el conocimiento o habilidad, es decir, llevar a cabo lo planeado guiando el proceso de enseñanza-aprendizaje hacia el logro del objetivo.

La **evaluación** es la cuantificación, análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

El resultado de **la planeación se plasma en un documento denominado carta descriptiva o guía de instrucción**. No existe una guía de instrucción única, no obstante, debe contener ciertos datos esenciales como son: Nombre del tema y subtemas; objetivo general y específicos; tiempo de instrucción para el tema y subtemas, técnicas didácticas y materiales didácticos propuestos. Podrá agregar datos adicionales como bibliografía sugerida y guías de estudio en forma de preguntas o actividades a realizar durante el evento.

La planeación y sistematización del proceso de enseñanza-aprendizaje se puede efectuar mediante un proyecto sencillo llamado "modelo instruccional", que es una serie de pasos a seguir para desarrollar las actividades de aprendizaje.

La palabra modelo se debe entender como una representación simplificada de la realidad y no necesariamente tiene que reproducirse al pie de la letra, puede adaptarse a la dinámica particular de cada grupo sin perder de vista el objetivo que se pretende alcanzar.

El **modelo instruccional planteado** por J. Popham (en IMSS, 1990b), se compone de la siguiente secuencia:

- ▶ Definir los objetivos de aprendizaje
- ▶ Elaborar la evaluación
- ▶ Seleccionar las actividades de aprendizaje
- ▶ Realizar las actividades
- ▶ Efectuar la evaluación final

## OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Es la **descripción precisa de la conducta a realizar** por parte de la persona una vez finalizada la instrucción. Es la guía que permite darle dirección a las acciones de enseñanza. Se define a partir de la necesidad de conocimientos, actitudes o destrezas.

Las funciones que cumple son:

- ▶ Indica al facilitador y a los participantes a donde se desea ir
- ▶ Orienta la selección de actividades y contenidos
- ▶ Facilita la evaluación de los conocimientos, actitudes y habilidades que se poseen antes del proceso y los que se obtienen finalizada la instrucción.
- ▶ Le señala al facilitador a lo largo del proceso si el rumbo es el adecuado.

**LA CARENCIA DE OBJETIVOS PUEDE CONDUCIR A LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS INDESEABLES O INESPERADOS.**

De acuerdo a la amplitud de los contenidos y la complejidad de la conducta esperada, los objetivos se clasifican en:

**Objetivo general:** establece la conducta esperada al término de la instrucción. Por ejemplo: Interiorizar en los adolescentes pautas de conducta sexual y reproductiva saludables para reducir el riesgo de embarazos no deseados.

**Objetivo particular:** comprende las conductas esperadas al término de una unidad temática. Abarca varios temas sobre la misma información. Ejemplo: Al término de la unidad, los adolescentes podrán referir las repercusiones psico-sociales del embarazo no deseado.

**Objetivo específico:** es un enunciado concreto del comportamiento esperado después de alguna actividad o experiencia de aprendizaje. Ejemplo: Al término de la lectura, el adolescente podrá definir el concepto de sexualidad.

Otro criterio para clasificar los objetivos, es a partir del área personal involucrada o dominante en el proceso enseñanza-aprendizaje llamados “dominios”.

Los dominios son tres:

**Dominio psicomotor (hacer):** es la habilidad para realizar tareas motoras. Ejemplo: Al término de la instrucción, el adolescente podrá demostrar la técnica correcta de colocación del condón.

**Dominio cognoscitivo (saber):** se refiere a las capacidades de orden intelectual como son: conocer, aplicar, analizar, sintetizar, evaluar, identificar, referir, enunciar. Ejemplo: Al término de la unidad el/la adolescente podrá evaluar el método anticonceptivo que mejor se adecue a sus necesidades.

**Dominio afectivo (querer):** comprende las actitudes de los participantes. Implica la aceptación e incorporación de nuevas formas de conducta o el rechazo de las mismas. Ejemplo: Con base en la información recibida, el adolescente mantendrá una conducta sexual que impida los embarazos no deseados.

Las actividades educativas pueden dirigirse hacia cualquiera de los tres dominios: adquirir habilidades motoras (hacer), mostrar un actitud (querer) y ser capaz de interpretar y analizar para obtener conclusiones (saber).

Los tres dominios interactúan en toda actividad que se realicen durante el proceso de enseñanza. El empleo repetitivo en cualquiera de ellos, dependerá del objetivo deseado y de las necesidades o carencias detectadas.

Todo programa de enseñanza debe contemplar los tres elementos y decidir sobre cual de ellos se desea hacer énfasis.

El esfuerzo educativo está en función del participante. Es él quien debe aprender y demostrar que adquirió la conducta esperada. El objetivo, por tanto, debe explicar precisamente qué conducta se espera al término de la instrucción.

## EVALUACIÓN

La evaluación es una actividad que las personas efectúan cotidianamente en la vida, implica recabar información pertinente respecto de algún evento con el fin de procesarla y tomar decisiones. Por ejemplo, cuando evaluamos la distancia a la que está un automóvil y la velocidad a la que se desplaza para decidir si cruzamos o no la calle.

En el área educativa, podemos definir la evaluación como un **proceso a través del cual se obtiene información oportuna y pertinente** acerca de los conocimientos, habilidades y actitudes que poseen los participantes en relación con el objetivo final. Permite disponer de información pertinente y oportuna que sirve de retroalimentación durante todo el proceso de enseñanza-aprendizaje. Informa el grado en que los participantes van avanzando en el proceso de enseñanza aprendizaje, así como de los obstáculos y desviaciones que se presentan durante dicho proceso.

**LAS FUNCIONES PRIMORDIALES DE LA EVALUACIÓN SON: PROPORCIONAR DATOS OPORTUNOS Y PERTINENTES PARA LA TOMA DE DECISIONES Y SERVIR DE ORIENTACIÓN RESPECTO AL RUMBO QUE LLEVA EL PROCESO.**

Todos los elementos que intervienen durante el proceso son susceptibles de ser evaluados, por ejemplo: los logros de los alumnos, las habilidades del instructor, los recursos didácticos, los contenidos, etcétera.

La forma más común de evaluación del aprendizaje son los “exámenes”, los cuales aportan información respecto a la cantidad de conocimientos o habilidades que poseen los educandos. Comúnmente se efectúa una evaluación inicial y una final. Posteriormente se realiza una comparación de los datos obtenidos, y finalmente se evalúa el grado alcanzado en los objetivos de aprendizaje.

La evaluación también le proporciona al facilitador una panorámica de los conocimientos, actitudes, habilidades y expectativas del grupo al inicio del proceso, permitiéndole adecuar las acciones de aprendizaje y los contenidos.

Otra forma de evaluación es de manera verbal, interrogando a los participantes respecto de sus conocimientos, actitudes e ideas en relación con la temática a tratar; o bien, a través de la observación de las conductas. Durante el desarrollo de la capacitación orienta a los alumnos y al facilitador de los logros, aciertos y errores. Al facilitador le permite, además, contar con una referencia del estado que guarda la dinámica del grupo y determinar los avances.

El análisis e interpretación de la información recabada, es un paso muy importante del proceso que permite emitir juicios y tomar decisiones sobre las acciones a tomar en un momento determinado. Por ejemplo: Cuando se observa que el grupo está indiferente con un tema, entonces habrá que introducir una técnica de animación o interrogar al grupo sobre su sentimiento respecto del tema en cuestión.

Otro aspecto a considerar es definir el área de aprendizaje que se desea evaluar, cada una de ellas se efectúa de manera distinta. Así, en el área intelectual se evalúan conocimientos y razonamiento; en el área psicomotora se evalúa la destreza motora y en el área afectiva los sentimientos, actitudes y valores.

## SELECCIÓN DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

La selección y organización de las actividades de aprendizaje implica **elegir las técnicas, materiales y procedimientos** para alcanzar los objetivos propuestos.

Es importante elegir actividades educativas que permitan a los participantes la creación de redes de ideas, en vez de presentar hechos aislados, y proporcionar estrategias para lograr el aprendizaje significativo. Por ejemplo: resumir en sus propias palabras; evaluarse a sí mismo y determinar si cumplió o no los objetivos; explicar como solucionaría un problema, etc. Un valioso auxiliar para llevar a cabo esta labor son las preguntas, puesto que conducen al participante a razonar el evento, aclarar el hecho y establecer relaciones. Así podría preguntarse: ¿Qué sería diferente sí...? ¿Cómo podría cambiarse...?, ¿Quién podría participar en...? ¿De qué otra manera podría hacerse...? ¿Qué tendría que pasar para...? ¿Cómo podría evitarse...?, etcétera.

Lo que se considera aprendizaje significativo es diferente a la sola memorización, el aprendizaje significativo se presenta cuando el participante logra relacionar la información nueva con el aprendizaje previo y en consecuencia le da un nuevo sentido de aplicación ya sea a situaciones conocidas o a situaciones nuevas.

Cuando se trabaja en pro de los/las adolescentes en acciones educativas, se debe considerar que estos son capaces de manejar el pensamiento abstracto, sin embargo, muchos de ellos no desarrollan las abstracciones como recurso eficiente para la solución de problemas; pueden memorizar los conceptos, pero no entienden su aplicación más allá de los problemas conocidos o rutinarios; incluso, los/ las adolescentes que manejan de manera eficiente el pensamiento abstracto aprenden con más facilidad si se les auxilia con imágenes, diagramas, ejemplos, ejercicios o aplicaciones concretas.



En la medida en que los estudiantes posean y manejen de manera más eficiente las abstracciones, se pueden ir incorporando conocimientos que implican el uso de principios generales en la solución de problemas específicos, deducidos de manera lógica.

A menudo los estudiantes entienden el concepto pero desconocen su aplicación. Si se desea que sean capaces de aplicar lo aprendido, requieren de oportunidades o ejercicios de aplicación. El conocimiento formal no sustituye a la experiencia concreta.

Para llevar a cabo el proceso de instrucción el asesor cuenta, además de sus recursos personales, con el **apoyo de las técnicas didácticas y los materiales didácticos**. Sin embargo, un desafío para éste es ayudar al estudiante a comprender y aplicar los conocimientos adquiridos. Para lograrlo puede abordar menos conceptos y darles mayor profundidad, enfatizando la comprensión del contexto para la solución de problemas y minimizando la memorización.

Para poder tener resultados satisfactorios en el trabajo docente, es necesario tener presente que las motivaciones para aprender son diferentes para los niños, los jóvenes y los adultos.

## Técnicas didácticas

Las técnicas didácticas son **procedimientos operativos concretos** que sirven como medio para facilitar el aprendizaje. Comúnmente se les llama dinámicas grupales, sin embargo, el término dinámica grupal se aplica a todo el proceso que vive el grupo desde su formación hasta la disolución; la dinámica implica el movimiento o cambios que sufre el grupo durante su existencia.

Las técnicas didácticas son **acciones sistematizadas que el grupo habrá de realizar** para poder alcanzar el objetivo final. Sin embargo, puede suceder que una técnica se elija porque gusta mucho, no se conoce otra, está de moda, no se sabe su objetivo, etc. Se olvida que estas actividades poseen un objetivo que se combina con el resto de los objetivos.

Para elegir una técnica, es necesario considerar lo siguiente:

- ▶ Que la actividad esté acorde con el objetivo
- ▶ Que sea de utilidad práctica
- ▶ Que esté acorde a las capacidades del alumno
- ▶ Que se considere el espacio, tiempo, tamaño del grupo y recursos disponibles.

- ▶ Las características de los participantes: escolaridad, interés, edad, expectativas, ideología, valores
- ▶ La experiencia del facilitador

Existen múltiples técnicas didácticas ya descritas tanto en su objetivo como en su desarrollo, sin embargo, el facilitador pueda crear sus propias técnicas, recordando siempre que **cada técnica tiene un objetivo particular dentro del esquema total.**

**LAS TÉCNICAS SON ÚNICAMENTE UN RECURSO DENTRO DEL PROCESO DE FORMACIÓN. HABLAR DE UN PROCESO IMPLICA UNA MANERA ESPECÍFICA DE ADQUIRIR CONOCIMIENTOS, SUPONE UNA METODOLOGÍA PARA ADQUIRIR CONOCIMIENTOS. UNA TÉCNICA EN SÍ MISMA NO ES FORMATIVA NI TIENE UN CARÁCTER PEDAGÓGICO. PARA QUE UNA TÉCNICA SIRVA COMO RECURSO EDUCATIVO DEBE SER REALIZADA DE ACUERDO A LOS PARTICIPANTES CON LOS QUE SE ESTÉ TRABAJANDO, UTILIZADA EN FUNCIÓN DE UN TEMA ESPECÍFICO Y CON UN OBJETIVO CONCRETO.**

Si se le considera al grupo como vehículo del proceso, se puede dividir a las técnicas didácticas en individuales y grupales. A través del objetivo, se pueden emplear otras clasificaciones como: técnicas de animación, vivenciales, de análisis, de comunicación, etc. Emplearemos la primera, que es más general.

## Técnicas individuales

Las técnicas individuales se pueden aplicar con independencia del grupo o en interacción con éste. El trabajo se fundamenta en la **relación maestro-alumno-contenido o alumno-contenido.**

Las técnicas cuya relación se establece entre el maestro-alumno-contenido, son por ejemplo: conferencia informal, congresos, simposios, etc. El instructor o expositor transmite el contenido al alumno, cuya actividad es recibir y reproducir.

Las técnicas que establecen la relación alumno-contenido son aquellas que no requieren la presencia del instructor, por ejemplo: la enseñanza programada, los cuadernos de autoinstrucción, lecturas, enseñanza por computadora, etcétera.

Durante el desarrollo de las técnicas individuales, el trabajo del asesor o facilitador es dar las indicaciones pertinentes, aclarar dudas respecto de los contenidos, así como aclarar dudas del desarrollo del ejercicio o la solución de problemas.

## Técnicas grupales

Las técnicas grupales permiten al grupo entero participar en su aprendizaje. El trabajo se fundamenta en la **interacción del grupo-contenido-facilitador**. Todo el grupo es un recurso de aprendizaje. La responsabilidad del aprendizaje es compartida por todos sus miembros.

Comúnmente las personas prefieren participar en grupo, representa una manera más activa y participativa, resulta más ameno y menos cansado que la escucha pasiva de un instructor.

Las funciones principales del facilitador durante el desarrollo de las actividades grupales son: proporcionar las instrucciones precisas con respecto a la tarea por realizar, distribuir el material que en su caso requiera, supervizar las actividades del grupo, brindar información complementaria cuando sea necesario, administrar el tiempo y animar al grupo a alcanzar el objetivo.

Siempre es conveniente que antes de aplicar una técnica didáctica, el facilitador la conozca y preferentemente que la haya ensayado con anterioridad para poder calcular tiempos y secuencia del evento.

A continuación se presentan las características generales de algunas actividades, como son: el trabajo individual, el trabajo en grupo, el taller, la dramatización, la conferencia y la plenaria.

## El trabajo individual

Es aquel que es realizado de **manera individual por el participante**, sin la participación directa del grupo. Es el individuo, a partir de su experiencia, el que genera su propio aprendizaje.

Las lecturas y ejercicios individuales se proponen en ocasiones como paso previo a la reunión en grupos. De esta forma se combinan ambas modalidades, brindando al alumno la oportunidad de evaluar y comparar su comprensión, a la vez que se enriquece con los comentarios del grupo.

El asesor debe observar el desempeño del estudiante para identificar dificultades en la resolución de los ejercicios y brindar su ayuda.

## El trabajo grupal

Un grupo de trabajo se define por el **intercambio de ideas y opiniones entre los integrantes del grupo**. No es una conversación al azar, ni la suma de opiniones, sino que tiene una estructura y un objetivo.

El grupo supone un objetivo común: solucionar un problema, llegar a un acuerdo, intercambiar experiencias, tomar decisiones, etcétera.

Dependiendo de las características de la técnica que se esté aplicando, por ejemplo "corrillos", es necesario subdividir al grupo en otros más pequeños no mayores a seis integrantes, a fin de efectuar más fácilmente el análisis de información e intercambio de opiniones. La división en subgrupos facilita la participación activa de todos los integrantes del grupo. Comúnmente el trabajo de los subgrupos se presenta en una plenaria.

Las actividades del facilitador consisten en:

- ▶ Dar las instrucciones precisas para el desarrollo de la técnica
- ▶ Brindar información complementaria cuando sea necesario y el grupo lo requiera.
- ▶ Tomar iniciativa para motivar al grupo y mantener la atención en el tema específico. Es frecuente que los grupos se desvíen de la tarea asignada.
- ▶ Ayudar al grupo en la administración del tiempo, indicando el tiempo que han consumido en la tarea y cuánto les resta.

## Taller

Es una **experiencia de producción compartida**, de trabajo colaborativo.

El taller promueve la reflexión, la confrontación y la elaboración de consensos. No se aplica para reproducir información o posiciones fijadas con anterioridad.

En la base de la concepción del taller se busca que sean sus integrantes quienes produzcan ideas, soluciones o materiales, y no que los reciban del exterior. Intenta concentrar la capacidad de los individuos para generar nuevas opciones acerca de alguna situación específica.

La labor del facilitador es guiar y apoyar el desempeño del grupo.

## Dramatización

Es la **representación teatral de una situación** real o imaginada. Su propósito es servir de vehículo de expresión hacia aspectos que inciden en las relaciones humanas.

A partir de la dramatización se establece una experiencia grupal que sirve de base para el análisis de las situaciones, conflictos, actitudes o vivencias que se quieren estudiar y comprender.

Toda dramatización pasa por dos momentos: la representación y la reflexión posterior.

En grupos muy numerosos, es conveniente promover la variedad de temas, ya que si todos representan lo mismo las dramatizaciones resultan poco estimulantes.

Como facilitador deberá:

- ▶ Dar las indicaciones pertinentes a la temática, el tiempo disponible, los recursos la conformación de los grupos, etcétera.
- ▶ Administrar el tiempo del grupo, marcando inicio y final de la representación.
- ▶ No permitir desvíos del objetivo y vigilar la emotividad del grupo
- ▶ Iniciar el análisis después de la representación
- ▶ Elaborar conclusiones de la representación y experiencia vividas

## Reuniones plenarias

Son reuniones en las cuales **participa todo el grupo**. Se emplean para la exposición de conclusiones, dar indicaciones al grupo, establecer acuerdos grupales, y en general, cuando se requiere de la presencia de todos los integrantes del grupo.

La labor como facilitador consiste en fungir como moderador del grupo y proveedor de información.

## Materiales didácticos

Los materiales de apoyo didáctico son **recursos que orientan y facilitan la función del asesor** en sus presentaciones. Sirven para complementar a las técnicas didácticas y propician una mayor comunicación entre el asesor y los educandos. Son también un vehículo de información en el proceso de enseñanza aprendizaje pues a través de ellos se puede presentar un contenido.

**LOS MATERIALES DIDÁCTICOS PROPORCIONAN A LOS PARTICIPANTES ESTÍMULOS SENSORIALES QUE PUEDEN DESPERTAR EL INTERÉS Y ATRAER LA ATENCIÓN EN TEMAS QUE PUEDEN PARECER ÁRIDOS O DESPIERTAN POCO INTERÉS; ASÍ MISMO, PRESENTAN EN FORMA RESUMIDA Y AMENA INFORMACIÓN QUE PUEDE SER DENSA O COMPLICADA.**

Los materiales de apoyo didáctico pueden desempeñar distintas funciones, a partir de las siguientes etapas del desarrollo del curso o taller:

- ▶ **Introducción:** sirven para interesar a los participantes, presentan poca información de manera sugestiva y atrayente.
- ▶ **Organización del grupo:** sirven para anotar, presentar resúmenes, mostrar la relación entre los temas, presentar acuerdos de grupo.
- ▶ **Desarrollo del tema:** se emplean para enriquecer, complementar, aclarar, sintetizar, esquematizar y amenizar la información presentada.
- ▶ **Conclusión:** ayudan a sintetizar la información, elaborar resúmenes, plasmar acuerdos o compromisos.

En el proceso de enseñanza-aprendizaje los materiales didácticos ofrecen los siguientes beneficios:

- ▶ Mantienen y atraen la atención de los participantes
- ▶ Aproximan a los participantes a la realidad que se quiere transmitir
- ▶ Motivan la participación del grupo
- ▶ Ayudan a la comprensión de mensajes y conceptos.

- ▶ Estimulan el aprendizaje a través de las imágenes que contiene el material.
- ▶ Aluden a hechos lejanos en el espacio y el tiempo
- ▶ Pueden transmitir mensajes a grandes grupos

Es importante recordar que la comunicación verbal solamente cubre el 7% de la información que captamos, el resto se realiza a través de mensajes no verbales, como pueden ser los presentados a través de los apoyos visuales. Los materiales didácticos pueden clasificarse en:

- ▶ Material impreso
- ▶ Material de apoyo
- ▶ Material auditivo
- ▶ Material audiovisual

### ***- Material impreso***

Es aquel que se obtiene gracias a una **técnica de impresión**, puede ser **reproducido en serie**. Contiene mensajes escritos, imágenes o una combinación de ambos. Los materiales impresos más conocidos son los libros, folletos, revistas, periódicos, trípticos, así como carteles, fotocopias, documentos mimeografiados y serigrafías. Sirven para analizar de forma directa la información que se desea transmitir.

### ***- Materiales de apoyo visual***

Los materiales de apoyo visual son aquellos que facilitan la **presentación gráfica de la información**, ya sea de manera escrita, en imágenes o en una combinación de ambas, incluso, se enriquece con la presentación de objetos reales. Entre ellos se encuentran: pizarrón, rotafolios, láminas, diapositivas, acetatos, datashow (cañón), etcétera.

### ***- Material auditivo***

La característica principal de este tipo de materiales es que expresan el **mensaje a través del sonido**. Como ejemplo tenemos el audiocasete, los altoparlantes y discos.



## - *Material audiovisual*

Es un material muy popular hoy en día, **combina las imágenes visuales con las auditivas** para captar de modo total la atención del usuario; quien se ve impactado por la información que llega por la vista y el oído, tiene mayor penetración de la información.

Los materiales didácticos se aprovechan mejor si se consideran las siguientes recomendaciones:

- ▶ Efectuar comentarios previos a la presentación del material
- ▶ Buscar que los materiales ilustren y complementen de manera adecuada el mensaje expresado.
- ▶ Dosificar la cantidad de materiales, a fin de no bombardear con estímulos a los participantes.
- ▶ Cuidar que la presentación de los materiales corresponda a la temática expuesta.

La elección de cada material se hará tomando en cuenta los objetivos que se pretenden alcanzar y las necesidades o intereses de los participantes. El asesor considerará de qué material dispone y las actividades que realizará con los participantes.

## Realización de actividades de aprendizaje

La realización de las actividades de aprendizaje es propiamente la **ejecución del proceso enseñanza-aprendizaje** en el que se transmite en forma sistemática y planeada un conocimiento, actitud o destreza, con la finalidad de guiar el proceso.

La mejor manera de asegurar un buen desarrollo de la instrucción es prepararla de manera adecuada. Además de conocer y estudiar el tema, el instructor requiere haber realizado actividades previas como son:

- ▶ Planear las actividades que realizará y sus respectivos tiempos
- ▶ Preparar con anticipación los materiales didácticos necesarios
- ▶ Contar con una carta descriptiva o guía del instructor

LA FUNCIÓN DEL FACILITADOR ES DISTINTA A LA DEL PROFESOR TRADICIONAL. NO VA A ENSEÑAR EL CONTENIDO A TRAVÉS DE CLASES O EXPOSICIONES; BÁSICAMENTE SU FUNCIÓN ES PROVEER AL GRUPO DE LOS RECURSOS Y CONTENIDOS NECESARIOS PARA EL APRENDIZAJE. SIN EMBARGO, EL FACILITADOR PUEDE EFECTUAR EXPOSICIONES CONFORME A SUS CONOCIMIENTOS DEL TEMA O BUSCAR APOYO DE ESPECIALISTAS EN LA MATERIA.

La ayuda del facilitador consiste en:

- ▶ **Organizar** el trabajo de cada sesión en cuanto a horarios, recesos, inauguración clausura.
- ▶ **Planear** las actividades a realizar y sus respectivos tiempos.
- ▶ **Preparar** con anticipación los materiales y asegurar la disponibilidad de espacios adecuados para el desarrollo del evento.
- ▶ **Conducir y supervisar** cada una de las actividades de aprendizaje.
- ▶ **Coordinar** las discusiones y plenarias.
- ▶ **Evaluar** los avances del grupo, y en su caso, corregir el curso de las acciones.

Antes de iniciar el proceso de enseñanza-aprendizaje, es necesario que el facilitador genere un clima de cordialidad y confianza entre los participantes del evento (rompimiento del hielo). Al inicio de la actividad es de suma utilidad que el facilitador se presente, diga su nombre y cualquier otra información que considere útil compartir con el grupo. También se requiere que plantee los objetivos, la dinámica de trabajo e invite al grupo a participar. Asimismo, es deseable que **establezca un “contrato grupal”** donde se delimiten las políticas de trabajo.

Es imprescindible que los participantes se conozcan entre sí, ya que pasarán un tiempo juntos, requieren de confianza y apertura para trabajar. Para ello, el facilitador puede utilizar alguna técnica de presentación y/o animación. Es importante que tome el tiempo necesario para fomentar un clima de cooperación, el éxito de las actividades planeadas dependerá en mucho de ello.

Es necesario efectuar la preevaluación o evaluación inicial, revisar las expectativas de grupo y la disposición para el trabajo. Esto apoya la interacción

facilitador-educando puesto que permite identificar las necesidades de grupo y los diversos puntos de vista individuales.

La función del facilitador es amplia y versátil. Su cometido es facilitar el aprendizaje de los educandos. Requiere estimular, resolver dudas, aclarar, conducir, organizar, ayudar a enfocar sobre los puntos fundamentales, ayudar a comprender los alcances del conocimiento y sus aplicaciones en la solución de situaciones de la vida real.

## Evaluación final

Concluido el proceso de instrucción se requiere tener **datos para saber el resultado obtenido de la intervención**. Para ello se recurre a la evaluación final. Una forma de poder comparar el aprendizaje previo en relación con el aprendizaje final es aplicar la misma evaluación inicial al fin del curso, es lo que se llama *test-retest*. Posteriormente, se realiza un análisis de los resultados obtenidos.

También es conveniente que los participantes evalúen el desempeño del curso, la participación del instructor, los recursos didácticos y el logro de los objetivos. De preferencia, en forma de un cuestionario estructurado.

Toda la información recabada sirve de base a la futura elaboración de cursos y en su caso para efectuar los ajustes pertinentes.

En el proceso enseñanza tiene una importancia fundamental el papel del facilitador, ya que de él/ella depende en gran medida el éxito del evento. Más que el poseedor del conocimiento, debe ser un conductor o coordinador, no imponiendo sino facilitando el aprendizaje y promoviendo el cambio.

A lo largo del proceso de enseñanza-aprendizaje el facilitador coordina el trabajo grupal; más que transmitir conocimientos estimula a los participantes, asesora, favorece la comunicación, modera la discusión, propicia la integración y la participación del grupo. Cuando se coordina, dirige y crea un clima de confianza; se puede favorecer que los participantes analicen, opinen, pregunten, aporten conocimientos o apliquen lo aprendido, de manera que sea de provecho en su aprendizaje.

## **8. Elaboración de estrategias para la prevención de embarazos no planeados**





## 8. Elaboración de estrategias para la prevención de embarazos no planeados

En todo el mundo hombres y mujeres jóvenes experimentan un alto porcentaje de embarazos no planeados, enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluido el VIH/SIDA y otros problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Los tabúes sociales alrededor de la sexualidad dan lugar a que las personas jóvenes, los solteros y muchas veces los casados, no reciban una orientación o educación sexual por parte de los padres, familiares o maestros. (*Family Planning Management Development*, 1997/98).

Para cubrir las necesidades de educación y prestación de servicios a los/las adolescentes, los prestadores de servicios requieren poseer las habilidades y sistemas necesarios para hacer frente a los problemas y restricciones que obstaculizan la implantación de estrategias.

Al enfrentar el reto de brindar atención y educación a los/las adolescentes, el prestador de servicios debe diferenciar entre los grupos que carecen del acceso y aquellos que cuentan con vías de acceso pero que no utilizan dichos servicios. Para muchos grupos carentes de servicios, los servicios ofertados podrían no ser compatibles con sus características culturales, sociales o económicas, motivo por el cual es probable que no sean bien recibidos. Algunos grupos no utilizan los servicios por carecer de información acerca de su ubicación o importancia. Otros más, pueden tener necesidades que no pueden ser cubiertas por los servicios ofertados.

Las barreras geográficas tales como la distancia, la inaccesibilidad, los ríos o desiertos, pueden limitar el acceso a los servicios. También se pueden encontrar dificultades dentro de la población cuando los factores culturales, económicos o la edad levantan barreras que obstaculizan el acceso a la información y/o los servicios. Aun los programas más exitosos han enfrentado dificultades para llegar a ciertos grupos.

El presente tema es un apoyo al prestador de servicios para elaborar estrategias de prevención con enfoque de riesgo, que permitan brindar servicios a grupos carentes de ellos, tomando decisiones estratégicas que impliquen seleccionar al grupo, identificar sus necesidades y lograr el involucramiento de la comunidad. El texto ayuda a encontrar soluciones respecto del grupo al cual habrá de ofertarle servicios, los métodos para determinar necesidades y las estrategias a emplear con el grupo en cuestión.

## ENFOQUE DE RIESGO

El **enfoque de riesgo** fue concebido como una estrategia para aumentar la equidad y eficiencia de los servicios, sobre la base de diferentes probabilidades de padecer daño. La idea fundamental de este enfoque es que **el riesgo brinda una medida de la necesidad de atención a la salud**. La estrategia presupone que en materia de salud es necesario “tener algo para todos, y más para los que necesiten más” (Suárez-Ojeda y Krauskopf, 1995, p. 184). El conocimiento del riesgo y/o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud permite anticipar una atención adecuada y oportuna.

El riesgo para individuos y poblaciones es diferente. Una persona sometida a múltiples factores de riesgo bien puede no sufrir el daño previsto. Por el contrario, una persona con pocos factores de riesgo puede sufrir algún padecimiento. De manera que el riesgo solamente indica si existe una mayor o menor probabilidad de que una persona o un grupo determinado sufra un padecimiento. Así, podemos conocer con base en algunos antecedentes teóricos y de información bajo qué condiciones o circunstancias las adolescentes se embarazan, pero no podemos predecir quiénes lo harán.

Algunas personas, en las que confluyen varios factores de riesgo, estarán expuestas a un riesgo muy elevado, la mayoría estarán expuestas a un riesgo moderado y otras a un riesgo muy bajo. Nadie está exento de riesgos. Considerando una distribución estadística, existen grupos de población que están sometido a una gran cantidad de factores de riesgo por ejemplo: niños de la calle, adolescentes y ancianos, y son estos grupos los que requieren el impacto de servicios específicos.

Con respecto a los **factores de riesgo, entendemos que son características o cualidades de una persona o población que se sabe** (por investigación, teorías, observación, estadísticas, etc.) **están asociadas a una mayor probabilidad de daños a la salud**. La relación entre riesgo y daño es compleja, ya que los mismos factores de riesgo no pueden desencadenar la misma respuesta en diferentes individuos y en diferentes circunstancias. Además, una consecuencia (daño) puede más adelante desencadenar otro problema o una sucesión de ellos. Por ejemplo: un embarazo en adolescentes puede acarrear abandono escolar, que a su vez se puede ocasionar bajos ingresos económicos y esto último acarrear desnutrición. De ahí la importancia de identificar la causa posible (factores de riesgo) de una secuencia de hechos, para controlar las causas y con ello eliminar o minimizar los efectos.

En el enfoque de riesgo se aplica la forma básica de pensamiento lógico: Si “A”  $\Rightarrow$  entonces “B”. Es decir, si existe o se presenta el factor “A”, entonces



se presenta “B”. Ejemplo: Si una adolescente proviene de un embarazo de madre adolescente, luego entonces es probable que se embarace en la etapa adolescente.

Se ha advertido también la existencia de **condiciones que favorecen el desarrollo de los individuos y los grupos**, y en muchos casos, reducen los efectos de situaciones sumamente desfavorables. A estos factores se les ha denominado **factores protectores**.

La prevención con enfoque de riesgo requiere de adoptar estrategias que combinen de manera adecuada la neutralización de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores. Por ejemplo, la educación sexual acompañada de elementos o espacios de recreación.

**LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS/LAS ADOLESCENTES REQUIERE UN ENFOQUE MULTICAUSAL Y UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO E INTERSECTORIAL. EL ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DESEMPEÑA UN PAPEL RELEVANTE EN EL CONJUNTO DE CAUSAS QUE PROVOCAN ESTE TIPO DE CONDUCTAS EN DICHO PERIODO. EL ANÁLISIS PUEDE EFECTUARSE A PARTIR DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES QUE SON PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA Y DE LOS ELEMENTOS CULTURALES QUE PUEDEN PONER EN RIESGO LA SALUD DE LOS/LAS JÓVENES.**

Dentro de los factores de riesgo propios de la adolescencia destacan la violencia, la rebeldía, la impulsividad y la incapacidad de anticipación del futuro. Como señala Irwin (en Suárez-Ojeda y Krauskop, 1995, p. 187): “los comportamientos asociados con la mortalidad y morbilidad predominante en la adolescencia comparten un tema común: la toma de riesgo”. Si bien es cierto que el adolescente requiere tomar riesgos para crecer, también es cierto que puede enfrentarlos con mayores elementos de información, que generalmente requiere ser proporcionada por otros jóvenes (que estén capacitados) debido a su tendencia de rechazar aquello que proviene de los adultos.

Los textos que forman parte de este manual con relación a la adolescencia y sus características, pueden servir de apoyo teórico para conocer algunas características que se presentan durante este periodo e identificar los posibles factores de riesgo.

## ELABORACIÓN DE ESTRATEGIAS

Elaborar estrategias para brindar servicios preventivos a los/las adolescentes es un reto administrativo complejo, que debe enfrentar las diferencias culturales, las situaciones sociales y la situación económica que viven. Para vencer este reto, se requiere de dedicación y creatividad por parte de los prestadores de servicios. Se requiere también que tomen decisiones referentes a cuáles serán los grupos beneficiarios de los servicios, cuántas personas serán atendidas y si se extenderán los servicios existentes o se desarrollarán nuevos, adecuados a las necesidades específicas de la población objetivo.

Una **estrategia se define como: “Principios y rutas fundamentales que orientarán el proceso administrativo para alcanzar los objetivos a los que se desea llegar, esta muestra cómo una institución pretende llegar a sus objetivos** (Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM), 1997)”. Podemos decir que las estrategias son la acción o secuencia de acciones a desarrollar para el logro de los objetivos, derivados estos últimos a partir de las necesidades de la población específica.

**UNA DECISIÓN ESTRATÉGICA REQUIERE CONSIDERAR EL ESCENARIO (O ESCENARIOS) DE INTERVENCIÓN Y LA ACCIÓN (O ACCIONES) MEDIANTE LAS CUALES EL PRESTADOR DE SERVICIOS PRETENDE INTERVENIR. LA DECISIÓN ESTRATÉGICA TIENE COMO FINALIDAD PERMITIR A LA ORGANIZACIÓN ALCANZAR LOS OBJETIVOS QUE SE HAYA FIJADO.**

Antes de iniciar cualquier acción es necesario identificar la población a la que se pretende hacer llegar los servicios, identificar sus necesidades, plantear el objetivo a alcanzar y definir cuáles serían las acciones pertinentes para alcanzarlo. Posteriormente, el prestador de servicios aplicará el proceso administrativo para poder implementar, coordinar, supervisar y controlar las acciones encaminadas hacia el logro del objetivo.

Es necesario que durante el proceso de toma de decisiones se realice una evaluación de las características particulares de la población específica, para adecuar las decisiones y las acciones a partir de los resultados encontrados en dicha evaluación.

Los pasos básicos para diseñar, implementar y operar un programa de prevención son:

- ▶ Identificar al (a los) grupo(s) específicos del programa
- ▶ Identificar sus necesidades en materia de salud reproductiva
- ▶ Determinar los objetivos del programa
- ▶ Elegir la(s) estrategia(s)
- ▶ Implementar la(s) estrategia(s)
- ▶ Supervisar y evaluar el programa

## **IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO ESPECÍFICO (A QUIÉN VAMOS A ATENDER)**

Escoger el grupo que será objeto del programa puede constituir la decisión estratégica más importante. Tiene implicaciones en lo referente a sus componentes técnicos, costos y aspectos administrativos inherentes al sistema actual de prestación de servicios. Siempre que sea posible la decisión deberá estar basada en datos demográficos y epidemiológicos. Es posible recurrir a informes, necesidades expresadas por la población y necesidades observadas por el prestador de servicios.

Al definir al grupo específico es necesario hacer un uso eficiente de los recursos para poder alcanzar mayor impacto con menor cantidad de recursos. Por ejemplo: si se capacita a los profesores, padres de familia o promotores juveniles, serán un recurso adicional en un programa que maneje la educación como estrategia de intervención.

La decisión de escoger a un grupo al que se desea otorgar un servicio requiere de la participación de una diversidad de grupos (los usuarios, las posibles fuentes de financiamiento, el personal operativo del programa, el personal directivo, etc.). Plantear ciertas preguntas estratégicas es de gran ayuda para la selección del grupo específico.

Las preguntas de la siguiente tabla pueden apoyar la toma de decisiones.

PREGUNTAS A RESPONDER PARA ESCOGER AL GRUPO ESPECÍFICO	
Área estratégica	Preguntas
Demográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué usuarios potenciales habitan en el área de influencia y no han recibido los servicios y/o información necesarios?</li> <li>• ¿El tamaño de éste grupo potencial excede a la capacidad de otorgamiento de servicios del programa, conforme a los recursos disponibles?</li> </ul>
Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué necesidades nuevas o emergentes tienen o se prevén y se tienen que cubrir?</li> <li>• ¿Qué grupo potencial tiene necesidades que podrían ser fácilmente cubiertas por los servicios del programa actual?</li> <li>• ¿Las necesidades especiales de los grupos potenciales exceden a la capacidad del centro de atención?</li> <li>• ¿Qué servicios y/o información requieren los/las jóvenes?</li> <li>• ¿Con qué tipo de servicios cuenta actualmente la población potencial?</li> </ul>
Sociológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué grupos potenciales de oposición podrían perjudicar u obstaculizar los esfuerzos para implementar o ampliar los servicios?</li> <li>• ¿Qué actitudes o costumbres pueden obstaculizar la implantación del servicio?</li> <li>• ¿Cuánto esfuerzo se requiere para modificar las actitudes del grupo potencial?</li> <li>• ¿Cuál podría ser un grupo de más fácil acceso?</li> </ul>
Administrativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Existen servicios alternos para atender al grupo potencial?</li> <li>• ¿A que tipo de población atienden los servicios alternos?</li> <li>• ¿Son accesibles a la población los servicios alternos?</li> <li>• ¿Las necesidades del grupo potencial están comprendidas dentro de la misión y objetivos de la organización?</li> <li>• ¿Los servicios que se pretende otorgar excluyen a algún sector de la población?</li> <li>• ¿Existe resistencia al interior de la organización para otorgar o ampliar los servicios planeados?</li> <li>• ¿Poseo la suficiente autoridad para manejar los recursos necesarios para el desarrollo del programa?</li> <li>• ¿Que persona(s) o institución(es) podrían servir como recursos adicionales para alcanzar el objetivo?</li> </ul>

La tabla anterior es sólo una guía y muestra únicamente el tipo de preguntas que se pueden formular para seleccionar a la población específica.

## IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES (QUÉ NECESITA MI POBLACIÓN)

Podemos decir que una necesidad es una carencia sentida para el bienestar de la persona o la sociedad.

Al identificar necesidades, es necesario emplear métodos rápidos y de bajo costo que permitan recopilar información tanto cualitativa (características de las necesidades) como cuantitativa (en qué cantidad). La participación de los miembros de la comunidad en la evaluación de las necesidades puede ayudar a reducir costos y a sensibilizar a la población en cuanto a la importancia de los servicios que se pretenden otorgar.

La siguiente tabla describe cuatro métodos para evaluar necesidades y las circunstancias en las cuales son más viables.

<b>MÉTODOS RÁPIDOS PARA EVALUAR NECESIDADES</b>			
<b>Método</b>	<b>Utilícese cuando desee...</b>	<b>Funciona mejor cuándo...</b>	<b>Consideraciones especiales</b>
Discusión con grupos focales (cualitativas)	Comprender las razones de cierto comportamiento o las características de una población.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participan grupos pequeños de 6-8 personas.</li> <li>• Se concentran en un número limitado de temas clave.</li> <li>• El moderador ha manejado grupos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El organizador debe escoger miembros "típicos".</li> <li>• La calidad de los resultados depende de la interacción y conducción de los participantes.</li> </ul>
Entrevistas con grupos. (cualitativas)	Obtener información referente a asuntos que no son trascendentes o acerca de un problema o comportamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participan un número moderado de personas.</li> <li>• Se formulan las mismas preguntas a cada participante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La dinámica del grupo puede alentar a los participantes a dar respuestas "aceptables" similares.</li> <li>• Se recomiendan entrevistas estructuradas.</li> </ul>
Encuesta de pequeña escala (cuantitativas)	Establecer un número limitado de indicadores con relación al comportamiento o características específicas de la población objetivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los cuestionarios son sometidos a pruebas de campo.</li> <li>• Los encuestadores están capacitados y son supervisados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere de la estadística para el análisis de resultados, o asistencia técnica.</li> <li>• Para el análisis, compare sus resultados con información de otros grupos.</li> </ul>
Evaluaciones participativas rápidas (cualitativas)	Proporcionar una participación directa de la población carente de servicios en el diseño de la estrategia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se emplean métodos cuantitativos participativos que estimulen un sentimiento de participación.</li> <li>• Repiten las evaluaciones siempre que surjan problemas en la implantación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es importante efectuar acciones inmediatas a partir de la evaluación, con la finalidad de desarrollar y aumentar el entusiasmo de los participantes.</li> </ul>

Los resultados obtenidos de la evaluación de necesidades, ayudará a establecer los objetivos para los servicios que se pretenden implantar, en combinación con los resultados obtenidos de otras fuentes tales como encuestas demográficas o informes internos.

Cuanta mayor participación exista de la población, mayor será la posibilidad de identificar objetivos y estrategias comunes y aceptables.

Al identificar necesidades es importante no perder de vista la misión de la institución, para no caer en el error de querer satisfacer necesidades que no son del ámbito de su competencia. Por ejemplo: una institución de salud no puede cubrir necesidades de seguridad, financieras o de impartición de justicia. De aquí se deriva la importancia de que el prestador de servicios tenga clara su misión.

**UNA VEZ IDENTIFICADAS Y CLASIFICADAS LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN ESPECÍFICA, SE TENDRÁ UNA AMPLIA LISTA DE NECESIDADES QUE DEBEN JERARQUIZAR Y PRIORIZAR, DADO QUE NO SE PODRÁN SATISFACER TODAS ELLAS. DEBERÁ ELEGIR SOLAMENTE AQUELLAS QUE POR SU TRASCENDENCIA TENDRÁN MAYOR IMPACTO SOBRE LA POBLACIÓN.**

Es factible también efectuar acciones que abarquen la solución de problemas múltiples, por ejemplo: un programa de plan de vida y recreación puede ayudar a solucionar problemas de autoestima, drogadicción y embarazos no planeados.

Para definir qué acciones son pertinentes puede aplicar el principio de Pareto, que establece que el 80% de los problemas los genera un 20% de causas y que el 80% de los problemas se solucionan controlando un 20% de las causas. En otras palabras, un pequeño grupo de causas está generando los problemas importantes y una gran cantidad de causas, producen problemas secundarios o intrascendentes (Kume, 1994).

Durante la evaluación se pueden identificar necesidades que el servicio ofertado no está en posibilidad de satisfacer, por carencia de recursos o por no pertenecer al ámbito de la misión institucional. En este caso, se pueden contactar otras organizaciones o programas y establecer coordinación con éstas para que proporcionen los servicios requeridos. Coordinarse con otras instancias y programas requiere un esfuerzo adicional, sin embargo, el esfuerzo se verá recompensado al cubrir las necesidades percibidas por la población y satisfacerlas de forma indirecta, con lo cual el grupo se tornará más receptivo a los mensajes y servicios que ofrece el programa.

## FIJAR OBJETIVOS (QUÉ NECESIDAD ESPERO SATISFACER)

Los objetivos son la expresión cualitativa de un propósito particular relativos a la satisfacción de determinadas necesidades (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 1991). Es un enunciado que define los resultados finales esperados una vez llevadas a cabo ciertas acciones. Por ejemplo: Reducir la incidencia de embarazos no planeados en la población adolescente. El objetivo se ha definido a partir de identificar la necesidad de disminuir el número de embarazos no planeados en la adolescencia y las consecuencias que esto conlleva.

Es común confundir los objetivos con las metas, por lo cual es necesario explicar esta diferencia. Por meta se entiende la expresión cuantitativa de los objetivos planteados, dentro de un plazo determinado. Retomando el ejemplo anterior, una meta sería: Reducir el 20% del número de embarazos no planeados de la población adolescente en el poblado de Timbuctú durante el periodo de enero-diciembre de 1999.

**EL OBJETIVO SURGE A PARTIR DE LA MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN Y SE DETERMINARÁ CON BASE EN EL DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES, LA INFORMACIÓN DIAGNÓSTICA ANALIZADA DARÁ LUGAR A UN PRODUCTO FINAL: LA TOMA DE DECISIONES.**

Los objetivos pueden cambiar con el paso del tiempo, dependiendo de la dinámica social de la población a la cual presta sus servicios. La rigidez para no cambiar los objetivos puede apartar al programa de las necesidades reales de la población específica.

Se enlistan algunos objetivos para brindar atención en salud sexual y reproductiva para la población adolescente.

- ▶ Reducir la incidencia de embarazos no planeados ni deseados
- ▶ Identificar, tratar y prevenir las enfermedades de transmisión sexual
- ▶ Identificar y prevenir la incidencia de drogadicción
- ▶ Incrementar el empleo de métodos anticonceptivos
- ▶ Promover conductas de autocuidado
- ▶ Mejorar los procesos de comunicación entre las parejas adolescentes
- ▶ Mejorar la comunicación entre los/las adolescentes y la familia
- ▶ Promover el empleo de recursos anticonceptivos postparto



## ELECCIÓN DE LA(S) ESTRATEGIA(S) (MEDIANTE QUÉ ACCIONES PUEDO LLEGAR AL OBJETIVO)

Una vez identificadas las necesidades y fijados los objetivos, se requiere seleccionar la(s) estrategia(s) que harán posible el logro del objetivo, siempre considerando los recursos disponibles tales como: materiales, financieros, humanos, de acceso a la población y de tiempo, así como las características propias de la población.

Determinar las estrategias es una actividad creativa. Se recomienda efectuar sesiones de lluvia de ideas con el personal involucrado y preguntar a otras organizaciones qué estrategias han funcionado y cuáles no han funcionado. En el caso de contar con acceso a bancos de datos, revistas o Internet, buscar información complementaria, como experiencias similares en otros países.

**ES IMPORTANTE QUE LAS ESTRATEGIAS PLANTEADAS SE ENFOQUEN A LA PREVENCIÓN. LA ESTRATEGIA DEBERÁ CONTROLAR LAS CAUSAS QUE ESTÁN GENERANDO LA NECESIDAD (FACTORES DE RIESGO), Y FORTALECER AQUELLAS SITUACIONES O ACCIONES QUE PUEDAN EVITAR EL EVENTO INDESEADO (FACTORES PROTECTORES).**

Esta tabla contiene una lista de estrategias posibles para efectuar acciones de prevención y los lugares donde se puede contactar a los grupos blanco de la(s) acción(es).

POSIBLES ESTRATEGIAS Y PUNTOS DE CONTACTO CON LOS USUARIOS	
Preguntas	Puntos de contacto
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación a los niños, padres, adolescentes, prestadores de servicios de salud, maestros.</li> <li>• Participación comunitaria.</li> <li>• Difusión de espacios para medios electrónicos.</li> <li>• Difusión en revistas, videos, canciones con mensajes de salud, concursos artísticos, obras teatrales.</li> <li>• Asesoría telefónica de emergencia.</li> <li>• Capacitación a los/las adolescentes.</li> <li>• Elaboración de programas de financiamiento para otorgar becas de estudio a jóvenes sin recursos.</li> <li>• Servicios de atención a la salud sexual y reproductiva en centros de salud (prevención primaria).</li> <li>• Prevención secundaria en hospitales y centros de salud.</li> <li>• Realización de foros, ferias de la salud, clubes de madres adolescentes.</li> <li>• Coordinación intersectorial e interinstitucional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de salud</li> <li>• Hospitales</li> <li>• Mercados</li> <li>• Escuelas</li> <li>• Centros juveniles</li> <li>• Calles de la ciudad</li> <li>• Lugares de oración</li> <li>• Centros deportivos</li> <li>• Sitios de entretenimiento</li> <li>• Parques y jardines</li> <li>• Grupos organizados</li> <li>• Hogares</li> </ul>

Una forma de llegar a las poblaciones de difícil acceso, como son los/las adolescentes, es suministrar los servicios en los lugares y momentos en que ellos(as) lo consideren más convenientes. Las acciones que realizan los promotores juveniles y la participación social son de gran ayuda.

Un aspecto importante a considerar es el recurso financiero, siempre debe estar presente al momento de elegir la estrategia. Por lo tanto, cuando elija una estrategia tome en cuenta lo siguiente:

- ▶ ¿Se requiere de personas adicionales para operar la estrategia, y en su caso es posible contratarlas?
- ▶ ¿Se pueden ampliar estrategias existentes o se requiere de estrategias totalmente nuevas?
- ▶ ¿Se cuenta con presupuesto para cubrir los gastos de operación?
- ▶ ¿Es posible que el grupo específico pueda contribuir para financiar el servicio?
- ▶ ¿Se pueden obtener donaciones de personas o instituciones, y en su caso, de qué tipo y por cuánto tiempo?
- ▶ ¿Las instituciones de financiamiento imponen requisitos o restricciones para apoyar el servicio?
- ▶ ¿De qué manera podría el grupo usuario apoyar la estrategia?

A partir de evaluaciones realizadas con grupos juveniles (En *Family Planning Management Development*, 1997/98), se han establecido algunas sugerencias que apoyan el desarrollo de las estrategias, como son:

- ▶ Involucrar a los padres en el programa
- ▶ Tratar a los usuarios con vida sexual activa como pareja y enseñarles cómo negociar y tomar decisiones conjuntas.
- ▶ Asignar responsabilidades de asesoría a personas de la misma edad. Los jóvenes capacitados están en disposición de participar y asumir mayores responsabilidades.

**UNA ESTRATEGIA BÁSICA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD ES LA EDUCACIÓN, ENTENDIDA COMO TODAS LAS EXPERIENCIAS QUE EXPERIMENTA LA PERSONA A LO LARGO DE SU VIDA. PUEDE SER FORMAL A TRAVÉS DE LOS SISTEMAS INSTITUCIONALES, E INFORMAL QUE ABARCA TODAS LAS EXPERIENCIAS VIVIDAS FUERA DE LOS SISTEMAS OFICIALES DE EDUCACIÓN.**

Todo proceso educativo tiene como finalidad la adaptación de la persona al medio ambiente, por lo tanto, es necesario identificar y modificar las costumbres y valores que limiten o impidan el sano desarrollo de la población, como por ejemplo los aspectos de género que mantienen la desigualdad de oportunidades.

Una vez que haya elegido una estrategia, usted debe considerar los aspectos administrativos para la implantación y operación.

## **IMPLANTACIÓN DE LA(S) ESTRATEGIA(S)**

La implantación de la estrategia consiste en realizar las acciones planeadas conforme a un programa establecido. Siempre es conveniente contar con un sistema de control y evaluación de las acciones, que permita corregir alguna desviación conforme a lo planeado y corroborar el logro de las metas y objetivos planteados.

Al operar su estrategia, probablemente enfrentará algunos retos particulares de administración, especialmente con la eliminación de barreras.

**LAS DIFERENCIAS CULTURALES, SOCIALES, POLÍTICAS, DE EDAD, IDIOMA O GÉNERO PUEDEN SER BARRERAS ENTRE EL PRESTADOR DE SERVICIOS Y EL GRUPO ESPECÍFICO. ESTE GRUPO PUEDE TENER DISTINTOS CONCEPTOS Y COSTUMBRES CON RESPECTO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, DIFERENTES PUNTOS DE VISTA Y DISTINTAS CREENCIAS RELIGIOSAS. PUEDEN TENER TABÚES EN CUANTO A LA SEXUALIDAD Y LA EDUCACIÓN SEXUAL Y/O MANEJAR DIVERSOS MITOS CON RELACIÓN AL EMPLEO DE RECURSOS ANTICONCEPTIVOS.**

Los prejuicios de los prestadores de servicios pueden constituir una fuerte barrera. Los adolescentes generalmente se exponen a los prejuicios de los proveedores de servicios, un prejuicio puede ser que la gente joven no debe iniciar actividad sexual antes del matrimonio. Los prejuicios y la desinformación por parte de los prestadores de servicios pueden dar como resultado maltrato a los/las adolescentes, mala calidad en los servicios y acceso restringido, generando que sus necesidades no sean cubiertas de manera adecuada.

Las barreras culturales o lingüísticas pueden ser superadas mediante el apoyo de personas que estén familiarizadas con las diferencias culturales y/o que sean capaces de hablar el idioma del grupo al cual se desea acceder.

## 9. Bibliografía





## 9. Bibliografía

1. Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil (1982). *Adolescencia normal en México (Monografía II)*. México: AMPI.
2. Bayona, R. (ed.) (1985). *La Adolescencia*. En *Consultor de psicología infantil y juvenil*. (Vol. 3). Barcelona: Océano.
3. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (1991, marzo-abril). *Gaceta*, Año IV (2).
4. Estrada, I. L. (1997). *El ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo.
5. Good, T. y Brophy, J. (1996). *Psicología educativa contemporánea* (5a. ed.). México: McGrawHill.
6. Krauskopf, D. (1997). *Adolescencia y educación*, 2a. ed., 2a. reimpresión. Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.
7. López, Y. (1990). *La encrucijada de la adolescencia. Psicología de la adolescencia normal* (2a. ed.). México: Ediciones Hispánicas.
8. Master, W., Johnson, V., Kolodny, R. (1987). *Sexualidad humana* (2a. ed., vol. 2). Barcelona: Grijalbo.
9. Organización Panamericana de la Salud (1995). *La salud del adolescente y del joven* (Publicación científica 552). *New York*: OPS.
10. Ríos, A., Guarneros, N., Martínez, H., Chávez de, M., Chávez, A., Urbina, M. (1989 nov-dic.). *Embarazo en la adolescencia. Experiencias de mujeres campesinas de México ante el primer embarazo*. *Revista del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán"*: 1-1(3), 29-37.
11. Sánchez, A. J. (1984). *Familia y sociedad* (3a. ed. 1a. reimpresión). México: Joaquín Mortiz.
12. Secretaría de Salud (1996). *La perspectiva de género en la salud reproductiva*. México: Dirección General de Salud Reproductiva.
13. *World Health Organization (WHO)* (1999, julio). *Program for Adolescent Health and Development. Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health*. Geneva, *World Health Organization*, 1999, *WHO Technical Report Series*, 886 en: "Adolescencia al día", *Habilidades para la vida*, v 2. (compilación). Organización Panamericana de la Salud, Programa de salud y desarrollo del adolescente.

14. Ehrenfeld, N. (1997). El embarazo, características y consecuencias en la madre puber-adolescente. En Calzada, R. y Dorantes, L.M. (ed.). Fisiopatología de la pubertad y embarazo-anticoncepción en adolescentes (pp. 477-487). México: simposio Laboratorio Serono.
15. Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (1999). Encuesta Gente Joven 99. México: Mexfam, documento interno.
16. Consejo Nacional de Población (1998). Proyecciones de Población de México, 1996-2050. México: CONAPO.
17. Consejo Nacional de Población (1999). La situación demográfica de México 1999. México: CONAPO.
18. García, B. y Cols. (1993, nov-dic.). Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México. Revista de salud pública de México. 35 (6), 682-691.
19. Garza de la, C. (1997, dic.). Primigesta Adolescente. Revista de Ginecología y Obstetricia. (65), 533-537.
20. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) e Instituto de Cultura para la Prevención de la Violencia en la Familia A.C. (PREVIO) (1998). Infancia y adolescencia. México: INEGI.
21. Ipas (1999). Identificando la intersección: adolescencia, embarazo no deseado, VIH/SIDA y aborto en condiciones de riesgo. Temas en el tratamiento del aborto 4. Ipas México.
22. Langer, A. y Cols. (1998, ene-feb.). El apoyo psicosocial durante el periodo prenatal. Revisión. conceptual y bibliográfica. Revista de salud pública de México. 30 (1), 81-87.
23. Menken, J. (1980). *The health and demographic consequence of teen age childbearing* In: Chilman, C. (ed). *Adolescent pregnancy and childbearing*. Washington, USA: Government Printing Office Pub. 81-2077.
24. Monroy de Velasco, A. y Cols. (1988). Fecundidad en la adolescencia. Causas riesgos y opciones (Cuaderno técnico N° 12) Washington, D.C: OPS/OMS.
25. Orr, D. P. y Cols. (1991). *Premature sexual activity as an indicator of psychosocial risk*. *Pediatrics*; 87(2), 141-147.
26. Secretaría de Salud (1999). Evaluación del Programa de Salud Reproductiva para Adolescentes. México: Dirección General de Salud Reproductiva, documento interno.



27. Stern, C. (1997). Pubertad y embarazo: Aspectos sociodemográficos y culturales. En Calzada, R. y Dorantes, L.M. (edit.). *Fisiopatología de la pubertad y embarazo-anticoncepción en adolescentes* (pp. 465-475). México: simposio Laboratorio Serono.
28. Toro, R. (1992, nov.). Embarazo en adolescentes. Comparación de complicaciones de peso, somatometría y calificación Apgar, con la población general. *Revista de Ginecología y Obstetricia* (60), 291-295.
29. Villar, J. y Cols. (1992). Una muestra aleatoria del apoyo psicosocial durante el embarazo de alto riesgo. *The New England Journal of Medicine*, 327(18), 1266-1271.
30. Atkin, L., Ehrenfeld, N. y Pick, S. (1996). Sexualidad y fecundidad adolescente. En Langer, A. y Tolbert, K. (ed.), *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*. México: Edamex.
31. Bayona, R. (ed.) (1985). *La Adolescencia*. En *Consultor de psicología infantil y juvenil* (Vol. 3). Barcelona: Océano.
32. Consejo Nacional de Población (1998). Demandas de diálogo e información de los jóvenes. En *La situación demográfica de México* (pp. 147-158). México: CONAPO.
33. Family Health International (1992). Los hombres y la planificación familiar. *Network en español*. 7 (3).
34. Master, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1987). *Sexualidad humana* (vol. 2, 2a ed.). Barcelona: Grijalbo.
35. Organización Panamericana de la Salud (1995). La salud del joven y del adolescente (Publicación científica 552). *New York*: OPS.
36. Organización Panamericana de la Salud (1988). Fecundidad en la adolescencia. Causas riesgos y opciones (Cuaderno técnico núm. 12). Washington, D.C.: OPS.
37. Rodríguez, G. y Aguilar-Gil, J. A. (1992). *Sexualidad de la gente joven. Modelo educativo para profesores y profesionales*. México: Fundación Mexicana para la Planificación Familiar A.C.
38. Finger, W. (1997, primavera). Métodos anticonceptivos para los adultos jóvenes. *Network en español*. 17 (3) 16-17.
39. Ornelas, A. J. (1996, mayo-junio). Anticoncepción en la adolescencia. *Rev. Adolescencia IMSS*. 1 (3) p. 7.

40. Pérez-Palacios, G., Goitia Márquez, A.M., Gil, F., Macchetto, M.T., Núñez, A.R., Cravioto, M.C. y Garza Flores, J. (1998). El derecho a la libre decisión. La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva. México: Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva.
41. Secretaría de Salud (1994, mayo). Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. México: Dirección General de Salud Reproductiva.
42. Secretaría de Salud (1999). Lo que el prestador de servicios debe saber acerca de planificación familiar (serie de 6 vol.). México: Dirección General de Salud Reproductiva.
43. Waszak, C. (1994, enero). Métodos anticonceptivos: La perspectiva de los adolescentes. *Network en español*. 9 (1), p. 10.
44. *World Health Organization* (1996). *Medical Eligibility Criteria for Initiating and Continuing Use of Contraceptive Methods*. Ginebra, Suiza: *World Health Organization*.
45. Schiavon, R. y Jiménez, C. (1997). Anticoncepción de emergencia, en: Calzada, R. y Dorantes, L.M. (ed.). *Fisiopatología de la pubertad y embarazo-anticoncepción en adolescentes* (pp. 423-433). México: simposio Laboratorio Serono.
46. Good, T. y Brophy, J. (1996). *Psicología educativa contemporánea* (5a. ed.). México: McGrawHill.
47. Instituto Mexicano del Seguro Social (1987). Guía técnica para la elaboración de objetivos de aprendizaje. Jefatura de Servicios de Desarrollo de Recursos Humanos.
48. Instituto Mexicano del Seguro Social (1990a). Guía práctica ilustrada de didáctica básica. Jefatura de Servicios de Desarrollo de Recursos Humanos.
49. Instituto Mexicano del Seguro Social (1990b). Manual técnico de didáctica básica. Jefatura de Servicios de Desarrollo de Recursos Humanos.
50. Instituto Mexicano del Seguro Social (1990c). Paquete didáctico del curso para habilitación de asesores. Material del participante. Jefatura de Servicios de Desarrollo de Recursos Humanos.
51. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (1996). Promoción del crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes. Módulo del facilitador. Washington, D.C.: OPS/OMS.
52. Secretaría de Salud (1997). Manual de uso de materiales de información, educación y comunicación en salud reproductiva. México: Dirección General de Salud Reproductiva.

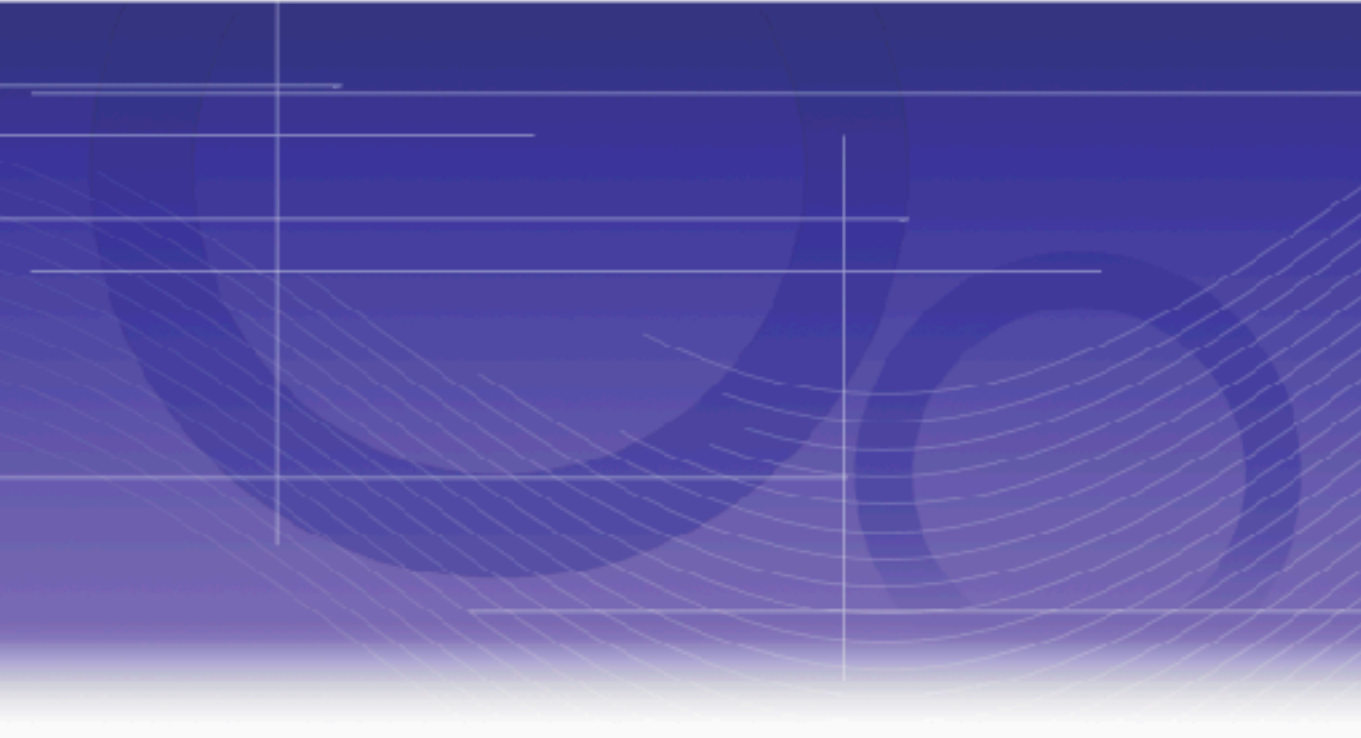
53. *Family Health International* (1997, Primavera). Salud de la reproducción de los adolescentes. *Network en español*, 17 (3).
54. *Family Planning Management Development* (1997/1998). Cómo brindar servicios a las poblaciones de difícil acceso. *Actualidad gerencial. Estrategias para mejorar los servicios de planificación familiar y salud*, 6 (4).
55. Kume, H. (1994). *Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad*. Colombia: Grupo Editorial Norma.
56. Instituto Mexicano del Seguro Social (1991). *Nociones de administración institucional a niveles operativos con mando (Manual de trabajo)*. México: Centro Nacional de Capacitación y Productividad.
57. Meyer, J. (1981). *Objetivos y estrategias de la empresa*. Bilbao, España: Deusto S. A.
58. Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM) (1997). *Programa de modernización de la administración pública. Estrategias para un gobierno competitivo (Manual del participante, glosario)*. México: Unidad de Desarrollo Administrativo.
59. Suárez-Ojeda, E. y Krauskopf, D. (1995). En enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente. Una perspectiva psicosocial. En Maddaleno, M., Munist, M., Serrano, C., Silber, T., Suárez Ojeda, E. y Yunes J. *La salud del adolescente y del joven (Publicación científica 552)*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

## LECTURAS RECOMENDADAS

1. *Bellagio Conference on Emergency Contraception* (1995). *Consensus Statment on Emergency Contracepción* 52: 211-213.
2. Bracken M.B. (1990). *Oral Contraceptives and Congenital Malformations in Offsprings: a Review and Meta-Analysis of the Prospective Studies*. *Obstetrics an Gynecology* 76: 552-557.
3. Cardy G.C. (1995). *Outcome of Pregnancies After Failed Hormonal Postcoital Contraception: An Interim Report*. *British Journal of Family Planning* 21: 112-115.
4. Fasoli M.J. Parazzini F., Cecchetti G., La Vecchia C. (1989). *Post-Coital Contraception: An Overview of Published Studies*. *Contraception* 39(4): 459-468 y 39(6): 699-700.

5. Keserü E., Larrañaga A., Parada J. (1973). *Postcoital Contraception with D-Norgestrel*. *Contraception* 7(5): 367-379.
6. Task Force on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. *Postcoital Contraception with Levonorgestrel During the Peri-Ovulatory Phase of the Menstrual Cycle*. *Contraception* 36(3): 275-286, 1987.
7. Trussell J., Ellertson C. (1995). *Efficacy of Emergency Contraception*. *Fertility Control Reviews* 4(2): 8-11.
8. Webb A., Taberner D. (1993). *Clotting Factors After Emergency Contraception*. *Advances in Contraception* 9: 75-82.
9. World Health Organization (1996). *Medical Eligibility Criteria for Initiating and Continuing Use of Contraceptive Methods*, Ginebra.





[www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)