

00921
9



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

LA RELACION EXISTENTE ENTRE LA DIFUSION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS Y EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLAHUAC

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N :

ALDUCIN GOMEZ RAFAEL

No. DE CUENTA 094154373

AYALA HILARIO ELIZABETH

No. DE CUENTA 098527117

DIRECTORA DE TRABAJO: M. C. ANGELICA RAMIREZ ELIAS

SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES



MEXICO, D. F.

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra Asesora: M. C. E. Angélica Ramírez-Ellias

Por todo su apoyo y paciencia durante la realización de la presente, ya que sin su ayuda y asesoría, hubiese sido muy difícil concluir dicha investigación.

Gracias por todo.

A mis Padres:

Por haberme dado la vida y que siempre me impulsaron a continuar con mis estudios, a pesar de las dificultades por las que hemos pasado, agradezco la confianza que en mí depositaron, a sus ciertos consejos y a enseñarme que en la vida hay que luchar y sacrificarse para lograr sus objetivos. Gracias a sus ejemplos he logrado una de mis más grandes metas.

Los admiro y siempre les estaré agradecida.

Los quiero mucho y que Dios los bendiga.

A Dios:

Por darme la oportunidad de vivir y la fortaleza para cumplir mis metas.

A mis hermanas:

Gracias por creer en mí y por el apoyo incondicional que siempre me han brindado y espero que al igual que yo cumplan con sus objetivos deseados.

A mis amigas (os):

Por estar siempre conmigo en los buenos y malos momentos de mi vida, y por tener la dicha de contar con su valiosa amistad, la cual espero perdure siempre.

A mi compañero de Tesis:

Gracias porque fuiste parte fundamental en uno de mis más grandes logros, ya que siempre conté con tu apoyo y amistad y juntos adquirimos el conocimiento que será la luz que iluminará nuestro camino.

A mis profesores:

Por sus enseñanzas, experiencias y consejos, las cuales hicieron posible adquirir los conocimientos necesarios para mi formación profesional.

Elizabetli Ayala Hilario

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por darme la vida, por estar a mi lado a cada momento, por guiarme y protegerme, por mostrarme el camino cuando me hallaba perdido, te agradezco Dios porque a pesar de que muchas veces me olvidé de ti, tu jamás te olvidaste de mí. Pero especialmente te doy gracias por darme la dicha de nacer en esta familia y permitirme cumplir tantos sueños a lado de los seres que más quiero en el mundo: mis Padres y Hermanos.

A mis Padres:

Por sus cuidados, desvelos y preocupaciones, porque sin importar el tiempo y el lugar sé que siempre estarán a mi lado con su apoyo, comprensión y consejo procurando guiarme cada paso en mi vida deseando lo mejor para mí y mis hermanos, les agradezco por su rigidez y exigencia, por mostrarme que las cosas buenas cuestan trabajo, pero sobre todo porque son un ejemplo a seguir.

A mis Hermanos:

Por brindarme su apoyo, amistad y confianza, por todos los buenos momentos que hemos vivido y porque sin importar lo que suceda estoy seguro que siempre estaremos juntos.

A mis Amigos:

Por estar conmigo en las buenas y en las malas, por permitirme entrar en su vida, por su confianza y comprensión, gracias: Benjamín, Esperanza, Carlos, Marcos, Víctor, Jessica, Eduardo, Oriceh, Angie, Helena, Erica, Jazz, Susana, Edith, Gabriela, Violeta, Jazmín, Elizabeth, Alma, Angel.

Rafael Alducin Gómez

Autoriza la Biblioteca General de la UNAM a depositar esta tesis en su colección de tesis impresas y a prestarla al público interesado en el Centro de Documentación y Referencia de la UNAM.

Rafael Alducin
Gómez
01-ALUM-2003
Rafael A-G

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

Páginas

PORTADA

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCION

I. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1

1. Descripción de la situación problemática
2. Identificación del problema
3. Justificación de la investigación
4. Ubicación del tema de estudio
5. Objetivos

II. MARCO TEORICO

4

1. Adolescencia

4

1 Definición

2 Aspectos físicos de la adolescencia: Pubertad

1.1 Características de la pubertad

1.1.1 Aceleración en el crecimiento de la estatura

1.1.2 Caracteres sexuales secundarios

1.1.3 Cambios en la composición corporal

1.2 Valoración de la pubertad mediante la escala de Tanner

3 Aspectos psicológicos de la adolescencia

4 Aspectos socioculturales de la adolescencia

2. Embarazo en la adolescencia

18

2.1 Definición

2.2 Incidencia

2.3 Factores asociados al embarazo adolescente

2.4 Complicaciones

2.4.1 Complicaciones psicosociales

2.4.2 Complicaciones biológicas

3. Métodos anticonceptivos

23

3.1 Evolución de la practica anticonceptiva en México

3.2 Factores determinantes en el uso de los métodos anticonceptivos en la población mexicana

3.3 Aspectos normativos

3.4 Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar

3.4.1 Descripción, selección, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos



4. Difusión de los métodos anticonceptivos	59
4.1 La importancia de la difusión en el área de la salud	
4.2 Aspectos normativos de la difusión en los servicios de planificación familiar	
4.3 Programas de planificación familiar en México	
4.3 La importancia de la participación de enfermería en la difusión de los métodos anticonceptivos	
III. METODOLOGIA	69
1. Hipótesis de trabajo	
2. Variables e indicadores	
2.1 Conceptualización de variables	
2.2 Operacionalización de variables	
2.3 Modelo de relación causal	
2.4 Tipo y diseño de la investigación	
2.4.1 Cronograma de actividades	
2.5 Técnicas e instrumentos de investigación	
IV. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA	77
1. Universo y muestra	
2. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	
3. Procesamiento de datos	
V. RECOLECCIÓN DE DATOS	78
1. Fuente de los datos	
2. Métodos de recolección	
VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	79
CONCLUSIONES	132
SUGERENCIAS	134
ANEXO	135
GLOSARIO DE TÉRMINOS	140
BIBLIOGRAFÍA	146

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

El embarazo en la adolescencia es un problema multicausal que tiene serias repercusiones sociales y biológicas tanto para la madre como para su hijo, debido a que el embarazo a temprana edad es una de las principales causas de mortalidad materno - fetal y en la mayoría de los casos obstaculiza el desempeño escolar y laboral.

En la presente investigación se pretende identificar la relación existente entre la difusión de los métodos anticonceptivos y el embarazo en las adolescentes que acuden al Hospital Materno Infantil de Tláhuac. La investigación se compone de seis capítulos con sus respectivos apartados, además de las conclusiones, los anexos, el glosario de términos y la bibliografía.

En el primer capítulo se presenta la fundamentación del tema de investigación integrado por la descripción e identificación del problema, la justificación de la investigación, así como la descripción de la ubicación del tema de estudio, finalmente se mencionan los objetivos tanto generales como específicos de la investigación.

El segundo capítulo corresponde al marco teórico donde se profundiza acerca de la adolescencia y sus implicaciones tanto sociales como biológicas, el embarazo en la adolescencia, sus causas y complicaciones; así mismo se hace referencia a los métodos anticonceptivos, las normas que regulan su uso, el papel de la difusión en la metodología anticonceptiva y los programas de planificación familiar que han existido en México.

En el tercer capítulo se aborda la metodología de la investigación haciendo referencia al planteamiento de la hipótesis, la descripción de la variables, el tipo, diseño, técnicas e instrumentos de investigación, el modelo de relación causal de las variables y el cronograma de actividades.

El cuarto capítulo hace referencia a la instrumentación estadística en donde se especifica el tamaño del universo y muestra, así mismo se describen los criterios de inclusión, exclusión y el procesamiento de datos. En el quinto capítulo se describen las fuentes y los métodos de recolección de los datos. En el sexto capítulo se presentan los resultados de la investigación en donde se muestra la redacción, descripción y análisis de la información representada mediante cuadros y gráficas.

Por último se presentan las conclusiones y sugerencias, el apartado de anexos en donde se muestra el formato del instrumento de investigación, el glosario de términos y la bibliografía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION

1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El fenómeno del embarazo en la adolescencia responde a una serie de causas que se conjugan entre sí como la baja escolaridad, la marginación, la pobreza, la insuficiente información, los roles tradicionales de la mujer y los cambios en los valores culturales respecto al ejercicio de la sexualidad entre los jóvenes. Ello se ve reflejado en los 454,000 nacimientos de hijos de adolescentes que anualmente se registran en nuestro país, estimándose que en muchos de los casos se trata de embarazos no deseados. Tenemos así que la edad media nacional del primer embarazo es de 19 años y que solo el 36% de las mujeres unidas a su pareja entre los 15 y 19 años utilizan algún método anticonceptivo. (MEXFAM, 2002)

Para toda adolescente el embarazo representa un riesgo de salud debido a la falta de madurez de sus órganos reproductivos lo que implica una probabilidad mucho mayor de desarrollar complicaciones serias como preeclampsia, anemia, parto prematuro, y/o placenta previa pudiendo causar la muerte de la madre y del producto. Cabe señalar que el riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años. Los hijos de madres adolescentes tienen de dos a seis veces más probabilidad de tener bajo peso al nacer en comparación de los hijos de madres mayores de 20 años, esto se debe al retraso del crecimiento intrauterino o a que casi siempre se trata de recién nacidos prematuros. Las madres adolescentes son más dadas a demostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol, o abuso de drogas; alimentación inadecuada y pobre; o parejas sexuales múltiples, esto pone al recién nacido en un alto riesgo de crecimiento inadecuado, infecciones y/o dependencia química. El riesgo de muerte para el recién nacido durante el primer año de vida se incrementa en relación a la edad de la madre cuanto menor de 20 años sea. (American Accreditation Health Care Commission, 2002)

De acuerdo a las estadísticas del hospital Materno Infantil de Tláhuac durante el periodo de Enero a Octubre del 2002 se atendieron 3,341 nacimientos de los cuales 868, es decir el 26%, fueron de hijos de adolescentes. Así mismo se registraron 486 abortos de los cuales 123 fueron de adolescentes embarazadas.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿La difusión de los métodos anticonceptivos se relaciona con la incidencia del embarazo en las adolescentes que acuden al Hospital Materno Infantil de Tláhuac?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La adolescencia constituye un grupo prioritario de atención en materia de salud reproductiva debido a que en los últimos años la población joven se duplicó al pasar de los 11 millones en 1970 a los 22 millones en el año 2000 lo que representa cerca del 25% de la población total del país, destacando que de los 2,300,000 nacimientos que anualmente se registran en nuestro país 454,000 corresponden a hijos de adolescentes lo que representa el 16% de la tasa anual de fecundidad. La ONU señala que el 20% de las mujeres latinoamericanas inician la maternidad antes de los 18 años y un 40% antes de cumplir los 20 años y que en México el 57% de las mujeres adolescentes han tenido alguna experiencia sexual lo que aumenta su riesgo de embarazo. (Tuñón, E. 1997)

Esto implica un grave problema de salud pública a causa de la repercusión negativa sobre el binomio madre - hijo y a su proyección en la esfera económica y demográfica, pues la situación económica, política y moral que enfrenta nuestro país dificulta encontrar respuestas reales a estos problemas de salud que van en aumento alcanzando tal magnitud que la mortalidad materna adolescente se ha incrementado a 23 defunciones por cada mil nacimientos siendo la causa principal el aborto.

Podemos afirmar que el embarazo en la adolescencia es un problema de investigación viable si consideramos que la difusión es una de las medidas con mayor impacto entre la población y que por consiguiente la educación sexual, específicamente la difusión de los métodos anticonceptivos enfocada a la prevención del embarazo no deseado, es una actividad que el licenciado de enfermería y obstetricia puede realizar con éxito facilitando la obtención de resultados satisfactorios.

4. UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

El tema que se estudia en la presente investigación se ubica en el área de enfermería dado que los profesionales de enfermería desempeñan un papel importante en la promoción y difusión de los cuidados a la salud no solo en el ámbito hospitalario sino también a nivel comunitario contribuyendo así en la prevención de daños a la salud.

Se ubica en el área de la psicología pues cada adolescente que enfrenta el problema del embarazo tiene una manera individual de reaccionar ante el impacto psicológico que esto determina, pero existen características conductuales que se repiten con frecuencia y sirven de orientación para su evaluación clínica.

Pertenece al campo de la ginecología ya que estudia todo lo relacionado con la anatomía y fisiología de la mujer.



Se ubica dentro del campo de la obstetricia pues estudia al embarazo como un proceso con sus consecuencias y complicaciones que se incrementan cuando el embarazo ocurre en la adolescencia.

Es propio del área de salud publica por que es un problema con graves consecuencias en la esfera social y familiar de los jóvenes: incide en la reproducción de la pobreza y la marginación, refuerza la cultura de la paternidad y de los roles familiares tradicionales, incide en la pérdida de oportunidades de una mejor calidad de vida (educación, capacitación, empleo, ingreso) y afecta la autoestima y la seguridad personal de la madre.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la relación existente entre la difusión de los métodos anticonceptivos y la incidencia del embarazo en las adolescentes que acuden al Hospital Materno Infantil de Tláhuac.

5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Investigar un tema que sea de interés para el personal de salud y que sirva de base para futuras investigaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II. MARCO TEORICO

1. ADOLESCENCIA

1.1. DEFINICIÓN

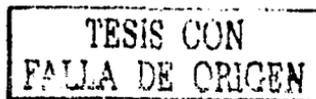
La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) define a la adolescencia como el periodo de la vida en el cual se adquiere la capacidad reproductiva, se transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida la independencia socioeconómica.

El término adolescencia es empleado en dos sentidos diferentes, uno físico y otro psicológico, el aspecto físico denominado "pubertad" se refiere a los cambios somáticos (fenotípicos, hormonales y de funcionamiento) que experimenta el ser humano de manera normal a partir de los 8 años de edad y que se extienden aproximadamente hasta los 18 o 20 años, momento en el que se han alcanzado los procesos básicos de crecimiento, la madurez biológica y la capacidad de procrear. En sentido psicológico la adolescencia es una situación anímica, un modo de existencia y un tipo de comportamiento que aparece aproximadamente con la pubertad y que tiene su fin cuando la persona alcanza la madurez mental y es considerada socialmente adulta. (Games, E. 1997)

1.2 ASPECTOS FÍSICOS DE LA ADOLESCENCIA: PUBERTAD

La pubertad aparece y se desarrolla de manera normal entre los 8 y 20 años de edad, se inicia primero en las mujeres entre los 10 y 13 años y luego en los varones entre los 11 y 14 años. Estrictamente hablando, la pubertad comienza con el crecimiento gradual de los ovarios (y de órganos relacionados con ellos, como el útero) en las mujeres, y de la glándula prostática y las vesículas seminales en los varones. (Henry, P. 1991) Sin embargo, debido a que estos cambios no son fácilmente observables en la práctica clínica y en la investigación, se suele considerar como primer signo de pubertad en la mujer el brote de las mamas (*telarquía*), seguido del crecimiento de vello púbico (*pubarquía*), aumento máximo de la estatura, inicio de la menstruación (*menarquía*), crecimiento del vello axilar y cambios en el tono de voz. En los varones la pubertad se manifiesta de la siguiente manera: crecimiento de los testículos y del vello pubiano, crecimiento del pene, eyaculación nocturna, aumento máximo de la estatura, cambios en el tono de voz y crecimiento de vello axilar y facial. (Kempe, H. 1988)

La aparición de más de dos caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años en la mujer y de los 9 años en el varón se considera pubertad precoz, y por el contrario, se denomina pubertad tardía o retrasada a la ausencia de caracteres sexuales secundarios después de los 13 años en mujeres y de los 14 años en los varones. (Du'anto, E. 2000) Ver cuadro 1-1



Cuadro 1-1 Secuencia de aparición de los caracteres sexuales secundarios de acuerdo al sexo.

Edad en años	Sexo masculino	Sexo femenino
9 a 10		Crecimiento de los diámetros pélvicos; los pezones inician su protrusión.
10 a 11	Inicia el crecimiento de pene y testículos.	Inicia el desarrollo de las mamas y el crecimiento de vello púbico.
11 a 12	Se inicia la actividad prostática.	Cambios en el epitelio y mucosa vaginal; crecimiento de genitales externos e internos.
12 a 13	Aparece el vello púbico.	Pigmentación de los pezones; presencia de glándulas mamarias.
13 a 14	Crecimiento acelerado de pene y testículos; aparición del nódulo de la glándula mamaria y ginecomastia pasajera, crecimiento de vello axilar.	Crecimiento de vello axilar, menarquia.
14 a 15	Vello axilar, bozo, cambios en el tono de voz.	Vello axilar en moderada cantidad, vello púbico desarrollado, mamas desarrolladas con apariencia adulta; menstruación bien establecida.
15 a 16	Maduración espermática.	Acné; cambios en el tono de voz.
16 a 17	Acné, vello facial y corporal.	Detención del crecimiento esquelético.
17 a 20	Detención del crecimiento esquelético.	

Fuente: Dulanto, E. 2000.

La pubertad es un proceso de maduración biológica que se caracteriza por cinco rasgos íntimamente relacionados entre sí:

1. Aceleración en el crecimiento de la estatura.
2. Aparición de los caracteres sexuales secundarios.
3. Cambios en la composición corporal.
4. Rápido crecimiento y desarrollo de gónadas y genitales.
5. Reajuste general en el balance hormonal que da origen al establecimiento de la menstruación y la ovulación en las niñas y de la espermatogénesis en los varones. (Games, E. 1997)



1.2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA PUBERTAD

1.2.1.1 ACCELERACIÓN EN EL CRECIMIENTO DE LA ESTATURA

La principal característica del crecimiento y desarrollo es la aceleración en el crecimiento de la estatura que ocurre en la pubertad y que se refleja en los valores de talla, peso y superficie corporal. La edad de inicio y duración de la aceleración en el crecimiento es muy variable, en promedio suele ocurrir alrededor de los 10 ½ años en la mujer y de los 12 ½ años en el varón. (Games, E. 1997)

El fenómeno biológico de la aceleración en el crecimiento pubescente, mencionado como segundo brote de crecimiento físico, abarca con gran intensidad el sistema musculoesquelético y las vísceras, en particular pulmones y corazón. Este incremento de estatura tiene un control hormonal diferente al del periodo escolar precedente pues lo produce la acción conjunta de las hormonas sexuales las hormonas tiroideas y las hormonas de crecimiento. Durante esta nueva etapa se adquiere una talla o estatura definitiva; también ocurren modificaciones en perímetros craneales, torácico y abdominal. (Dulanto, E. 2000)

Casi todas las dimensiones musculares y esqueléticas toman parte en el "estirón", aunque no todas en igual medida. Las dimensiones de la cabeza muestran un ligero aumento pues los huesos del cráneo crecen en grosor alrededor de un 15%; los dedos crecen antes que la mano, después crece el antebrazo y por último el brazo; el aumento en el tamaño de las piernas es muy evidente y precede entre seis y nueve meses al crecimiento del tronco. El mayor dimorfismo sexual del esqueleto que ocurre durante la pubertad, está relacionado con el ensanchamiento de los hombros (muy evidente en los varones) y de las caderas (que predomina en las mujeres). (Games, E. 1997)

El aumento en la talla implica una ganancia en el peso corporal, ambos dependen de diversos factores, entre ellos: genéticos, hábitos de alimentación, características raciales, etc.; alrededor de los 8 años de edad las niñas alcanzan un peso corporal equiparable al de los niños, hacia los 10 años los aventajan por primera vez y mantienen esa ventaja hasta los 15 años de edad. Los varones a lo largo de su vida aumentan de peso gradualmente y logran aventajar a las mujeres en promedio con 7 a 8Kg cuando alcanzan los 19 a 20 años de edad. (Dulanto, E. 2000)

Por lo general, el mayor incremento en la talla se observa durante el segundo año de la pubertad. En promedio los varones crecen unos 7cm en el primer año del "estirón", 9cm en el segundo y 7cm en el tercero, después el crecimiento se hace más lento, siendo de unos 3cm al año siguiente y de 2cm al año final, alcanzando un incremento de estatura total de 24 a 28cm. En las mujeres la aceleración en el crecimiento comienza dos años antes que en los varones, en el primer año crecen aproximadamente 6cm, el segundo año 8cm y el tercero 6cm, logrando un aumento de estatura total de 20 a 23cm y alcanzando su pico máximo de estiramiento en el año que precede a la menarquía. Al final del

6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

crecimiento la estatura de varones adultos suele ser en promedio 12cm mayor que la de mujeres. (Games, E. 1997)

1.2.1.2 CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS

Los cambios sexuales secundarios en la mujer aparecen por término medio dos años antes que en el varón. La primera de las características sexuales secundarias que se manifiesta es el desarrollo de las glándulas mamarias (*telarca* o *telarquía*) y por lo general tarda alrededor de tres años en completarse de la siguiente manera:

- Alrededor de los 9 años de edad el pezón se protruye y pierde su aspecto infantil.
- Hacia los 10 años la areola se eleva y con el pezón forma una protuberancia cónica (mama areolada).
- Después la areola se desplaza hacia adelante y se eleva por la acumulación de grasa.
- Finalmente la mama de la mujer adulta muestra a la areola aplanada sobre la protuberancia mamaria.

Poco después de iniciar el crecimiento mamario se desarrolla el vello pubiano (*pubarca*). Al inicio el vello es poco pigmentado y lacio, y aparece sobre los labios mayores, luego se extiende con lentitud hacia el pubis, y más tarde se dirige lateralmente cubriendo el monte de Venus formando un triángulo invertido, con el tiempo se transforma en vello rizado y pigmentado adquiriendo las características de una mujer adulta.

Se llama *menarca* o *menarquía* a la fecha en que aparece el primer sangrado genital normal, que ocurre en promedio entre los 9 y 17 años de edad en adolescentes de países industrializados, e indica el comienzo de la capacidad reproductiva. La edad de la menarca esta sujeta a factores de salud, factores socioeconómicos, a cierto tipo de ejercicio físico y a factores genéticos; suele aparecer más tarde en las familias de bajo ingreso económico, en las campesinas y en las mujeres que sufren de tuberculosis, diabetes, enfermedades crónicas, anemia, e.c. (Martínez, R. 1998).

Con el paso del tiempo se ha observado una tendencia hacia una menarquía más temprana, con una disminución de 3 a 4 meses por década. De este modo al principio del siglo XX el promedio de la menarquía era de los 16 años de edad, mientras que en la actualidad se presenta alrededor de los 13 años. Las causas de la disminución de la menarquía son poco claras, pero se piensa que es un reflejo en la mejora de las condiciones sanitarias y ambientales.

Por otro lado, se sabe que la edad de la menarquía es un determinante principal del tiempo de exposición de una mujer a sus estrógenos, con relación a esto, muchos estudios han demostrado que la aparición de la menarquía antes de los 13 años es un marcador de riesgo de desarrollar cáncer de mama, mientras

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que una menarquía tardía implica un primer embarazo más tardío y una disminución en la tasa de embarazos en la adolescencia. (Chavez, A. 1999)

Una vez que se establece la menarquía, los ciclos menstruales suelen ser al principio irregulares con escaso o excesivo flujo acompañados de dismenorrea. Es importante señalar que aunque la menarquía corresponde en algunos casos con la primera ovulación, no es raro que vaya seguida de ciclos anovulatorios que pueden extenderse hasta por 1 a 3 años.

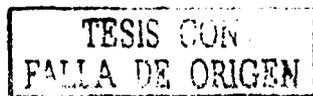
El vello axilar aparece poco después del vello pubiano y en las proximidades de la menarca, en un inicio el vello es fino y bien pigmentado, más tarde se transforma rizado y grueso extendiéndose sobre el cono piramidal de la axila. El cambio en el tono de voz depende del crecimiento rápido de la caja de resonancia que se forma en la faringe y la cavidad oral; (Dulanto, E. 2000) la voz pierde su carácter infantil y se torna más suave y armoniosa, pero éste cambio no es tan notable como en el varón. (Martínez, R. 1998)

En los varones el primer carácter sexual secundario que se manifiesta es el aumento en el tamaño de los testículos, en la niñez los testículos tienen un volumen de alrededor de 1 a 3cc, con la pubertad aumentan su tamaño hasta 10 veces el tamaño inicial, y adquieren un peso de aproximadamente 17g. (Games, E. 1997) Poco después comienza a desarrollarse el pene aumentando primero en longitud y luego en grosor debido al desarrollo del cuerpo esponjoso y de los cuerpos cavernosos, el pene prepubescente mide 6cm en promedio y al finalizar el proceso de crecimiento el pene flácido puede medir entre 11 y 17cm, alcanzando su tamaño definitivo en dos años. (Dulanto, E. 2000)

El vello púbico (*pubarca*) en el varón aparece en promedio alrededor de los 12 años de edad, poco después de que inicia el aumento en el tamaño de los testículos. Al principio se encuentra no pigmentado y en la raíz del pene, poco después se pigmenta, se transforma en largo y fino, y se extiende con lentitud por el pubis hacia la base del pene formando un triángulo invertido que posteriormente se extiende hasta el ombligo adquiriendo una forma romboide. (Dulanto, E. 2000)

El vello axilar en la mayoría de los varones se presenta entre los catorce y quince años de edad, como vello fino y bien pigmentado, crece con rapidez hasta abarcar el cono piramidal de la axila, y por lo general, después de los dieciocho años de edad se extiende sobre la cara interna del brazo y el tórax.

El vello facial suele surgir a la par del vello axilar; y al igual que el vello corporal depende de las características genéticas y raciales; suele aparecer primero sobre el labio superior y se denomina bozo, es fino, corto y poco pigmentado, luego el vello se extiende para cubrir las mejillas, parte anterior del cuello y mentón. El vello corporal aparece como vello fino y bien pigmentado, cubre de manera parcial piernas y tercio medio e inferior de muslos, brazo y antebrazo, aparece alrededor de los trece o catorce años de edad de acuerdo con las características familiares. (Dulanto, E. 2000)



La espermarquía se presenta con la primera eyaculación espontánea nocturna que también se conoce como "poluciones nocturnas" o "sueños húmedos", se observa en promedio a los 13 años de edad.

El cambio en el tono de voz depende del crecimiento rápido de la laringe y cuerdas vocales, y del ensanchamiento de la caja de resonancia que se forma en la faringe y la cavidad oral, en la mayoría ocurre entre los catorce y los quince años de edad. (Dulanto, E. 2000)

1.2.1.3 CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL.

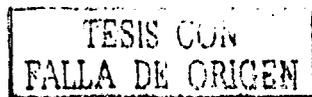
Las diferencias en la composición corporal entre los dos sexos se vuelven aparentes a partir de los 9 años de edad, estas diferencias se deben principalmente a que las mujeres tienen mayor grasa corporal que los varones y a que estos tienen un mayor incremento en sus tejidos magros en relación con las mujeres, debido a que la grasa subcutánea que desde la edad de 1 a 6 años mostró una constante disminución proporcional en ambos sexos, ahora empieza a acumularse de nuevo, especialmente en la cadera y zona pélvica en la mujer y en el abdomen y tórax en el varón. (Games, E. 1997)

Con la pubertad la mandíbula termina su ensanchamiento; la nariz crece en sentido anteroposterior; el cuello se alarga, adquiriendo la curvatura del adulto; la rinofaringe y fosas nasales se amplían; entre los 12 y 20 años se completa el crecimiento de la base del cráneo y la silla turca aumenta más que ninguna otra estructura; el aumento del tamaño de las glándulas sebáceas de la piel favorece la aparición del acné; las glándulas sudoríparas producen mayor secreción olorosa; los tejidos linfáticos disminuyen de tamaño; la configuración torácica se iguala a la del adulto y desaparece el desdoblamiento del segundo ruido cardiaco. El joven aumenta su resistencia e incrementa su velocidad de respuesta al ejercicio o trabajo. (Martinez, R. 1998)

Los varones desarrollan corazones y pulmones más grandes, una presión sanguínea sistólica más elevada, una mayor capacidad para llevar oxígeno a la sangre, y un pulso cardiaco más lento cuando se hallan en reposo; así como una frecuencia y volumen respiratorios más elevados. (Henry, P. 1991)

Al aumentar la producción de andrógenos, especialmente de testosterona, el pene crece y se vasculariza; se desarrolla la próstata, el escroto y las vesículas seminales. Los lóbulos prostáticos crecen y empiezan a secretar semen. Conforme la madurez avanza, la secreción prostática contiene fructuosa ácida en más abundancia. Clínicamente, esta madurez se expresa a través de las poluciones nocturnas, las eyaculaciones espontáneas o aquellas que se obtienen por masturbación. (Dulanto, E. 2000)

A causa de los estrógenos las trompas de falopio aumentan en longitud, sus paredes se hacen más gruesas y adquieren motilidad; el útero adquiere capacidad



contractil debido al crecimiento de su pared muscular y por primera vez el cuerpo del útero es mayor que el cuello uterino, el endometrio sufre cambios que lo hacen funcionar como epitelio proliferativo con descamación consecuente, la vagina crece en sus ejes longitudinal y transversal, su pared adquiere mayor elasticidad, el medio vaginal se acidifica y con ello cambia su flora: aparecen los *Bacilos de Dodderlein* cuya función es crear una barrera fisiológica de protección a las posibles infecciones ascendentes; los labios mayores se ensanchan y los labios menores crecen al igual que el clitoris, el cual adquiere capacidad de erección; el orificio del himen vaginal aumenta de manera significativa ya que casi duplica su tamaño; la piel que cubre la vulva así como la que cubre la areola mamaria y el pezón se pigmenta. (Dulanto. E. 2000)

1.2.2 VALORACIÓN DE LA PUBERTAD MEDIANTE LA ESCALA DE TANNER.

La valoración del desarrollo puberal se realiza utilizando el método que estableció el doctor John Tanner en la década de los sesenta en Inglaterra. La escala de Tanner o clasificación de la maduración sexual valora los cambios en la forma y el contorno mamario, el desarrollo de los órganos genitales en los varones y del vello púbico en ambos sexos, utilizando una escala de cinco puntos o etapas donde la etapa I se considera prepuberal y la etapa V corresponde a la madurez completa. Ver figura 1-1, 1-2 y 1-3

Etapa I. (Prepubertad)

Sexo femenino. Hay elevación de la papila mamaria y la areola es rosada.

Sexo masculino. Los testículos, el escroto y el pene poseen casi las mismas dimensiones que en la infancia.

Ambos sexos. No existe vello púbico; el vello encontrado es semejante al que cubre la pared abdominal.

Etapa II

Sexo femenino. Hay protrusión del pezón, surge el primer crecimiento del botón mamario y de la areola del pezón. Puede iniciarse la pigmentación.

Sexo masculino. Crecen los testículos y el escroto; este se arruga, cambia de aspecto y empieza a pigmentarse. Hay poco impulso del crecimiento del pene.

Ambos sexos. El vello púbico inicia su crecimiento en la raíz del pene en varones y en la parte superior de los labios; mayores en mujeres, es fino, largo y ligeramente pigmentado.

Etapa III

Sexo femenino. La glándula mamaria crece de manera acelerada. El pezón crece al igual que la areola, pero no se eleva sobre la mama. En la región pectoral

hay acumulación de tejido adiposo e incremento del parénquima glandular. Aparece la menarquía.

Sexo masculino. El pene se desarrolla en sentido longitudinal. El crecimiento del escroto y testículos continúa de manera acelerada. Aparece la espermarquía.

Ambos sexos. El vello púbico aumenta de cantidad, se hace fuerte, rizado y pigmentado. También se extiende sobre la superficie púbica.

Etapa IV

Sexo femenino. El pezón y la areola se levantan sobre la superficie de la glándula mamaria para ampliar su diámetro y formar un segmento diferente a la glándula mamaria. Aumenta el tejido adiposo como base de los lóbulos mamarios que son turgentes y casi con la apariencia de la mujer adulta.

Sexo masculino. El pene continúa en crecimiento longitudinal y, de manera acelerada, en grosor. El glande se desarrolla, y continúan agrandándose los testículos y el escroto; este también se pigmenta cada vez más.

Ambos sexos. El vello púbico adopta características propias del sexo y de la edad adulta, pero en extensión cubre un área inferior a la del adulto. No se extiende hacia regiones colindantes.

Etapa V

Sexo femenino. El pezón se proyecta y pigmenta, y la areola retrocede respecto de la glándula mamaria. Los elementos glandulares se desarrollan por completo. Los genitales externos son casi como en el adulto.

Sexo masculino. Los genitales adquieren forma y tamaño de tipo adulto. El pene deja de crecer e incluso pareciera que disminuye de tamaño ligeramente. (Dulanto, E. 2000)

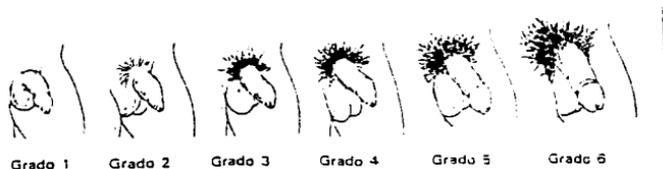


Fig. 1-1 Grados de desarrollo de los genitales en el sexo masculino de acuerdo a la valoración por la escala de Tanner. Tomado de Dulanto, E. 2000

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

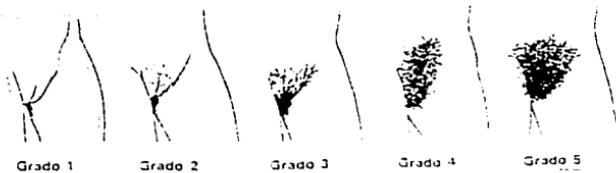


Fig. 1-2 Grados de desarrollo de vello púbico en el sexo femenino de acuerdo a la valoración por la escala de Tanner. Tomado de Dulanto, E. 2000.

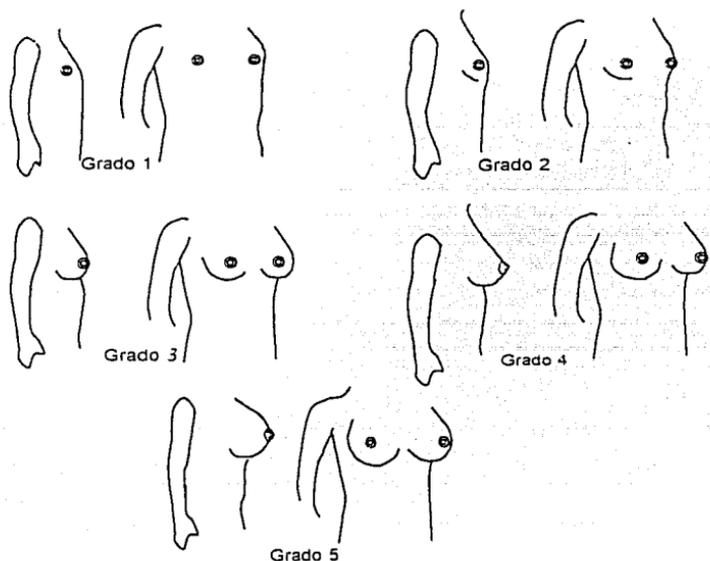


Fig. 1-3 Grado de desarrollo de las mamas en el sexo femenino de acuerdo a la valoración mediante la escala de Tanner. Tomado de Dulanto, E. 2000

1.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia no es solo un cambio somático dependiente de la acción hormonal, es también un periodo crítico del desarrollo psíquico, ligado íntimamente a los cambios corporales y a la situación individual de los jóvenes en cuanto a su ambiente y a sus posibilidades culturales, económicas y sociales. Por ello se le ha clasificado para facilitar su estudio en tres etapas: adolescencia temprana, adolescencia media, y adolescencia tardía. *Ver cuadro 1-2*

Adolescencia temprana (10 - 13 años)

En la adolescencia temprana los jóvenes perciben con angustia y satisfacción que ahora ya son capaces de actos físicos y genitales que conllevan un nuevo placer, "el orgasmo", cosa que antes les era imposible por su condición de niños; este descubrimiento les produce gran actividad o inactividad física y la necesidad de relación y comunicación con quien sea, alternando con episodios de retraimiento, aislamiento y misantropía; para muchos adolescentes el mundo se libidiniza, hasta el punto de que los objetos y los hechos más simples pueden adquirir implicaciones eróticas. Tienen gran temor al ridículo, se tornan huraños, rechazan las caricias de los padres y de otros familiares adultos; las consideran cosas de niños, aunque en el fondo las deseen. Se vuelven inestables, ambivalentes, responden con crisis de llanto frente a represiones mínimas y suelen enfurecerse si alguien les señala sus errores. (Martínez, R. 1998)

La libido no toma aún su ruta sexual definitiva; los varones se vuelven hostiles y burlones hacia las mujeres, tratan de impresionarlas y exageran para todo, se vuelven exhibicionistas, en tanto que, las mujeres en grupo también se burlan de los varones. En el sentido sexual, los adolescentes están interesados con detalle en lo referente a las relaciones sexuales; sufren confusión y angustia como resultado de la ambivalencia cultural de los padres y de los maestros, quienes al informar o tratar de orientar, reflejan su propia ignorancia e inmadurez sexual, transmitiendo miedos, supuestos peligros y futuros castigos. (Martínez, R. 1998)

Durante la adolescencia temprana los jóvenes suelen experimentar fuertes conflictos de dependencia e independencia hacia sus padres, pues comienzan a entender que ellos no son las figuras omnipotentes y perfectas que percibieron durante su infancia. Ante tal imperfección el adolescente decide con gran angustia y determinación, que él jamás será como ellos, ya que lo que él ve es lo que considera como un fracaso existencial, y se convence de que los adultos no serán siempre quienes tengan las respuestas que él busca; entonces aparecen las actitudes de ira aparentemente sin motivo, de resentimiento ante los padres y maestros, rehusándose a acatar reglas familiares, horarios, programas de clase, etc (Horrocks, J. 1997)

Adolescencia media (14 - 16 años)

Durante la adolescencia media los jóvenes mejoran sus posibilidades de relación, incluso con sus familiares y sus superiores. Manifestando una mayor seguridad en sí mismos, manipulan hábilmente la autoridad de los padres para obtener lo que ellos pretenden: permisos, dinero y otros satisfactores. En la mayoría de las veces centran su potencial en actividades deportivas, servicios sociales, movimientos ideológicos y políticos, por lo cual constituyen un grupo de fácil manipulación. Realizan una sublimación de la libido por enamoramientos idealizados, noviazgo formal con planeación de matrimonio, suplencias eróticas como el baile, el abrazo, el beso y la manipulación de genitales; experimentan relaciones sexuales con o sin uso de anticonceptivos, lo que facilita el embarazo a temprana edad. (Martínez, R. 1998)

Adolescencia tardía (17 - 20 años)

Durante la adolescencia tardía, las preocupaciones sexuales giran alrededor de una relación de pareja y del futuro. Como los adolescentes en esta etapa han adquirido las habilidades propias del pensamiento operacional formal, empiezan a pensar en el futuro en términos de sus preferencias vocacionales y educacionales, así como la elección de su vida sexual, aparecen los planes sobre el matrimonio y la familia. Algunos adolescentes posiblemente planeen formar familias tempranamente o seguir la vocación de sus padres, otros pueden escoger alcanzar un determinado grado académico antes de formar una familia. (Kempe, H. 1987) En esta etapa de la adolescencia, el joven comparte las preocupaciones que se suscitan en la adolescencia temprana y en la adolescencia media, pero afronta además el problema de su ubicación respecto del mundo adulto, de la independencia y la responsabilidad hacia: las relaciones sexuales, el matrimonio, el trabajo, la política, la paternidad, etc. Podemos decir que el adolescente joven se preocupa por saber quien es y que es, mientras que el adolescente mayor debe preocuparse además, por lo que va a hacer durante el resto de su vida. (Games, E. 1997)

Cuadro 1-3 Características psicológicas y sociales del adolescente de acuerdo a las etapas de la adolescencia.

Adolescencia temprana	Adolescencia media	Adolescencia tardía
<u>Identidad.</u>		
Le preocupan los rápidos cambios corporales.	Modifica su imagen corporal. Aumento del narcisismo.	Definición firme de la imagen corporal y del rol sexual.
Mide su atractivo en función de la aceptación o rechazo de sus compañeros.	Tendencia a la introspección y el descubrimiento de sí mismo.	Identidad sexual madura.
Se adapta a las normas del grupo.	Tiene una vida de fantasía idealista.	Roles sociales definidos. Aceptación de su aspecto físico.
<u>Relaciones con los padres</u>		
Definición de los límites de independencia.	Conflictos importantes entre el deseo de independencia.	Fin de los conflictos de separación emocional y física de los padres.
Fuerte conflicto entre el deseo de permanecer dependiente de los padres y de separarse.	Separación emocional final e irreversible de los padres.	Independencia hacia la familia, menos conflictiva.
Ausencia de conflictos importantes con relación al control paterno.		
<u>Relaciones con los compañeros</u>		
Buscan afiliaciones con amigos para hacer frente a la inestabilidad generada por los rápidos cambios	Fuerte necesidad de identidad para afirmar la propia imagen.	El grupo de amigos disminuye en importancia a favor de la amistad individual.
Punto decisivo de las amistades íntimas idealizadas con personas del mismo sexo.	Importancia de ser aceptado por los amigos; miedo al rechazo. Modelos de conducta establecidos por el grupo de amigos	Ensayo de las relaciones con el sexo opuesto y con miedo a una relación formal de pareja. Relaciones caracterizadas

Lucha por el poder en el grupo de amigos.	Exploración de la capacidad de atraer al sexo opuesto.	por dar y compartir.
<u>Sexualidad.</u>		
Autoexploración y evaluación.	Relaciones múltiples.	Entabla relaciones estables y vínculos atractivos con otro.
Salidas limitadas, normalmente en grupo.	Giro decisivo hacia la heterosexualidad (si es homosexual lo sabe en este momento).	Capacidad creciente para la relación mutua y la reciprocidad.
Intimidad limitada.	Exploración del atractivo sexual.	Salidas en pareja con el sexo opuesto.
	Sentimiento de estar enamorado.	La intimidad significa entrega, más que exploración y romanticismo.
<u>Salud psicológica.</u>		
Cambios de humor amplios.	Tendencia al ensimismamiento sobretodo cuando está enfadado o han herido sus sentimientos.	Mayor estabilidad emocional.
Furia expresada externamente con enfados, explosiones de cólera e insultos verbales y gritos.	Sentimientos comunes de incapacidad; dificultad para pedir ayuda.	Mayor capacidad de controlar la furia.

Fuente: Medina, G. 2000.

1.4 ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LA ADOLESCENCIA

En la sociedad occidental para que un adolescente llegue verdaderamente a ser adulto y no simplemente maduro físicamente, tiene que llevar a cabo una serie de tareas básicas de desarrollo: ajuste a los cambios físicos de la pubertad y a la corriente de pensamientos nuevos a que da lugar la maduración sexual; el desarrollo de su independencia respecto de los padres o de otras personas que se encargan de él; el establecimiento de efectivas relaciones sociales y de trabajo con coetáneos del mismo sexo y del opuesto, y la preparación para una vocación que tenga sentido. (Henry, P. 1991) Ser adulto implica tener la capacidad de

ganarse la vida, ser responsable de sí mismo, de un compañero o compañera, de los hijos de uno y finalmente ser responsable de los cambios sociales. La implicación es que mientras más se acerque el joven a estas características más adulto será, solo que en algunas sociedades las mismas reglas también prohíben que el joven se adapte demasiado pronto a estas responsabilidades.

Así pues, ser adulto implica obligaciones y derechos, y el adolescente inicia su desarrollo con obligaciones pero sin derechos. A los 12 años ya tiene que pagar boleto de adulto en cines y aviones, pero esto no le acarrea ningún privilegio. A los 16 años ya puede obtener una licencia para manejar, pero con supervisión y paranoia. A los 18 años ya puede votar, ser obligado a ir a la guerra, y casarse sin el consentimiento de los padres, pero en general, la sociedad le ve con escepticismo si trata de demostrar su responsabilidad. (Horrocks, J. 1997)

La adolescencia y sus implicaciones difieren dentro de una misma cultura de acuerdo a las clases sociales, por ejemplo, en las zonas marginadas se observa una adolescencia muy corta, en donde el hambre y la desorganización social y familiar obligan al joven a optar por el trabajo, la mendicidad o la delincuencia para poder subsistir. En el aspecto sexual, la pobreza, los inquilinatos y la promiscuidad, hacen que el desarrollo de la sexualidad y de todos los conceptos asociados con esta, como virginidad, matrimonio, incesto, tengan una evolución y un significado radicalmente distinto al de otros niveles sociales, un ejemplo de ello son los embarazos a temprana edad. (Kempe, H. 1987)

En el medio rural la adolescencia por lo general es corta y el patrón conductual adulto se inicia a los 15 años, por lo que este tipo de jóvenes no tiene la oportunidad de superar las crisis de la adolescencia y es posible que lleguen a la adultez con personalidades muy segmentadas, dependientes e inseguras. En cambio, en la sociedad urbana sobretodo en la clase media y alta, el papel del adulto es más variable y complejo; esto determina que el proceso de la adolescencia se prolongue hasta permitir el aprendizaje de un mayor número de tecnologías y desenvolvimiento de habilidades. (Henry, P. 1991)

En lo que respecta a la experiencia sexual, algunas culturas son especialmente restrictivas en cuanto a la actividad sexual durante la niñez, la adolescencia y hasta cierto punto, durante la edad adulta. Otras sociedades se muestran cabalmente permisivas a cualquier edad, e incluso propician la experiencia sexual desde los primeros años de la niñez en adelante como por ejemplo los Chewa de Africa quienes creen que si los niños no comienzan a ejercitarse sexualmente a temprana edad nunca lograrán tener hijos más tarde, dicha actividad propicia periódicos intercambios de pareja hasta que se llega al matrimonio. De manera semejante, los Lepcha de la India creen que las muchachas "no maduraran" si no mantienen relaciones sexuales. (Henry, P. 1991)

En contraste, culturas como la nuestra, son altamente restrictivas durante la infancia y la adolescencia y luego, de pronto, se vuelven mucho más permisivas

con respecto a la actividad sexual en la edad adulta, e incluso la exigen. En nuestra sociedad, es común que los padres enseñen a sus hijos a inhibir y a controlar la conducta sexual, inculcándoles de manera consciente o inconsciente una sensación de ansiedad hacia el sexo, presumiblemente a fin de prepararlos para el momento idóneo en que se espera se deberá despertar la respuesta sexual. Sin embargo lo que en realidad se ha inculcado no ha sido la adaptación sexual en sí, sino, más bien una preocupación angustiada sexual, que a su vez despierta en el adolescente un sentimiento de inquietud hacia la experiencia de las relaciones sexuales.

2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

2.1 DEFINICIÓN

La OMS (2000) define al embarazo adolescente, como aquel que ocurre antes de los 20 años de edad, y cuando la adolescente mantiene una total dependencia socioeconómica del núcleo familiar.

2.2 INCIDENCIA

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2000) reporta que en la actualidad más de la mitad de los habitantes del mundo son menores de 25 años, y de ellos, un 80% viven en países en desarrollo. Se considera que estos valores continuarán incrementándose, especialmente la población adolescente, estimando que para el 2020 las cifras llegarán a más de los 1,200 millones de habitantes y que de hecho, la población adolescente en América Latina llegará a ser superior a los 180 millones.

El fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2002) señala que de los nacimientos que anualmente se registran en el mundo, alrededor del 10% corresponden a embarazos adolescentes. Asimismo declara que el embarazo en la adolescencia es la principal causa de muerte entre mujeres de 15 a 19 años de edad, y que en comparación con las madres de mayor edad las adolescentes tienen por lo menos dos veces más posibilidades de morir durante el parto que las madres mayores de 20 años, y sus hijos un 30% más probabilidad de morir antes de cumplir los 5 años de edad. En este sentido se estima que en América Latina 25 mil mujeres mueren anualmente por complicaciones durante el embarazo y el parto, y que de los 13 millones de nacimientos que ocurren en el continente al año, dos millones corresponden a embarazos adolescentes.

Por otro lado, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2002) advierte que en el mundo las mujeres inician su vida sexual en promedio a los 17.2 años y que nueve de cada diez mujeres tuvieron su primera relación sexual sin protección.

En lo que respecta a México el conteo de población y vivienda del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2000), menciona que la

población joven se ha duplicado en los últimos años, al pasar de los 11 millones en 1970 a los 22 millones en el año 2000, lo que representa cerca del 25% de la población total. Asimismo, se calcula que de los 2,800,000 nacimientos que anualmente se registran en nuestro país, 454,000 corresponden a hijos de adolescentes menores de 20 años, estimándose que en muchos de los casos se trata de embarazos no deseados. Tenemos así, que la edad media nacional del primer embarazo es de 19 años y que solo el 36% de las mujeres unidas entre los 15 y 19 años de edad utilizan algún método anticonceptivo.

2.3 FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE

Las causas del embarazo adolescente lo determinan básicamente factores socioculturales, por ejemplo, en la población rural y marginal urbana donde el embarazo temprano es más frecuente la maternidad forma parte indisoluble en la vida de las mujeres y en muchas ocasiones es la única forma de valorización social que ellas tienen.
(Magally, S. 20u2)

Hoy en día los adolescentes crecen rodeados de una cultura donde la televisión, el cine, la música y las revistas transmiten frecuentemente mensajes en los cuales las relaciones sexuales a temprana edad son comunes y aceptadas pero no se menciona como afrontarlas responsablemente, aunado a esto, la idea de que lo normal entre los jóvenes es tener relaciones sexuales a temprana edad está muy extendida, por ello los adolescentes se sienten presionados e impulsados por los comentarios de los amigos para experimentar las relaciones sexuales a temprana edad, aún sin estar plenamente convencido de querer hacerlo, tan solo por el simple hecho de creer que el resto del grupo lo hace.

Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara y específica sobre las consecuencias de las relaciones sexuales (incluyendo el embarazo y enfermedades de transmisión sexual). Por lo que, gran parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin informar. Así pues, la lista de razones que explican el embarazo en la adolescencia es interminable, y a continuación se mencionan algunos factores:

FACTORES DETERMINANTES.

1. Tener relaciones sexuales sin adoptar las medidas anticonceptivas adecuadas (por desconocimiento, temor a su uso, dificultad para acceder a ellas, o bien, negación a tomar las medidas anticonceptivas por propia determinación).
2. Violación.



FACTORES PREDISPONENTES.

Por sí solos no tienen la fuerza de condicionar el embarazo adolescente, por lo que actúan en conjunto. Estos factores se dividen en personales, familiares y sociales.

Factores personales.

1. Abandono escolar.
2. Autoestima baja.
3. Falta de confianza en sí mismo.
4. Sentimientos de abandono y desesperanza.
5. Problemas emocionales, de personalidad o ambos.
6. Carencia de afecto (esta puede ocurrir con frecuencia desde etapas tempranas de la vida y se sostiene con persistencia).
7. Incapacidad para planear un proyecto de vida.
8. Inicio temprano de relaciones sexuales.
9. Consumo de sustancias tóxicas que causan adicción.
10. Desinterés para asumir actitudes de prevención.
11. Necesidad de afirmar su identidad de género.
12. Menarquia temprana.

Factores familiares

1. Familia disfuncional. Ausencia de una figura paterna estable y modelos promiscuos de conducta.
2. La presión del medio familiar para formar una familia y de los padres que piensan que sus hijos ya están en edad para buscar a alguien a quien amar.
3. Hacinamiento y promiscuidad.
4. Crisis existencial del núcleo familiar a causa de problemas emocionales, económicos y sociales.
5. Madre con antecedentes de embarazo adolescente.
6. Antecedente de una hermana adolescente embarazada.
7. Normas en el comportamiento y actitudes sexuales de los adultos.

Factores sociales.

1. Abandono escolar. La falta de expectativas escolares altas y la restricción de opciones de vida, aunado al contexto social en el que se desenvuelven los adolescentes.
2. Mal o inadecuado uso del tiempo libre.
3. La falta de orientación adecuada en la conducta sexual, sustentada en valores y normas sociales diferentes para cada uno de los sexos y la carencia de una atención especializada de los servicios de salud para este grupo de la población.
4. Nuevas formas de vida propiciadas por la subcultura juvenil.
5. Cambios sociales que dificulten la incorporación laboral.
6. Ingreso temprano a la fuerza laboral.
7. Cambios sociales en el concepto de status de la mujer.
8. Condiciones socioeconómicas desfavorables a la familia.

9. Marginación social.
10. Mayor tolerancia del medio social a la maternidad en la soltería.
11. El machismo como un valor cultural.
12. El efecto de los medios de comunicación masiva en particular la televisión, en el modelado de la conducta sexual (tanto de adolescentes como de adultos) y transmisión de mensajes contradictorios. (Dulanto, E. 2000)

2.4 COMPLICACIONES

2.4.1 COMPLICACIONES PSICOSOCIALES

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias poco adversas como un medio familiar poco receptivo para aceptar y proteger un embarazo a esta edad.

Las complicaciones psicosociales de un embarazo en la adolescencia varían de acuerdo con la cultura, la educación, el nivel escolar, el grado de desarrollo socioeconómico y las diferentes legislaciones de cada país. En nuestra cultura el mayor riesgo observado para las madres adolescentes, parece no deberse tanto a las especiales condiciones fisiológicas, sino más bien, a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione: es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planeado con una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción de la familia, ocasionando un control prenatal tardío o insuficiente.

Es común que la adolescente al darse cuenta de que está embarazada experimente tensión, ansiedad, estados depresivos y temor en cuanto a los cambios que está sufriendo su cuerpo, así como sentimientos de minusvalía, culpa, vergüenza y una serie de fantasías en cuanto a sus relaciones con sus padres, son múltiples las dudas que se plantea: ¿Qué puede hacer?, ¿Cómo reaccionará su pareja?, ¿Cómo se lo va a ha decir a sus padres y como lo tomarán?, ¿Qué va a ocurrir con su vida?. En ocasiones el embarazo para la adolescente puede desencadenar cierto rechazo social por parte de su pareja, amigos, vecinos, familiares e incluso por sus propios padres en el momento en que más los necesita. (Dulanto, E. 2000)

La adolescente embarazada es en cierto modo una niña, que de pronto se ve forzada a entrar en un mundo completamente desconocido para ella truncando sus planes a futuro, pues en la mayoría de los casos se ve en la necesidad de abandonar sus estudios con la consecuente dificultad para ingresar al campo laboral, o bien, si ya tenía un empleo es posible que se le dificulte la reinserción al campo de trabajo e incluso llegue a perder su empleo.

Las parejas jóvenes que se unen a causa de un embarazo suelen tener mas problemas maritales acompañados de una mayor probabilidad de divorcio.

Debido a esto, los hijos de adolescentes pasan gran parte de su vida en un hogar monoparental, y ellos se convierten en una población potencial para generar embarazos no deseados en su futura adolescencia; se ha observado que los hijos de madres adolescentes suelen presentar con mayor frecuencia problemas psicof afectivos como agresividad, impulsividad o problemas de atención, así como un mayor índice de deserción escolar.

En algunos casos las madres adolescentes solteras, tienen dificultad para entablar una relación de pareja estable lo que a su vez implica un mayor número de parejas sexuales y de embarazos.

En lo que respecta a la pareja, las consecuencias se asocian con mayor frecuencia con el abandono de los estudios profesionales y la realización de trabajos de menor nivel, así como con una mayor incidencia de separación, aunque no es raro que los padres asuman la responsabilidad económica en la mayoría de los casos.

2.4.2 COMPLICACIONES BIOLÓGICAS.

En cuanto a las complicaciones biológicas, se estima que el embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquía, ya que no es sino hasta el quinto año de edad ginecológica cuando se considera que la joven ha alcanzado su madurez reproductiva, por esta razón los embarazos que se inician en los primeros años de postmenarquía adquieren especial prioridad dado los mayores riesgos maternos y perinatales que conllevan.

Las patologías maternas, perinatales y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquía (menor de 15 años).

Las complicaciones asociadas al embarazo adolescente como la enfermedad hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, etc., determinan una elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil cuando se compara con los grupos de edades entre 20 y 29 años. La morbilidad se puede clasificar por periodos de la gestación, en la primera mitad del embarazo destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas a patologías placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y rotura prematura de las membranas ovulares.

En el periodo del parto, los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina una incapacidad del "Canal de parto", para permitir el paso del polo cefálico fetal, estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas). Otra

manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del canal blando, que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como una mayor probabilidad de hemorragias e infecciones puerperales que pueden estar comprometidas por la desnutrición y anemias previas. Además la estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal de parto (ósea o blanda), implica un mayor riesgo de parto traumático para el feto.

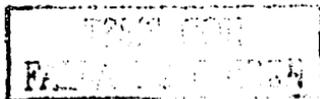
3. METODOS ANTICONCEPTIVOS.

3.1 EVOLUCIÓN DE LA PRACTICA ANTICONCEPTIVA EN MÉXICO

Uno de los sucesos más importantes en el ámbito de salud en la sociedad mexicana en los últimos 25 años ha sido sin duda, la integración de la planificación familiar a los servicios de salud. A mediados de la década de los sesenta, cuando la fecundidad alcanzó su nivel máximo histórico, muy pocas personas, mayoritariamente las clases medias y altas de la sociedad, tenían conocimiento de los métodos modernos para regular la fecundidad y éstos sólo eran accesibles en los servicios de salud privados; el ambiente cultural de la época, a pesar de las transformaciones económicas y sociales que había experimentado el país desde los años cuarenta, seguía favoreciendo las familias numerosas, y la reproducción era percibida como algo que escapaba del control de los individuos. El marco jurídico que prevalecía en ese tiempo, producto del predominio por muchos años de política pronatalista, imponía fuertes restricciones a la población para poder acceder al conocimiento y los medios de regulación de la fecundidad.

En enero de 1974 se publicó la nueva Ley General de Población, con el objetivo de regular los fenómenos demográficos y establecer la obligatoriedad del Estado para ofrecer servicios de planificación familiar, asimismo determina la gratuidad del servicio de planificación familiar en las instituciones públicas de salud. En Diciembre del mismo año se reformó el artículo 4º Constitucional, lo que convirtió a México en el segundo país del mundo y el primero de América Latina en consagrar en su ley fundamental el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Y no fue sino hasta diez años después, en 1984 cuando se estableció la planificación familiar como parte de los servicios de salud. (ENADID, 1999)

A partir de dichos cambios, la práctica anticonceptiva en México se ha extendido de manera notable, esto se refleja en los datos obtenidos mediante la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 1999) que se ha realizado desde 1973 hasta la fecha, gracias a ello hoy se sabe que, hace veinte años tan solo el 12% de las mujeres en edad fértil unidas maritalmente usaba algún método anticonceptivo; seis años después esta cobertura se incrementó a mas del doble (30%), hasta alcanzar un 52.7% en 1987; y para 1992 el 63.1%, es decir, seis de cada diez mujeres en edad fértil unidas utilizaban algún método anticonceptivo.



En cuanto al tipo de métodos anticonceptivos, se ha observado un incremento en la preferencia por los métodos modernos: salpingoclasia, dispositivo intrauterino u hormonales. En 1976, 69.7% de las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos estaba protegida por un método moderno, 7.0% usaba un método local (condón) y un alto porcentaje (23.3%) recurría a métodos tradicionales, es decir, al ritmo o al retiro. Para 1992, esta distribución cambió a 82.2%, 5.0% y 12.8% respectivamente. Actualmente se estima que alrededor del 43.3% de las mujeres que adoptan algún método anticonceptivo tienen preferencia por la salpingoclasia. (Palma, Y. 1996)

Cabe señalar que los incrementos en la práctica anticonceptiva no han sido homogéneos en todas las regiones de nuestro país ni en todas las entidades; las regiones con un mayor desarrollo socioeconómico presentan niveles significativamente más altos que las de regiones menos desarrolladas; así pues, mientras que siete de cada diez mujeres unidas en edad fértil residentes en las áreas urbanas usa métodos anticonceptivos, solo cinco de cada diez hace uso de ellos en el medio rural. (ENADID, 1999)

En cuanto a la práctica anticonceptiva por grupos de edad tenemos que los niveles de uso más bajos se observan en el grupo de 15 a 19 años, en donde solo 36% de las mujeres unidas utiliza algún método; mientras que en las áreas rurales, apenas una de cada cuatro mujeres adolescentes usa algún método anticonceptivo. (Palma, Y. 1996)

3.2 FACTORES DETERMINANTES EN EL USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN MEXICANA.

La dinámica de uso de los métodos anticonceptivos distingue dos fases: la adopción y la posadopción. Para la adopción se requieren tres elementos: el primero es la percepción de los usuarios de que es posible incidir sobre el proceso reproductivo, en otras palabras regular la fecundidad; el segundo es el conocimiento de los métodos anticonceptivos y de algunos elementos básicos relacionados con la reproducción, y el tercero es la existencia de una motivación para regular la fecundidad. La etapa de la posadopción se refiere a los periodos de uso, interrupción y reinicio de la anticoncepción, incluyendo la posibilidad de probar diferentes métodos y fuentes de obtención. (Palma, Y. 1996)

La motivación para regular la fecundidad involucra los ideales reproductivos y la valoración de los hijos y de la maternidad. Destaca el hecho de que el peso de la regulación de la fecundidad ha recaído principalmente en la mujer, por lo que, la oposición del varón ante la práctica anticonceptiva es una barrera importante en algunos segmentos de la población, sobretudo en las áreas rurales.

Un factor muy importante a considerar en la adopción de la metodología anticonceptiva, y que a su vez está estrechamente vinculado con la motivación, es el referente a los costos percibidos para regular la fecundidad, entre ellos los

costos de acceso, los de uso y los psicosociales. Los costos de acceso son aquellos relacionados con la búsqueda del servicio; los de uso dependen de los riesgos para la salud y los atributos de cada método. Los costos psicosociales se refieren a la violación de normas y creencias personales o familiares que se pueden cometer al tratar de forzar el uso de métodos anticonceptivos, así como los problemas con la pareja en caso de que ésta se oponga a la anticoncepción, y al uso de ciertos métodos con la eventual desaprobación social o religiosa.

En todas las investigaciones relacionadas con el fenómeno del embarazo en la adolescencia, se ha encontrado que la escolaridad de la mujer está positivamente relacionada con la adopción de la práctica anticonceptiva, por lo que a mayor escolaridad mayor ha sido el porcentaje de mujeres que utiliza algún método anticonceptivo para regular su fecundidad. Esto se debe a que, en teoría, la formación escolar incrementa la capacidad de comprensión y de manejo de información, comunicación y análisis, que son cualidades que favorecen la difusión de innovaciones.

El aspecto geográfico también ha sido un factor determinante en la adopción de la metodología anticonceptiva; en México, existen cerca de 156,000 localidades, de ellas 13,456 tienen entre 500 y 2,500 habitantes, y más de 140,000 tienen menos de 500 habitantes. Esta dispersión ha dificultado el acceso a los servicios de salud de dichos grupos, por lo que la cobertura de uso de los métodos anticonceptivos resulta ser mucho más baja allí que en las zonas urbanas. (Palma, Y., 1996)

La religión juega un papel muy importante en la adopción y difusión de los métodos anticonceptivos, ya que influye en los valores de las personas, la iglesia afirma que la anticoncepción provoca una decadencia moral general, menor respeto a las mujeres y un control coercitivo de la sexualidad por parte de los gobiernos por lo que acabamos tratando nuestro cuerpo como a una máquina. La Iglesia condena el uso de los métodos anticonceptivos porque la anticoncepción es contraria a los bienes del matrimonio. La Iglesia enseña que un acto sexual en que se emplean métodos anticonceptivos no es un verdadero acto conyugal. No es en realidad un acto marital de amor porque no expresa de manera plena el significado de la unión sexual: los miembros de la pareja no se entregan mutuamente del todo. Rechazan algo que pertenece al acto sexual, que es la fertilidad. Es muy cómodo tener trato carnal con casi cualquiera cuando se suprime el poder procreador; pero en realidad sólo los esposos que se unen sin métodos anticonceptivos respetan ese poder. La unión sexual, cuando se cierra a la vida, pierde gran parte de su significado: se convierte en un acto momentáneo sin compromisos para el futuro. En cambio, el acto sexual abierto a la vida apunta en sí mismo al futuro del hijo.

Además, la iglesia considera que la mayoría de los anticonceptivos son perjudiciales para la salud y que favorecen la explotación de la mujer, que cualquier mujer que se estime no debería usarlos debido a que los anticonceptivos abren la puerta a una cantidad enorme de abusos contra la mujer. Cuando un

hombre ama de verdad a una mujer, está dispuesto a casarse con ella y tener hijos con ella mientras que el uso de anticonceptivos hace a la mujer sexualmente disponible sin exigir compromiso.

La religión considera que la planificación familiar natural (PFN), en cambio, es compatible con los planes de Dios, además de tener casi un 100% de éxitos, ya que el ciclo sexual es algo dispuesto por Dios, y que el uso de los métodos anticonceptivos es como vomitar para seguir comiendo. La PFN exige sacrificios mutuos, fortalece la relación de los esposos con Dios y favorece la misma relación conyugal. (Smith J. 2000)

3.3 ASPECTOS NORMATIVOS.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1992), a través del artículo 4º que entró en vigor el 31 de Diciembre de 1973, declara que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

La Ley General de Salud (2002) en sus artículos 67 al 71 establece que:

Art. 67. La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Así mismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de esperar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materna constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

Art. 68. Los servicios de planificación familiar comprenden:

- I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población.

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

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

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

Art. 71. La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional. (Ley General de Salud, 2000)

3.4 NORMA OFICIAL MEXICANA DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

3.4.1 DESCRIPCIÓN, SELECCIÓN, PRESCRIPCIÓN Y APLICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE ACUERDO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA.

Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes.

Temporales.

- a) Hormonales orales.
- b) Hormonales inyectables.
- c) Hormonales subdérmicos.
- d) Dispositivo Intrauterino.
- e) De barrera y espermicidas.
- f) Naturales o de abstinencia periódica.

Permanentes.

- a) Oclusión tubaria bilateral.
- b) Vasectomía.

3.4.1.1 MEDIDAS PARA LA PRESCRIPCIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos se debe efectuar:

- Interrogatorio.
- Examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios, así como de los requerimientos de los métodos anticonceptivos.
- Valoración de riesgo reproductivo.
- Consejería que garantice selección informada de un método específico por el usuario.
- Señalamiento de la efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicaciones sobre el uso.
- Seguimiento de los usuarios de métodos anticonceptivos, para detectar oportunamente embarazo, uso incorrecto del método y efectos colaterales.
- Referencia a otra unidad de salud, cuando no exista la posibilidad de proporcionar el método anticonceptivo seleccionado.
- Localización y promoción de la reincorporación de usuarios inasistentes al control periódico.

3.4.1.2 DESCRIPCIÓN DE CADA UNO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

A) HORMONALES ORALES

Los anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales y se dividen en dos grupos:

- Los combinados de estrógeno y progestina.
- Los que contienen solo progestina.

HORMONALES ORALES COMBINADOS QUE CONTIENEN ESTRÓGENO Y PROGESTINA

Formulación

Contienen un estrógeno sintético: etinil estradiol (20-50µg) o mestranol (50-100µg). Las dosis diarias recomendables no deben exceder de 35µg de etinil estradiol o de 50µg de mestranol.

Además del estrógeno contienen una de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de la 19 Nortestosterona: noretisterona (400µg-1mg), norgestrel (300 a 500µg), levonorgestrel (500 - 250µg), gestodeno (75µg), norgestimato (250µg) y desogestrel (150µg), o derivadas de la 17 Hidroxiprogesteronona: acetato de clormadinona (2mg) y acetato de ciproterona (2mg).

Presentación

Existen tres tipos de presentaciones de los anticonceptivos hormonales combinados orales:

- Las que contienen dosis constantes del estrógeno y de la progestina en cada una de las tabletas o grageas. Se presentan en cajas de 21 tabletas o grageas. Algunas presentaciones incluyen siete tabletas o grageas adicionales que no contienen hormonas, sino solo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración ininterrumpida.
- Las que contienen dosis variables del estrógeno y la progestina en las tabletas o grageas que se administran dentro del ciclo de 21 días, se denominan trifásicos por incluir tabletas o grageas con tres cantidades diferentes de hormonas sintéticas.
- Aquellas que en el paquete para 21 días contienen 15 tabletas o grageas con el estrógeno solo, seguidas por seis tabletas o grageas con dosis fijas del estrógeno, más alguna progestina sintética, se denominan secuenciales y no se debe recomendar su uso como anticonceptivo.

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 92 al 99%.

Indicaciones

Los anticonceptivos hormonales combinados orales están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o múltiparas,

incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En posaborto inmediato.
- En posparto o poscesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

Contraindicaciones

- Lactancia en los primeros seis meses posparto.
- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Precauciones:

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

Forma de administración

Los anticonceptivos hormonales combinados orales, en el primer ciclo de tratamiento, deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual. También pueden iniciarse al sexto o séptimo día, en este caso debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días de la administración del método.

En las presentaciones de 21 tabletas o grageas se ingiere una tableta o gragea diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días de descanso sin medicación. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los siete días de descanso del ciclo previo independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

En las presentaciones de 28 tabletas o grageas se ingiere una de estas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguidos de 7 días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta o gragea que contiene hierro o lactosa. Los ciclos subsiguientes se inician al concluir el previo, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se ingieren las tabletas o grageas en forma correcta.

Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Cefalea.
- Náusea.
- Vómito.
- Mareo.
- Mastalgia.
- Cloasma.
- Manchado intermenstrual.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

1. En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método, ya que esta sintomatología generalmente es transitoria y comúnmente se presenta solo en los primeros ciclos de uso.
2. Suspender el uso del método, reforzar consejería y ofrecer cambio de método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:
 - Sospecha de embarazo.
 - Cefaléa intensa.
 - Alteraciones visuales.
 - Dolor torácico intenso.
 - Disnea.
 - Dolor de miembros inferiores.
 - Ictericia.
 - Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de 6 meses.

Conducta a seguir en caso de uso irregular de método anticonceptivo

1. En caso de olvido de una tableta o gragea: tomar al día siguiente dos tabletas o grageas. En caso de olvido de dos tabletas o grageas consecutivas: ingerir dos tabletas o grageas durante los dos días siguientes, y adicionar un método de barrera por siete días.
2. En caso de olvido de tres tabletas o grageas consecutivas, el método ya no es efectivo. Se debe suspender la ingestión de las tabletas o grageas restantes, utilizar un método de barrera durante el resto del ciclo y reiniciar la ingestión de tabletas o grageas en el siguiente ciclo menstrual.
3. La diarrea y el vómito intensos pueden interferir con la efectividad de las tabletas o grageas. En estos casos se debe recomendar el uso adicional de un método de barrera.

HORMONALES ORALES QUE SOLO CONTIENEN PROGESTINA

Formulación

Existen dos formulaciones que contienen dosis bajas de una progestina sintética, linestrenol 0.5 mg y levonorgestrel 35µg (no contienen estrógenos).

Presentación

Se presenta en cajas que contienen 35 tabletas o grageas.

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 90 al 97%.

Indicaciones

Los anticonceptivos hormonales orales que solo contienen progestina están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas, 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.
- En el posparto o poscesárea, con o sin lactancia y cuando se deseen anticonceptivos orales.
- En el posaborto inmediato.

Contraindicaciones

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

Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión importante.
- Migraña focal.

Forma de administración

Los anticonceptivos hormonales orales que solo contienen progestina en su primer ciclo de tratamiento deben iniciarse preferentemente el primer día de la menstruación. Si el inicio se efectúa después del primero y antes del sexto día desde el inicio de la menstruación, se deberá usar un método de barrera, como apoyo, durante 7 días. Se ingiere una tableta diaria ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación. Debido a la menor duración de su efectividad anticonceptiva, es necesario tomar la tableta o gragea a la misma hora.

En el posparto, o poscesárea cuando la mujer esté lactando se debe iniciar después de la sexta semana. Si no está lactando puede iniciarse después de la tercera semana. Al suspender totalmente la lactancia se puede recomendar el cambio a otro método anticonceptivo.

Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva está limitada al día en que se ingiere la tableta. Si se omiten una o más tabletas o grageas el método es inefectivo.

Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado o amenorrea).
- Cefalea.
- Mastalgia.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

1. Cuando hay amenorrea y antecedente de ingestión irregular de la tableta se debe descartar la existencia de embarazo.
2. En caso de sintomatología leve, se debe reforzar la consejería y recomendar a la usuaria continuar el uso del método anticonceptivo.
3. El uso del método se debe suspender si se presenta embarazo confirmado e intolerancia a las alteraciones del ciclo menstrual.

Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo

1. En caso de olvido de una o más tabletas o grageas se debe adicionar un método de barrera, descartar la posibilidad de embarazo y luego reiniciar el uso de las tabletas o grageas o cambiar a otro método.
2. La diarrea y el vómito intensos pueden interferir con la efectividad de las tabletas o grageas. En estos casos se debe recomendar el uso adicional de un método de barrera.

B) HORMONALES INYECTABLES

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción y se dividen en dos grupos:

- Los combinados de estrógeno y progestina.
- Los que contienen solo progestina.
- Hormonales combinados inyectables que contienen estrógeno y progestina.

Formulación

Contienen un ester de estradiol: cipionato de estradiol (5mg), valerianato de estradiol (5mg) o enantato de estradiol (5 y 10 mg). Las dosis recomendables del ester de estradiol no deben exceder de 5 mg al mes.

Además de estrógeno contienen una de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas esterificadas derivadas de la 19 - Nortestosterona: enantato de noretisterona (50 mg), o derivadas de la 17 - Hidroxiprogesterona: acetato de medroxiprogesterona (25mg) y acetofénido de dihidroxiprogesterona (75 y 150 mg).

Presentación

Existen cuatro tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables:

- Cipionato de estradiol 5mg más acetato de medroxiprogesterona 25mg en 0.5 ml de suspensión acuosa microcristalina.
- Valerianato de estradiol 5mg más enantato de norestisterona 50mg en un ml de solución oleosa.
- Enantato de estradiol 5mg más acetofénido de dihidroxiprogesterona 75mg en 1ml de solución oleosa.
- Enantato de estradiol 10mg más acetofénido de dihidroxiprogesterona 150mg en 1ml de solución oleosa.

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

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 e inyectable, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En posaborto.
- En posparto, o poscesárea después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

Contraindicaciones

- Lactancia, en los primeros seis meses posparto.
- 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, accidentes cerebrovasculares, 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.
- Leiomiomatosis uterina.
- Insuficiencia renal.
- Alteraciones de la coagulación.

Forma de administración

Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.

La primera aplicación se debe hacer en cualesquiera de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación. También puede iniciarse en cualquier momento si se está razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada.

Si el método se inicia después del quinto día del ciclo menstrual debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros 7 días después de la inyección. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30 ± 3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

Las usuarias de anticonceptivos inyectables que solo contienen progestina pueden cambiar al hormonal combinado inyectable recibiendo la primera aplicación de este en el día programado para su inyección. Posteriormente se debe aplicar cada 30 ± 3 días independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

En el posparto o poscesárea cuando la mujer no efectúa lactancia, la administración del hormonal combinado inyectable se puede iniciar después de la tercera semana.

Después de un aborto se puede iniciar la administración del hormonal combinado inyectable a las 2 semanas.

Estos anticonceptivos deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva, o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse 2 semanas después.

Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva se extiende hasta por 33 días después de la aplicación de la inyección. La aplicación de inyecciones subsecuentes después de 33 días a partir de la anterior no garantiza protección anticonceptiva.

Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales.
- Cefalea.
- Náusea.
- Vómito.
- Mareo.
- Mastalgia.
- Incremento de peso corporal.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

1. En casos de sintomatología leve, se debe reforzar la consejería y recomendar a la usuaria a que continúe el uso del método, ya que esta sintomatología puede ser transitoria y comúnmente se presenta solo en los primeros meses de uso.
2. Suspender el uso del método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:
 - 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 6 meses.

Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo

1. Para asegurar la efectividad del método es indispensable que las inyecciones subsecuentes se apliquen con un intervalo máximo de 33 días. No es recomendable aplicarlas antes de 27 días.
2. Si se omite la aplicación de la inyección en el periodo adecuado, deben prescribirse métodos de barrera y diferir la inyección al siguiente ciclo menstrual.
3. Si la aplicación de la inyección se efectuó tardíamente (después de 33 días), deben adicionarse métodos de barrera durante el resto de ese ciclo menstrual.

HORMONALES INYECTABLES QUE SOLO CONTIENEN PROGESTINA

Formulación

Contienen una progestina sintética esterificada derivada de la 19 Nortestosterona, enantato de noretisterona (200mg); o derivada de la 17 - Hidroxiprogesteronona, acetato de medroxiprogesteronona (150mg).

Presentación

Existen dos tipos de anticonceptivos hormonales inyectables que solo contienen progestina:

- Enantato de noretisterona 200mg, en ampollita con 1ml de solución oleosa.
- Acetato de medroxiprogesteronona 150mg, en ampollita con 3ml de suspensión acuosa microcristalina.

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Indicaciones

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o múltiparas, 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 posparto o poscesárea, con o sin la lactancia y deseen un método inyectable.
- En el posaborto

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.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

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 9 meses después de suspender el anticonceptivo.
- Alteraciones de la coagulación.

Forma de administración

Los anticonceptivos hormonales inyectables que solo contienen progestina se aplica por vía intramuscular profunda en la región glútea.

La primera aplicación debe efectuarse en cualesquiera de los primeros 7 días después del inicio del ciclo menstrual.

Las inyecciones subsecuentes DMPA deben aplicarse cada 3 meses y las de NET-EN cada 2 meses independientemente de cuando se presente el sangrado.

En el posparto, cuando la mujer está lactando, la aplicación de estos anticonceptivos inyectables debe efectuarse después de la sexta semana.

Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva conferida por NET-EN, se extiende por lo menos a los 60 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada.

La protección anticonceptiva conferida por DMPA, se extiende por lo menos a los 90 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada.

Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales
- Amenorrea
- Cefalea
- Mastalgia
- Aumento de peso.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

1. En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método.
2. Suspender el uso del método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:
 - Sospecha de embarazo.
 - Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual.

Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo

1. La aplicación de NET-EN puede efectuarse hasta dos semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método. Aunque no es aconsejable, también puede aplicarse hasta dos semanas antes de la fecha programada para inyecciones subsecuentes.
2. La aplicación de DMPA puede efectuarse hasta cuatro semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método. Aunque no es aconsejable, también puede aplicarse hasta cuatro semanas antes de la fecha programada para inyecciones subsecuentes.

C) METODO HORMONAL SUBDÉRMICO

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

Formulación

Seis cápsulas de dimetilpolisiloxano que contiene cada una 36mg de levonorgestrel.

Presentación

Seis cápsulas con dimensiones individuales de 34mm de longitud por 2.4mm de diámetro transversal, que liberan en promedio 30µg diarios de levonorgestrel.

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año. Después disminuye gradualmente (96.5% al quinto año de uso).

Indicaciones

Este método está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, multigestas, nulíparas o multiparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o aplicación periódica, 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.
- En el posparto o poscesárea, con o sin lactancia.
- En el posaborto inmediato.

Contraindicaciones

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

Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión importante.
- Migraña focal.
- Debe considerarse la posibilidad de disminución de la efectividad del método después de dos años de uso en mujeres con peso mayor de 70 kilogramos.

Forma de administración

Las cápsulas deben insertarse subdérmicamente en la cara interna del brazo siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas para el método. La inserción debe efectuarse preferentemente durante cualquiera de los primeros siete días del ciclo menstrual o en cualquier otro día, siempre que se tenga la seguridad razonable de que no hay embarazo. En el posparto y poscesárea con lactancia, la inserción debe efectuarse después de la sexta semana del puerperio.

Técnica de inserción

- Se deben utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables para aplicar la anestesia.
- Se debe utilizar trocar estéril.

- La mujer debe estar acostada cómodamente, boca arriba, mientras se insertan los implantes.
- Brazo seleccionado: izquierdo si es diestra, derecho si es zurda.
- Sitio de la implantación: las cápsulas pueden colocarse bajo una zona de piel sana en la cara interna del brazo.
- La piel se lava con agua y jabón, luego se pincela con un antiséptico.
- Se aplica anestesia local y se hace una incisión de 2mm. Las cápsulas se introducen por la incisión, en forma de abanico bajo la piel, a través de un trócar calibre 10, en dirección opuesta al codo. No se requiere sutura. Se aplica un vendotele. Los implantes primero y sexto deben quedar formando un ángulo de 75 grados entre ellos.

Técnica de Remoción

- Conviene localizar las cápsulas manualmente, sin guantes y marcarlas con pluma o bolígrafo.
- Se sigue el mismo procedimiento que para la inserción en cuanto a técnicas de asepsia, antisepsia y anestesia. La anestesia es muy importante, se debe de colocar bajo los implantes en su extremo más inferior. Se hace una pequeña incisión por la que se extraen las cápsulas una a una empezando por las que estén más accesibles.
- Si se dificulta extraer uno o dos implantes dejar que cicatrice y reintentar la extracción. En caso necesario usar radiología o ultrasonido para su localización y si no es posible la extracción total de implantes, referir a la usuaria a una unidad hospitalaria para la solución del problema

Duración de la protección anticonceptiva

Hasta cinco años después de la inserción.

Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Hematoma en el área de aplicación.
- Infección local.
- Dermatitis.
- Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado por tiempo prolongado o amenorrea).
- Cefalea.
- Mastalgia.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

1. Reforzar la consejería en relación a la inocuidad de las irregularidades menstruales y mantener los implantes insertados.

2. En caso de intolerancias a las irregularidades menstruales, se deben remover los implantes.
3. En caso de embarazo se deben retirar los implantes inmediatamente.

Conducta a seguir en caso de presentarse con los implantes

1. En caso de expulsión de una o más implantes, deben reemplazarse por cápsulas nuevas, sin necesidad de remover o cambiar las no expulsadas.
2. En caso de ruptura de una o más cápsulas, éstas deben removerse y reemplazarse por cápsulas nuevas sin necesidad de cambiar el resto.

D) DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos de carácter temporal.

Descripción

Los dispositivos intrauterinos disponibles consisten en un cuerpo semejante a una "T" de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre o de plata y tienen además hilos guía para su localización y extracción.

Presentación

Los dispositivos intrauterinos se obtienen esterilizados, en presentación individual, acompañados de su insertor.

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99%.

Indicaciones

La inserción del DIU está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multiparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En el posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia.
- En el posaborto.

Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Utero con histerometría menor a 6 cm.
- Patología que deforme la cavidad uterina.
- Carcinoma del cérvix o del cuerpo uterino.
- Enfermedad inflamatoria pélvica activa.
- Presencia de corioamnionitis.

Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Infecciones del tracto genital.
- Hiperplasia endometrial.
- Anemia y padecimientos hemorragiparos.
- Dismenorrea severa.
- Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Antecedentes de embarazo ectópico.
- Ruptura prematura de membranas.
- Trabajo de parto prolongado.

Forma de administración

El DIU debe ser insertado en la cavidad uterina.

Tiempo de colocación

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

- Periodo intergenésico: el DIU puede insertarse preferentemente durante la menstruación, o en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- Posplacenta: la inserción debe realizarse dentro de los 10 minutos posteriores a la salida de la placenta. Esta técnica puede realizarse después de un parto o durante una cesárea.
- Prealta: al egreso hospitalario se puede hacer la colocación del DIU antes de que la paciente sea enviada a su domicilio, después de la resolución de cualquier evento obstétrico.
- Posaborto: inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina por aborto de cualquier edad de embarazo.
- Puerperio tardío: entre 4 y 6 semanas posaborto, posparto y poscesárea.

Técnica de inserción del DIU

Para la inserción de DIU durante el intervalo intergenésico, el puerperio mediato y el posaborto de 12 semanas de edad gestacional o menos, se requiere del insertor que acompaña al DIU. En los periodos posplacenta, transcesárea,

posaborto de más de 12 semanas de gestación y el posparto mediato (prealta) no debe usarse el insertor.

a) Intervalo intergenésico

1. Se debe informar a la usuaria de cómo será el procedimiento de inserción y de la importancia de su colaboración durante el mismo.
2. Se debe hacer una exploración pélvica bimanual a la colocación del DIU para precisar la forma, tamaño y posición del útero, así como para descartar alguna patología pélvica.
3. Con la ayuda de un espéculo vaginal, se visualizará el cérvix y se hará limpieza del cuello uterino, empleando una gasa con solución antiséptica.
4. Empleando pinza de Pozzi, se toma el labio anterior del cuello uterino, y se tracciona suavemente para rectificar el ángulo entre el canal cervical y la cavidad uterina. Con un histerómetro, de preferencia maleable, se determina la longitud de la cavidad uterina. Se registra la distancia entre el orificio cervical externo y el fondo de la cavidad. Si la longitud es menor a 6cm no debe insertarse el DIU. Si la longitud es mayor a 6cm se debe insertar el DIU siguiendo los lineamientos señalados en el instructivo de uso, que es proporcionado por el fabricante o en los manuales de procedimientos elaborados por las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
5. Una vez terminada la inserción, se retira la pinza de Pozzi, se verifica que no exista hemorragia en los sitios de prensión, se recortan los hilos guía a 2cm del orificio externo del cérvix en caso necesario y se retira el espéculo vaginal.

b) Inserción posplacenta

Existen dos técnicas para la inserción del DIU: con pinza y manual.

Técnica con pinza

1. Esta técnica se realiza con dos pinzas de anillos (Forester), una recta y una curva, así como dos valvas vaginales:
2. Se toma el DIU con la pinza de Forester curva, procurando que el tallo vertical de la "T" forme un ángulo de 45 grados con el tallo de la pinza, con el fin de alejar los hilos guía; la pinza se deja a la mano en la mesa de instrumentos.
3. Se expone el cérvix con las valvas vaginales y con la pinza Forester recta (no debe usarse pinza de Pozzi), se toma el labio anterior que se tracciona ligeramente para corregir la posición del útero.

4. Con la otra mano se introduce la pinza que sostiene el DIU, hasta el fondo de la cavidad uterina.
5. Se suelta la pinza que sostiene el labio anterior del cérvix y con la mano libre se palpa la parte más alta del útero.
6. Empujando ligeramente la pinza con el DIU, se confirma que éste esté en el fondo de la cavidad uterina; se abre la pinza liberando el DIU y se la retira cuidando de no jalar los hilos y se cortan éstos a 2cm por fuera del orificio externo del cérvix, cuando el DIU tiene hilos de 30cm de longitud. Cuando el DIU tiene hilos de 12 a 15cm de longitud, éstos no deben ser visibles a través del cérvix, si la aplicación es correcta; luego se retira la pinza del cérvix y las valvas vaginales.

Técnica manual

1. El DIU se coloca entre los dedos índice y medio con los hilos guía en el dorso de la mano
2. La otra mano se coloca en el abdomen sobre la parte superior del útero.
3. Se introduce la mano que porta el DIU a través del cérvix, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.
4. Se retira la mano de la cavidad uterina cuidando de no jalar los hilos guía. Se cortan éstos como se indicó en la técnica con pinza.

Las dos técnicas son satisfactorias y sin diferencia significativa en las tasas de expulsión; sin embargo, se debe recomendar que se use la técnica con pinza para las mujeres a quienes no se les proporcionó anestesia general o bloqueo peridural para la atención del parto.

c) Transcesárea

La inserción del DIU transcesárea se realiza con las técnicas con pinza y manual.

Técnica con pinza

Esta técnica se realiza con dos pinzas de anillos (Forester). El procedimiento es el siguiente:

1. Después del alumbramiento se limpia la cavidad uterina y se coloca una pinza de Forester en el borde superior de la histerotomía.
2. El DIU se toma con una pinza de anillos, en la forma que fue descrita para su inserción en posplacenta.
3. Con una mano se levanta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía. Con la otra mano se introduce la pinza que lleva el DIU hasta el fondo de la cavidad uterina.

4. Se suelta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía y con esa mano, mediante la palpación en la parte superior del útero, se verifica que la pinza con el DIU se encuentre en el fondo de la cavidad.
5. Se libera el DIU y se retira la pinza con cuidado, para no jalar los hilos guía, dejando el extremo distal de éstos en el segmento uterino. No hay necesidad de sacar los hilos a la vagina a través del cérvix, ya que esto ocurre espontáneamente.
6. Se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al efectuar la histerorrafia.

Técnica manual

1. Se toma el DIU entre los dedos de la mano en la forma ya descrita para su inserción en posplacenta.
2. La otra mano se coloca en la parte más alta del útero para verificar que el DIU llegue al fondo de la cavidad.
3. Se introduce la mano que lleva el DIU a través de la histerotomía, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.
4. Se retira la mano de la cavidad cuidando no jalar los hilos guía. El extremo distal de éstos se deja dentro del útero a nivel del segmento, ya que los hilos guía pasan espontáneamente a la vagina.
5. Se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al realizar la histerorrafia.

d) Posaborto

La inserción del DIU en posaborto de 12 semanas o menos, resuelto mediante legrado instrumental o aspiración endouterina, debe efectuarse con el insertor, usando la técnica de aplicación descrita para el intervalo intergenésico.

Para los abortos de más de 12 semanas, resueltos mediante legrado instrumental, se usará la técnica con pinza. Si se hubieren resuelto por legrado digital, la inserción puede hacerse con técnica manual o con pinza, según fue descrito.

e) Prealta

El DIU puede aplicarse previamente al alta hospitalaria de la mujer, siguiendo la técnica de aplicación con pinza, descrita para la inserción posplacenta y posaborto del segundo trimestre. La inserción del DIU antes del egreso, constituye un recurso para aquellas mujeres que no habían aceptado el DIU antes del parto y que después de recibir consejería optan por este método, así como aquellas que hubieran superado la causa de contraindicación o precaución.

Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva que brindan los dispositivos varía de acuerdo con el principio activo o coadyuvante que contengan. La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo Tcu 380^a y Tcu 220 C es de seis a ocho años y para los Multiload 375 y 250 es de cinco y tres años respectivamente.

Al término del periodo de efectividad del DIU, si la usuaria requiere aún este tipo de método, debe reemplazarse por otro en forma inmediata a la remoción.

Efectos colaterales

En general, el DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuentes, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y se pueden manifestar como:

- Dolor pélvico durante el periodo menstrual.
- Aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

1. Las usuarias que refieren efectos colaterales deben recibir consejería adicional, enfatizando las características y consecuencias del uso del método.
2. Los efectos colaterales deben ser tratados. Si las molestias persisten más allá de 90 días, debe de considerarse la posibilidad de reemplazar el DIU y si aún persistieran, se debe retirar y seleccionar otro método anticonceptivo.
3. Una complicación inmediata que se puede presentar como accidente durante la inserción del DIU es la perforación uterina; en este caso la usuaria debe ser referida de inmediato a una unidad hospitalaria para su atención.

E) OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL

Descripción

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

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Indicaciones

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

- Paridad satisfecha.
- Razones médicas.
- Retardo mental.

Contraindicaciones

Enfermedad inflamatoria pélvica

Precauciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Discrasias sanguíneas no controladas.
- Anemia severa.
- En el posparto, cuando el neonato presente problemas de salud que comprometen su supervivencia.
- Falta de movilidad uterina (adherencia).

Forma de aplicación

a. Tiempo de realización

Este procedimiento puede realizarse en el intervalo, posparto, transcesárea y posaborto.

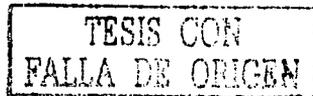
b. Anestesia

1. Se debe indicar, según el caso, anestesia local más sedación, bloqueo epidural o anestesia general.
2. Se debe recomendar anestesia local más sedación en el posparto, posaborto e intervalo.

c. Acceso a la cavidad abdominal y técnica quirúrgica

La selección dependerá del criterio clínico, de la experiencia del médico que realice el procedimiento y de la disponibilidad de instrumental, equipo y material necesarios.

La vía de acceso a la cavidad abdominal puede ser por minilaparotomía, laparoscopia, histeroscopia o colpotomía.



El procedimiento de oclusión puede ser por:

- Salpingoclasia y ligadura.
- Salpingotomía (fimbriectomía).
- Técnicas de Pomeroy, Uchida e Irving.
- Mecánica: por aplicación de anillos de Yoon o electrofulguración.

Se debe recomendar como procedimiento de elección la minilaparotomía con la técnica de Pomeroy modificada.

En todos los casos se debe realizar el procedimiento siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas por las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Duración de la protección anticonceptiva

Este método anticonceptivo es permanente. La aceptante debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento.

Efectos colaterales

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección).

Conducta a seguir

1. Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación por un periodo mínimo de dos a seis horas.
2. Tomar analgésico en caso necesario.
3. Puede reiniciarse la actividad laboral a los dos días posquirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico pesado durante los primeros siete días.
4. Si después del egreso hospitalario se detecta algún problema de salud asociado con el procedimiento, la mujer debe ser referida en forma inmediata a una unidad hospitalaria para su atención.

F) VASECTOMÍA

Descripción

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

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, éste método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Indicaciones

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

- Fecundidad satisfecha.
- Razones médicas.
- Retardo mental.

Contraindicaciones

- Criptorquidia.
- Antecedentes de cirugía escrotal o testicular.
- Historia de impotencia.

Precauciones

- Infección en el área operatoria.
- Hidrocele.
- Varicocele.
- Filariasis (escroto engrosado).
- Hernia inguino escrotal.
- Enfermedades hemorrágicas.

Forma de aplicación

Hay dos tipos de procedimiento: la técnica tradicional (con bisturí) y la de Li (sin bisturí).

1. Técnica tradicional con bisturí

Es un procedimiento quirúrgico por el cual se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto.

2. Técnica de Li sin bisturí

Es un procedimiento quirúrgico, por el cual se ligan y seccionan los conductos deferentes a través de una pequeña porción en el rafe escrotal.

En ambas técnicas puede utilizarse la electrofulguración para bloquear los conductos deferentes.

Duración de la protección anticonceptiva

Este método anticonceptivo es permanente. El aceptante debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento.

La vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta en las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso de preservativo u otro método, para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

Efectos colaterales

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método. Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:

- Equimosis.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Granuloma.
- Hematoma.

Conducta a seguir

1. Reposo domiciliario de cuatro horas poscirugía, con aplicación alterna de hielo sobre el área quirúrgica cada treinta minutos, cuando sea posible.
2. Puede reiniciarse la actividad laboral a los dos días poscirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico pesado durante los primeros siete días.
3. Se deben suspender las relaciones sexuales por siete días.
4. Utilizar suspensorio, traje de baño o calzón ajustado por siete días, mientras esté sentado o de pie.
5. Tomar analgésicos y antiinflamatorios en caso necesario.
6. Si el usuario detecta algún problema relacionado con la cirugía, debe ser atendido en forma inmediata por personal capacitado.

G) MÉTODOS DE BARRERA Y ESPERMICIDAS

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

a. MÉTODOS DE BARRERA

Descripción

Son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico, algunos se acompañan también de la acción de sustancias químicas.

Para el hombre:

Condón o preservativo: es una bolsa de plástico (látex), que se aplica al pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. Algunos contienen además un espermicida (Nonoxinol-9). El condón o preservativo es el único método que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, éste método brinda protección anticonceptiva del 85 a 97%.

Indicaciones

Es un método indicado para el hombre con vida sexual activa, en las siguientes situaciones:

- Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.
- En personas con actividad sexual esporádica.
- Como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía.
- Cuando además hay riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA.

Contraindicaciones

- Alergia o hipersensibilidad al plástico (látex) o al espermicida.
- Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil.

Duración de la protección anticonceptiva

Limitada al tiempo de utilización correcta del método.

Forma de uso

- Debe usarse un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y desde el inicio del coito.
- Cada condón puede usarse una sola vez.
- Debe verificarse la fecha de manufactura, la cual no deberá ser mayor a cinco años.
- Se coloca en la punta del pene cuando está en erección, desenrollándolo hasta llegar a la base del pene. Debe evitarse la formación de burbujas de aire.
- Cuando el hombre no esté circundado debe retraer el prepucio hacia la base del pene antes de colocar el condón.
- Posterior a la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando aún esté erecto, sostener el condón por la base del pene para evitar que se derrame el semen o permanezca el condón en la cavidad vaginal.
- Se anudará el preservativo antes de su depósito final en un basurero, evitando derramar el semen.
- En caso necesario, se emplearán únicamente lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de efectividad del preservativo.

Efectos colaterales

Intolerancia al látex o al espermicida.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

Reforzar consejería y cambiar a otro método.

b. ESPERMICIDAS

Descripción

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al útero. Por lo general son surfactantes que pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos y espuma en aerosoles. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida.

Efectividad

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 75 al 90% y puede incrementarse en asociación con otros métodos de barrera.

Formulaciones

Cremas: el vehículo es ácido esteárico y derivados, o glicerina. El espermicida es Nonoxinol-9, o cloruro de bencetonio.

Ovulos: el vehículo es manteca de cacao, glicerina, estearina o jabón. El espermicida es cloruro de bencetonio, Nonoxinol-9, polietilenglicol de monoisoetilfenol, éter o éster polisacárido del ácido polisulfúrico.

Espumas en aerosol: el vehículo es el polietilenglicol, glicerina o hidrocarburos y freón. El espermicida es Nonoxinol-9 o cloruro de bencetonio.



Indicaciones

Estos métodos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multiparas incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de efectividad media en las siguientes condiciones:

Contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales

- Durante la lactancia.
- Para aumentar la eficacia anticonceptiva de otros métodos de barrera.
- En periodo inmediato posvasectomía.

Contraindicaciones

Hipersensibilidad a alguno de los componentes de la formulación.

Forma de administración

Aplicarse dentro de la vagina de 5 a 20 minutos antes de cada coito, según la recomendación del fabricante.

Duración de la protección anticonceptiva

Dependiendo del tipo de producto empleado, será limitada a una hora a partir de la aplicación del espermicida en la vagina.

Efectos colaterales

- Su uso puede producir en la pareja fenómenos de inflamación local, en personas sensibles a los ingredientes de la formulación.
- Reacciones alérgicas.

Conducia a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

Reforzar consejería y cambiar de método.

H) MÉTODOS NATURALES O DE ABSTINENCIA PERIÓDICA

Descripción

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

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

Los métodos naturales más utilizados son:

- Método del calendario, del ritmo o de Ogino - Knaus.
- Método de la temperatura.
- Método del moco cervical o de Billings.
- Método sintotérmico.

Efectividad

Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan protección anticonceptiva del 70 al 80%.

Indicaciones

Estos métodos pueden aplicarse en parejas en edad fértil, con vida sexual activa, que requieran regular su fecundidad de manera temporal y que no deseen usar un método de mayor efectividad por cualquier cosa.

Contraindicaciones

- Riesgo reproductivo elevado.
- Mujeres con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.
- Inhabilidad de la mujer para reconocer: las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera.

Precauciones

Cualquier motivo de duda de la mujer respecto de las características de su ciclo menstrual por cualquier razón.

Forma de uso de los métodos naturales

La forma de uso de éstos métodos se basa en la serie de eventos fisiológicos de un ciclo menstrual. La efectividad de los métodos depende de la capacidad de la usuaria para predecir la fecha de la ovulación con seguridad razonable. La capacitación para estos métodos dura de tres a seis ciclos (meses). Requiere de la abstinencia periódica entre 35 al 50% del ciclo. Se deben estudiar el moco cervical, la temperatura basal, las manifestaciones en los anexos, glándulas mamarias y el cérvix y llevar registro minucioso diario de los cambios periódicos, para la determinación de los patrones de secreción cervical, de la temperatura basal y otros asociados al periodo fértil.

a. MÉTODO DE CALENDARIO, DEL RITMO O DE OGINO - KNAUS

Como resultado de la observación continua durante un año la pareja puede estimar el principio de su periodo fértil restando 19 días del ciclo más corto y calcular el fin del periodo fértil restando 12 días del ciclo más largo. Durante este tiempo se deben evitar las relaciones sexuales. Debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos del periodo fértil son demasiados amplios y requieren de abstinencia prolongada.

b. MÉTODO DE LA TEMPERATURA

Este método depende de un solo signo, la elevación de la temperatura corporal basal. La mujer al despertar, antes de levantarse, debe efectuar la medición de su temperatura todas las mañanas, en la misma situación y por la misma vía después de al menos cinco horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal. Se debe efectuar el registro gráfico del resultado de la medición para poder observar los cambios térmicos que indiquen si se produjo o no ovulación. Este cambio generalmente es discreto, con una variación de 0.2 a 0.4 grados centígrados. Se registra la temperatura basal diariamente. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo de temperatura elevada. La espera de tres días, poselevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado.

c. MÉTODO DEL MOCO CERVICAL O DE BILLINGS

Para practicar este método la mujer debe tener la capacidad para establecer diferencia entre sequedad, humedad y mayor humedad a nivel vaginal y volver utilizando un papel higiénico antes de orinar o mediante la toma de moco cervical con el dedo, para verificar su aspecto y elasticidad. Durante el ciclo

menstrual ocurren cambios que van de secreciones escasas de moco pegajoso, seguido de otra fase de aumento inicial de niveles de estrógenos, que dan una sensación de humedad y un moco cervical más abundante y lubricante, que se observa cercano a la ovulación, caracterizada por una mayor humedad. El síntoma máximo o cúspide es un moco elástico, que si se toma entre dos dedos se observa filante. (es decir, que se estira o se elonga como clara de huevo). La abstinencia sexual debe comenzar el primer día del ciclo menstrual en que se observa el moco abundante y lubricante y se continúa hasta el cuarto día después del día cúspide en que se presenta el síntoma máximo o filantez del moco cervical.

Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, de moco pegajoso o turbio y de moco claro y elástico, de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.

El último día de secreción de moco se llama día cúspide. Se marca con una X y sólo puede confirmarse al día siguiente, cuando vuelve el patrón infértil o días secos que determinan el comienzo de la etapa infértil del ciclo menstrual a partir del cuarto día después del cúspide. Los tres días siguientes al día cúspide se marcan 1, 2, 3. Los últimos días infértiles del ciclo menstrual comprenden desde el cuarto día después del día cúspide hasta el final del ciclo.

Cuando se desea prevenir el embarazo, la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales:

- Todos los días que se observe secreción de moco cervical hasta el cuarto día después del día cúspide.
- Los días de menstruación.
- Al día siguiente de cualquier relación sexual en días secos, antes del día cúspide.

d. MÉTODO SINTOTÉRMICO

Este método es denominado así porque combina varios síntomas y signos con la temperatura basal, especialmente cambios en el moco cervical y cálculo numérico para determinar el periodo fértil de la mujer. Se pueden asociar con otros cambios tales como: dolor abdominal asociado a la ovulación, hemorragia intermenstrual, cambios en la posición, consistencia, humedad y dilatación del cérvix, mastodinia, edema y cambios en el estado de ánimo. Los cambios cíclicos del cérvix se presentan de manera más uniforme, pero algunas mujeres tal vez no puedan interpretarlos, incluso cuando no existan condiciones anormales.

Las aceptantes de estos métodos pueden ser adiestradas por personal capacitado. Se requiere de un periodo largo de instrucción inicial y asesoramiento progresivo.

La pareja usuaria debe aceptar el compromiso absoluto de abstinencia sexual durante los periodos de fertilidad en el ciclo menstrual, determinados de acuerdo con los procedimientos descritos para cada método.

Duración de la protección anticonceptiva

La duración de la protección anticonceptiva de los métodos naturales se extiende a su práctica constante y correcta.

Efectos colaterales

No se describen efectos colaterales atribuibles a estos métodos. Sin embargo, cuando existe falta de colaboración entre los integrantes de la pareja, esto puede ser motivo de desavenencia conyugal y tensión emocional.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

- Reforzar consejería y cambiar de método

4. DIFUSIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

4.1 LA IMPORTANCIA DE LA DIFUSIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD

En los servicios de planificación familiar la difusión se define como la sensibilización de la población mediante la información, motivación y educación del programa de planificación familiar, así como la referencia a las unidades médicas que brindan el servicio. (Secretaría de salud, 1990)

La comunicación de la planificación familiar tiene como propósito: informar y formar. Al informar se pretende dar a conocer, entre la población, los servicios que prestan las instituciones del sector salud en materia de planificación familiar, a fin de propiciar un mejor acceso y aprovechamiento de los mismos. Al formar se propone que la población, amplie sus conocimientos acerca de la salud reproductiva, orientación sexual y planificación familiar, para que sistematice la información o modifique favorablemente actitudes y valores, con respecto a los fenómenos de la sexualidad y la reproducción.

Para lograr los objetivos de la difusión se recurre al proceso de comunicación, es decir, se consideran los elementos básicos para la transmisión del mensaje, como son:

- El emisor, que puede ser la institución apoyada en algún medio masivo, o el prestador de servicios que brinda información directamente a la población
- El receptor que es la población en general: los adolescentes, padres de familia, maestros de escuela, etc

- El mensaje, que contiene información sobre planificación familiar; el canal o medio, utilizado para hacer llegar al mensaje en forma masiva o interpersonal.
- La retroalimentación, respuesta del receptor después de haber recibido la información, traducida en reacciones u opiniones de los usuarios de servicio.

La educación puede ser formal o informal; la enseñanza informal comprende todas las comunicaciones no planificadas entre paciente y enfermera, mientras que la enseñanza formal comprende los planteos estructurados y planificados. Cabe mencionar que la educación tradicional se caracteriza por:

- Identificación de un problema o necesidad en particular.
- Enseñanza de los conocimientos o destrezas necesarios para resolver el problema.
- Promoción de la realización de los conocimientos y destrezas necesarios. (Gauntlett, P. 1993)

4.2 ASPECTOS NORMATIVOS DE LA DIFUSIÓN EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La Norma Oficial Mexicana (1994) declara que la promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se deben efectuar a través de acciones de comunicación en medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales, y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la práctica de la planificación familiar para la salud, así como la existencia de los servicios correspondientes en unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados.

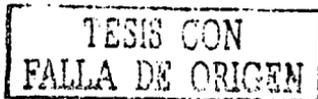
La Ley General de Salud (2002) en su título séptimo "promoción de la salud" establece a través de sus capítulos I y II que:

Capítulo I. Disposiciones comunes

Art. 110 La promoción de salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Art 111. La promoción de la salud comprende:

- I. Educación para la salud.
- II. Nutrición.
- III. Control de los efectos del ambiente en la salud.
- IV. Salud ocupacional.



V. Fomento sanitario.

Capítulo II. Educación para la salud.

Art. 112. La educación para la salud tiene por objeto:

- I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud
- II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y
- III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Art. 113. La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

4.3 PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO

En un inicio las actividades de planificación familiar eran realizadas por instituciones privadas, en 1958 se fundó la Asociación Pro Salud Maternal (APROSAM), que fue la primera en proporcionar servicios organizados de este tipo. En 1965, se creó la Fundación para Estudios de la Población A. C. (FEPAC), que integró un grupo multidisciplinario de profesionales interesados en desarrollar un programa básico de investigación, educación y prestación de servicios médicos de planificación familiar. En 1984, esta institución cambió su nombre a Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam); bajo este nombre, Mexfam continúa desarrollando importantes actividades, sus servicios llegan a más de 400,000 familias y cerca de 1,600,000 jóvenes de los sectores pobres de México. Su misión es "Proporcionar servicios de calidad y vanguardia en planeación familiar, salud y educación sexual, de manera prioritaria a la población vulnerable de México: los jóvenes y los pobres", en la ciudad y en el campo.

La primera institución gubernamental que trabajó en investigación y en la prestación de servicios en planificación familiar fue el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, en 1968, brindando atención a la incipiente demanda de métodos anticonceptivos que existían en ese momento.

Posteriormente, las actividades de las dependencias gubernamentales ganaron terreno sobre las que realizaban las entidades privadas. Fue así como en

1972 se iniciaron actividades de planificación familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA); en 1973 se incorporó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). (Palma, Y. 1996)

A partir de la década de los años ochenta, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha promovido programas de anticoncepción posparto. Estos programas se extendieron posteriormente a la Secretaría de Salud (SSA) y a otras instituciones de seguridad y asistencia social. Con el transcurso de los años, los programas han adquirido una mayor importancia en la oferta anticonceptiva de las instituciones de salud. A este respecto, la Secretaría de Salud realizó un taller nacional con la activa participación de varias instituciones del sector público y algunos organismos no gubernamentales que en los últimos años han encaminado su labor a favor de los adolescentes. De esta reunión surgió la "Declaración de Monterrey" que sirvió de base para la elaboración de un programa nacional.

El día 4 de Julio de 1994 se puso en marcha el "Programa Nacional de Salud Reproductiva de los Adolescentes" en el Distrito Federal y, simultáneamente en seis entidades federativas del resto de la República Mexicana, con gran concentración de población adolescente en el área urbana. Las actividades incluyen información y orientación proporcionada a través de módulos plegables y de fácil transportación, referencia de casos y atención médica general con énfasis en salud reproductiva. Este programa llamado "En buen plan", provee una atención integral a los adolescentes. Esta atención combina un enfoque multidisciplinario que incluye la asistencia clínica, la atención psicológica, el apoyo educativo y el apoyo familiar y social. Con este programa se pretende crear una cultura de salud entre los jóvenes, en la que se tenga acceso a servicios con privacidad en los centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud. Actualmente se cuenta con más de 100 consultorios exclusivos en todo el país, apoyados con médicos, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales.

4.4 LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DIFUSIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En la actualidad, la actividad fundamental de los profesionales de la salud que trabajan en la asistencia ambulatoria está orientada a la atención curativa o reparadora de las personas enfermas que acuden a las consultas en demanda de solución a sus problemas de salud. El progreso de los nuevos conceptos que caracterizan a la moderna atención primaria nos está permitiendo avanzar en la implantación de actividades preventivas y de promoción de la salud en el seno de los equipos multidisciplinarios, con la finalidad de alcanzar un nivel de prioridad cada vez mayor, hasta convertirse en el elemento nuclear del cambio cualitativo en la transformación del sistema sanitario que se está llevando a cabo en muchos países. Sin embargo, no hemos de olvidar que la estructura y el funcionamiento asistenciales aún actúan con frecuencia como un freno para el desarrollo de este tipo de actividades y que en muchas ocasiones todavía nos encontramos con que las principales actuaciones preventivas propiciadas por el sistema sanitario son

las derivadas de campañas (de vacunaciones, antirrábicas, etc.) que se diseñan en un nivel institucional centralizado y que se basan en la utilización de los medios de comunicación social.

Un aspecto fundamental para posibilitar la integración de las actividades preventivas con las asistenciales es el que hace referencia a la necesidad de potenciar la participación activa de los profesionales de enfermería de Atención Primaria en su diseño, puesta en práctica y evaluación, ya que han de ser uno de los protagonistas principales de este tipo de programas. (Martín, A. 1994)

Los verdaderos "agentes patógenos" en nuestra sociedad son la pobreza, la cesantía, la mala alimentación, las malas condiciones de la vivienda, las condiciones de trabajo, las contaminaciones y poluciones del ambiente de vida, las tensiones y el estrés de la sociedad moderna, la urbanización extrema de las poblaciones, las profundas desigualdades económicas y sociales, el ritmo acelerado de la vida social, el subconsumo y el hiperconsumo, etc. Es, por tanto, a nivel de la toma de conciencia individual y colectiva donde se sitúa el verdadero problema de la prevención que, en realidad, consiste en proporcionar o desarrollar en cada individuo los medios (conocimientos, responsabilidades, capacidad, solidaridad) para lograr un cierto grado de autonomía con relación al logro de su propia salud y de la salud comunal. Por tanto, toda política social de prevención debe tener como objetivos la protección y el mejoramiento del ambiente ecológico y social de la vida en la comunidad, y así obtener la participación consciente y activa de la población en la gestión de su salud, ya que, si se desarrolla una conciencia individual y colectiva sobre la salud, habrá una prevención colectiva e individual al mismo tiempo. (Hernán, S. 1992)

En lo que se refiere al ámbito de la prevención, la profesión de enfermería ha tenido una importante función, sobretodo en áreas como la atención prenatal, programas de inmunización, salud y seguridad ocupacionales, educación y rehabilitación cardiaca, así como en la detección e intervención precoz en casos de salud pública. (Nettina, S. 1999)

La OMS identifica tres fases en la prevención: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria. Las actividades de prevención primaria son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o a disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Su objetivo es disminuir su incidencia. Dentro de las actividades de prevención primaria se incluyen generalmente las de promoción de la salud (dirigidas a las personas) y las de protección de la salud (realizadas sobre el medio ambiente). (Martín, A. 1994)

Las actividades de prevención secundaria pretenden detener la evolución de la enfermedad mediante actuaciones desarrolladas en la fase preclínica, cuando aún no hay síntomas o los signos no son aparentes pero existen en estado embrionario o subclínico y, por ello, nos permiten detectar precozmente el proceso patológico y poner en práctica las medidas necesarias para impedir su progresión.

El núcleo fundamental de las actividades de prevención secundaria lo forman las pruebas de cribaje o screening. (Martín, A. 1994) En resumen la prevención secundaria esta constituida por todas las acciones destinadas a eliminar o a disminuir la influencia de la enfermedad en una población, reduciendo la evolución y su duración. (Hernán, S. 1992)

Las actividades de prevención terciaria se definen como aquellas que están dirigidas al tratamiento y la rehabilitación de una enfermedad ya previamente establecida, enlenteciendo su progresión y, con ello, la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalideces e intentando mejorar la calidad de los pacientes. (Martín, A. 1994)

La educación para la salud es un componente esencial en los cuidados de enfermería, se enfoca en la promoción, conservación y restauración de la salud y en la adaptación a los efectos residuales de la enfermedad. La promoción de la salud se realiza sobre todo mediante la educación, por lo que debe estar presente a lo largo del ciclo vital, con temas dedicados a la lactancia, la infancia, la adolescencia, la adultez y la edad avanzada. (Nettina, S. 1999)

La promoción de la salud, a diferencia de la aproximación médica centrada en la enfermedad, aplica una estrategia global que se dirige a la población en su conjunto y no sólo a los enfermos, al desarrollo de la salud y sus causas sociales y no solo a lo biológico, que combina metodologías y planteamientos diversos huyendo del monopolio corporativo, y favorece la aparición y la autoayuda alejándose del paternalismo. No se trata, pues, de un servicio médico, sino de una actividad en el ámbito de la salud pública y las políticas sociales. (Colomer, C. 2001)

La OMS define a la promoción de la salud como: "el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren". El impulso de realizar cambios sociales perdurables mediante el desarrollo de políticas públicas saludables es el objetivo central de las actividades de promoción de la salud. Las estrategias de promoción de la salud persiguen la educación para la salud, acciones legislativas, empoderamiento y desarrollo comunitario. Se pretende poner en marcha procesos de cambio social que involucren a las personas para cambiar los entornos en que viven; esto supone trabajar simultáneamente sobre el ámbito personal, organizativo y político. La evaluación de iniciativas de promoción de la salud tiene sentido cuando permite comprender mejor el programa y su contexto, y sirve para mejorarlo atendiendo a criterios de utilidad, factibilidad, propiedad y precisión. (Colomer, C. 2001)

Por tanto, cualquier actitud, recomendación o intervención que haya demostrado su capacidad para mejorar la calidad de vida de las personas o de disminuir su morbimortalidad es en sí misma una medida de promoción de la salud. (Martín, A. 1994)

La OMS distingue cinco principios clave para la promoción de la salud:

- Implica a la población en su conjunto y en su contexto de la vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.
- Se centra en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.
- Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud. (Colomer, C. 2001)

Es una función esencial del equipo de atención primaria ofrecer información adecuada respecto a los hábitos dietéticos, los efectos del tabaco, alcohol y otras drogas, recomendar el ejercicio físico adecuado a cada edad y detectar, a partir de la relación establecida con el paciente, los conflictos que puedan iniciarse por inadaptación personal o social. Es necesario priorizar las necesidades según el sexo y la edad de las personas a las que nos dirigimos; así, mientras debe preocuparnos ofrecer servicios de planificación familiar adecuados a las mujeres en edad fértil, nos interesará conocer cuáles son las necesidades y expectativas sociosanitarias de la población anciana. (Martín, A. 1994) Es importante considerar que las personas semialfabetas demandan técnicas simples diseñadas para la enseñanza de información básica, las personas analfabetas necesitan información verbal en frases simples complementada con medios visuales, y los lectores limitados necesitan información verbal simple complementada con información escrita en lenguaje adecuado para un bajo nivel de lectura. (Gauntlett, P. 1993)

La promoción de la salud, debe ser una labor fundamental de los profesionales de enfermería que, a menudo, establecen un vínculo de comunicación con los pacientes más intenso que el de otros profesionales sanitarios. (Martín, A. 1994)

Es importante señalar que los principales obstáculos y restricciones con los que se encuentra el proceso de implantación e integración de actividades preventivas y de promoción de la salud pueden ser sistematizados de la siguiente forma:

- Una relación médico-paciente inadecuada y sin continuidad temporal es, sin duda, un factor negativo para conseguir el éxito en aspectos tan

importantes como la aceptabilidad y el cumplimiento de las actividades de propuestas por parte de la población consultante.

- El trabajo aislado de los profesionales. El contexto de trabajo también parece influir de forma decisiva en el grado del cumplimiento de las actividades. El trabajo en equipo, en contraposición al individual aislado, permite el intercambio y el contraste de informaciones existentes sobre éste y otros temas y facilita la aceptación de las posibles innovaciones conceptuales o técnicas que puedan implicar la puesta en práctica de estas actividades.
- La falta de tiempo, derivada frecuentemente de una dotación insuficiente de recursos humanos o materiales, a la que suele sumarse una sobrecarga de trabajo por excesiva demanda asistencial curativa.
- Déficit importante en los sistemas de registro y citaciones, así como en la documentación clínica utilizada por el equipo.
- Falta de instrumental y otros materiales necesarios para la realización de las actividades programadas. La gran mayoría de las actividades preventivas y de promoción de la salud no requieren medios auxiliares complejos, pero si es necesario que el equipo disponga de las imprescindibles y que tenga acceso a otros recursos de referencia para la práctica de determinadas exploraciones.
- La falta de valoración por los profesionales y la población de la importancia del problema a prevenir. En algunos casos puede tratarse de problemas de salud o factores de riesgo que son infravalorados por circunstancias de índole cultural, como sucede en algunos países con el alcohol.
- La ausencia de colaboración o coordinación con otros sectores relacionados con la salud y con los medios de comunicación social.
- La existencia de recomendaciones diversas acerca de la pertinencia, periodicidad o forma de realizar determinadas actividades preventivas. Es frecuente que distintas instituciones (sociedades científicas, grupos de profesionales, organismos oficiales, etc.) emitan directrices diferentes respecto a algunas medidas, y este hecho desorienta y desanima a los profesionales o a la propia población para ponerlas en práctica.
- Las lagunas formativas de los profesionales sanitarios en el campo de la prevención y promoción de la salud, a lo que en algunas ocasiones se suma cierto grado de escepticismo acerca de su efectividad. Estamos acostumbrados a observar a corto y medio plazo los resultados de nuestras intervenciones asistenciales curativas sobre los pacientes, y las actividades preventivas no se traducen generalmente en cambios en la

situación clínica de los individuos y sus beneficios sólo se pueden objetivar a largo plazo y de forma colectiva, a través de variaciones favorables de los indicadores de salud.

- La ausencia o escasez de incentivos personales y colectivos, incluidos los económicos, relacionados con el grado de implantación y cumplimiento de actividades preventivas y de promoción de la salud. (Martín, A. 1994)

La acción diaria de los profesionales sanitarios debe enfocarse hacia la acción preventiva y promotora de la salud, es decir, conseguir que la familia, la escuela y los diferentes colectivos que marcan la adopción de las conductas individuales tiendan a desarrollar en el niño y en el adolescente todas sus potencialidades psicofísicas, ayudando en la adopción de hábitos saludables. En este sentido la Universidad Nacional Autónoma de México ha colaborado en la promoción y educación para la salud a través de las "Ferias de la Salud Universitaria" en la instalación de módulos de información y consultorios médicos y psicológicos para la atención de los jóvenes que asisten a dicho evento. Destaca el papel de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia que año tras año realizan las "Ferias de la Salud Comunitaria" en las diversas delegaciones del D.F., con la intención de brindar pláticas informativas en diversos temas, entre ellos de salud reproductiva que incluyen promoción y educación en salud reproductiva, sexualidad y planificación familiar.

Los profesionales de enfermería pueden satisfacer las necesidades de promoción de la salud en todo tipo de contextos, independientemente si el ejercicio se da en el hospital, en una clínica, en el hogar, en organizaciones para la conservación de la salud, en consultorios privados o en la comunidad.

Como la sexualidad es inherente a cada persona y el funcionamiento sexual es una necesidad fisiológica básica, los profesionales de enfermería deben brindar atención en este aspecto de tal forma que promuevan una salud sexual sana, ayudando al paciente a adquirir los conocimientos necesarios, a corroborar lo que es normal, a prepararse para los cambios de sexualidad durante los ciclos de la vida y a evitar el daño por actividad sexual. (Nettina, S. 1999)

La educación sobre salud sexual debe comenzar durante la edad escolar, aumentar en la adolescencia, y continuar durante la edad adulta. Los temas en los que el profesional de enfermería, con respecto a la educación sexual, debe hacer hincapié son:

- Reproducción normal: ciclo menstrual, ovulación, espermatogénesis y fertilización.
- Ayudar a los jóvenes para que puedan entender sus necesidades sexuales, sentirse cómodos con su cuerpo y comunicarse con su pareja sexual en lo referente a su satisfacción.
- Embarazos no deseados.

- Anticoncepción: lo ideal es que inicie antes que la actividad sexual; deben considerarse diversos métodos, efectos colaterales y conveniencia.
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS): mecanismo de transmisión, prevalencia, signos y síntomas, y métodos de prevención; así como orientarlos a buscar ayuda médica en caso de problemas ginecológicos. (Nettina, S. 1999)

TESIS
FALLA DE ORDEN

III. METODOLOGIA

1. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Existe relación entre la difusión de los métodos anticonceptivos y la incidencia del embarazo en las adolescentes que acuden al Hospital Materno Infantil de Tlâhuac.

2. VARIABLES E INDICADORES

2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES

Métodos anticonceptivos

Son aquellas acciones, instrumentos o medicamentos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente, con el objetivo de disminuir el número de hijos por familia de manera voluntaria, utilizando procedimientos tanto temporales como definitivos.

Métodos temporales

Intrauterinos

- Dispositivos inertes
- Dispositivos liberadores de iones
- Dispositivos liberadores de hormonas

De barrera

- Preservativo (condón masculino y femenino)
- Espermaticidas
- Esponjas vaginales

Hormonales

- Orales
- Inyectables
- Subdermicos

Naturales o de abstinencia periódica

- Ritmo
- Temperatura basal
- Moco cervical
- Coito interrumpido
- Sintotermico
- Lactancia prolongada

Métodos definitivos (Quirúrgicos)

- Oclusión Tubarica Bilateral
- Vasectomia

Difusión .

Es la actividad por la cual se da a conocer a una o varias personas cierta información de forma accesible tanto en una proyección horizontal o extensiva (dirigida a todos los lugares), como en una proyección vertical o intensiva (dirigida a todas las clases sociales). La relación entre estas dos proyecciones se expresa en la llamada "ley de la intensidad decreciente de la difusión", donde se menciona que en cuant más dirigida sea la difusión a la clase social alta, tendrá menor posibilidad de llegar a zonas de recursos económicos bajos.

En el proceso de la comunicación humana intervienen los siguientes elementos:

- *Emisor.* Sujeto que reproduce el mensaje.
- *Mensaje.* El contenido del comunicado.
- *Receptor.* Sujeto o sujetos que reciben el mensaje.
- *Canal.* Medio físico que porta el mensaje.
- *Código.* La lengua común que se utiliza en el mensaje.
- *Contexto.* Las circunstancias que dificultan o facilitan la comprensión del mensaje y el entendimiento comunicativo.

El emisor expresa su mensaje para provocar una respuesta en el receptor ya sea que responda a una pregunta, ejecute una acción, asimile una idea o conteste con una pregunta ante el mensaje del emisor. El emisor debe de cuidar que su mensaje sea claro y en conjunto debe cuidar de todos los detalles o elementos de su intervención para que el mensaje llegue al receptor.

La comunicación se establece cuando el emisor se hace escuchar por el receptor. El receptor puede obtener la información de forma planeada o incidental, se dice que es planeada cuando este acude de primera intención a la fuente de la información y es incidental cuando la información se obtiene de forma casual.

Con respecto a la planificación familiar el artículo 4º constitucional establece que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1992). Por lo que la difusión de los servicios de planificación familiar debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes a través de los medios masivos de comunicación (radio, televisión, internet, periódicos, revistas y libros) y de la participación comunitaria por el personal de salud haciendo hincapié en la importancia del riesgo reproductivo que conlleva el embarazo antes de los 20 años y después de los 35. (Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar, 1994)

Adolescencia

El término adolescencia es empleado en dos términos diferentes, aplicado al desarrollo físico se refiere a todos los cambios somáticos (fenotípicos, hormonales y de funcionamiento) que experimenta el ser humano, a partir de los 10 años en la mujer y de los 12 años en el varón, y se extiende hasta el inicio de la juventud, aproximadamente a los 18 o 20 años.

La OMS la ha clasificado en tres etapas:

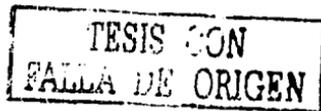
Adolescencia temprana	10 a 13 años
Adolescencia intermedia	14 a 16 años
Adolescencia tardía	17 a 20 años

Al finalizar la adolescencia terminan los procesos básicos de crecimiento y se alcanza la estatura final adulta, la madurez biológica y la capacidad de procrear. A esta parte física de la adolescencia se le ha denominado genéricamente pubertad y se caracteriza por cinco rasgos íntimamente relacionados:

1. Aceleración en el crecimiento de la estatura.
2. Cambios en la composición corporal.
3. Aparición de los caracteres sexuales secundarios.
4. Rápido crecimiento y desarrollo de las gónadas y genitales.
5. Reajuste general del balance hormonal que da origen al establecimiento de la menstruación y la ovulación en las niñas y la espermatogénesis en los varones.

En sentido psicológico la adolescencia es una situación anímica, un modo de existencia y un tipo de comportamiento que aparece aproximadamente con la pubertad y que tiene su fin cuando la persona alcanza la madurez y es considerada socialmente adulta.

La adolescencia se acompaña de notorios sentimientos de atracción sexual y profundas meditaciones sobre la capacidad de decidir, el joven en esta etapa por lo general no se encuentra lo suficientemente apto para enfrentar con responsabilidad el proceso de reproducción lo que provoca que muchos inicien una actividad sexual precoz, basada fundamentalmente en relaciones pasajeras, carentes de amor donde el continuo cambio de pareja es habitual, con el consecuente riesgo del embarazo no deseado o de padecer enfermedades de transmisión sexual.



Embarazo

El embarazo es el periodo que inicia con el encuentro de una célula masculina (espermatozoide) y una célula femenina (óvulo) "fecundación" encaminado a la preservación de la especie, dura alrededor de 279 días (36-42 semanas de gestación) y termina con la expulsión del producto.

El embarazo se acompaña de una serie de signos y síntomas:

Signos presuntivos

1. Supresión de la menstruación
2. Náusea, vómito y malestar matutino
3. Micción frecuente
4. Dolor y sensación de plenitud en los senos, pigmentación y secreciones de los mismos
5. Movimientos fetales
6. Color azul oscuro en la mucosa vaginal (signo de Chadwick)
7. Pigmentación de la piel y estrías abdominales

Signos probables

1. Aumento del tamaño del abdomen
2. Cambios en la forma, tamaño y consistencia del útero (signo de Hegar)
3. Perfil fetal que puede distinguirse por palpación abdominal y detección de alguna parte fetal en forma vaginal por peloteo
4. Cambios en el cervix
5. Contracciones de Braxton Hicks
6. Prueba positiva de embarazo

Signos positivos

1. Ruidos cardíacos fetales
2. Percepción de movimientos fetales
3. Rayos X
4. Demostración de la presencia de un feto o embrión mediante ultrasonido

Nivel socioeconómico

Es la relación existente entre los individuos de una sociedad con respecto a categorías descriptivas que difieren con relación a sus características sociales y económicas.

El procedimiento normal para determinar el nivel socioeconómico consiste en elegir como indicadores de las diferencias sociales, a una o diferentes características que se encuentran en relación con ingresos, educación, ocupación, vivienda y sitio de residencia, y estilo de vida de los subgrupos de la población. El indicador que se emplea, con mayor frecuencia para definir el nivel socioeconómico es la ocupación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

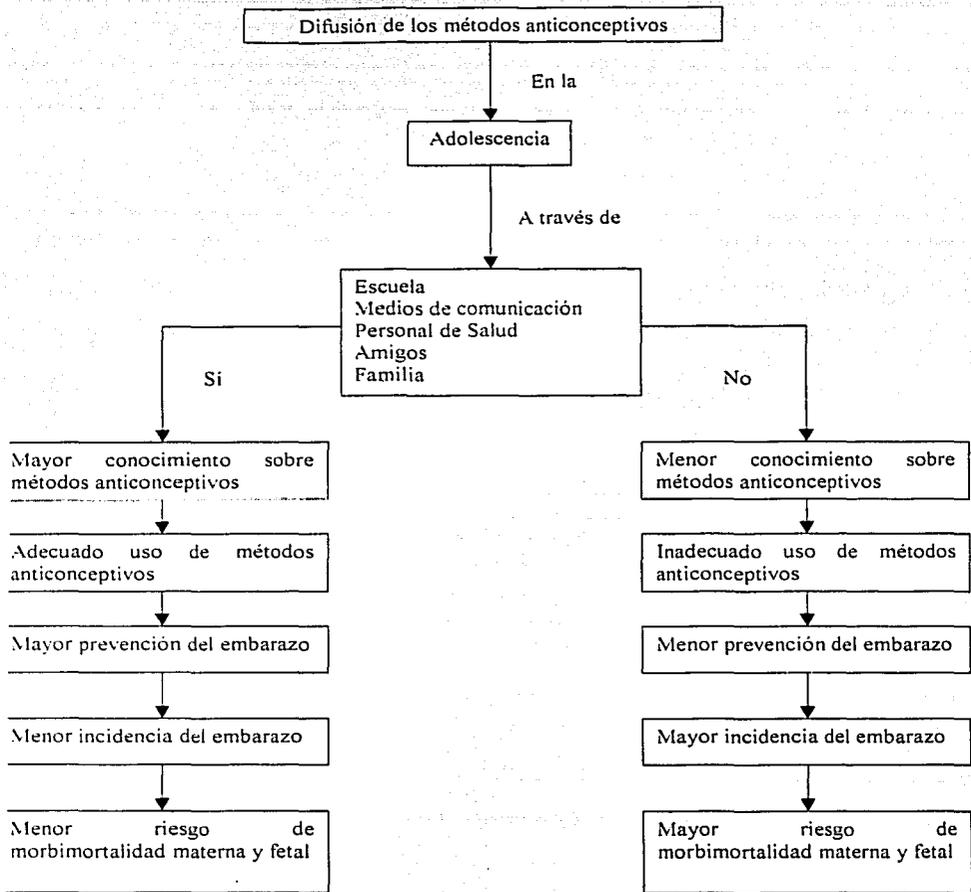
VARIABLE	TIPO	D	I	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	
Adolescencia	Cualitativo		X	Edad	De 10 a 13 años de edad	
					De 14 a 16 años	
					De 17 a 20 años	
				Caracteres sexuales secundarios	Menarca	
					Telarca	
					Vello púbico	
Nivel Socioeconómico	Cualitativo		X	Escolaridad	Grado	
					Ocupación	Ama de casa
						Estudiante
				Profesionista		
				Otra (específica)		
				Vivienda	Pertenencia	
				Residencia	Delegación	
					Lugar de nacimiento	Distrito federal
						Estado de México
				Provincia		
				Religión	Católica	
					Otra (específica)	
				Estado civil	Soltera	
					Casada	
					Unión libre	
Divorciada						
Viuda						
Ingreso económico	Menos de un salario mínimo					
	De uno a dos salarios mínimos					

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

					De dos a tres salarios mínimos
					De tres a cuatro salarios mínimos
Métodos anticonceptivos	Cualitativo		X	Conocimiento	Tipo de método
					Forma de uso
					Indicación
					Efectividad
				Uso	Tiempo de uso
					Tipo de método
Difusión	Cualitativo		X	Información	Fuente
					Calidad
					Comprensión
					Lugar
					Informante
Embarazo	Cualitativo	X		Antecedentes Gineco - Obstétricos	Edad de inicio de Vida sexual activa
					Gestas
					Abortos

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2.3 MODELO DE RELACIÓN CAUSAL



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2.4 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo observacional y descriptivo ya que no se tiene control directo para manipular las variables, es transversal pues estudia la relación entre las variables en un momento dado y de acuerdo al transcurso del tiempo es prospectivo pues se analiza en el momento en que ocurre el fenómeno.

2.4.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											

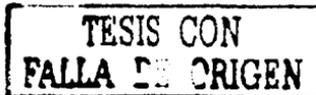
Actividades

1. Asesorías.
2. Recopilación bibliográfica
3. Elaboración del protocolo.
4. Diseño del instrumento.
5. Recabación de datos.
6. Codificación.
7. Procesamiento.
8. Análisis.
9. Publicación

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

La estructuración de la investigación se efectuó basándose en la información obtenida de la bibliografía consultada, internet, asesorías, asistencia a conferencias y sesiones relacionadas con el tema.

Para comprobar la eficacia del instrumento se llevo a cabo una prueba piloto aplicada al 10% de la muestra, mediante esta prueba se observó que los adolescentes del sexo masculino se negaron a contestar el cuestionario o bien no lo contestaron completamente por lo que se considero pertinente excluirlos de la investigación. El instrumento aplicado a la muestra seleccionada se compone de cinco apartados: Ficha de identificación, Aspectos socioeconómicos, Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos, Aspectos ginecoobstétricos, y Difusión de los métodos anticonceptivos. *Ver anexo 1.*



IV. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA

1. UNIVERSO Y MUESTRA

Universo. Adolescentes embarazadas y puérperas.

Muestra: De un universo de 420 adolescentes embarazadas y en puerperio con un porcentaje estimado de la muestra del 50 % y un 95% de confianza se aplicará el cuestionario a una muestra de 200 adolescentes embarazadas y en puerperio que acuden al Hospital Materno Infantil de Tláhuac durante el mes de Diciembre del 2002

2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes entre 10 y 20 años con diagnóstico de embarazo en cualquier edad gestacional que se encuentren en la consulta externa u hospitalizadas en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac.
- Adolescentes con diagnóstico de puerperio entre 10 y 20 años que acuden a la consulta externa o que se encuentran hospitalizadas en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac.
- Adolescentes entre 10 y 20 años que se encuentren hospitalizadas con diagnóstico de aborto en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac.

2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que tengan más de 20 años cumplidos.
- Adolescentes que no están embarazadas.
- Aquellas adolescentes que no acuden a la consulta externa o que no se encuentran hospitalizadas en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac.
- Adolescentes con diagnóstico de embarazo que se encuentran en los servicios de Urgencias, Labor, Quirófano, Expulsión.
- Adolescentes con diagnóstico de puerperio entre 10 y 20 años que se encuentran en el servicio de recuperación.
- Adolescentes que no estén en condición de salud (retraso mental, coma, en trabajo de parto o en el servicio de expulsión) para contestar el cuestionario.
- Adolescentes del sexo masculino.

2.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Adolescentes que no acepten contestar el cuestionario.
- Adolescentes que no hayan contestado completamente el cuestionario.

3. PROCESAMIENTO DE DATOS

El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa de computadora denominado "programa estadístico para ciencias sociales" (SPSS).

V. RECOLECCION DE LOS DATOS

1. FUENTE DE LOS DATOS

La información se recabó a través de fuentes bibliográficas, artículos de internet, conferencias y estadísticas consultadas.

2. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN

Para la recolección de información bibliográfica se emplearon fichas de trabajo, disquetes y fotocopias.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

ANÁLISIS CON
FUENTE DE ORIGEN

CUADRO N.1

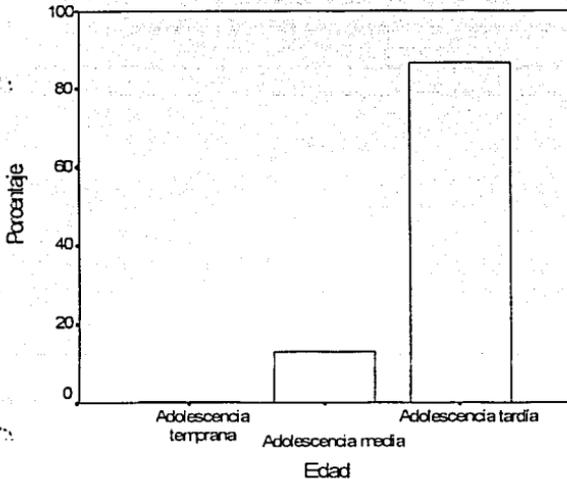
EDAD DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adolescencia temprana (de 10 a 13 años)	1	0.5%
Adolescencia media (de 14 a 16 años)	26	13.0%
Adolescencia tardía (de 17 a 20 años)	173	86.5%
Total	200	100.0%

Fuente: Alducin, Ayala (2002). Encuestas aplicadas en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac en el mes de Diciembre del 2002

GRAFICA N. 1

EDAD DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC



Fuente: Datos del cuadro N.1.

En lo que respecta a la edad de las adolescentes embarazadas y en puerperio, se obtuvo que el 86.5% corresponde a adolescentes entre 17 y 20 años, el 13% tiene entre 14 y 16 años y solo el 0.5% tiene entre 10 y 13 años. Estos datos tienen relación con los datos obtenidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2000) donde se reporta que en la actualidad más de la mitad de los habitantes del mundo son menores de 25 años, y que de ellos, un 80% vive en países en desarrollo, así mismo el INEGI (2000) reporta que en México la población joven se ha duplicado en los últimos años al pasar de los 11 millones en 1970 a los 22 millones en el año 2000 lo que representa cerca del 25% de la población total del país.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO N. 2

ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC.

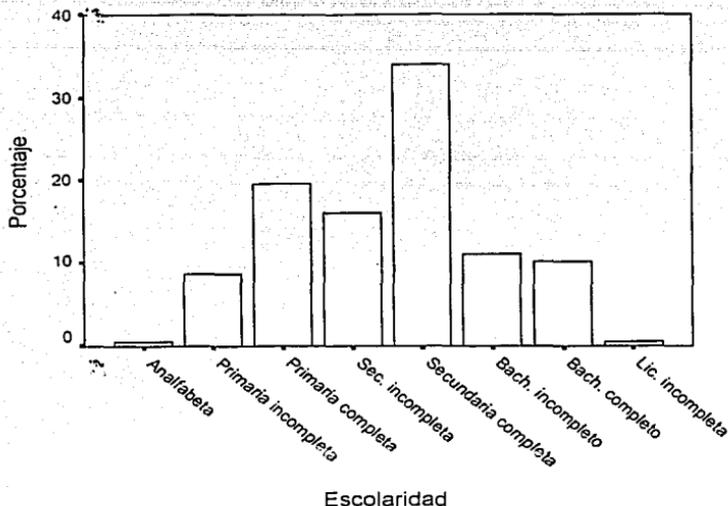
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	1	0.5%
Primaria incompleta	17	8.5%
Primaria completa	39	19.5%
Secundaria incompleta	32	16.0%
Secundaria completa	68	34.0%
Bachillerato incompleto	22	11.0%
Bachillerato completo	20	10.0%
Licenciatura incompleta	1	0.5%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

GRAFICA N. 2

ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC



Fuente: Datos del cuadro N. 2

En lo referente a la escolaridad se encontró que de la muestra estudiada el 44.5% de las adolescentes tiene una formación escolar inferior a la secundaria completa lo que es un limitante para que se lleve a cabo la difusión de los métodos anticonceptivos ya que como lo menciona la Encuesta Mexicana de Fecundidad, la escolaridad está relacionada con la adopción de la práctica anticonceptiva dado que a mayor grado escolar mayor ha sido el porcentaje de las mujeres que utiliza algún método anticonceptivo para regular su fecundidad, esto se debe a que la formación escolar incrementa la capacidad de comprensión, análisis y manejo de la información, en este sentido el 55.5% de las adolescentes que integran la muestra tiene un grado escolar equivalente a la secundaria terminada lo que favorece la difusión de la metodología anticonceptiva.

CUADRO N. 3

OCUPACION DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC.

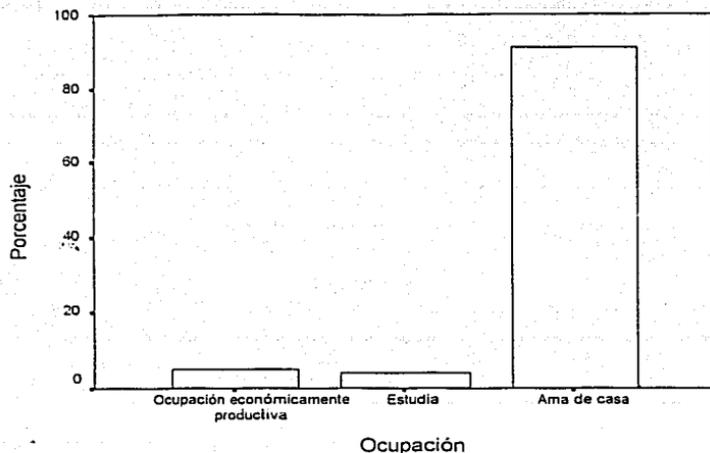
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	182	91.0%
Estudiante	8	4.0%
Ocupación económicamente productiva	10	5.0%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

GRAFICA N. 3

OCUPACION DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC



Fuente: Datos del cuadro N. 3

En cuanto a la ocupación de las adolescentes encuestadas, el 4% dijo ser estudiante, el 5% afirmó tener una actividad económicamente productiva y el 91% de las adolescentes afirmó ser ama de casa situación que refleja el hecho de que el embarazo a temprana edad implica, en la mayoría de los casos, la necesidad de abandonar la formación escolar con la consecuente dificultad de ingresar al campo laboral.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO N. 4

LUGAR DE NACIMIENTO DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC

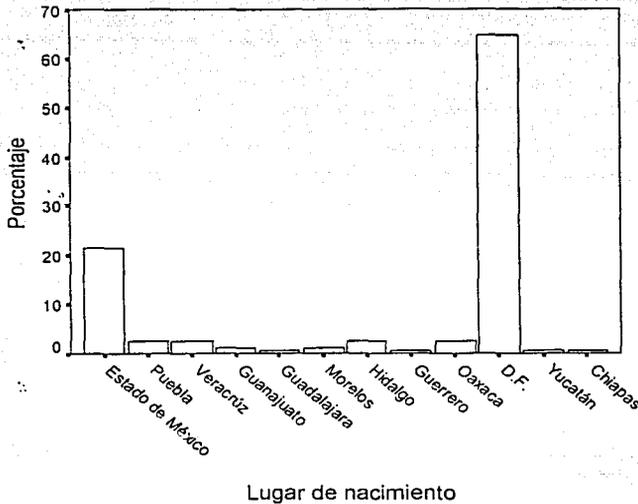
Lugar de nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Distrito Federal	129	64.5%
Estado de México	43	21.5%
Hidalgo	5	2.5%
Oaxaca	5	2.5%
Puebla	5	2.5%
Veracruz	5	2.5%
Morelos	2	1.0%
Guanajuato	2	1.0%
Guerrero	1	0.5%
Guadalajara	1	0.5%
Chiapas	1	0.5%
Yucatán	1	0.5%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

GRAFICA N. 4

LUGAR DE NACIMIENTO DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC



Fuente: Datos del cuadro N. 4

La importancia del lugar de nacimiento como indicador de la variable "Nivel Socioeconómico" descansa en el hecho de que los patrones conductuales y los ideales reproductivos se encuentran vinculados a la capacidad económica por lo que adquieren distinto significado de acuerdo al área de procedencia ya sea que se trate de un área urbana, semiurbana o rural. En este sentido se encontró que el 64.5% de las adolescentes nació en el Distrito Federal, el 21.5% es originaria del estado de México y el 14% restante nació en provincia.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CUADRO N.º 5

LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC

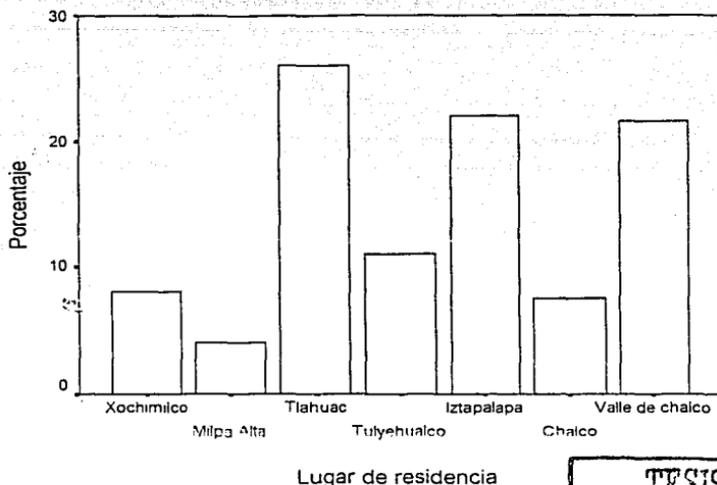
Lugar de nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Xochimilco	16	8.0%
Iztapalapa	44	22.0%
Tulyehualco	22	11.0%
Tláhuac	52	26.0%
Milpa Alta	8	4.0%
Valle de Chalco	43	21.5%
Chalco	15	7.5%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

GRAFICA N. 5

LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Fuente: Datos del cuadro N. 5

El lugar de residencia como indicador de la variable "Nivel Socioeconómico" refleja la capacidad económica de las adolescentes embarazadas y en puerperio que acuden al Hospital Materno Infantil de Tláhuac, en este aspecto se observa que de la muestra estudiada el 78% de las adolescentes radica en comunidades semiurbanas y solo el 22% habita en comunidades predominantemente urbanas tanto del Distrito Federal como del Estado de México, así mismo nos proporciona una idea de los servicios de salud a los que tienen acceso debido a las diferencias existentes entre la zona urbana, semiurbana y rural marcadas por el estilo de vida, las costumbre y la forma en que los habitantes satisfacen sus necesidades primordiales dado que adquieren distinto carácter dentro de una misma cultura de acuerdo al estatus socioeconómico.

CUADRO N. 6

ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC

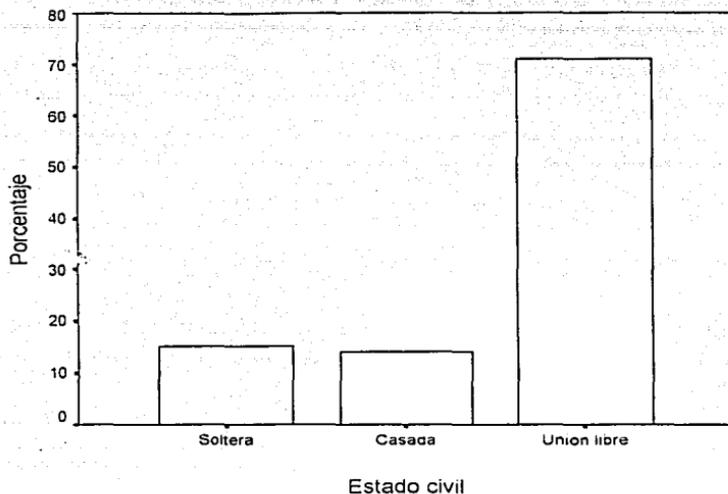
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	28	14.0%
Unión libre	142	71.0%
Soltera	30	15.0%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA N. 6

ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC



Fuente: Datos del cuadro N. 6

El estado civil influye en la mejora o el deterioro del nivel socioeconómico puesto que las madres solteras enfrentan la falta del apoyo económico que puede proporcionarles una pareja estable y aunado a esto representan un factor de riesgo social debido a que suelen tener un mayor número de parejas sexuales y embarazos no planeados, mientras que, la unión libre implica una relación de pareja poco estable, que bien puede dar origen a la madre soltera. En este aspecto se observa que el 71% vive en unión libre, el 15% es madre soltera y solo el 14% es casada.

CUADRO N. 7

RELIGION DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC

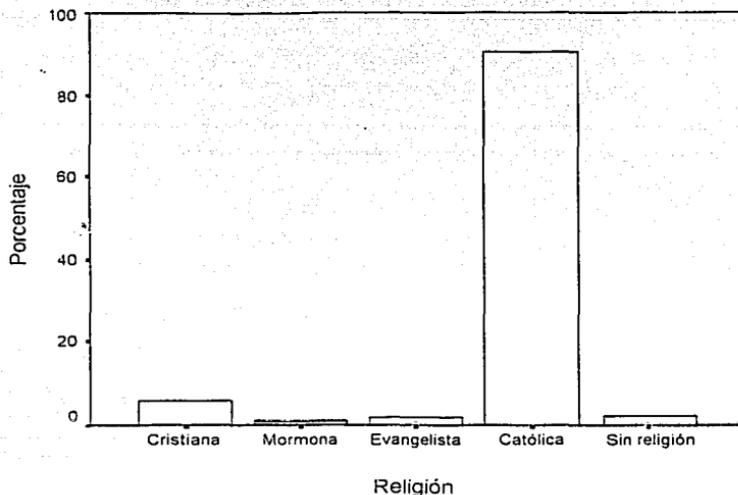
Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	181	90.5%
Cristiana	11	5.5%
Evangelista	3	1.5%
Mormona	1	0.5%
No tiene religión	4	2.0%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA N. 7

RELIGION DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC



Fuente: Datos del cuadro N. 7

La religión influye en la adopción de los métodos anticonceptivos dado que fomenta valores que limitan su uso y hace difícil la difusión de la metodología anticonceptiva, finalmente los valores religiosos son determinantes de los valores humanos, en este aspecto se observa que el 90.5% de las adolescentes encuestadas practica la religión católica, el 5.5% es cristiana, el 1.5% es evangelista, 0.5% es mormona y solo el 2% no tiene religión.

CUADRO N. 8

TIPO DE VIVIENDA EN DONDE HABITAN LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC

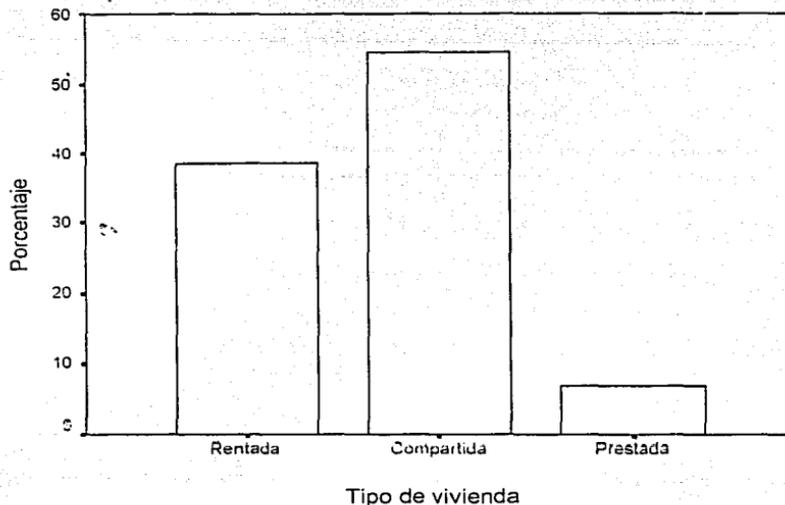
Tipo de vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Rentada	77	38.5%
Compartida	109	54.5%
Prestada	14	7.0%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

TESIS CON
F.L.A. DE ORIGEN

GRAFICA N. 8

TIPO DE VIVIENDA EN DONDE HABITAN LAS ADOLESCENTES
ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC



Fuente: Datos del cuadro N. 8

El tipo de vivienda como indicador de la variable "Nivel Socioeconómico" adquiere importancia si se considera como un factor de riesgo hacia el probable deterioro de las condiciones de salud debido a que no siempre se cuenta con los adecuados servicios sanitarios. En este aspecto se encontró que el 7% de las adolescentes encuestadas habita en una vivienda prestada, el 38.5% habita en una vivienda rentada y el 54.5% comparte la vivienda con un familiar que por lo común suelen ser los padres.

CUADRO N. 9

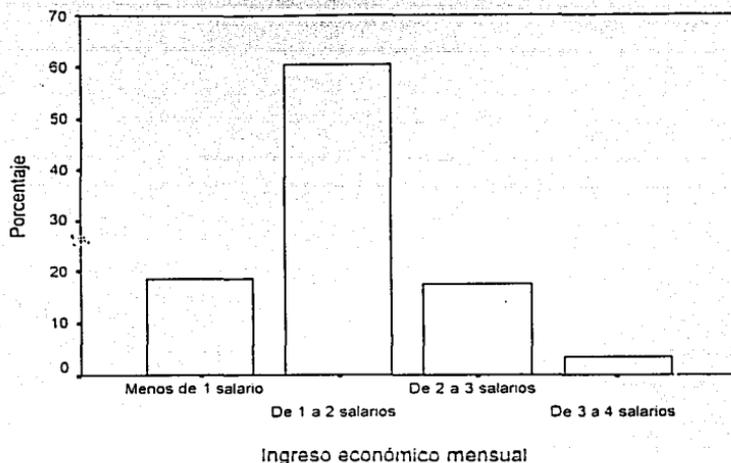
INGRESO ECONOMICO MENSUAL DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC

Ingreso económico mensual	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un salario mínimo	37	18.5%
De uno a dos salarios mínimos	121	60.5%
De dos a tres salarios mínimos	35	17.5%
De tres a cuatro salarios mínimos	7	3.5%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

GRAFICA N. 9

INGRESO ECONOMICO MENSUAL DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS
EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC



Fuente: Datos del cuadro N. 9

El ingreso económico mensual es el indicador más confiable de la variable "Nivel Socioeconómico" y es un factor determinante en la adopción anticonceptiva debido a que está íntimamente relacionado con los costos de búsqueda y de riesgos para la salud de acuerdo a los atributos de cada método. Referente a este aspecto se observa que el 79% de las adolescentes tiene un ingreso económico mensual inferior a los dos salarios mínimos, situación que influye en la disminución de la adopción anticonceptiva debido a que la mayor parte de sus ingresos se destinan para cubrir otro tipo de necesidades.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO N. 10

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC ACERCA DE EL OBJETIVO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

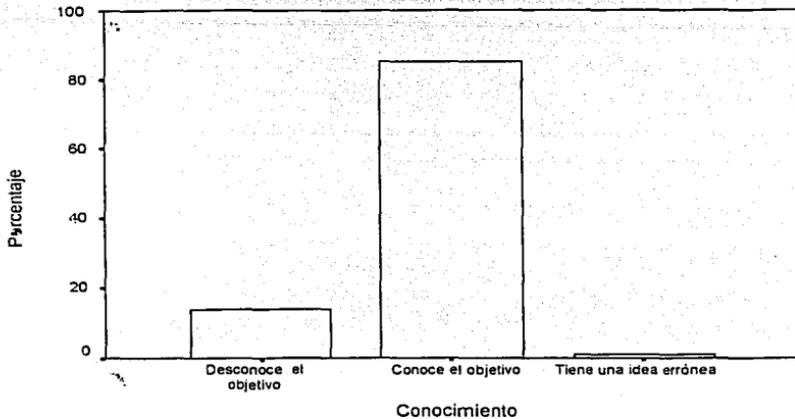
Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Desconoce el objetivo	28	14.0%
Conoce el objetivo	170	85.0%
Tiene una idea errónea	2	1.0%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

1985
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA N. 10

CONOCIMIENTO DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC ACERCA DE EL OBJETIVO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Datos del cuadro N. 10

Con respecto a la respuesta de las adolescentes acerca del objetivo que tienen los métodos anticonceptivos, se obtuvo que el 85% afirmó saber para que se utilizan, el 14% no sabe y el 1% restante tiene una idea errónea. Esto se relaciona con los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 1999) en donde se menciona que en nuestro país seis de cada diez mujeres en edad fértil tiene conocimiento sobre la metodología anticonceptiva

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO N.11

TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO QUE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC AFIRMAN SABER UTILIZAR

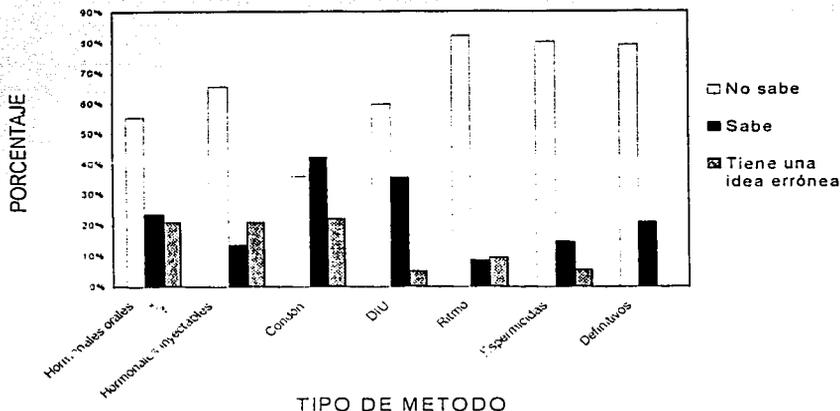
Tipo de método anticonceptivo	Conoce el objetivo		Tiene una idea errónea		Desconoce el objetivo		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Hormonales orales	47	23.50%	42	21.00%	111	55.50%	100%
Hormonales inyectables	27	13.50%	42	21.00%	131	65.50%	100%
Condón	84	42.00%	44	22.00%	72	36.00%	100%
Dispositivo Intrauterino	71	35.50%	10	5.00%	119	59.50%	100%
Ritmo	17	8.50%	19	9.50%	164	82.00%	100%
Espemicidas	29	14.50%	11	5.50%	160	80.00%	100%

Fuente: IBIDEM

TESIS CON
FALTA DE ORDEN

GRAFICA N.11

TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO QUE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC AFIRMAN SABER UTILIZAR



Fuente: Cuadro N.11

En cuanto a la respuesta de las adolescentes sobre la forma en que se utilizan los métodos anticonceptivos llama la atención que el 60% de las adolescentes encuestadas desconoce como deben usarse los anticonceptivos hormonales orales e inyectables, un 80% no sabe como usar el método del ritmo y los espermicidas e ignora cuando están recomendados los métodos definitivos, situación que es alarmante dado que la Constitución Política establece en su artículo 67° que en las actividades de planificación familiar se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes de manera oportuna, eficaz y completa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO N. 12

TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO QUE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC UTILIZABAN ANTES DE EMBARAZARSE POR PRIMERA VEZ

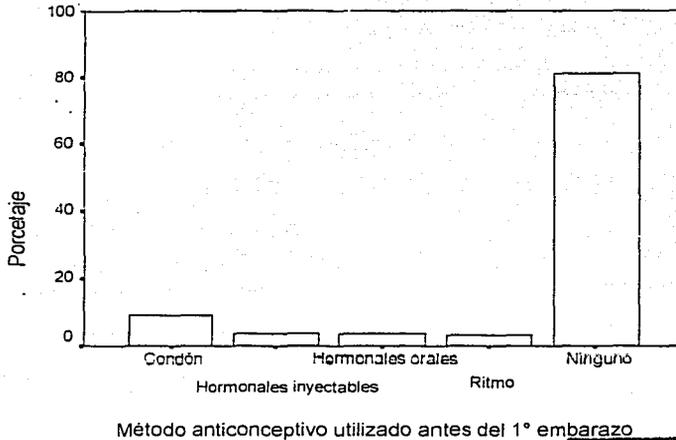
Tipo de método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
Condón	18	9.0%
Hormonales inyectables	7	3.5%
Hormonales orales	7	3.5%
Ritmo	6	3.0%
Ninguno	162	81.0%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

TESIS CON
ORIGEN

GRAFICA N. 12

TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO QUE LAS ADOLESCENTES
ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC
UTILIZABAN ANTES DE EMBARAZARSE POR PRIMERA VEZ



Fuente: Datos del cuadro N. 12

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En lo que respecta al tipo de método anticonceptivo utilizado antes del primer embarazo llama la atención que el 81% de las adolescentes no utilizaba algún método anticonceptivo, situación que corresponde con los datos obtenidos por el CONAPO (2002) donde menciona que nueve de cada diez mujeres tuvieron su primera relación sexual sin protección, esto se debe a que en culturas como la nuestra es común que los padres enseñen a sus hijos a inhibir y a controlar la conducta sexual inculcándoles de manera consciente o inconsciente la preocupación angustiada hacia lo sexual despertando en el adolescente una inquietud hacia la experiencia de las relaciones sexuales e impulsado además por los mensajes difundidos en cine, televisión, radio y revistas, en donde las relaciones sexuales a temprana edad son comunes y aceptadas.

CUADRO N. 13

EDAD DE APARICION DE LOS CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS EN LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC

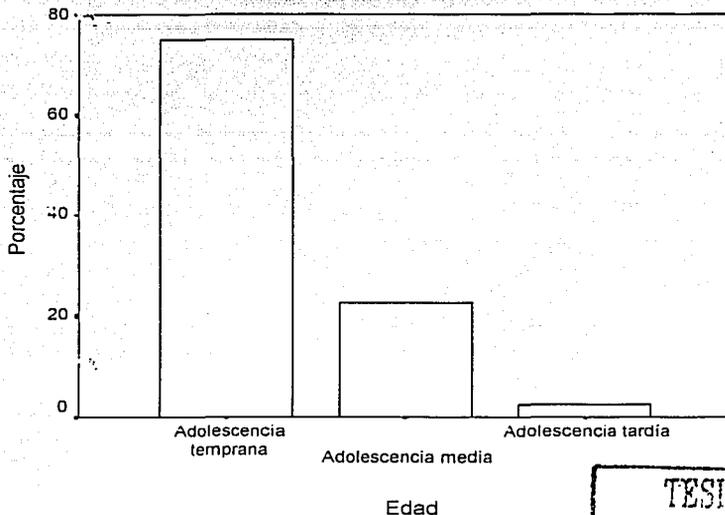
Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adolescencia temprana (De 10 a 13 años)	150	75.0%
Adolescencia media (De 14 a 16 años)	45	22.5%
Adolescencia tardía (De 17 a 20 años)	5	2.5%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

TESIS CON
FALTA DE ORDEN

GRAFICA N. 13

EDAD DE APARICION DE LOS CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS EN LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC



Fuente: Datos del cuadro N. 13

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La edad de aparición de los caracteres sexuales secundarios ha disminuido con el paso de los años puesto que al principio del siglo XX el promedio de desarrollo de los cambios sexuales era a los 16 años mientras que en la actualidad es a los 13 años, lo que influye en el inicio de una vida sexual activa a una edad más temprana y a la vez implica un factor de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino debido a la prolongada exposición a los estrógenos. Con respecto a ello se observa que el 75% de la muestra experimentó la pubarca, telarca y la menarca entre los 10 y 13 años, el 22.5% entre los 14 y 16 años y solo el 2.5% entre los 17 y 20 años.

CUADRO N. 14

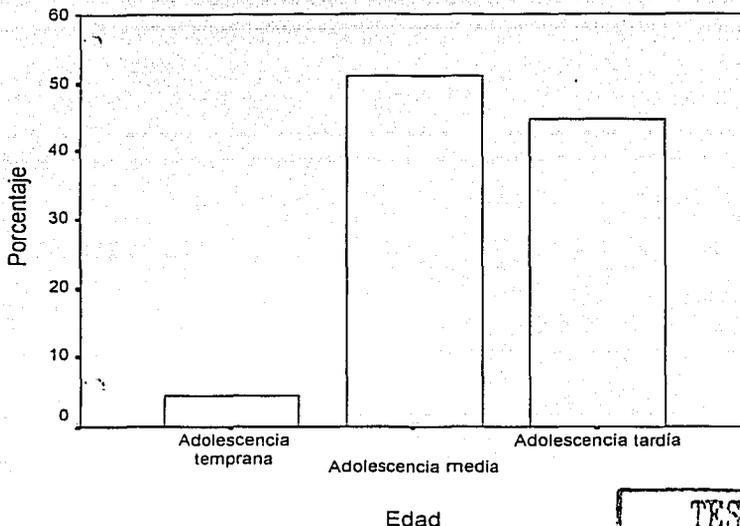
EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adolescencia temprana (De 10 a 13 años)	9	4.5%
Adolescencia media (De 14 a 16 años)	102	51.0%
Adolescencia tardía (De 17 a 20 años)	89	44.5%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

GRAFICA N. 14

EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC



Fuente: Datos del cuadro N. 14

TESIS CON
PALLA DE ORICEN

Relativo a la edad de inicio de la vida sexual activa de las adolescentes, se obtuvo que el 4.5% inició su vida sexual durante la adolescencia temprana, el 51% durante la adolescencia media y el 44.5% en la adolescencia tardía. Esto se relaciona con los datos obtenidos por el Consejo Nacional de Población (CONAPO 2002) donde se menciona que a nivel mundial las mujeres inician su vida sexual en promedio a los 17.2 años de edad.

CUADRO N. 15

NUMERO DE EMBARAZOS QUE HAN TENIDO LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC

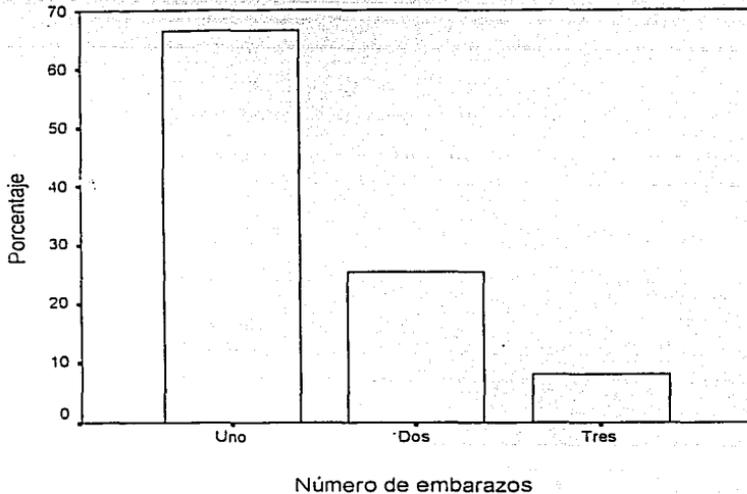
Número de embarazos	Frecuencia	Porcentaje
Uno	133	66.5%
Dos	51	25.5%
Tres	16	8.0%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

TECIS CON
FALTA DE ORIGEN

GRAFICA N. 15

NUMERO DE EMBARAZOS QUE HAN TENIDO LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC



Fuente: Datos del cuadro N. 15

En relación al número de embarazos de las adolescentes que integran la muestra, se encontró que el 66.5% ha tenido un solo embarazo, el 25.5% se ha embarazado por segunda vez, y solo el 8% ha tenido tres embarazos. Esto se debe a que el embarazo a temprana edad es la consecuencia de diversos factores como el tener relaciones sexuales sin adoptar las medidas anticonceptivas adecuadas ya sea por desconocimiento, temor a su uso, dificultad para acceder a ellos o negación a tomar las medidas anticonceptivas por propia determinación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO N. 16

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC

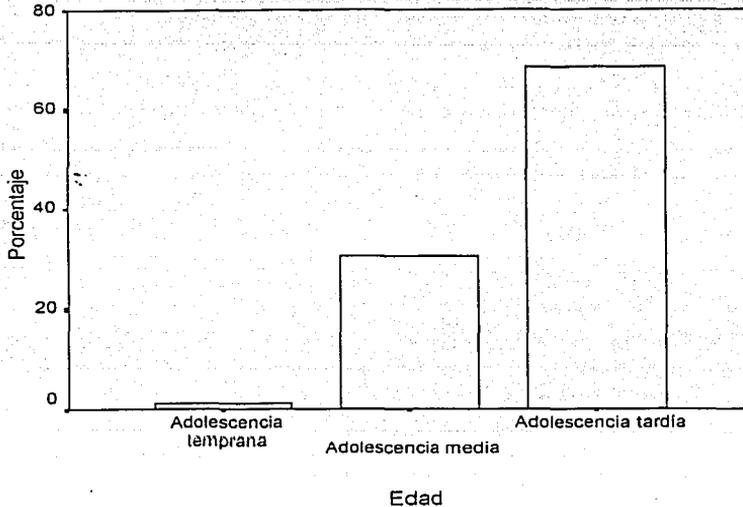
Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adolescencia temprana (De 10 a 13 años)	2	1.0%
Adolescencia media (De 14 a 16 años)	61	30.5%
Adolescencia tardía (De 17 a 20 años)	137	68.5%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

TRIS CON
FALTA DE ORIGEN

GRAFICA N. 16

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC



Fuente: Datos del cuadro N. 16

Con respecto a la edad del primer embarazo de las adolescentes encuestadas, se encontró que el 1% se embarazó durante la adolescencia temprana, el 30.5% durante la adolescencia media y el 68.5% en la adolescencia tardía. Estos datos concuerdan con los datos obtenidos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2002), en donde se señala que de los 13 millones de nacimientos que cada año se registran en el mundo, alrededor de 2,000,000 corresponden a embarazos adolescentes. Asimismo, se calcula que de los 2,800,000 nacimientos que anualmente se registran en México 454,000 corresponden a hijos de adolescentes menores de 20 años, estimándose que en muchos de los casos se trata de embarazos no deseados, y que la edad media nacional del primer embarazo es de 19 años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO N. 17

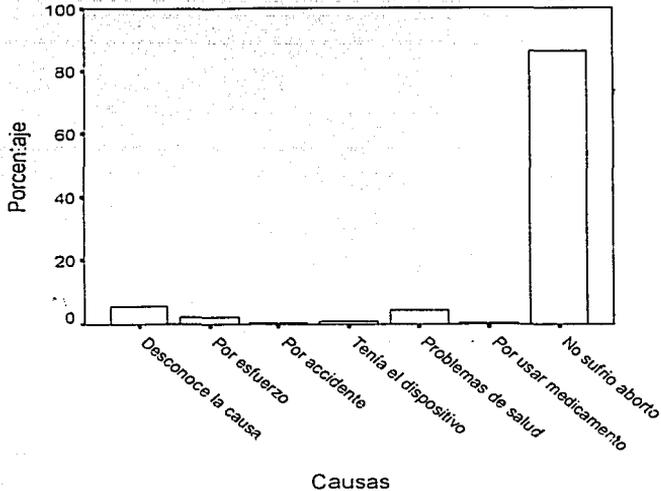
EMBARAZOS INTERRUMPIDOS POR ABORTO EN LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Desconoce la causa	11	5.5%
Por accidente	1	0.5%
Por esfuerzo	4	2.0%
No sufrió aborto	172	86.0%
Por el uso de medicamentos	1	0.5%
Por problemas de salud materna	9	4.5%
Por usar el D.I.U.	2	1.0%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

GRAFICA N. 17

EMBARAZOS INTERRUPTIDOS POR ABORTO EN LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC



Fuente: Datos del cuadro N. 17.

Se sabe que el aborto además de ser una de las principales causas de mortalidad materna, también es una de las complicaciones más frecuentes en la primera mitad de un embarazo a temprana edad, con respecto a ello se obtuvo que de las adolescentes que integran la muestra el 14% presentó aborto y que la causa más importante con un 4.5% se debe a problemas de salud materna, esto tiene relación con el hecho de que las adolescentes embarazadas suelen ser menos cuidadosas con respecto a su salud y por tanto tienen un control prenatal insuficiente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO N. 18

ETAPA EN QUE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC RECIBIERON INFORMACION POR PRIMERA VEZ EN SU VIDA ACERCA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

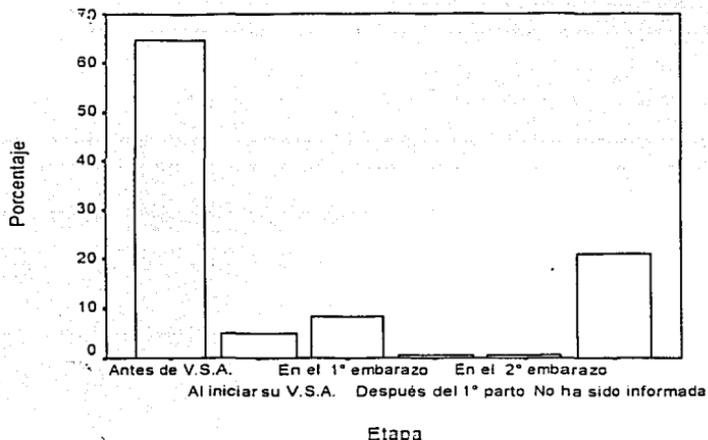
Etapa en que recibieron información por primera vez en su vida	Frecuencia	Porcentaje
Antes de iniciar su vida sexual	129	64.5%
Al iniciar su vida sexual	10	5.0%
Durante el primer embarazo	17	8.5%
Después del primer parto	1	0.5%
Durante el segundo embarazo	1	0.5%
No ha recibido información	42	21.0%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

GRAFICA N. 18

ETAPA EN QUE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC RECIBIERON INFORMACION POR PRIMERA VEZ EN SU VIDA ACERCA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Datos del cuadro N. 18.

La educación sobre la salud sexual debe comenzar durante la edad escolar, aumentar en la adolescencia, y continuar durante la edad adulta, en este aspecto el artículo 4º Constitucional menciona que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Con referencia al momento en que las adolescentes encuestadas recibieron por primera vez información sobre los métodos anticonceptivos tenemos que el 64.5% contestó haber obtenido información antes de iniciar su vida sexual y el 14.5% obtuvo la información en un momento relativamente tarde dado que ya habían iniciado su vida sexual activa e incluso algunas habían experimentado el embarazo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO N. 19

INFORMANTE DE QUIEN RECIBIERON INFORMACION ACERCA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS POR PRIMERA VEZ EN SU VIDA LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC.

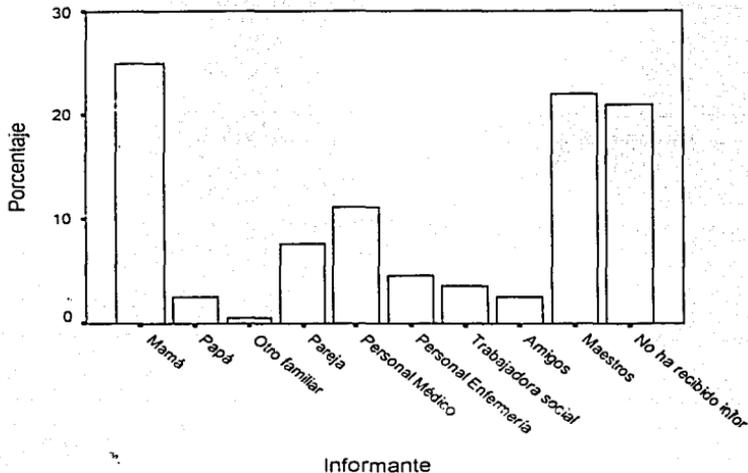
Informante	Frecuencia	Porcentaje
Mamá	50	25.0%
Papá	5	2.5%
Otro familiar	1	0.5%
Pareja	15	7.5%
Personal médico	22	11.0%
Personal de enfermería	9	4.5%
Trabajadora social	7	3.5%
Amigos	5	2.5%
Maestros	44	22.0%
No ha recibido información	42	21.0%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

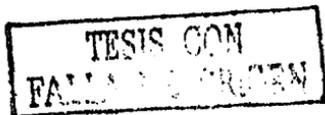
GRAFICA N. 19

INFORMANTE DE QUIEN RECIBIERON INFORMACION ACERCA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS POR PRIMERA VEZ EN SU VIDA LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC



Fuente: Datos del cuadro N. 19.

En lo referente a la persona que les informó por primera vez sobre los métodos anticonceptivos, se observa que el 2.5% de la muestra obtuvo la información de sus amigos, el 7.5% de su pareja, el 28% la obtuvo de su familia, al 19% le informó el personal de salud, al 22% los maestros y el 21% no ha recibido información, es alarmante que el personal de salud en comparación con el resto de los informantes ha participado poco en la difusión de la metodología anticonceptiva dado que es un papel primordial de los profesionales de salud, así mismo es relevante destacar la importancia que tiene la difusión de la información sobre los métodos anticonceptivos por lo que las campañas de planificación familiar deberían ser mucho más extensas de tal forma que su cobertura sea lo más amplia posible y de mejor calidad para que toda la gente reciba la información según su nivel de estudios y de esta manera no queden dudas sobre como utilizar los diferentes métodos anticonceptivos



CUADRO N. 20

FUENTE DE DONDE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC HAN OBTENIDO INFORMACION ACERCA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

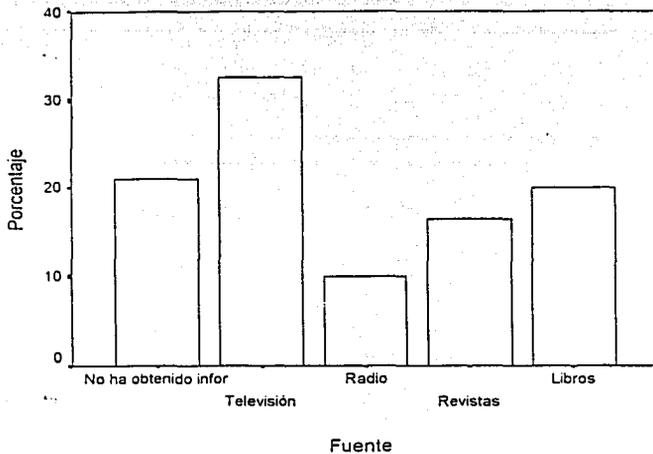
Fuente	Frecuencia	Porcentaje
Libros	40	20.0%
Revistas	33	16.5%
Televisión	65	32.5%
Radio	20	10.0%
No ha recibido información	42	21.0%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

GRAFICA N. 20

FUENTE DE DONDE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC HAN OBTENIDO INFORMACION ACERCA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Datos del cuadro N. 20.

Con respecto a la fuente de información, la Norma Oficial Mexicana (NOM, 1994) declara que la promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se deben efectuar a través de acciones de comunicación en medios masivos, la participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales, y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la planificación familiar, en este aspecto llama la atención que el 21% de las adolescentes no han recibido información, el 20% se ha informado a través de fuentes fidedignas, mientras que el 59% restante ha obtenido información a través de fuentes poco confiables como son las revistas, la radio y la televisión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO N. 21

LUGAR EN DONDE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC HAN RECIBIDO INFORMACION ACERCA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

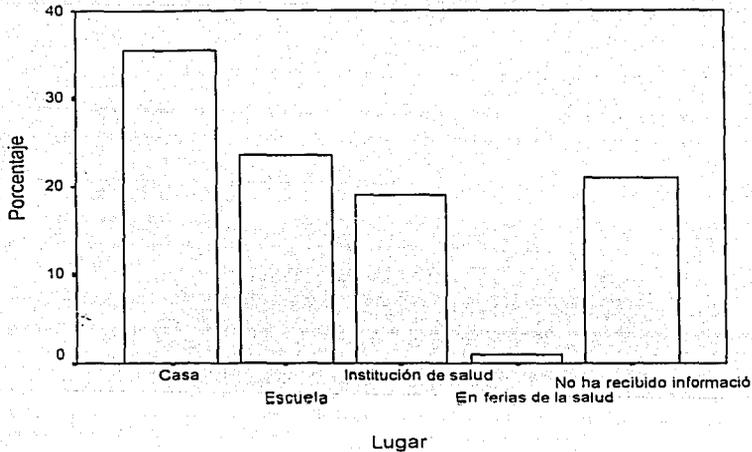
Lugar	Frecuencia	Porcentaje
Casa	71	35.5%
Escuela	47	23.5%
Instituciones de salud	38	19.0%
En ferias de la salud	2	1.0%
No ha recibido información	42	21.0%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

GRAFICA N. 21

LUGAR EN DONDE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC HAN RECIBIDO INFORMACION ACERCA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Datos del cuadro N. 21.

En lo que se refiere al lugar donde recibieron información las adolescentes, tenemos que el 35.5% de la muestra recibió información en su casa, el 23.5% en la escuela, el 21% no ha recibido información, el 1% en ferias de la salud y solo el 19% en instituciones de salud. Esto significa que el principal lugar donde obtienen información las adolescentes es el hogar por lo que muchas veces no se les proporciona educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara y específica sobre las consecuencias de las relaciones sexuales.

CUADRO N. 22

ADOLESCENTES ENCUESTADAS QUE RECIBIERON INFORMACION SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC

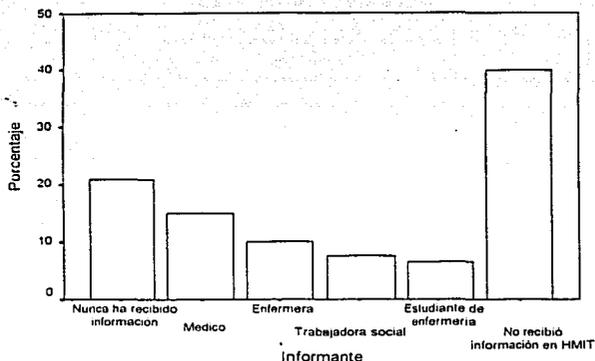
Informante	Frecuencia	Porcentaje
Nunca ha recibido información	42	21.0%
No recibió información en el H.M.I.T.	80	40.0%
Personal médico	30	15.0%
Personal de enfermería	20	10.0%
Personal de trabajo social	15	7.5%
Estudiante de enfermería	13	6.5%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM



GRAFICA N. 22

ADOLESCENTES ENCUESTADAS QUE RECIBIERON INFORMACION SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC



Fuente: Datos del cuadro N. 22

Con respecto al personal de salud que les proporcionó información sobre los métodos anticonceptivos en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac, se obtuvo que el 21% nunca ha recibido información, el 40% no recibió información en el hospital, al 15% le informó el médico, el 10% recibió información de la enfermera, el 7.5% le informó la trabajadora social y solo al 6.5% le informó algún estudiante de enfermería. Es alarmante que al 40% de las adolescentes no se le haya proporcionado información a pesar de que la Norma Oficial Mexicana (NOM, 1994) menciona que se debe dar a conocer la importancia de la práctica de planificación familiar para la salud, así como la existencia de los servicios correspondientes en unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados. Es importante aclarar que los profesionales de enfermería pueden satisfacer las necesidades de promoción de la salud en todo tipo de contextos, independientemente si el ejercicio se da en el hospital, en la clínica, en el hogar, en organizaciones para la conservación de la salud, en consultorios privados o en la comunidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

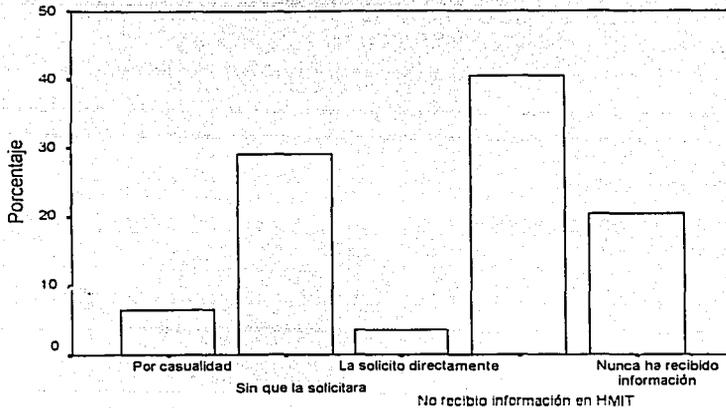
CUADRO N. 23

FORMA EN QUE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC OBTUVIERON INFORMACION DEL PERSONAL DEL HOSPITAL ACERCA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Forma en que se obtuvo la información	Frecuencia	Porcentaje
Por casualidad	13	6.5%
Sin que la solicitara	58	29.0%
La solicito directamente	7	3.5%
Nunca ha recibido información	42	21.0%
No recibió información en el H.M.I.T.	80	40.0%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

FORMA EN QUE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC OBTUVIERON INFORMACIÓN DEL PERSONAL DEL HOSPITAL ACERCA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS



Forma en que obtuvieron la información en el HMIT

Fuente: Datos del cuadro N. 23.

En lo que se refiere a la forma en que las adolescentes obtuvieron información sobre los métodos anticonceptivos en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac, destaca el hecho de que solo el 29% de la muestra obtuvo la información sin que la solicitara, por lo que el 71% restante tuvo que solicitar la información, la obtuvo por casualidad o bien no le proporcionaron información a pesar de que la Norma Oficial Mexicana (NOM, 1994) declara que se debe informar a las adolescentes acerca de los beneficios para la salud que conlleva la práctica de la planificación familiar, así como la existencia de los servicios correspondientes en unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO N. 24

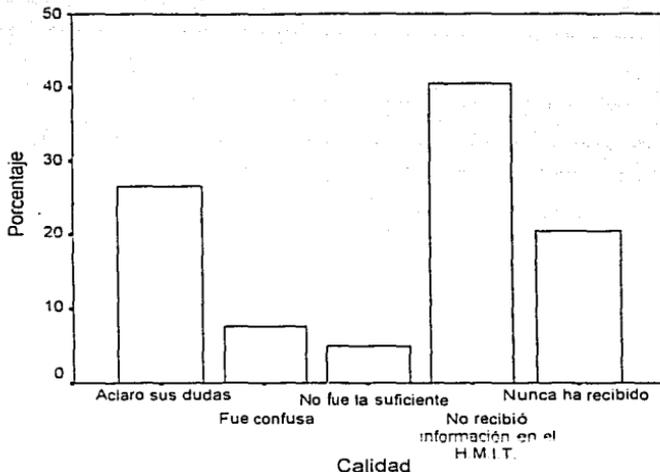
CALIDAD DE LA INFORMACION QUE EL PERSONAL DEL HOSPITAL LES PROPORCIONO A LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC

Calidad de la información	Frecuencia	Porcentaje
Aclaro sus dudas	53	26.5%
Fue confusa	15	7.5%
No fue la suficiente	10	5.0%
Nunca ha recibido información	42	21.0%
No recibió información en el H.M.I.T.	80	40.0%
Total	200	200.0%

Fuente: IBIDEM

GRAFICA N. 24

CALIDAD DE LA INFORMACION QUE EL PERSONAL DEL HOSPITAL LES PROPORCIONO A LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC



Fuente: Datos del cuadro N. 24.

Con referencia a la calidad de la información proporcionada a las adolescentes en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac, tenemos que el 26.5% de la muestra contestó que la información aclaró sus dudas, el 7.5% dijo que fue confusa, el 5% contestó que no fue la suficiente, el 21% nunca ha recibido información y al 40% no se le proporcionó información en el hospital. Es importante que el informante considere que las personas semialfabetas demandan técnicas simples diseñadas para la enseñanza de información básica, las personas analfabetas necesitan información verbal en frases simples complementada con medios visuales y que los lectores limitados necesitan información verbal simple complementada con información escrita en lenguaje adecuado para un bajo nivel de lectura.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO N. 25

INTERES DE PARTE DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC EN OBTENER INFORMACION ACERCA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

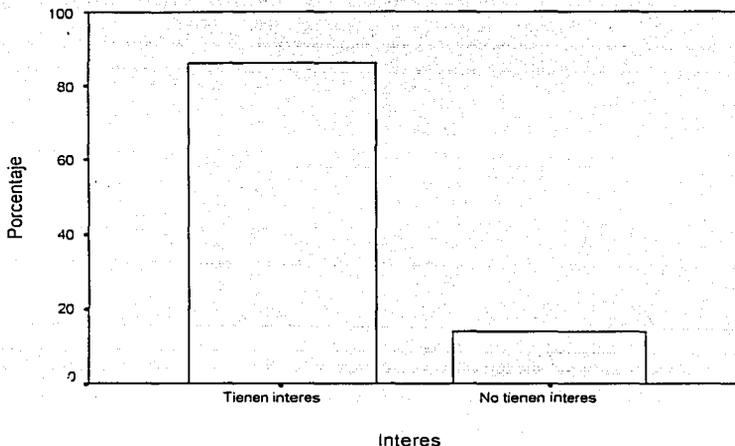
Interés en recibir más información	Frecuencia	Porcentaje
Le interesa recibir más información	172	86.0%
No le interesa recibir más información	28	14.0%
Total	200	100.0%

Fuente: IBIDEM

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

GRAFICA N. 25

INTERES DE PARTE DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC EN OBTENER INFORMACION ACERCA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Datos del cuadro N. 25.

Las campañas dirigidas a la planificación familiar tienen como objetivo principal despertar el interés de la población a través de una adecuada motivación, de tal forma que sean partícipes de la difusión de los beneficios de la metodología anticonceptiva, con respecto a ello, se observa que de la muestra el 86% de las adolescentes se interesa en recibir más información y solo el 14% no tiene interés en ello.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO N. 26

OPINION DE LA PAREJA DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC ACERCA DE EL USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Está de acuerdo	108	54.0%
No le gusta utilizarlos	32	16.0%
Prefiere que sea ella quien los utilice	23	11.5%
No han hablado de ello	17	8.5%
No tiene pareja sexual	20	10.0%
Total	200	100.0%

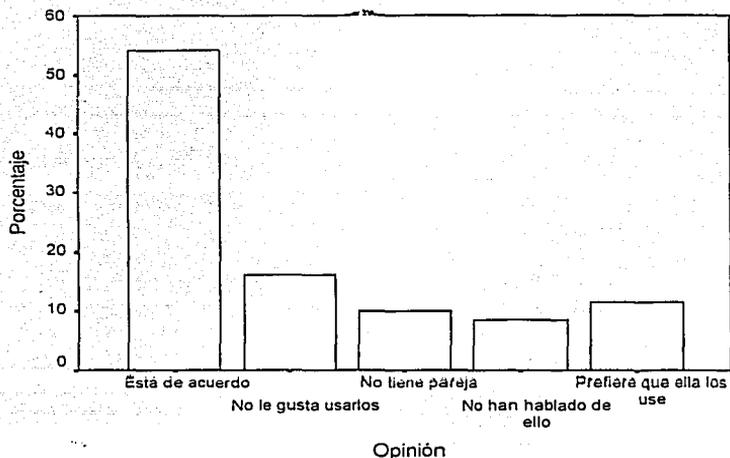
Fuente: IBIDEM

130

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA N. 26

OPINION DE LA PAREJA DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC ACERCA DE EL USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Datos del cuadro N. 26.

Relativo a la opinión de la pareja de las adolescentes sobre el uso de los métodos anticonceptivos, se obtuvo que el 54% esta de acuerdo, el 16% no le gusta utilizar los métodos anticonceptivos, el 11.5% prefiere que sea su esposa quien los utilice, el 8.5% no han hablado sobre ello y el 10% restante no tienen pareja sexual. Con relación a ello destaca el hecho de que el peso de la regulación de la fecundidad ha recaído principalmente en la mujer, por lo que, la oposición del varón ante la práctica anticonceptiva es una barrera importante en algunos segmentos de la población sobre todo en las áreas rurales.

CONCLUSIONES

Al analizar los resultados de las encuestas aplicadas a una muestra integrada por 200 adolescentes embarazadas y en puerperio en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac se ha llegado a las siguientes conclusiones:

Dado que la difusión de la metodología anticonceptiva debe incluir información clara y precisa sobre los tipos de métodos anticonceptivos existentes, así como de la forma correcta en que deben ser usados, nuestra sociedad no tiene una adecuada educación anticonceptiva, esto se corrobora con el hecho de que el 80% de las adolescentes que integran la muestra afirmó no saber utilizar los métodos anticonceptivos a pesar de que el 85% declaró saber cual es el objetivo de los métodos anticonceptivos. lo que nos lleva a pensar que si bien se difunde información sobre los tipos de métodos anticonceptivos existentes, no se suele profundizar en el tema o bien que la información que se proporciona no es la suficiente, no se proporciona a tiempo o esa información llega distorsionada, situación que acarrea serias consecuencias entre ellas las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no planeado.

Contrario a que el artículo 67° establece que la difusión de los métodos anticonceptivos debe darse en forma eficaz, oportuna y completa solo el 5% de las adolescentes encuestadas obtuvo información sobre los métodos anticonceptivos antes de iniciar su vida sexual activa y únicamente el 19% utilizaba algún método anticonceptivo antes de embarazarse lo que explica que el 99% de las adolescentes en estudio se haya embarazado entre los 14 y 20 años. Aunado a esto, en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac solo se le proporcionó información sobre los métodos anticonceptivos al 39% de la muestra y de ellas solamente el 10% la obtuvo a través del personal de enfermería.

Para que la difusión se lleve a cabo adecuadamente es importante que la información sea de fácil acceso, comprensible y que a la vez despierte el interés de quien la recibe, sin embargo el 73.5% de las adolescentes encuestadas afirmó que la información proporcionada en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac fue confusa, no fue la suficiente o bien no se le proporcionó información, eso nos hace pensar que el papel del personal de salud en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac no cumple con las expectativas de difusión marcadas por la Norma Oficial Mexicana

- El 55.5% de las adolescentes que integran la muestra tiene un nivel de estudios equivalente a la secundaria completa lo que favorece la difusión de los métodos anticonceptivos, mientras que el 44.5% restante tiene un grado de estudios inferior a la secundaria terminada factor que limita la difusión de la metodología anticonceptiva.
- El 85% de las adolescentes tiene conocimiento sobre el objetivo de los métodos anticonceptivos, el 14% lo ignora y solo el 1% tiene una idea errónea

- El 60% de las adolescentes desconoce como deben usarse los anticonceptivos hormonales orales e inyectables, un 80% no sabe como utilizar el método del ritmo y los espermicidas e ignora cuál es el momento idóneo para optar por los métodos definitivos.
- El 81% de las adolescentes que integran la muestra no utilizaba algún tipo de método anticonceptivo antes de embarazarse por primera vez y solo el 19% de las adolescentes lo utilizaba, predominantemente el condón y los hormonales orales e inyectables.
- De la muestra estudiada el 44.5% de las adolescentes inició su vida sexual entre los 17 y 20 años, el 51% la inició entre los 14 y 16 años, y el 4.5% inició su vida sexual entre los 10 y 13 años.
- De la población en estudio el 99% se embarazo por primera vez después de los 14 años y el 1% restante lo hizo entre los 10 y 13 años.
- El 21% de la muestra no ha recibido información sobre los métodos anticonceptivos, y de las adolescentes que han recibido información el 64.5% la obtuvo antes de iniciar su vida sexual activa, el 5% la obtuvo al iniciar su vida sexual activa, el 9.5% la recibió al embarazarse.
- De las adolescentes que han obtenido información el 2.5% la obtuvo de sus amigos, el 7.5% de su pareja, el 28% la obtuvo de su familia, el 22% de los maestros y solo al 19% le informó el personal de salud.
- De las adolescentes que han obtenido información acerca de los métodos anticonceptivos el 20% se ha informado a través de fuentes fidedignas mientras que el 59% ha obtenido información a través de fuentes poco confiables como revistas, radio y televisión.
- De adolescentes que integran la muestra el 36.5% recibió información sobre los métodos anticonceptivos en su casa, el 23.5% en la escuela y solo el 19% la ha obtenido en instituciones de salud.
- De las adolescentes que recibieron información acerca de los métodos anticonceptivos en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac al 15% le informó el médico, al 10% el personal de enfermería, al 7.5% la trabajadora social y al 6.5% estudiantes de enfermería.
- De las adolescentes que recibieron información en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac el 6.5% obtuvo la información por causalidad, el 29% recibió la información sin que la solicitara y solo el 3.5% la solicitó directamente.
- De las adolescentes que recibieron información en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac el 26.5% refirió que la información proporcionada aclaró sus dudas,

el 7.5% afirmó que la información fue confusa y el 5% refirió que no fue la suficiente.

- De la muestra en estudio el 86% de las adolescentes se interesa en recibir más información sobre los métodos anticonceptivos, mientras que el 14% restante no tiene interés en ello.

SUGERENCIAS

La formación de un departamento dentro del Hospital Materno Infantil de Tláhuac encargado de la difusión de información acerca de las implicaciones del embarazo a temprana edad y sobre los métodos anticonceptivos impartiendo pláticas a los usuarios resaltando la importancia de la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Promover la participación del personal del Hospital Materno Infantil de Tláhuac en ferias de la salud a través de las cuales se difunda información sobre los métodos anticonceptivos, haciendo hincapié en la forma de uso, sus indicaciones y contraindicaciones, así mismo hacer mención de la ubicación de los centros de salud en donde pueden acudir para su prescripción.

Programar visitas a las escuelas con el fin de hacer llegar a los estudiantes la información pertinente acerca de la metodología anticonceptiva.

ANEXO

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC

"LA RELACIÓN ENTRE LA DIFUSIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LA INCIDENCIA DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TLÁHUAC"

Instrucciones: Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta lo que se te pide.
Tus respuestas son completamente confidenciales; ya que el cuestionario no lleva tu nombre.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Edad _____ Escolaridad _____ Ocupación _____
Lugar de nacimiento () Distrito Federal () Estado de México () Provincia
Lugar de residencia () Distrito Federal () Estado de México () Provincia
Delegación: _____
Estado civil: () Soltera () Casada () Unión libre () Viuda () Divorciada
Religión: () Católica () Otra. Especifica _____

II. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

1. El lugar donde vives es:
() Casa propia () Rentada () Prestada () Compartida
2. Ingreso económico mensual:
() Menos de un salario mínimo
() De 1 a 2 salarios mínimos
() De 3 a 4 salarios mínimos
() Más de 4 salarios mínimos

III. CONOCIMIENTO Y USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

1. ¿Sabes para qué se usan los métodos anticonceptivos?
() Para abortar en caso de embarazo no deseado.
() Para prevenir el embarazo no deseado.
() No sé.
4. De los siguientes métodos anticonceptivos ¿Cuál (es) sabes utilizar?
() Hormonales orales () Hormonales subdérmicos
() Hormonales inyectables () Condón () Ritmo () D.I.U.
() Espermicidas () Ninguno

De los siguientes enunciados marca con una x el que consideres que es verdadero.

5. Los Hormonales orales (pastillas).
() Se debe tomar una tableta diaria desde el inicio del ciclo menstrual.
() Se toma una tableta el primer día del ciclo menstrual sin necesidad de volver a tomarlas el resto del ciclo.
() Se toma una tableta antes de cada relación sexual.
() No sé

6. Los Hormonales inyectables:

- Se aplican al final del ciclo menstrual.
- Se aplican al inicio del ciclo menstrual.
- Se aplican antes de cada relación sexual.
- No sé.

7. El condón:

- Se coloca cuando el pene está en erección y puede usarse el mismo condón en varias ocasiones.
- Se coloca cuando el pene está en erección y debe desecharse después de usarse.
- Se coloca antes de que el pene esté en erección y debe desecharse después de usarse.
- No sé.

8. El D. I. U.

- Después de su colocación debe ser revisado por el médico cada año.
- Después de su colocación no es necesario que sea revisado por el médico para que sea revisado.
- Después de su colocación debe ser revisado por el médico cada 10 años.
- No sé.

9. El método del ritmo:

- Se calcula el periodo fértil restando 19 días del ciclo menstrual más corto y 12 días del ciclo más largo, en este tiempo se debe evitar tener relaciones sexuales.
- Se calcula el periodo fértil restando 19 días del ciclo menstrual más corto y 12 días del ciclo más largo, en este tiempo se aconseja tener relaciones sexuales.
- Se calcula el periodo fértil restando 12 días del ciclo menstrual más corto y 19 días del ciclo más largo, en este tiempo se debe evitar tener relaciones sexuales.
- No sé.

10. Las espumas, jaleas y cremas.

- Se aplican en la vagina antes de cada relación sexual.
- Se aplican en el pene antes de cada relación sexual.
- Se aplican en la vagina después de cada relación sexual.
- No sé.

11. ¿Sabes en que caso se recomienda la vasectomía y la salpingoclasia?

- Si No ¿Cual? _____

12. En tu primer embarazo. Antes de saber que estabas embarazada ¿Utilizabas algún método anticonceptivo?

- Si No ¿Cuál? _____

IV ASPECTOS GINECOOBSTÉTRICOS.

13. ¿A que edad notaste la aparición de los caracteres sexuales secundarios (crecimiento de mamas, vello púbico y axilar)? _____

14. ¿A que edad iniciaste tu vida sexual?

- De 10 de 13 años 14 a 16 años 17 a 20 años

15 ¿Cuántas veces te haz embarazado? _____

16. ¿A que edad te embarazaste por primera vez? _____

17. ¿Haz tenido algún aborto? () Si () No

¿Cuál fue la causa? _____

V DIFUSION DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

18. ¿Cuándo te informaron por primera vez sobre los métodos anticonceptivos?

- () Antes de iniciar mi vida sexual.
- () Al inicio de mi vida sexual.
- () Durante mi primer embarazo.
- () Después de mi primer parto.
- () Durante mi segundo embarazo.
- () Nunca he recibido información.

19. ¿Quién te informó por primera vez acerca de los métodos anticonceptivos?

- () Mamá () Papá () Hermanos () Pareja () Amigos () Maestros
- () Personal médico () Personal de enfermería () Trabajo social () Nunca he recibido información.

20. Haz obtenido información de:

- () Televisión () Radio () Libros () Revistas () Nunca he recibido información.

21. ¿En donde recibiste por primera vez información sobre los métodos anticonceptivos?

- () Escuela
- () Instituciones de salud
- () Casa
- () Calle
- () Nunca he recibido información.

22. ¿Recibiste información sobre los métodos anticonceptivos en el Hospital Materno Infantil de Tláhuac?

- () Si () No

23. ¿Quién te proporcionó esa información?

- () Personal médico
- () Personal de enfermería
- () Trabajo social
- () Otra paciente.
- () No me proporcionaron información en el H.M.I.T.
- () Nunca he recibido información.

24. Esta información:

- () La solicitaste directamente.
- () La obtuviste por casualidad.
- () Te la proporcionaron sin que la solicitaras.
- () No me proporcionaron información en el H.M.I.T.
- () Nunca he recibido información.

25. Consideras que la información que te proporcionaron:

- No ha sido la suficiente
- Ha aclarado mis dudas
- Ha sido confusa
- No me proporcionaron información en el H.M.I.T.
- Nunca me han proporcionado información.

26. ¿Te interesa recibir más información sobre los métodos anticonceptivos?

- Sí
- No

27. ¿Sabes que piensa tu pareja acerca del uso de los anticonceptivos?

- No le gusta utilizarlos.
- Le incomoda usarlos y por eso prefiere que yo los utilice.
- No hemos hablado de ello.
- Está de acuerdo en utilizarlos.
- No tengo pareja sexual.

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

- Aborto:** Terminación del embarazo antes que el feto llegue a la etapa de viabilidad. La definición legal de viabilidad difiere de un país a otro; por lo general es de 20 a 24 semanas de gestación.
- Accidente cerebrovascular:** Interferencia repentina, inesperada de la función cerebral que resulta de un trastorno vascular, como hemorragia cerebral, oclusión de un vaso por un trombo o un émbolo, vasospasmo o vasodilatación, sinónimo apoplejía.
- Amenorrea:** Ausencia o supresión de la menstruación.
- Anticonvulsivo:** Que previene o alivia las convulsiones.
- Cardiopatía isquémica:** Falta de suministro de oxígeno al corazón con la consiguiente alteración de la función cardíaca. La causa más común de isquemia del miocardio es la aterosclerosis de las arterias coronarias.
- Cardiopatía reumática:** se debe a ataques únicos o repetidos de fiebre reumática que producen rigidez y deformaciones de las valvas, fusión de las comisuras o acortamiento y fusión de las cuerdas tendinosas. Afecta solo a la válvula mitral en 50 a 60% de los casos.
- Cloasma:** Alteración pigmentaria de la piel que suele ocurrir en manchas o placas pardo amarillentas los síntomas son: áreas redondas u ovals con bordes mal definidos de color amarillo, claro, o negro.
- Criptorquidia:** Identidad clínica en la cual los testículos no han descendido al escroto.
- Dermatosis:** Cualquier enfermedad de la piel en la que no hay necesariamente inflamación de la piel.
- Diámetro pélvico:** En el borde de la pelvis, línea que va desde el ángulo lumbosacro hasta la sínfisis del púbis.
- Dismenorrea:** Menstruación dolorosa o difícil.
- Eclampsia:** Estado de crisis convulsivas, seguidas de coma, que se presenta en los últimos meses del embarazo o en el parto; suele provocar la muerte del feto.
- Electrofulguración:** se aplica linealmente en forma radial en la superficie lesionada, con el fin de producir una costra, que al desprenderse favorezca la formación de nuevo epitelio.

Embarazo: Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento.

Embarazo ectópico: El que ocurre cuando el óvulo se desarrolla fuera del útero.

Embolia: Obstrucción de un vaso sanguíneo por sustancias extrañas o un coágulo de sangre.

Endometritis: Inflamación del endometrio producida por invasión bacteriana.

Endouterino: Dentro del útero.

Epitelio: Cubierta o revestimiento de los órganos internos y externos del cuerpo, incluidos los vasos.

Equimosis: Forma de mácula que aparece en áreas grandes hemorrágicas de la piel de formación irregular, su color es azul negro y cambia a pardo verdoso o amarillo, y su causa es la extravasación de sangre a piel y mucosas.

Escroto: Bolsa de piel que contiene los testículos y parte de los cordones espermáticos.

Espermatogénesis: Proceso de desarrollo de los espermatozoides que consta de dos fases: en la primera, llamada espermatogénesis, los espermatogonios se convierten en espermaticitos, que a su vez evolucionan dando lugar a los espermatozoides, en la segunda, llamada espermiogénesis, las espermátides se convierten en espermatozoides.

Estrógeno: Hormona sexual femenina que estimula el crecimiento y desarrollo de las peculiaridades corporales de la mujer. Los estrógenos a nivel del útero promueven el desarrollo del miometrio, que entra en fase de proliferación. Sobre la mama provocan un desarrollo de los canalículos glandulares.

Eyaculación: Expulsión de semen a través de la uretra masculina, habitualmente durante la cópula, la masturbación o la emisión nocturna.

Fenómeno: Signo que suele asociarse con una enfermedad o trastorno específico y que por tanto tiene importancia diagnóstica.

Filaria: Nemátodo perteneciente a la superfamilia filarioidea, en el hombre puede encontrarse en vasos y órganos linfáticos, aparato circulatorio, tejidos conjuntivos y subcutáneos y cavidades serosas.

Filariasis: Enfermedad crónica de una de las especies de filaria.

Fórceps: Instrumento en forma de pinza utilizado para tomar la cabeza fetal y descenderla o girarla mediante tracción en el interior de la pelvis para favorecer su salida.

Glándula: Cualquiera de los numerosos órganos del cuerpo compuestos de células especializadas que secretan o excretan sustancias no relacionadas con su metabolismo ordinario, algunas son lubricantes mientras que otras como la hipófisis y tiroides producen hormonas.

Gónadas: Órgano del aparato reproductor de los animales en el que se forman y liberan los gametos. Las gónadas que producen los óvulos reciben el nombre de ovarios y las que producen espermatozoides el de testículos.

Granuloma: Tumor o crecimiento granuloso por lo general de células linfoides y epiteloides, aparece en diversas enfermedades infecciosas como lepra, leishmaniasis cutánea, frambesias y sífilis.

Hematoma: Tumefacción o masa de sangre limitada a un órgano, tejido o espacio y causado por la ruptura de un vaso sanguíneo.

Hemorragia: Eliminación anormal interna o externa de sangre. Puede ser venosa, arterial o capilar de vasos sanguíneos hacia los tejidos, dentro o fuera del cuerpo.

Hornia: Protrusión o proyección de un órgano o una parte del mismo a través de la pared de la cavidad que normalmente lo contiene.

Hernia inguinal: Saliente del saco herniano que contiene el intestino por la abertura inguinal.

Hernia escrotal: Es la hernia que desciende hacia el escroto.

Hidrocele: Acumulación del líquido seroso en una cavidad tipo saco, en especial la túnica vaginal del testículo.

Hiperplasia: Proliferación excesiva de células normales en la disposición normal de un órgano sinónimo: Hipergénesis.

Histerotomía: Invasión del útero.

Hormona: Sustancia química compleja producida en determinadas células u órganos del cuerpo que desencadena o regula la actividad de otro órgano o grupo de células.

Ictericia: Trastorno caracterizado por color amarillento de piel, escleróticas oculares, mucosas, líquidos corporales por depósito de pigmento biliar, debido al exceso de bilirrubina en sangre, puede ser causado por

obstrucción de las vías biliares, destrucción excesiva de eritrocitos o alteración de la función de las células hepáticas.

Insuficiencia cardíaca: Incapacidad del corazón para funcionar normalmente.

Intervalo intergenésico: Intervalo entre dos embarazos.

Legrado: Procedimiento quirúrgico que se realiza bajo anestesia general o bloqueo epidural; consiste en extraer toda la capa funcional del endometrio con fines diagnósticos o terapéuticos.

Leiomioma: Mioma constituido principalmente por tejido muscular liso.

Maduración: proceso por el cual se consigue el desarrollo completo. En el hombre, despliegue de todas las capacidades físicas, emocionales e intelectuales que permiten que la persona actúe a un nivel de competencia y adaptabilidad superiores dentro de su ambiente.

Mastalgia: Dolor en la mama.

Menarquía: Primera menstruación de la mujer; normalmente ocurre entre las edades de 12 a 15 años.

Menstruación: eliminación periódica a través de la vagina de secreción sanguinolenta que contiene restos tisulares procedentes del desprendimiento del endometrio del útero no grávido.

Migraña: Ataques paroxísticos de cefalea con frecuencia unilateral, por lo general acompañada por trastornos de la visión y gastrointestinales.

Misantropía: Odio a la sociedad.

Narcisismo: Admiración preferente de sí mismo. Trastorno psíquico de la sexualidad por el que la contemplación de la propia imagen provoca estimulaciones eróticas.

Náusea: Sensación desagradable que suele preceder al vómito.

Nodo: Pequeña masa redondeada.

Nuligesta: Mujer que nunca ha estado embarazada.

Parénquima: Tejido propio de un órgano distinto del soporte o tejido conectivo.

Preeclampsia: Toxemia del embarazo caracterizada por hipertensión creciente, cefaleas, albuminuria y edema de las extremidades inferiores. Si el

trastorno se descuida o no se trata de manera adecuada, la paciente puede desarrollar eclampsia verdadera.

Progesterina: Hormona del cuerpo amarillo que prepara el endometrio para la implantación del óvulo fecundado; sinónimo: progesterona. Término utilizado para incluir un gran grupo de fármacos sintéticos con efecto de progesterona en el útero.

Promiscuidad: Mezcla, confusión, suele referirse especialmente a la vida en común de varias personas de distintos sexos y edades.

Próstata: Glándula masculina que se dispone alrededor del cuello de la vejiga y de la uretra y elabora una secreción que lleva el semen coagulado.

Protrusión: Estado o condición de ser llevado hacia delante o proyectado.

Puerperio: Periodo de 42 días siguientes al nacimiento y la expulsión de la placenta y las membranas.

Rafé: Pliegue, borde o costura que indica la unión de las mitades de una parte.

Ralo: Dícese de las cosas cuyas partes están muy separadas por estar poco pobladas o espesas.

Salpingitis: Inflamación de una o ambas trompas de falopio.

Salpingotomía: Incisión de una trompa de Falopio.

Semen: Secreción espesa y blanquecina de los órganos reproductores del varón que se exterioriza por la uretra en la eyaculación.

Sexo: Clasificación de los hombres y mujeres, teniendo en cuenta numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas.

Sistema: Colección o reunión de partes que unificadas, constituyen un todo. Los sistemas fisiológicos como el cardiovascular o el reproductor, constan de estructuras que intervienen específicamente en procesos esenciales para una función vital del organismo.

Sistema linfático: Red amplia y compleja de capilares, vasos de pequeño calibre, válvulas, conductos, ganglios y órganos que contribuyen al mantenimiento del medio líquido interno de la totalidad del organismo produciendo, filtrando y conduciendo linfa y diversas células sanguíneas.

Somático: Se aplica al síntoma cuya naturaleza es eminentemente corpórea.

Tasa: Proporción numérica que se utiliza con frecuencia en la compilación de datos concernientes a la prevalencia y la incidencia de determinados hechos, en la cual el número de apariciones reales figura en el numerador y el número de apariciones posibles en el denominador.

Tejido: Conjunto de células similares que actúan conjuntamente en la realización de una función concreta.

Telarquia: Comienzo del desarrollo de las mamas en la pubertad femenina. Suele preceder ligeramente al comienzo de la pubertad propiamente dicha, iniciándose en el periodo de crecimiento rápido que tiene lugar entre los 9 y 13 años.

Testículos: Par de gónadas masculinas productoras de semen.

Turgente: Abultado, elevado, tumefacto e inflado.

Útero: Órgano reproductor de la mujer, de aspecto piriforme, en él tienen lugar la implantación del óvulo fecundado y el desarrollo del feto.

Varicocele: Crecimiento de las venas del cordón espermático que suele ocurrir en el lado izquierdo en varones adolescentes, rara vez requiere tratamiento.

Vesícula seminal: Cualquiera de las dos estructuras glandulares de tipo sacular que se sitúan por detrás de la vejiga urinaria en el varón y actúan como parte del sistema reproductor, producen un líquido que se añade a la secreción de los testículos y de otras glándulas para formar el semen.

BIBLIOGRAFIA

ABERASTURY, Armanda. (Ed.) (1993). LA ADOLESCENCIA NORMAL, 19° reimpresión, Editorial Paidós, Buenos Aires.

AHUED, Roberto. (Ed.) (2000). GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA APLICADAS, JGH editores, México.

American Accreditation Health Care Commission. (Ed) (2002). El embarazo en la adolescencia. <http://www.urac.com>.

BALSEIRO, Lasty. (Ed.) (1991). INVESTIGACION EN ENFERMERIA, editorial Prado, México.

CALAF, Joaquín. (Ed.) (1997). MANUAL BASICO DE CONTRACEPCIÓN, 2° edición. editorial Masson. México.

COLOMER, Concha. (Ed.) (2001). PROMOCION DE LA SALUD Y CAMBIO SOCIAL, editorial Masson, España.

Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2002). <http://www.conapo.org>.

CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. (Ed.) (1992), editorial Porrúa.

CHARLES, Morris. (Ed.) (2001). PSICOLOGIA, 10° edición, editorial Prentice Hall, México.

CHAVES, Alfonso. (1999) Menarquía. <http://www.Gratisweb.compsilaf/menarquia.htm>.

DULANTO, Enrique. (Ed.) (2000). EL ADOLESCENTE, editorial Mc Graw Hill Interamericana, México.

ENADID, (Ed.) (1999). Veinticinco años de planificación familiar en México. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/1999/PDF/99014.pdc>.

FERNANDEZ, Begoña. (Ed.) (1999). INVESTIGACION EN ENFERMERIA, editorial Digitalia. Navarra.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2000). <http://www.unicef.org>.

Fundación Mexicana para la Planificación Familiar, (MEXFAM, 2002), Prevención y atención de madres adolescentes. <http://www.dif.gob.mx/atmadad.htm>.

GAUNTLETT, Patricia. (Ed.) (1993), ENFERMERIA PRINCIPIOS Y PRACTICA, editorial Médica Panamericana, España.

- GAMES, Juan. (Ed.) (1997). INTRODUCCION A LA PEDIATRIA, 6° edición, Mendez editores, México.
- GOMEZJARA, Francisco. (Ed.) (1989). SALUD COMUNITARIA, editorial Porrúa México.
- HENRY, Paul. (Ed.) (1991), DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO, 3° edición, editorial Trillas, México.
- HERNAN, San Martín. (Ed.) (1984). SALUD COMUNITARIA, editorial Díaz de Santos, Madrid.
- HERNAN, San Martín. (Ed.) (1992). SALUD Y ENFERMEDAD, ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, México.
- HERNANDEZ, Roberto. (Ed.) (1999), METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION, 2° edición, editorial Mc Graw Hill, México.
- HORROCKS, John. (Ed.) (1997), PSICOLOGIA DE LA ADOLESCENCIA, 6° reimpresión, editorial Trillas, México.
- INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E INFORMÁTICA (INEGI, 2000) México.
- KEMPE, Henry. (Ed.) (1987). DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PEDIATRICOS, 9° edición, editorial Manual Moderno, México.
- LEY GENERAL DE SALUD. (2002), editorial Porrúa, México.
- MAGALLY, Silvia. (Ed.) (2002), El embarazo precoz principal causa de muerte femenina en el mundo. <http://www.emprendedorasenred.com.ar/articulo/articulo195.html>.
- MADALENO, Matilde. (Ed.) (1995), LA SALUD DEL ADOLESCENTE Y DEL JOVEN, Editorial OPS, Washington.
- MANUAL DE NORMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD, México (1980), Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- MARTIN, Amando. (Ed.) (1994) ATENCION PRIMARIA, 3° edición, editorial Mosby, España.
- MARTINEZ, Sandra. (Ed.) (1999), ENFERMERIA PRACTICA DE LIPPINCOTT, editorial Mc Graw Hill Interamericana México.
- MARTINEZ, Roberto. (Ed.) (1998) LA SALUD DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE, 3° edición, JGH editores ciencia y cultura latinoamericana, México.

MENDEZ, Ignacio. (Ed.) (1990). EL PROTOCOLO DE INVESTIGACION, Editorial Trillas, México.

NAGHI, Mohammad. (Ed.) (1984). ADMINISTRACION DE PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR, editorial Limusa México.

NORMA OFICIAL MEXICANA DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, Mayo 1994. Secretaría de salud.

Organización Mundial De la Salud (OMS, 2002). <http://www.oms.org>.

Organización Panamericana De la Salud (OPS, 2000). <http://www.ops.org>

PALMA, Yolanda, (Ed.) (1996), La planificación familiar en México. <http://www.hsph.harvard.edu/grfh/spanish/course/sesion4/planificacion.htm>.

PARES, Manuel. (Ed.) (1992). INTRODUCCION A LA COMUNICACIÓN SOCIAL. Editorial: Promociones y publicaciones universitarias, Barcelona.

POLIT, Denisse. (Ed.) (2000). INVESTIGACION CIENTIFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD, 6° edición, editorial Mc Graw Hill Interamericana, México.

REEDER, Sharon. (Ed.) (1999), ENFERMERIA MATERNO INFANTIL. 17° edición, Editorial Interamericana Mc Graw Hill, México.

ROCHEBLAVE, Spenié. (Ed.) (1998). EL ADOLESCENTE Y SU MUNDO, editorial Herder, Barcelona.

SCHULT, Elizabeth, (Ed.) (1999). ENFERMERIA PEDIATRICA, 7° edición, editorial Mc Graw Hill Interamericana, México.

SMITH, Janet, (Ed.) (2000). VIDA SIEMPRE. LA PLANIFICACION FAMILIAR NATURAL. <http://www.alertamexico.org.mx.htm>

TUÑÓN, Esperanza, (1997). POBREZA Y EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHIAPAS. <http://www.somede.org.htm>.