GUÍA

PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE ACCIÓN PROLONGADA (ARAP)

EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

UNFPA
Fondo de Población de las Naciones Unidas

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CNEGSR
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

Guía para la Prescripción de Métodos Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada (ARAP) en la Población Adolescente

Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2021

La elaboración de este documento fue impulsada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) de manera conjunta con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) de la Secretaría de Salud.

Agradecimientos

El UNFPA agradece al Dr. Vicente Díaz, al Dr. Javier Domínguez del Olmo y a la Mtra. Marisa Díaz Infante por el apoyo en la elaboración de los contenidos de esta guía. Así como a la Dra. Karla Berdichevsky y a su equipo, en particular a la Act. Yolanda Varela Chávez, a la Mtra. Mayra Torres Chairez, y a la Dra. Rocío Cuevas, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva por su dedicación para revisar y complementar los contenidos de esta guía.

La revisión comunicacional estuvo a cargo de Claudia Martínez con apoyo de Carelia Gómez del UNFPA.

El apoyo administrativo estuvo a cargo de Iris Ocampo y la integración de la versión final estuvo a cargo de Ana Gabriela Torres Canseco, del UNFPA.

La coordinación general de los contenidos de la Guía estuvo a cargo de Gabriela Rivera, Oficial Nacional de Salud Reproductiva del UNFPA.

Supervisión general
Sr. Arie Hoekman, Representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas en México.

Sr. Iván Castellanos, Representante Auxiliar del UNFPA.

El UNFPA ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información de la presente publicación. El lector es responsable de la interpretación y uso que se haga de este material. Bajo ninguna circunstancia el UNFPA será responsable de cualquier daño directo, indirecto, incidental o consecuente que resulte del uso de esta publicación.

El uso del contenido total o parcial de la presente publicación debe atribuirse al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

CONTENIDO

1 **PRESENTACIÓN**
3 **JUSTIFICACIÓN**
4 **UNIDAD 1. MARCO JURÍDICO Y NORMATIVIDAD EN MATERIA DE SALUD PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN ADOLESCENTE**
5 **1.1 LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN MÉXICO**
5 1.1.1 ¿Qué es la adolescencia?
5 1.1.2 ¿Cuántos adolescentes existen en la población mexicana?
7 **1.2 NORMATIVA INTERNACIONAL PARA LA ATENCIÓN A POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE**
7 1.2.1 ¿Qué relación existe entre la salud y los Derechos Humanos?
10 **1.3 MARCO NORMATIVO NACIONAL**
10 1.3.1 ¿Por qué es importante la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos?
11 1.3.2 ¿Qué apartados de la Ley General de Salud se relacionan con la prestación de servicios de Planificación Familiar?
12 1.3.3 ¿Qué aspectos de salud establece la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes?
12 1.3.4 ¿Por qué es importante la Ley del Instituto Mexicano de la Juventud para la población adolescente?
13 1.3.5 ¿Qué relación existe entre el Reglamento de la Ley General de Población y los servicios de planificación familiar?
13 1.3.6 ¿En la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar NOM-005-SSA2-1993 (MODIFICADA), están considerados las y los adolescentes?
14 1.3.7 ¿Cuál es el propósito de la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad?
15 1.3.8 ¿Qué es el Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024?
15 1.3.9 ¿Cuál es la finalidad del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes?

18 UNIDAD 2. LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN MÉXICO
19 2.1 INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA
19 2.2 EL CASO DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
20 2.2.1 ¿Cuál es la tasa de fecundidad para las adolescentes?
20 2.2.2 ¿Qué porcentaje de adolescentes con vida sexual activa son usuarias de métodos anticonceptivos?
20 2.2.3 ¿Cuáles métodos anticonceptivos utilizan con más frecuencia las y los adolescentes?
21 2.2.4 ¿Qué porcentaje de mujeres adolescentes usan algún método anticonceptivo en su primera relación sexual?
22 2.2.5 ¿Cuántos de los embarazos en la población adolescente se reconocen como no planeados y no deseados?

26 UNIDAD 3. PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA ADOLESCENTES
26 3.1 CRITERIOS PARA LA PRESCRIPCIÓN
28 3.2 ANTICONCEPTIVOS RECOMENDABLES PARA LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
29 3.3 PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS, GÉNERO E INTERCULTURALIDAD
29 3.3.1 ¿Cómo se incorporan las perspectivas de derechos humanos, género e interculturalidad en la prescripción de anticonceptivos para la población adolescente?

34 UNIDAD 4. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
34 4.1 CRITERIOS GENERALES. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
34 4.1.1 ¿Qué son los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos?
36 4.2 CRITERIOS PARA LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
36 4.2.1 ¿Existen criterios médicos de elegibilidad específicos para la población adolescente?
36 4.2.2 ¿Cómo clasifican los criterios médicos de elegibilidad a los Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada en la población adolescente?

42 UNIDAD 5. ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE ACCIÓN PROLONGADA. TECNOLOGÍA ANTICONCEPTIVA

42 5.1 GENERALIDADES DE LOS ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE ACCIÓN PROLONGADA (ARAP)

42 5.1.1 ¿Qué son los ARAP?

42 5.1.2 ¿Cuáles son los ARAP?

43 5.1.3 ¿Cuál es la efectividad de los diferentes métodos anticonceptivos?

43 5.1.4 ¿Qué ventajas ofrecen los ARAP a las adolescentes?

44 5.1.5 ¿Qué tan conocidos son los ARAP por las adolescentes en México?

44 5.1.6 ¿Por qué las adolescentes usan poco los ARAP?

45 5.2 CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LOS ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE ACCIÓN PROLONGADA

45 5.2.1 ¿Qué son los inyectables de progestágeno solo?

47 5.2.2 ¿Qué son los Dispositivos intrauterinos?

49 5.2.3 ¿Qué son los Implantes subdérmicos?

54 5.3 MITOS ALREDEDOR DE LOS ARAP

54 5.3.1 ¿Cuáles mitos existen en torno de los inyectables?

55 5.3.2.¿Cuáles mitos existen en torno a los DIU?

56 5.3.3 ¿Cuáles mitos existen en torno a los Implantes subdérmicos?

56 5.3.4 ¿Cuáles son los mitos comunes asociados a los ARAP?

57 5.4 RECOMENDACIONES GENERALES PARA FACILITAR LA CONTINUIDAD EN EL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE ACCIÓN PROLONGADA

59 UNIDAD 6. CONSEJERÍA EN ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE ACCIÓN PROLONGADA

59 6.1 GENERALIDADES DE LA CONSEJERÍA

59 6.1.1 ¿Qué es la consejería en ARAP para adolescentes?

60 6.1.2 ¿Cuáles son los propósitos de la consejería en ARAP?

61 6.2 PRINCIPIOS DE LA CONSEJERÍA

63 6.3 PASOS DE LA CONSEJERÍA

64 6.3.1 ¿En qué consiste el Modelo ACCEDA?

65 6.4 TÉCNICAS DE LA CONSEJERÍA

65 6.4.1 ¿Qué es la escucha activa?

66 6.4.2 ¿Qué es preguntar significativamente?
66 6.4.3 ¿Qué es parafrasear?
67 6.4.4 ¿Qué es identificar y reflejar sentimientos?
67 6.4.5 ¿Qué es resumir y acordar?
68 **6.5 PERFIL DE LA PERSONA CONSEJERA**
68 6.5.1 ¿Qué conocimientos se requieren para realizar sesiones de consejería?
69 6.5.2 ¿Qué habilidades son importantes en la consejería?
69 6.5.3 ¿Qué actitudes son indispensables para realizar la consejería?
70 **6.6 ALGUNAS RECOMENDACIONES FINALES**

71 **ANEXO**
73 **REFERENCIAS**
74 **UNIDAD 1**
74 **UNIDAD 2**
74 **UNIDAD 3**
75 **UNIDAD 4**
76 **UNIDAD 5**
77 **UNIDAD 6**

79 **Glosario de Acrónimos, Siglas y Términos**

PRESENTACIÓN

La presente Guía es el resultado de la experiencia acumulada de diversas instituciones interesadas en trabajar a favor de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, con especial énfasis en el ejercicio del derecho a decidir sobre las opciones anticonceptivas y el uso de los Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada (ARAP).

Los temas que se manejan en la presente Guía son abordados desde un marco de respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente.

Este material está concebido para ser utilizado, en primera instancia, por el personal prestador de servicios de salud que tiene entre sus actividades realizar sesiones de consejería y la prescripción de ARAP las personas adolescentes. También puede ser utilizado por las personas responsables de los programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en los niveles nacional, estatal, jurisdiccional y operativo, que tienen la responsabilidad de impulsar acciones de fortalecimiento de capacidades para la consejería y prescripción de ARAP para adolescentes. Además, por el propio diseño y contenido de la Guía, será de gran apoyo para el personal que forme parte de alguna institución que trabaje con población adolescente, cualquier persona independiente o que forme parte de alguna institución que esté interesada en contribuir a mejorar la salud de la población adolescente.

La Guía tiene como principal objetivo el fortalecer las competencias de responsables nacionales, estatales y jurisdiccionales de programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y personal prestador de servicios de salud para la adecuada consejería y la prescripción de ARAP para personas adolescentes. Además, se pretende que el personal refuerce su conocimiento en torno a los ARAP, a efecto de fortalecer los procesos de consejería y prescripción de dichos métodos para adolescentes, con base en evidencias epidemiológicas y científicas. Por último, la Guía bien puede

constituirse en un instrumento técnico de apoyo/consulta para acciones de capacitación.

Considerando lo anterior, la Guía está estructurada en seis unidades:

6 UNIDADES

1. Marco jurídico y normatividad en materia de salud para la prestación de servicios a la población adolescente.
2. La población adolescente en México.
3. Prescripción de métodos anticonceptivos para adolescentes.
4. Criterios médicos de elegibilidad para la prescripción de métodos anticonceptivos.
5. Anticonceptivos reversibles de acción prolongada. Tecnología anticonceptiva.
6. Consejería en anticonceptivos reversibles de acción prolongada.

Las unidades temáticas están estructuras de tal manera que se proporciona información clara, y para resaltar algunos contenidos de mayor importancia, se utilizan organizadores gráficos, imágenes y gráficas que facilitan su comprensión y aprendizaje.

Desde la primera hasta la última unidad, los contenidos se van articulando de tal manera que permite ir avanzando de manera paulatina en el aprendizaje significativo de los mismos.

Posterior a las unidades temáticas, se encuentra el glosario de términos, acrónimos y siglas y las referencias utilizadas y sugeridas para su revisión.

Finalmente, se invita a la población lectora a utilizar esta Guía como un material de apoyo al trabajo diario que realizan a favor de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente a través de las sesiones de consejería en ARAP.

JUSTIFICACIÓN

La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), es una herramienta dinámica de coordinación, entre distintas dependencias del Gobierno Federal y un puente de coordinación y cooperación con las entidades federativas y los municipios. La ENAPEA establece como una obligación del Estado "Garantizar a los y las adolescentes el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva sin discriminación por su edad, a partir del reconocimiento de su capacidad para tomar decisiones respecto al ejercicio de su sexualidad y vida reproductiva"[1] y "asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos incluyendo los reversibles de acción prolongada (ARAP), para garantizar una elección libre e informada y la corresponsabilidad del varón en el ejercicio de la sexualidad"[2].

Los ARAP son seguros y recomendables para la mayoría de las mujeres, incluidas las adolescentes y su efectividad anticonceptiva es muy alta. Los efectos secundarios son mínimos y bien tolerados en la gran mayoría de usuarias.

El incremento en el uso de ARAP puede contribuir significativamente en la prevención del embarazo en adolescentes, que sin duda alguna es un reto prioritario de salud sexual y reproductiva.

Ante este panorama, la presente Guía es una muestra del interés y compromiso del UNFPA, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) de la Secretaria de Salud y de la oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas en México (UNFPA) para seguir favoreciendo las acciones que buscan la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; y así contribuir a la prevención del embarazo en adolescentes.

1. Gobierno Federal. ENAPEA. p. 67
2. Ídem, p.17

UNIDAD 1

MARCO JURÍDICO Y NORMATIVIDAD EN MATERIA DE SALUD PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

U1. MARCO JURÍDICO Y NORMATIVIDAD EN MATERIA DE SALUD PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

1.1 LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN MÉXICO

1.1.1 ¿Qué es la adolescencia?

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce entre los 10 y los 19 años. Se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos.

Cambios somáticos	*Cambios psicosociales*
• Cambios orgánicos - Pubertad	• Se identifican más claramente con su sexo
• Inicia la aparición de caracteres sexuales secundarios	• Consolidan su identidad de género al observar los roles que desempeñan los adultos
• Integración de funciones de carácter reproductivo: ciclo menstrual en las mujeres/ciclo espermático en los hombres	• Comprenden y aceptan la propia existencia, así como los roles, valores, deberes y responsabilidades
• Culmina con la madurez sexual y reproductiva.	• Establecen nuevas relaciones sociales entre ellas/ellos y con la población adulta, tanto dentro como fuera de la familia.

Por todos estos cambios físicos, psicológicos y sociales es que, en esta etapa de la vida, generalmente, surge la capacidad de pensamiento abstracto, la atracción sexual, la respuesta sexual, los sentimientos eróticos y amorosos, generalmente se define la orientación sexual y se inicia la búsqueda de la pareja.

También, durante la adolescencia se desarrollan los conocimientos y habilidades necesarias para una vida futura saludable y productiva.

El tener una adolescencia segura y desarrollar la capacidad de la resiliencia son derechos de los niños y las niñas.

Las elecciones y decisiones que se hacen durante la adolescencia, en especial en materia de salud sexual y reproductiva, influyen de una manera importante en las posibilidades de acceder a educación, empleo y tener una participación social y política.

Es en esta etapa, cuando los mensajes de autocuidado de su salud sexual y reproductiva son más importantes, ya que, generalmente, se inicia la preparación para tener una actividad sexual protegida.

Se puede aseverar que en el mundo y en México existe una diversidad de adolescentes que viven su proceso de forma única, dependiendo de su contexto sociocultural, de cómo se perciben, de cómo experimentan los cambios fisiológicos y anatómicos y cómo entran y salen de dicha etapa. Así mismo, en un México tan diverso, el ejercicio de la sexualidad, el acceso a los métodos anticonceptivos y los proyectos de vida, adquieren matices totalmente diferentes.

De acuerdo a la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI, se estima que en México una de cada cinco personas tiene entre 10 y 19 años.

Esto significa que en el país viven un poco más de 21.9 millones de adolescentes, de los cuales 11.2 millones tienen entre 10 y 14 años y 10.7 millones tienen entre 15 y 19 años.

10

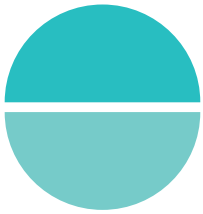
19

La adolescencia: Inicia a los 10 años y se extiende hasta los 19, es una época de cambios, se adquiere pensamiento abstracto.

21.9

MILLONES de adolescentes

11.2 millones
10-14 años



10.7 millones
15-19 años

LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

Aproximadamente el 19% de la población mexicana es adolescente.
Un poco menos de la mitad son mujeres.

1.2 NORMATIVA INTERNACIONAL PARA LA ATENCIÓN A POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

1.2.1 ¿Qué relación existe entre la salud y los Derechos Humanos?

Los derechos humanos son universales e inalienables, es decir, todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben ejercerlos y a nadie se le pueden negar.

El objetivo de un enfoque de atención a la salud basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas.

De los principios y normas generales recomendadas por la OMS desde el enfoque basado en derechos humanos, el eje central es la **NO DISCRIMINACIÓN.**

Este principio procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo: discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.

En materia de derechos humanos de las personas menores de 18 años, existe un marco jurídico especializado que establece la obligación del Estado Mexicano de garantizarles el derecho a la salud.

1.2.1.1 ¿Qué es la Convención Americana de Derechos Humanos?

También llamada Pacto de San José de Costa Rica, suscrita el 22 de noviembre de 1969, en la ciudad de San José en Costa Rica y que entró en vigencia el 18 de julio de 1978, se establece que los deberes a que se encuentran obligados los Estados signatarios son fundamentalmente dos:

1. Respetar los derechos y libertades reconocidos en la Convención y garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna (Artículo 1).

2. Adoptar las medidas legislativas o de otra índole de carácter interno que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades (Artículo 2).

Entre los derechos protegidos a través de la Convención resultan de especial interés en el caso de la población infantil y adolescente, los siguientes:

- **Derechos del Niño (art. 19):** Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiera por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.
- **Derecho de Igualdad ante la Ley (art. 24):** Todas las personas son iguales ante la ley, teniendo derecho, sin discriminación, a igual protección por parte de la misma.

1.2.1.2 ¿Qué es la Convención sobre los Derechos del Niño?

Es un tratado internacional de las Naciones Unidas, firmado en 1989. Es un documento vinculante al Estado Mexicano, lo que significa que está en la obligación de cumplirlo.

En esta Convención se enfatiza que los niños y las niñas tienen los mismos derechos que la población adulta, y se subrayan aquellos derechos que se desprenden de su especial condición de seres humanos que, por no haber alcanzado el pleno desarrollo físico y mental, requieren de protección especial.

El Artículo 1, define que, para los efectos de la Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Por su parte en el Artículo 3, se establece que los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

Los Derechos Humanos son aquellos aspectos de los que goza la persona por el solo hecho de serlo, sin importar la edad que se tenga y le garantizan una vida digna, sin discriminación.

México al firmar tanto la Convención de los Derechos Humanos como la Convención de los Derechos del Niño, ha adquirido el compromiso de cumplir con lo establecido en ambos documentos.

Esta Convención reconoce en sus artículos 3 y 4 la obligación de los Estados de considerar el interés superior de la niñez en todas las medidas dirigidas a este grupo. Es decir, que su aplicación exige adoptar un enfoque basado en derechos que permita garantizar el respeto y protección a su dignidad e integridad física, psicológica, moral y espiritual. El interés superior debe ser la consideración primordial en la toma de decisiones relativas a niñas, niños y adolescentes, "por tanto se debe conceder más importancia a lo que sea mejor para el niño".

1.2.1.3 ¿Qué otros marcos internacionales protegen el interés de niñas, niños y adolescentes?

Además de la Convención Americana de Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos del Niño, se ha puesto especial atención en visibilizar la defensa de derechos para este sector de la población. Esto se ve plasmado de manera transversal en otros documentos y convenciones.

En 2006[3] Naciones Unidas proporcionó una serie de recomendaciones sobre cómo poner fin a la violencia contra los niños. En 2009, el Secretario General nombró un Representante Especial para asegurar el seguimiento efectivo y vigilar la implementación de éstas. Como resultado de estos avances, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se plasmó la Meta 16.2: "Poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños", lo que demuestra el compromiso para atender y erradicar la violencia contra los niños y niñas.

La consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente los relativos a la educación y la salud, la igualdad de género y la violencia contra la mujer, el trabajo infantil, la erradicación de la pobreza, el acceso a la justicia y la existencia de instituciones responsables e inclusivas, ayudará a reducir el riesgo de violencia en la vida de los niños y a ofrecer respuestas eficaces a los niños víctimas.

3. Informe del Experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños. Consultar en: https://undocs.org/es/A/61/299

Adicionalmente, en 2019 durante la Cumbre de Nairobi con motivo de los 25 años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, los Estados se comprometieron a "garantizar el acceso de todos los adolescentes y los jóvenes, especialmente las niñas, a información y educación integral y apropiada a su edad, además de servicios amigables para adolescentes integrales, de calidad y oportunos que les permitan tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y su vida reproductiva, protegerse adecuadamente de embarazos no planeados, de todas las formas de violencia sexual y por razón de género y prácticas nocivas, y de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, para facilitar una transición segura a la vida adulta".

1.3 MARCO NORMATIVO NACIONAL

La atención a la población adolescente está garantizada en el Estado Mexicano por un marco jurídico y normativo que se establece desde la misma Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y se especifica en Leyes Generales, reglamentos, normas oficiales, programas sectoriales, y estrategias nacionales y sectoriales.

1.3.1 ¿Por qué es importante la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos?

Es la Ley Fundamental o Carta Magna, establecida para regir jurídicamente al país. Fija los límites y define las relaciones entre los poderes de la federación y entre los tres niveles del gobierno. En la Constitución se establecen las bases para el gobierno y para la organización de las instituciones, asimismo establece los derechos y los deberes del pueblo.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

TÍTULO PRIMERO, CAPÍTULO I

DERECHOS HUMANOS Y SUS GARANTÍAS

ARTÍCULOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

ARTÍCULO 1	Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.
ARTÍCULO 4	Establece la igualdad de las personas ante la Ley, el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos, y el derecho a la salud.

1.3.2 ¿Qué apartados de la Ley General de Salud se relacionan con la prestación de servicios de Planificación Familiar?

La Ley General de Salud es aquella que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En su artículo 1º, se establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República Mexicana y sus disposiciones son de orden público e interés social.

La información anticonceptiva que se proporcione, debe ser basada en evidencia científica, oportuna, eficaz y completa

En el Capítulo VI de la citada Ley, sobre los Servicios de Planificación Familiar, el Artículo 67 establece que:

- La planificación familiar tiene carácter prioritario.
- Se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes.
- 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.
- Para disminuir el riesgo reproductivo, también se debe de informar sobre la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número.

1.3.3 ¿Qué aspectos de salud establece la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes?

Esta Ley reconoce a las niñas, niños y adolescentes como titulares de un amplio catálogo enunciativo de derechos. Entre ellos destaca el derecho a la igualdad sustantiva: todas y todos deben gozar del mismo trato, derechos y oportunidades.

En consecuencia, se fortalecen también las medidas de protección a quienes viven con alguna discapacidad. Se reafirma el derecho a la salud gratuita y de calidad, que incluye de manera destacada el acceso a asesorías y orientación sobre salud sexual y reproductiva.

Especificamente en el Capítulo Noveno que trata del derecho a la protección de la salud y a la seguridad social, en el Artículo 50, establece que:

- Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud.
- Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, en el ámbito de sus respectivas competencias, en relación con los derechos de niñas, niños y adolescentes, se coordinarán a fin de:

I. Reducir la morbilidad y mortalidad. (Riesgo reproductivo por la edad)

VI. Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos de las niñas y las adolescentes.

XI. Proporcionar asesoría y orientación sobre salud sexual y reproductiva[3].

1.3.4 ¿Por qué es importante la Ley del Instituto Mexicano de la Juventud para la población adolescente?

La Ley del Instituto Mexicano de la Juventud, en su Capítulo I, denominado Disposiciones Generales, en el Articulo 2, establece que:

> Por su importancia estratégica para el desarrollo del país, la población cuya edad quede comprendida entre los 12 y 29 años, será objeto de las políticas, programas, servicios y acciones que el Instituto lleve a cabo, sin distinción de origen étnico o nacional, género, discapacidad, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias, estado civil o cualquier otra.

4. Esto también está plasmado en la Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes. https://mexico.unfpa.org/es/publications/cartilla-de-derechos-sexuales-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes

1.3.5 ¿Qué relación existe entre el Reglamento de la Ley General de Población y los servicios de planificación familiar?

El Reglamento de la Ley General de Población considera de importancia los servicios y educación en planificación familiar para lograr el bienestar de las personas.

Artículo 15

"Los servicios de planificación familiar deberán estar integrados y coordinados con los de salud, salud reproductiva, educación, seguridad social e información pública y otros destinados a lograr el bienestar de los individuos y de la familia, con un enfoque de género, y de conformidad con lo establecido en la Ley..."[4]

Artículo 18

"La educación e información sobre planificación familiar deberán dar a conocer los beneficios que genera decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos y la edad para concebirlos. Asimismo, deberán incluir la orientación sobre los riesgos a la salud que causen infertilidad y las estrategias de prevención y control. El Consejo pondrá especial atención en proporcionar dicha información a los jóvenes y adolescentes".[5]

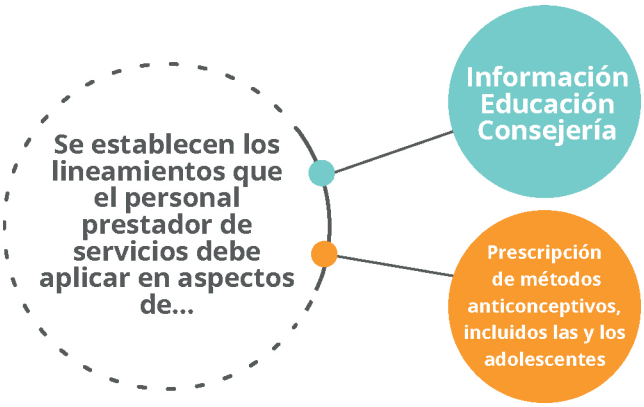
1.3.6 ¿En la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar NOM-005-SSA2-1993 (MODIFICADA), están considerados las y los adolescentes?

La Norma Oficial Mexicana sobre los servicios de planificación familiar, es una disposición general de tipo técnico expedida por la Secretaría de Salud, donde se establecen las reglas, características y especificaciones para la prestación de servicios de planificación familiar. Su aplicación es de carácter obligatorio para los sectores público y privado. La Norma Oficial Mexicana refiere que debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva (incluyendo adolescentes) que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres de mayor riesgo reproductivo.

Todo solicitante de los servicios debe quedar protegido para evitar embarazos no deseados y prevenir el embarazo de alto riesgo, para lo cual, además de la información que reciba, se le debe proporcionar consejería adecuada y, en caso de aceptarlo, se debe prescribir o aplicar algún método anticonceptivo lo cual puede ocurrir desde la primera atención.

5. Cámara de Diputados. Reglamento de la Ley General de Población. p. 4

6. Cámara de Diputados. Reglamento de la Ley General de Población. p. 4



En esta Norma no existen restricciones en el uso de cualquiera de los anticonceptivos basadas exclusivamente en la edad o la paridad. Además, se menciona que los diversos métodos anticonceptivos, están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes[6].

1.3.7 ¿Cuál es el propósito de la Norma Oficial Mexicana NOM 047-SSA2-2015, para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad?

Esta Norma para la atención a la salud de la población adolescente de 10 a 19 años, tiene como propósito establecer los lineamientos técnicos para llevar a cabo una atención integral a la salud de este grupo poblacional en todo el país y para todos los sectores.

Dentro de los Objetivos y campos de aplicación, específicamente en el inciso 1.2, se establece la obligatoriedad para brindar atención a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

En el Inciso 6.1.7 se señala que entre las acciones que incluye la atención integral a las personas del grupo etario se encuentra la salud sexual y reproductiva.

En el numeral 6.8 de la NOM 047 se refiere a la importancia de mencionar que durante la consejería las personas del grupo etario, podrán hacerse acompañar por su madre, padre, tutor o representante legal o bien; manifestar que elige recibir los servicios de consejería sin ese tipo de acompañamiento. En el Anexo se encuentra el formato, contenido en el apéndice C que se encuentra en la misma norma y que es el formato que debe firmar el o la adolescente si desea recibir consejería de planificación familiar sin acompañamiento y posteriormente se deberá anexar al expediente clínico.

7. En las indicaciones de las diferentes opciones anticonceptivas aparece esta información.

1.3.8 ¿Qué es el Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024?

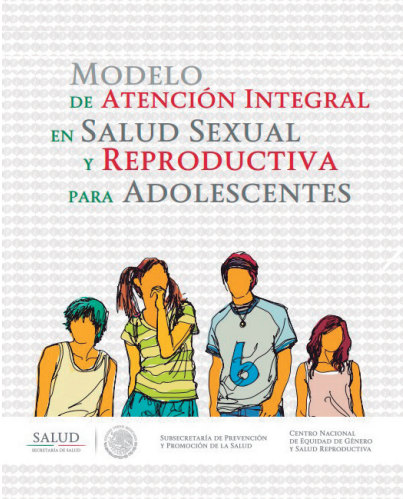
El Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024 es un instrumento rector que da dirección para atender los retos y desafíos en este campo de la salud, incluyendo de manera prioritaria a la población adolescente.

Para la consecución de su objetivo general, este programa está integrado por seis objetivos prioritarios, que conjuntan los aspectos esenciales para un avance sustantivo en el acceso universal a la salud sexual y reproductiva:

1.3.9 ¿Cuál es la finalidad del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes?

El Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA) se elaboró, entre otras cosas, para dar respuesta a los compromisos establecidos en materia de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.

El MAISSRA se destaca por contribuir al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente, impulsar el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva y mejorar la calidad de estos. Cuenta con un marco conceptual y operativo que articulados estandarizan los lineamientos y las acciones en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Las acciones van desde la promoción de la participación comunitaria hasta el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional e intersectorial.



La normatividad para otorgar servicios de anticoncepción en el país está sujeta a interpretaciones, sin embargo, siempre se va a proteger el bien máximo del adolescente, amparado bajo todos los tratados y acuerdos internacionales, ningún prestador de servicio está incurriendo en un delito o falta al otorgar un servicio de anticoncepción, pero al negarlo se comete una grave violación a los derechos de la población adolescente.

LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

La normatividad nacional se alinea con los tratados y convenciones internacionales para la atención a los y las niñas, y en particular para la población adolescente.

Las y los prestadores de servicios en México cuentan con un marco normativo nacional que avala su ejercicio profesional.

El marco normativo nacional tiene un enfoque de derechos humanos, sin discriminación y de libre acceso a la anticoncepción, además garantiza el interés superior de la población infantil y juvenil y el reconocimiento de las capacidades evolutivas, tomando en cuenta sus intereses y necesidades.

La edad no es una contraindicación médica o limitante legal o normativa para otorgar métodos anticonceptivos a la población adolescente.

2

UNIDAD 2

LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN MÉXICO

U2. LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN MÉXICO

2.1 INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA

UTILIDAD DE LOS INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA

Mostrar hasta qué punto se ha estado respondiendo a las necesidades de mujeres, hombres y adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva.

Los indicadores de salud reproductiva son instrumentos que permiten medir el progreso y los cambios en el tiempo de los programas y servicios de salud reproductiva.

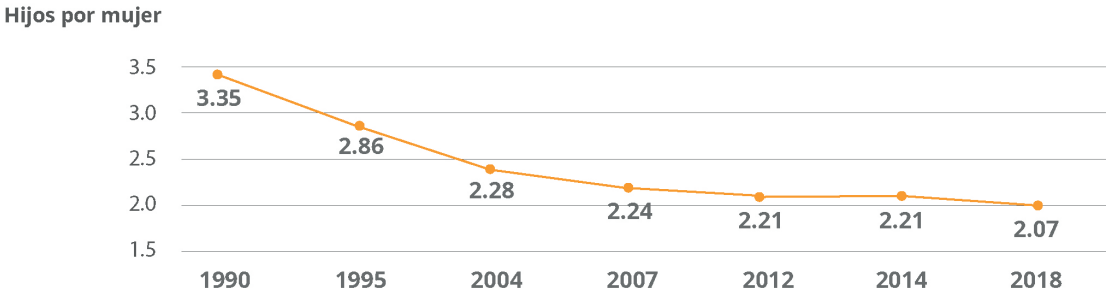
Uno de los indicadores de impacto por excelencia en las acciones de salud reproductiva es la fecundidad, la cual se define como el número de hijos que en promedio tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil. (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE/CEPAL)

La fecundidad se calcula sumando las tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edades de las mujeres entre 15 y 49 años, multiplicado por 5.

Para las mujeres mexicanas, con base en la ENADID 2018, la Tasa Global de Fecundidad es de 2.07 hijos por mujer. Si se toma como referencia el dato obtenido en 1990, se ha producido una disminución de un hijo en el lapso aproximado de 20 años.

La normatividad para otorgar servicios de anticoncepción en el país está sujeta a interpretaciones, sin embargo, siempre se va a proteger el bien máximo del adolescente, amparado bajo todos los tratados y acuerdos internacionales, ningún prestador de servicio está incurriendo en un delito o falta al otorgar un servicio de anticoncepción, pero al negarlo se comete una grave violación a los derechos de la población adolescente.

Tasa Global de Fecundidad 1990-2018



Fuente: ENADID, 2018.

La disminución observada en la tasa global de fecundidad se puede asociar con el incremento en el uso de métodos anticonceptivos.

LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

Los indicadores de salud reproductiva son un referente para realizar acciones en beneficio de la población adolescente.

En las últimas décadas, el número de hijos por mujer ha ido disminuyendo.

2.2 EL CASO DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

2.2.1 ¿Cuál es la tasa de fecundidad para las adolescentes?

Los datos y el comportamiento sexual y reproductivo en la población adolescente adquieren características propias, principalmente por las consecuencias y repercusiones que pueden tener en su desarrollo personal y en el entorno social.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del 2018 para el grupo de 15 a 19 años:

- La edad promedio del inicio de la vida sexual es de 17.5 años.
- La tasa específica de fecundidad es de 70.6 nacimientos por cada mil mujeres de este grupo de edad. Representa un decremento del 2014 al 2018 de 8.3 %. En el 2014, hubo 77.0 nacimientos por cada mil adolescentes y en el 2018, 70.6 nacimientos por cada mil adolescentes.
- Como consecuencia de estas tendencias, también el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes aumentó de 15.6% a 18.5% entre 2003 y 2012 (SALUD/ Sistema de Información sobre Nacimientos SINAC, 2018).
- En términos absolutos, podemos decir que uno de cada 5 nacimientos ocurre en adolescentes.

2.2.2 Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos

En la actualidad, de cada 100 mujeres en edad fértil unidas, 72 son usuarias de algún tipo de método anticonceptivo.

CONAPO

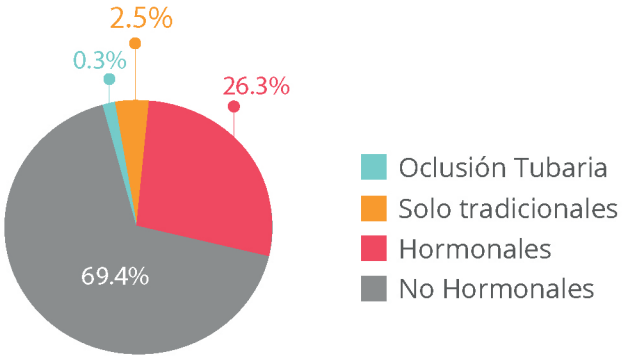
De acuerdo con los datos de la ENADID 2018 en el grupo de 15 a 19 años:

- 4 de cada 10 adolescentes de 15 a 19 años no utiliza ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual.
- 45% de las y los adolescentes que no usan algún método anticonceptivo se embarazan.
- Por su parte el CONAPO con base en los datos de las encuestas de la dinámica demográfica, estimó que, en el año 2018, el 57.3% de adolescentes de 15 a 19 años de edad sexualmente activas usaban algún método anticonceptivo moderno. Aunque se observa un incremento del 2.3% en el lapso de cuatro años, el valor es casi 15 puntos menor al promedio nacional y el más bajo de todos los grupos de edad reportados.

2.2.3 ¿Cuáles métodos anticonceptivos utilizan con más frecuencia las y los adolescentes?

De acuerdo con la ENADID 2018, los métodos que más utilizan las y los adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa, son los no hormonales (incluyen: DIU decobre, condón masculino, condón femenino, espermicidas y diafragma), con un 69.4%, seguido de los hormonales (como las pastillas o píldoras, el inyectable, implante subdérmico, parches corporales, píldora de emergencia, DIU con hormonas y anillo vaginal), en un 26.3%. La mezcla de un método anticonceptivo hormonal con uno de barrera es la combinación más recomendable para evitar embarazos no planeados y no deseados, además de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Distribución porcentual de mujeres de 15 a 19 años usuarias de métodos anticonceptivos según tipo de método en 2018

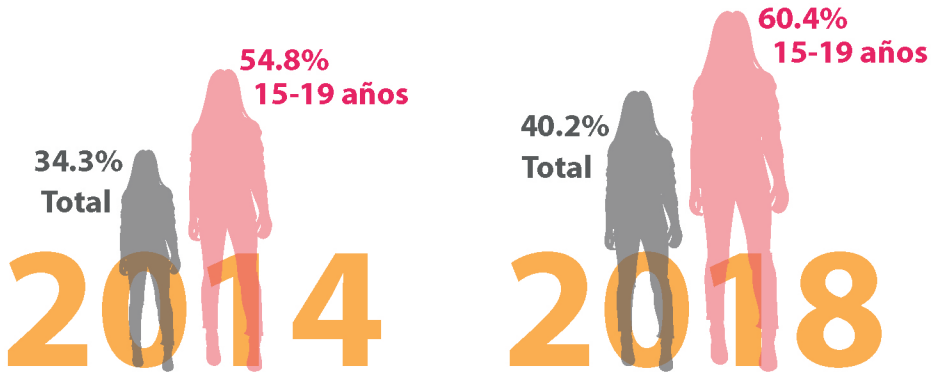


Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Base de datos.

2.2.4 ¿Qué porcentaje de mujeres adolescentes usan algún método anticonceptivo en su primera relación sexual?

En 2018, según la ENADID, 60.4% de las adolescentes de 15 a 19 años de edad sexualmente activas utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Este porcentaje es mayor al 54.8% observado en 2014.

Porcentaje de mujeres en edad fértil que usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual en 2014 y 2018



Fuente: Estimación de CONAPO con base en el INEGI (s/a) ENADID 2014 y 2018

Según estimaciones del CONAPO, con base en la ENADID 2018, las razones por las que las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) no usan algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, son:

- **28.4%** Sin plan para tener relaciones sexuales
- **24.3%** Deseo de embarazarse
- **24.1%** Desconocimiento de métodos
- **11.0%** Confiaba en no quedar embarazada
- **10.9%** Otra razón (A quienes encontraron oposición en su pareja; no estaba de acuerdo en el uso de métodos, por pena y otros)
- **1.5%** No especificado

En las adolescentes de 15 a 19 años de edad los porcentajes de las razones para no usar algún método anticonceptivo en su primera relación sexual fueron diferentes:

36.4%	Sin plan para tener relaciones sexuales
17.3%	Desconocimiento de métodos
16.0%	Deseo de embarazarse
15.7%	Confiaba en no quedar embarazada
13.2%	Otra razón (A quienes encontraron oposición en su pareja; no estaba de acuerdo en el uso de métodos, por pena y otros)
1.5%	No especificado

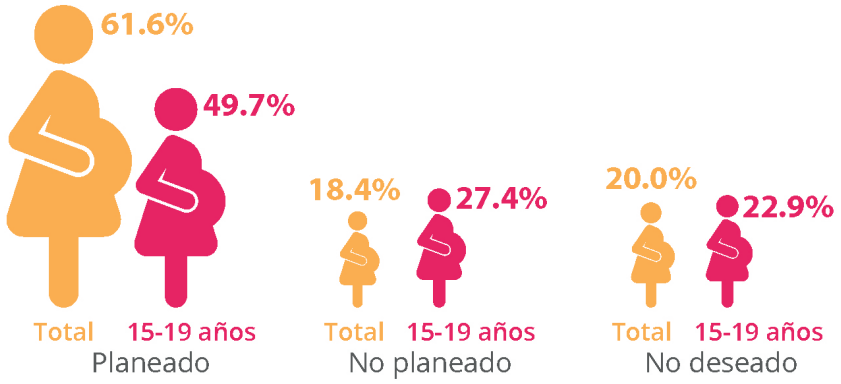
2.2.5 ¿Cuántos de los embarazos en la población adolescente se reconocen como no planeados y no deseados?

En cuanto a la situación del embarazo en adolescente, de acuerdo con estimaciones del CONAPO con base en los datos de las ENADID 2014 y 2018, los resultados son significativos:

- El porcentaje de embarazos no planeados en las adolescentes aumentó del 30.6% al 31.2% entre 2014 y 2018 .
- El embarazo no deseado disminuyó 3.6 puntos porcentuales, de 17.8% a 14.2% en cuatro años.
- Las cifras revelan que 2.8 de cada seis adolescentes embarazadas no deseaba el embarazo en curso.

Cuando se comparan las respuestas obtenidas sobre la planeación y el deseo del último hijo nacido vivo, las cifras muestran un porcentaje mayor del no deseo del embarazo.

Distribución de mujeres en edad fértil por edad, según planeación, no planeación y no deseo del último hijo nacido vivo, 2018



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018.

Es de notar que casi la mitad (49.7%) de las adolescentes manifestaron que el último hijo nacido vivo había ocurrido como resultado de la planeación del embarazo.

8. CONAPO. Estimaciones con base los resultados de la ENADID 2018.

9. CONAPO. Estimaciones con base los resultados de la ENADID 2018.

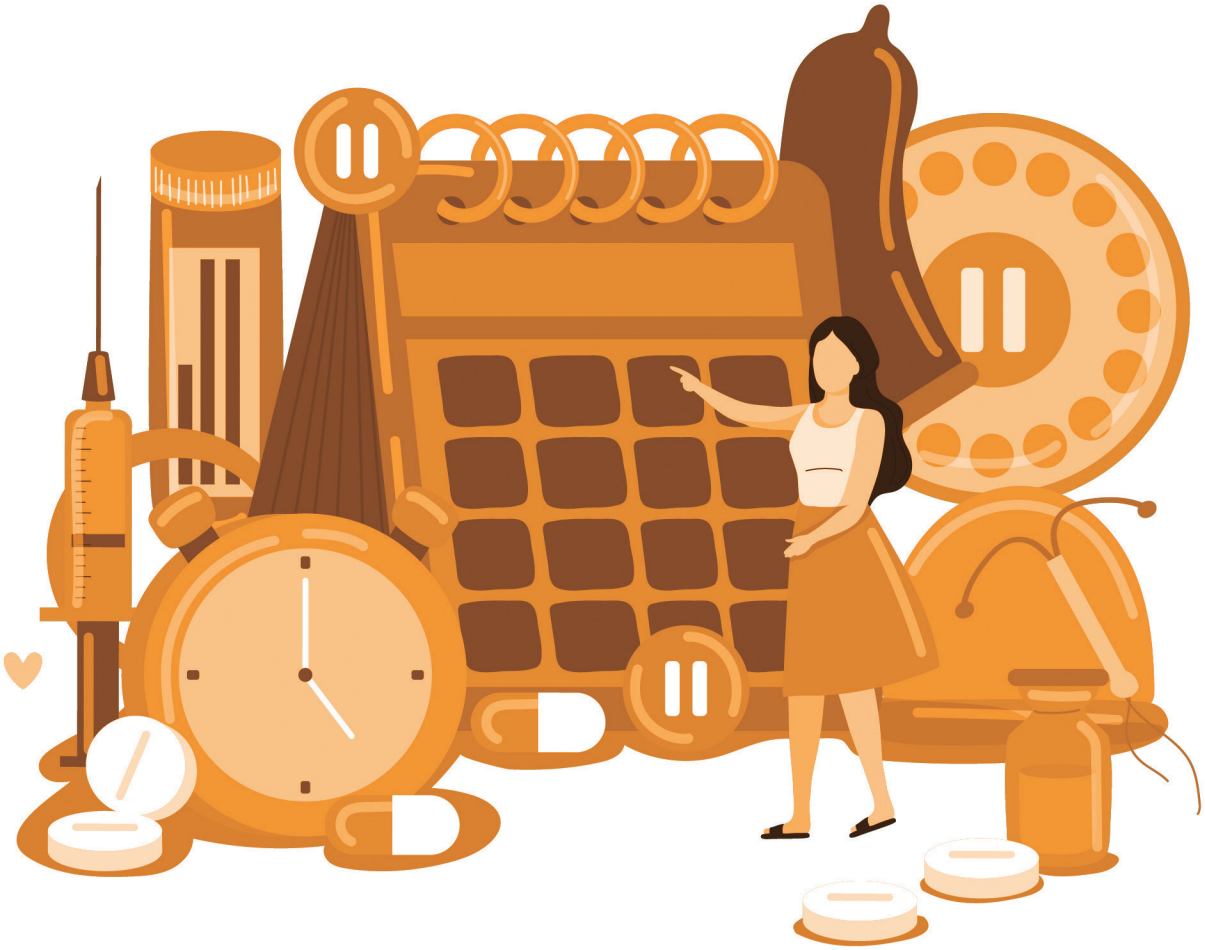
LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

4 de cada 10 adolescentes de 15 a 19 años de edad sexualmente activas

1 de cada 5 nacimientos ocurren en la adolescencia.

La doble protección anticonceptiva es una estrategia efectiva para prevenir tanto un embarazo como una infección de transmisión sexual.

La razón principal por la que las adolescentes no usan un método anticonceptivo en su primera relación sexual es por no planear tener relaciones sexuales.



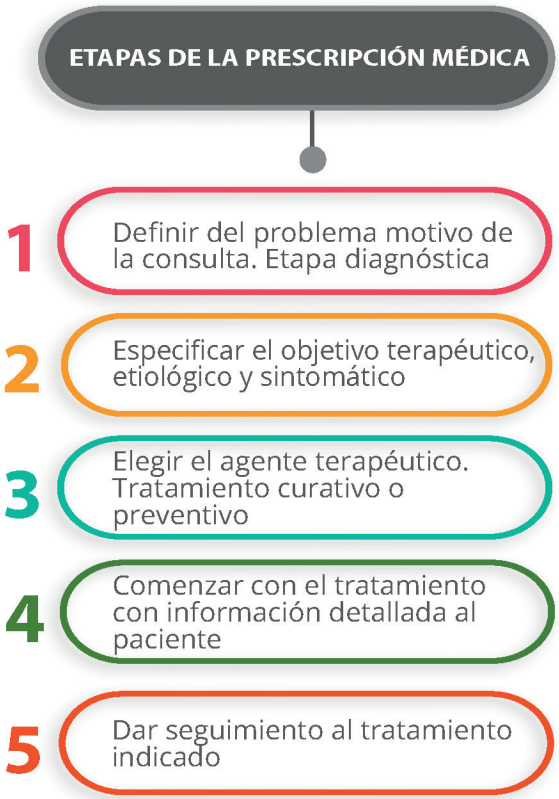
UNIDAD 3

PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA ADOLESCENTES

U3. PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA ADOLESCENTES

3.1 CRITERIOS PARA LA PRESCRIPCIÓN

La prescripción médica es un acto científico, ético y legal. Para lograr el objetivo central que es resolver un problema de salud individual (efecto curativo) o prevenir un efecto no deseado en el paciente (efecto preventivo), es necesario que la prescripción sea vista como un proceso lógico y como proceso pasa por diferentes etapas. Mediante esta acción concurre el médico y el paciente, ambos con un papel crucial de responsabilidad compartida. Surge en este momento el proceso denominado "adherencia terapéutica" que es, en sentido estricto, un acto educativo continuo que propicia evaluar de manera permanente la acción/efecto de los medicamentos prescritos.



En el caso de la prescripción de métodos anticonceptivos para adolescentes, el proceso que se sugiere es el siguiente:

Cuando la prescripción no sigue el proceso lógico, es sustituida e influenciada por prácticas y experiencias que no están basadas en información científica.

La prescripción de métodos anticonceptivos, en especial a la población adolescente, se ve distorsionada por percepciones, mitos y creencias de los prestadores de servicios, lo que crea una barrera para el acceso a la anticoncepción y vulnera los derechos de la población adolescente

LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

La prescripción de métodos anticonceptivos es un proceso y como tal se tienen que seguir una a una las etapas que lo conforman.

El seguir las etapas garantiza que la prescripción esté sustentada en información científica.

3.2 ANTICONCEPTIVOS RECOMENDABLES PARA LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

Los anticonceptivos recomendados para la población adolescente son los ARAP, que deben estar registrados en el consentimiento informado firmado por la usuaria y tiene que ser anexado al expediente clínico.

No existe una restricción general para la prescripción y uso de algún método anticonceptivo por la población adolescente, previo consentimiento informado lo cual está sustentado en la Norma Oficial Mexicana sobre los servicios de planificación familiar y en la Norma Oficial Mexicana para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años.

A pesar de lo anterior, por la situación predominante de las y los adolescentes, el condón es el método anticonceptivo que históricamente se ha recomendado de manera regular a la población adolescente, ya que no se requiere de receta médica y es el único que previene de embarazos no deseados y de las Infecciones de Transmisión Sexual. Cuando se logre que las adolescentes usen doble protección de manera combinada (condones y otro método) se logrará una mayor protección y efectividad. Es necesario prescribir preferentemente los métodos anticonceptivos más efectivos y con mayor seguridad para prevenir el embarazo.

Generalmente las adolescentes solicitan métodos temporales y reversibles. Los métodos que cumplen ambos requisitos de alta efectividad y seguridad son los Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada (ARAP). En esa categoría se encuentran:

- Los hormonales inyectables de aplicación bimensual y trimestral
- Los implantes subdérmicos
- Los dispositivos intrauterinos.

LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

La prescripción de métodos anticonceptivos en la población adolescente debe estar basada en el consentimiento informado.

El uso combinado del condón con algún método reversible de acción prolongada garantiza en mayor grado la protección anticonceptiva.

3.3 PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS, GÉNERO E INTERCULTURALIDAD

3.3.1 ¿Cómo se incorporan las perspectivas de derechos humanos, género e interculturalidad en la prescripción de anticonceptivos para la población adolescente?

Como ya fue referido previamente, los tratados internacionales y regionales de derechos humanos, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y las leyes ofrecen garantías relacionadas específicamente con el acceso a la información y los servicios de anticoncepción para la población adolescente.

3.3.1.1 ¿Cómo se incorpora la perspectiva de derechos humanos en la prescripción de anticonceptivos para la población adolescente?

Incorporar la perspectiva de derechos humanos en la prescripción de anticonceptivos para las y los adolescentes implica considerar que la información y los servicios que se proporcionan garanticen y se adopten decisiones plenamente informadas, se respeten los principios de dignidad, autonomía, intimidad y confidencialidad y se tengan presentes las necesidades y opiniones de las personas.

La OMS ha emitido una serie de recomendaciones a los Estados miembro, las cuales han sido incorporadas en nuestra normatividad nacional vigente[9].

10. OMS. Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: orientaciones y recomendaciones. p. 4

ORIENTACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA OMS RELACIONADAS CON UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

Número	Orientación/recomendación
3.10	Prestar servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos información y servicios de anticoncepción a los adolescentes, sin exigir que presenten autorizaciones ni notificaciones de los progenitores o tutores, con el propósito de atender a sus necesidades educativas y de servicios.
5.2	Que los lugares que dispongan de métodos de anticoncepción reversible de acción prolongada ofrezcan también servicios para su inserción y retiro, y asesoramiento sobre sus efectos secundarios.
6.2	Que se garantice a todas las personas la oportunidad de adoptar decisiones informadas para utilizar métodos anticonceptivos modernos (anticonceptivos de emergencia, de acción breve, de acción prolongada o permanentes) sin ser objeto de discriminación.

Además, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su Informe Anual del 2012, menciona que un enfoque basado en derechos humanos se determina:

- Quiénes son los titulares de los derechos y su capacidad de reivindicarlos
- En qué consisten esos derechos
- Quiénes son los responsables de hacerlos efectivos, cuáles son sus obligaciones y su capacidad de cumplir estas obligaciones

3.3.1.2 ¿Cómo se incorpora la perspectiva de género en la prescripción de anticonceptivos para la población adolescente?

Es necesario incorporar y visibilizar a los hombres especialmente a los adolescentes y jóvenes, para tener una adecuada participación en el uso de ARAP de las mujeres adolescentes. El género, es una forma de comprender cómo se organiza y funciona una sociedad a partir de las diferencias biológicas que presentan hombres y mujeres, organización en la que tradicionalmente se ha promovido un modelo de hombre y mujer en el que sus funciones son jerárquicas y excluyentes, que conllevan relaciones desiguales de poder que se establecen entre ellos y entre las propias mujeres. Estas relaciones derivan en jerarquías que determinan un acceso diferenciado de unos y otras a los recursos económicos, sociales, políticos, culturales y de salud.

Es necesario incorporar y visibilizar a los hombres especialmente a los adolescentes y jóvenes, para tener una adecuada participación en el uso de ARAP de las mujeres adolescentes.

La perspectiva de género es y permite replantearse las formas tradicionales en que las personas son y se relacionan, en este sentido es una construcción social, a partir de trabajar desde las mujeres y con las mujeres.

Romper con los patrones hegemónicos dominantes y lograr la igualdad sustantiva entre hombres y mujeres es el objetivo general, y la perspectiva de género es la estrategia para lograr que un conjunto de enfoques, procesos técnicos y políticas institucionales estén coordinadas para alcanzar el objetivo.

Para eliminar la discriminación que sufren las mujeres, y en especial las adolescentes que solicitan un método anticonceptivo se requiere un proceso de transformación social que esté garantizado en leyes, normas, procedimientos y actitudes de las y los prestadores de servicio. El Estado Mexicano ha iniciado ese proceso de transformación y es responsabilidad del personal prestador de servicio conocer y promover la igualdad de género, la no discriminación y la participación de las adolescentes en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

3.3.1.3 ¿Cómo se incorpora la perspectiva de interculturalidad en la prescripción de anticonceptivos para la población adolescente?

Es necesario incorporar y visibilizar a los hombres especialmente a los adolescentes y jóvenes, para tener una adecuada participación en el uso de ARAP de las mujeres adolescentes.

La interculturalidad es un proceso de convivencia en que las personas, grupos sociales e instituciones con características culturales diversas, conviven y se relacionan de una forma incluyente, respetuosa y complementaria.

El aspecto fundamental en la perspectiva de interculturalidad en la prescripción de métodos anticonceptivos es que se reconoce a la adolescente como una persona digna de ejercer sus derechos, valorando su diversidad, respetando sus creencias y costumbres, y manteniendo relaciones equitativas.

El personal prestador de servicios requiere desarrollar y aplicar las habilidades y capacidades para interactuar con adolescentes de grupos culturalmente diversos, (urbanos, indígenas, no escolarizados, etc.) para comunicarse de una forma respetuosa y eficaz. Durante la atención las y los prestadores de servicios deben de fomentar actitudes de respeto, de tolerancia, y de diálogo, reconociendo que la verdad es plural y relativa.

La oferta de servicios disponible debe considerar la diversidad cultural junto con la pluralidad de necesidades que de ahí se deriva, y responder a ella de forma efectiva y respetuosa. En la Perspectiva de interculturalidad es importante mencionar la participación de traductores. Para llevar a cabo esta labor, es recomendable apoyarse en traductores para aquellas personas hablantes de lengua; diseñar materiales para una mejor comprensión, adecuados a sus localidades; y finalmente considerar eliminar nociones de "usos y costumbres" como lo son el matrimonio forzado o uniones tempranas.

LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

Considerar los derechos humanos, el género y la interculturalidad de los adolescentes en los servicios de anticoncepción y planificación familiar son premisas para lograr una atención de calidad.

Es prioritario tomar en cuenta las necesidades específicas de cada adolescente que se acerca a los servicios de salud.

UNIDAD 4

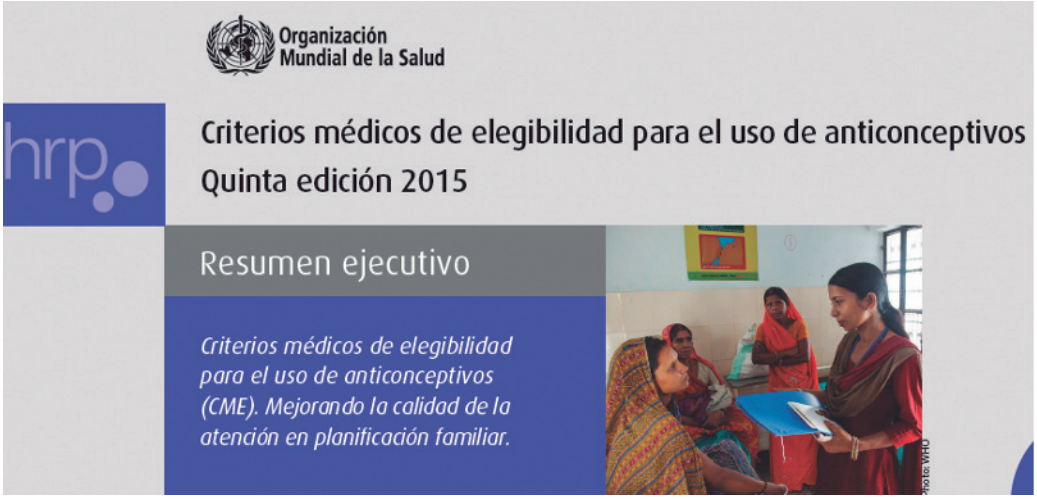
CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

U4. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

4.1 CRITERIOS GENERALES. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

4.1.1 ¿Qué son los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos?

La primera edición de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos de la OMS se publicó en 1996, y la actualización más reciente es la quinta edición publicada en 2015. Las recomendaciones fueron realizadas por un grupo internacional de 68 expertos con base en evidencias científicas.



Uno de los objetivos de los citados criterios, es ofrecer a las y los responsables de la formulación de políticas y los directores de los programas nacionales de planificación familiar y salud reproductiva, una guía para la preparación de normas oficiales y lineamientos técnicos. En concordancia con esta situación, en México las recomendaciones han sido integradas a la NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar (MODIFICADA), aunque esta norma requiere una actualización, ya que la actual versión es previa al 2015. Adicionalmente, en el país se elaboró una versión de los criterios médicos de elegibilidad, adaptada al contexto mexicano.

En términos generales, los criterios médicos de elegibilidad, son recomendaciones relacionadas con la seguridad en el uso de los diversos métodos anticonceptivos tomando en cuenta principalmente:

1. **El contexto de condiciones médicas**

2. **Características específicas de salud de usuarios actuales y potenciales[10].**

Es importante tener en cuenta que los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, se centran en la seguridad en el uso. Así las prioridades para la clasificación fueron establecidas con base en la posibilidad de que el método anticonceptivo empeore la condición médica o genere riesgos adicionales para la salud y además, si la circunstancia médica reduce la eficacia del método anticonceptivo.

Clasificación de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos	
CATEGORÍA 1	Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo
CATEGORÍA 2	Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados
CATEGORÍA 3	Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método
CATEGORÍA 4	Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud

En la práctica, los criterios médicos de elegibilidad, tienen que ser adaptados a las diversas condiciones en las que se ofrecen los servicios. En situaciones donde no se tienen los elementos suficientes tanto de personal como de infraestructura, el siguiente cuadro simplificado es una guía pertinente:

Categoría	Con elementos de diagnóstico clínicos suficientes	Con diagnóstico clínico limitado
1	Puede usarse el método en cualquier circunstancia.	**Sí** se puede usar el método.
2	Se puede usar el método. Las ventajas generalmente exceden los riesgos comprobados o teóricos.	
3	Generalmente no se recomienda el uso del método. Requiere seguimiento médico. Los riesgos a la salud son mayores a los beneficios obtenidos.	**No** se debe usar el método.
4	No se debe usar el método, es un riesgo inaceptable para la salud.	

11. OMS. criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. p.3

LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

La finalidad de los criterios médicos de elegibilidad es ayudar a mejorar tanto el acceso a los servicios de planificación familiar como la calidad, dentro de un contexto de elecciones informadas por parte de las y los usuarios y de seguridad médica.

4.2 CRITERIOS PARA LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

4.2.1 ¿Existen criterios médicos de elegibilidad específicos para la población adolescente?

De acuerdo con los criterios médicos de elegibilidad, la población adolescente puede usar cualquier método anticonceptivo y debe de tener acceso a la gran variedad de opciones. La edad como único criterio **NO** es una razón para negar cualquier tipo de anticonceptivo a las adolescentes. Aunque algunos métodos pueden tener algún punto de debate para su prescripción, en condiciones prácticas debe de considerarse como una prioridad las ventajas que tiene para la salud de la adolescente, el prevenir un embarazo no deseado.

4.2.2 ¿Cómo clasifican los criterios médicos de elegibilidad a los Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada en la población adolescente?

Los criterios médicos de elegibilidad distinguen solo como una condición a las adolescentes menores de 18 años y con base en esa cualidad se estable la categoría correspondiente.

A continuación, se presentan cuadros con el resumen de las categorías para adolescentes menores de 18 años y aquellas de 18 años y más. Solo se presenta la variable de la edad como condición para el uso de ARAP:

Condición	inyectables de progestina	Implantes subdérmicos
EDAD		
Menores de 18 años	2	1
18 años y más	1	1
PARIDAD		
0	1	1
1 o más	1	1

Los hormonales inyectables bimensuales y trimestrales, en menores de 18 años sin condiciones médicas existentes, están en la categoría 2, esto significa que los beneficios de la anticoncepción hormonal son mayores que el riesgo que conlleva un embarazo no planeado. Los implantes subdérmicos son categoría 1, es decir, que se pueden usar sin restricciones independientemente de la edad. Ambos métodos son suficientemente seguros y efectivos para ser usados por las adolescentes.

Condición	Dispositivo intrauterino con cobre	Dispositivos intrauterino liberador de progestina
EDAD		
Menores de 20 años	2	2
PARIDAD		
0	2	2
1 o más	1	1

Para el caso de los dispositivos intrauterinos con cobre o los medicados liberadores de progestina, el cuadro anterior resume su clasificación. Los dispositivos intrauterinos en adolescentes se clasifican en la categoría 2, esto significa, que los beneficios de la anticoncepción son mayores al riesgo de un embarazo no planeado.

El caso de los dispositivos intrauterinos es similar a lo presentado para los inyectables hormonales e implantes subdérmicos, son seguros y efectivos, por lo que cumplen con las características que convienen a la población adolescente.

En las siguientes tablas se presenta la categoría actualizada para los ARAP en algunas condiciones médicas específicas. La categoría aplica independientemente de la edad de la usuaria.

Condición	DIU -cobre	DIU c/ progestina	Implante subdérmico
Hipertensión arterial	1	1*	1*
Factores de riesgo cardiovascular	1	2	2
Enfermedad tromboembólica	2	2	2
Trombosis venosa profunda	1	2**	2**
Tratamiento con anticoagulantes	1	2	2
Accidente vascular cerebral	1	2	2

*** Categoría 1,** en 140-159 Diastólica, 90-99 sistólica mmHg.

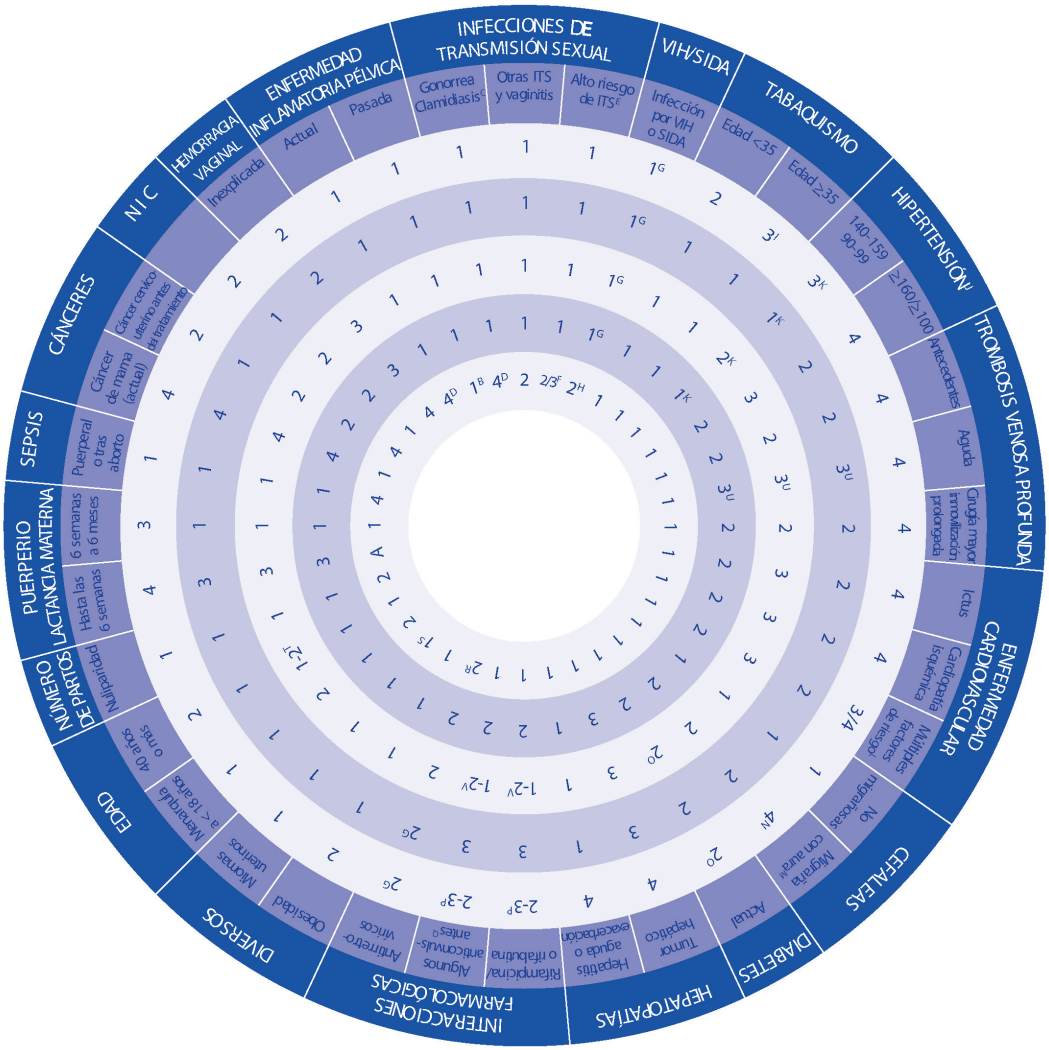
*** Categoría 2,** en ≥ (mayor o igual) 160/100 mmHg.

**** Categoría 3,** en cuadro agudo.

Condición	DIU -cobre	DIU c/ progestina	Implante subdérmico
Migraña con aura	1	2	2
Diabetes Mellitus	1	2	2
Obesidad	1	1	1
Infección por VIH	2*	2*	1
SIDA en tratamiento con ARV	2*	2*	2
Sepsis puerperal / aborto séptico	4	4	1
Enfermedad pélvica inflamatoria	4	4	1
Cervicitis purulenta	4	4	1
Cáncer mamario	1	4	4
Neoplasias del tracto reproductivo	4	4	1
Cáncer cervical	4	4	1
Cáncer de endometrio	4	4	1
Malformaciones uterinas	4	4	1

*** Categoría 3** para inicio de método en estadios 3 ó 4 de la enfermedad.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud diseño una novedosa herramienta para los prestadores de servicio sobre los criterios médicos de elegibilidad, está disponible en español y ha probado ser de gran utilidad como guía para la prescripción de métodos anticonceptivos



LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

La edad no debe ser razón suficiente para negar algún método anticonceptivo a la población adolescente.

Muchos de los criterios médicos de elegibilidad que se aplican a personas mayores también se aplican a personas jóvenes.

La ampliación de opciones anticonceptivas ofrecidas puede conducir a una mayor satisfacción, aceptación y prevalencia del uso de anticonceptivos.

UNIDAD 5

ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE ACCIÓN PROLONGADA. TECNOLOGÍA ANTICONCEPTIVA

U5. ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE ACCIÓN PROLONGADA. TECNOLOGÍA ANTICONCEPTIVA

5.1 GENERALIDADES DE LOS ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE ACCIÓN PROLONGADA (ARAP)

5.1.1 ¿Qué son los ARAP?

Los anticonceptivos reversibles de acción prolongada, son métodos que han demostrado altas tasas de efectividad y de cumplimiento a largo plazo, con pocas contraindicaciones después de su aplicación protegen de un embarazo por al menos dos meses. El rango de cobertura anticonceptiva es de 2 meses a 10 años, dependiendo del tipo de método utilizado[11].

Estos anticonceptivos son la mejor alternativa para aquellas personas que desean postergar los embarazos.

En general los ARAP, presentan mínimos o nulos efectos secundarios, son cómodos y seguros[12].

5.1.2 ¿Cuáles son los ARAP?

HORMONALES

Inyectables de progestágeno solo	Implante subdérmico	Dispositivo intrauterino con progestina
Enantato de Noretisterona (NET-EN) Duración del efecto anticonceptivo: 2 meses **Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito- AMPD.** Duración del efecto anticonceptivo 3 meses	**Implante liberador de etonogestrel** Duración del efecto anticonceptivo: 3 años **Implante liberador de levonorgestrel:** Duración del efecto anticonceptivo: de 4 a 5 años	**Endoceptivo liberador de levonorgestrel** Duración del efecto anticonceptivo: 5 años

12. En la bibliografía consultada, existe coincidencia en considerar solamente al DIU y a los implantes subdérmicos como ARAP, sin embargo, por la propia definición los inyectables se encuentran en esta categoría.

13. Marcdante, K., & Kliegman, R. Nelson. Pediatría esencial. p. 256

NO HORMONALES

Dispositivos Intrauterinos con cobre

DIU T-380 A
Duración del efecto anticonceptivo: 6 a 10 años

DIU Tcu 380 nulíparas
Duración del efecto anticonceptivo: 8 años

Tanto los hormonales como los dispositivos intrauterinos están disponibles para la población adolescente mexicana.

5.1.3 ¿Cuál es la efectividad de los diferentes métodos anticonceptivos?

En el cuadro contenido en el anexo se muestra la efectividad anticonceptiva de los diferentes métodos anticonceptivos. Destaca que los implantes subdérmicos y los dispositivos intrauterinos son los que presentan mayor efectividad, comparable con los métodos permanentes.

5.1.4 ¿Qué ventajas ofrecen los ARAP a las adolescentes?

Los **ARAP** se caracterizan por su alta efectividad y seguridad

Existen evidencias que demuestran que los ARAP se encuentran en la primera línea de elección y han contribuido a la reducción del embarazo y del aborto. En 2009, el Colegio Americano de Gineco-Obstetricia emitió una recomendación para incrementar el uso de ARAP en adolescentes con el objetivo de reducir el embarazo no planeado. La opinión fue ratificada en 2012, y enfatiza la alta seguridad y efectividad de los implantes y de los dispositivos intrauterinos. Así mismo, en 2014 la Academia Americana de Pediatría, a través del comité para adolescentes, emitió también una recomendación para que, debido a su alta seguridad y efectividad anticonceptiva, los implantes y los dispositivos intrauterinos sean considerados como los anticonceptivos más recomendables para la población adolescente.

5.1.5 ¿Qué tan conocidos son los ARAP por las adolescentes en México?

En México, la mayoría de las adolescentes que usan un ARAP lo obtuvieron en un contexto de postparto o postaborto, de modo que se ha considerado principalmente un anticonceptivo de prevención secundaria. En el siguiente cuadro se ilustra el tipo de conocimiento que tiene la población adolescente de los ARAP y el porcentaje de uso.

PORCENTAJE DE ADOLESCENTES POR TIPO DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN POR MÉTODO. 2018

Sabe de su existencia	Sabe cómo funciona
Inyectables 79.9%	Inyectables 43.39%
Dispositivo intrauterino 77.9 %	Dispositivo intrauterino 72.92 %
Implante subdérmico 54 %	Implante subdérmico 76.47%

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2018.

PORCENTAJE DE ADOLESCENTES SEXUALMENTE ACTIVAS POR TIPO DE MÉTODO QUE USAN. 2018

OTB	Hormonales	No homonales	Sólo tradicionales
1.05 %	32.18 %	63.40 %	3.34%

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (s/a), ENADID 2018.

5.1.6 ¿Por qué las adolescentes usan poco los ARAP?

Existen varias razones para explicar el rezago entre el conocimiento, la necesidad y el uso de los ARAP. Las causas que se presentan a continuación también pueden verse como barreras que limitan el acceso:

- En las adolescentes, se tiene un limitado conocimiento de las ventajas del uso de los ARAP y en consecuencia una falta de demanda al personal prestador de servicios.

- En los prestadores de servicio, desconocen la evidencia científica que los lleva a recomendarlos como primera línea de elección. Esto favorece la existencia de mitos que limitan el acceso a la anticoncepción de las adolescentes y refuerza la mala calidad de los servicios.

- En las instituciones de salud, el desabasto de insumos, ya sea por falta de previsión económica, o por falta de planeación y logística.

- En el sector privado, el elevado costo relativo de algunos de los métodos (implante y dispositivo liberador de levonorgestrel). El alto costo es relativo en el sentido del gasto de bolsillo inicial. A largo plazo los ARAP resultan ser grandemente costo-eficientes por su característica de acción prolongada.

LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

Los ARAP se encuentran en la primera línea de elección anticonceptiva para las adolescentes, pues se ha demostrado su alto porcentaje de efectividad y seguridad.

Es necesario redoblar esfuerzos para que la población adolescente conozca más sobre los ARAP.

5.2 CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LOS ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE ACCIÓN PROLONGADA

5.2.1 ¿Qué son los inyectables de progestágeno solo?

Son sustancias que contienen un progestágeno (Enantato de Noretisterona- EN-NET o Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito- AMPD), igual a la hormona natural que produce el cuerpo de la mujer (progesterona).

La EN-NET, se administra mediante inyección intramuscular cada dos meses y la AMPD se administra mediante inyección subcutánea o intramuscular cada tres meses. La hormona se libera lentamente en el flujo sanguíneo e impide la ovulación.

No contienen estrógeno, por lo que pueden ser utilizadas por mujeres que están amamantando y por mujeres que no pueden usar métodos anticonceptivos con estrógeno.

Los inyectables bimensuales se incluyen en la categoría de los ARAP.

5.2.1.1¿Cuál es la eficacia de los inyectables de progestágeno solo?

La eficacia es de 99%, cuando son usadas de manera adecuada. El riesgo mayor de embarazo se da cuando la mujer omite una inyección. Cuando la usuaria se aplica sus inyecciones a tiempo, se produce menos de 1 embarazo en cada 100 mujeres que utilizan inyectables de progestágeno durante el primer año de uso.

5.2.1.2 ¿Quiénes pueden utilizar los inyectables de progestágeno solo?

La mayoría de las adolescentes pueden utilizar inyectables de progestágeno solo, de manera segura y eficaz, incluidas las nulíparas, las que hayan tenido recientemente un aborto, o las que se encuentren amamantando (iniciando el inyectable 6 semanas después del parto).

Las adolescentes pueden comenzar a utilizarlos sin necesidad de que se le realice un examen pélvico, sin ningún análisis de sangre, u otra rutina de laboratorio; incluso se les puede aplicar cuando la mujer no está menstruando, si es que existe la certeza razonable de que no está embarazada.

5.2.1.3 ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de los inyectables de progestágeno solo?

Dentro de las ventajas más importantes, se encuentran:

1. Su uso es muy práctico para la usuaria ya que no requieren ninguna acción diaria.
2. No interfieren con la actividad sexual.
3. Son privados: nadie se da cuenta de que la adolescente utiliza anticoncepción.
4. Dependiendo del tipo de sustancia activa, su protección puede ser de dos o tres meses.
5. Ayudan a proteger contra anemia por deficiencia de hierro.
6. Ayuda a proteger contra cáncer endometrial y fibromas uterinos (AMPD).

Las desventajas son:

1. Los cambios en el sangrado son comunes, pero no hacen daño. Es importante regularizar estos sangrados o estar al pendiente de cualquier problema más importante además de explicarle a la usuaria de lo que está pasando, para que también ella se encuentre alerta de cualquier cambio.

2. Lo habitual es que haya sangrados irregulares los primeros meses y luego no haya sangrado menstrual.

3. El aumento gradual de peso es común.

4. Con frecuencia hay una demora en el restablecimiento de la fertilidad. En promedio, la mujer demora unos meses más en quedar embarazada luego de interrumpir los inyectables de progestágeno solo, comparado con otros métodos.

5. No se debe intercalar las inyecciones de EN-NET y AMPD .

6. No protegen contra las Infecciones de Transmisión Sexual.

5.2.2 ¿Qué son los Dispositivos intrauterinos?

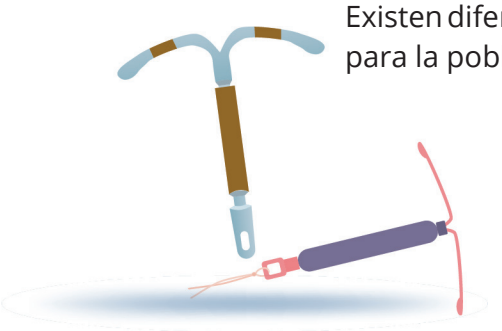
El Dispositivo Intrauterino (DIU) es una pieza de material plástico que se coloca dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos y que brinda protección temporal.

Los DIU hormonales son aquellos que incorporan en su estructura una substancia activa que interfiere con la motilidad y viabilidad del espermatozoide y le impiden que se unan con el óvulo.

Los DIU no hormonales producen una reacción endometrial de cuerpo extraño que estimula la liberación de leucocitos y prostaglandinas que actúan simultáneamente en el cuello uterino, la cavidad uterina y el oviducto para impedir que el espermatozoide fertilice el óvulo. Las células que se adhieren a los DIU de cobre son leucocitos polimorfonucleares, que liberan enzimas lisosomales como la fosfatasa alcalina, la n-acetil glucosamida y la beta glucoronidasa, que dañan a los espermatozoides y los hace más susceptibles a la acción de los macrófagos. Por otra parte, los iones de cobre tienen efectos tóxicos para los espermatozoides, alterando la reacción acrosomal.

5.2.2.1 ¿Qué tipos de dispositivos existen?

Existen diferentes modelos de DIU, sin embargo, los que se encuentran disponibles para la población son:



- DIU T de cobre
- DIU con levonorgestrel

Los DIU se incluyen en la categoría de los ARAP.

5.2.2.1.1 DIU con cobre

El DIU con cobre es un pequeño armazón de polietileno, con espirales y/o alambre de cobre adheridos al marco, que se coloca dentro de la cavidad uterina.*

Existen diferentes tipos de DIU de cobre, entre los más utilizados están:

DIU Tcu 380 A y DIU Tcu 380 nulípara

El DIU que actualmente se utiliza con más frecuencia en el mundo es el Tcu 380 A, sus características son:

- Modelo de polietileno en forma de T adicionado con sulfato de bario que lo hace opaco a los rayos X.
- Cuenta con dos placas de cobre sólido, colocadas en cada uno de los segmentos horizontales y una espiral de alambre en el segmento vertical.
- Está provisto de dos filamentos o hilos guía transcervicales, para su localización o extracción.

36
mm de largo

32
mm de ancho

380
y la superficie total de cobre expuesta es de 380 mm².

El DIU Tcu 380 nulípara, tiene las mismas características que el DIU Tcu 380 A, salvo, las dimensiones que son menores, 29.5 mm de largo por 18 mm de ancho. Este tipo de DIU está indicado preferentemente para mujeres nulíparas, incluidas las adolescentes.

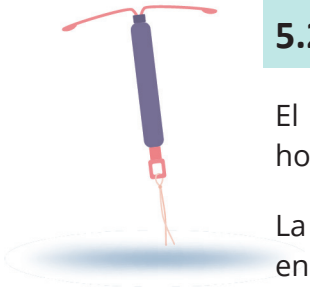
Para la inserción, se deben seguir las guías técnicas recomendadas por el sector salud. Se debe proporcionar información detallada sobre el procedimiento y responder a las dudas que surjan durante la consulta, en especial sobre el dolor y el patrón de sangrado.

No existe evidencia que sugiera que la inserción es técnicamente más complicada en las adolescentes y nulíparas.

Las complicaciones que se reportan son mínimas y están asociadas a la técnica de inserción y los patrones de sangrado posteriores. Los reportes sobre perforación uterina en adolescentes son de menor al 1 por cada 1000 y la tasa de expulsión varía entre 7 y 22 %.

Es muy importante considerar que el uso de los DIU no aumenta la tasa de enfermedad inflamatoria pélvica y no aumenta la incidencia de embarazo ectópico.

*Nota: Manual Mundial para proveedores versión 2019



32
mm de largo

32
mm de ancho

52mg
y en su brazo vertical esta una cápsula que contiene 52 mg de la progestina levonorgestrel.

5.2.2.1.2 DIU liberador de levonorgestrel

El DIU medicado con levonorgestrel es un sistema intrauterino que libera la hormona que contiene, su apariencia es similar a los dispositivos de cobre.

La liberación inicial de la hormona en la cavidad uterina es de 20 microgramos en 24 horas. La alta concentración de levonorgestrel en el endometrio inhibe la expresión endometrial de los receptores para estrógenos, insensibilizando el endometrio al estradiol circulante e induciendo un potente efecto antiproliferativo. El aumento de viscosidad del moco cervical impide el paso de los espermatozoides a través del canal cervical. Aunque la cantidad de levonorgestrel que pasa de la cavidad uterina a la circulación general es muy pequeña, en algunas mujeres se presenta inhibición de la ovulación.

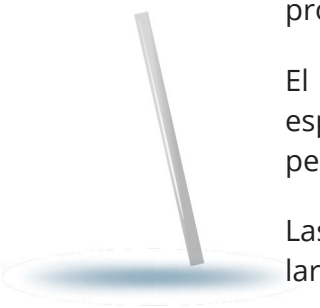
Al igual que para los DIU de cobre, para su inserción, es necesario observar las guías técnicas recomendadas por el sector salud. Es necesario proporcionar información detallada sobre el procedimiento y responder a las dudas que surjan durante la consulta, en especial sobre el dolor y el patrón de sangrado.

La efectividad del DIU hormonal es del 99.5%, es decir que puede presentarse un embarazo en 5 de cada mil mujeres en el primer año de uso.

En cuanto a las complicaciones, son similares a las descritas para el dispositivo con cobre. Las tasas de expulsión son ligeramente menores y con respecto al patrón de sangrado, se ha observado que tiende a disminuir en cantidad y duración en razón del tiempo de uso. Se ha reportado que 70 % de usuarias, presentan oligomenorrea o amenorrea en los dos primeros años de uso.

5.2.3 ¿Qué son los Implantes subdérmicos?

Los Implantes subdérmicos, son pequeños cilindros de plástico no biodegradables, para uso subdérmico, que se colocan en la parte interna del brazo o antebrazo y liberan diariamente el progestágeno, hormona parecida a la progesterona natural producida por el organismo de la mujer.



El progestágeno se absorbe rápidamente en la circulación y actúa produciendo espesamiento del moco cervical que bloquea a los espermatozoides y no les permite llegar al óvulo, y principalmente a través de la inhibición de la ovulación.

Las dimensiones de los Implantes subdérmicos en promedio son de 43 mm de largo por 2 mm de diámetro.

5.2.3.1 ¿Qué tipos de Implantes subdérmicos existen?

Existen dos tipos de Implantes subérmicos:

- Implante subdérmico de etonogestrel
- Implante subdérmico de levonorgestrel

Los Implantes subdérmicos se incluyen en la categoría de los ARAP.

El Implante de etonogestrel es un cilindro sólido de plástico, inhibe la ovulación 24 horas después de su colocación. Las concentraciones séricas máximas se alcanzan entre el 1º. y el 13º. día. La tasa de liberación del implante disminuye con el tiempo. Como resultado, las concentraciones séricas declinan rápidamente durante los primeros meses.

40

mm de largo

2

mm de diámetro.

Una de las ventajas comparativas de este implante, es que, en su versión más moderna, denominada NXT, el implante viene precargado en un aplicador que hace muy sencilla la inserción. Esta se puede realizar en menos de un minuto por personal capacitado y puede realizarse en cualquier momento, teniendo la certeza de que no existe embarazo.

El Implante de etonogestrel mide 40 mm de largo y 2mm de diámetro.

5.2.3.1.2 Implantes de levonorgestrel

El Implante de levonorgestrel está compuesto por 2 cilindros sólidos de silastic y levonorgestrel cubiertos por una membrana de silastic. Cada implante contiene 75 mg de levonorgestrel. Modifica la función ovárica, inhibiendo la ovulación al reducir la secreción de FSH y LH, además, inhibe la implantación y produce un aumento de la densidad del moco cervical y, en consecuencia, evita el paso de los espermatozoides hacia el útero. También suprime la actividad cíclica endometrial. Oscila desde la ausencia de actividad luteínica y folicular hasta el patrón ovulatorio normal, pasando por una actividad folicular normal con una función luteínica deficiente.

Los dos cilindros de levonorgestrel miden 43 mm de largo y 2.5 mm de diámetro. En específico estos Implantes duran 5 años, sin embargo, se sugiere extraer los implantes al final del cuarto año de uso en las mujeres que pesan 80 o más kilos, ya que la eficacia podría reducirse al quinto año de uso.

No se tiene un día específico durante el ciclo menstrual para la inserción. La única condición es tener la seguridad de que no existe un embarazo en curso.

5.2.3.2 ¿Cuál es la eficacia de los Implantes?

Los Implantes se encuentran entre los métodos más eficaces y de mayor duración. De acuerdo con la OMS la eficacia se estima en menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan los implantes el primer año. Esto significa que 9995 de cada 10.000 mujeres que utilizan implantes no van a quedar embarazadas.

Existe sin embargo un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y continúa mientras que la mujer está utilizando implantes.

En el caso del Implante con levonorgestrel, en los 5 años de uso el riesgo es de alrededor de 1 embarazo por cada 100 mujeres; mientras que, con el Implante de etonogestrel, en los 3 años del uso el riesgo de embarazo es de 1 en 1000 mujeres).

5.2.3.2 ¿Cómo manejar los cambios en el patrón de sangrado de las usuarias de Implantes?

Una de las preguntas más frecuentes antes de la adopción del método es sobre posibles cambios en el patrón de sangrado. Durante el uso del implante las mujeres pueden experimentar cambios en su patrón de sangrado menstrual impredecibles de antemano.

Dichos cambios pueden consistir en un patrón de sangrado irregular (ausencia, disminución, sangrados más frecuentes o continuos) y cambios en la intensidad del sangrado (disminución o aumento), o en la duración. El patrón de sangrado durante los tres primeros meses generalmente permite predecir el futuro patrón de sangrado en muchas mujeres.

A partir de los cambios mencionados en el patrón de sangrado, es necesario tomar las medidas que se recomiendan a continuación, según la situación que se presente:

I. Sangrados inesperados que molestan a la usuaria

- Tranquilizar a la usuaria y explicarle que algunas mujeres al Utilizar los implantes presentan sangrado irregular el cual tiene que controlarse. No causan daño y habitualmente disminuyen o se interrumpen después del primer año.

- Para un alivio a corto plazo, se puede prescribir 800 mg de ibuprofeno o 500 mg de ácido mefenámico 3 veces por día después de las comidas durante 5 días, comenzando a recibirlos cuando comienza el sangrado irregular.

- Si lo anterior no ayuda, se puede probar con las siguientes opciones, comenzando cuando empiece el sangrado irregular:

    - Anticonceptivos orales combinados (AOC) con progestágeno levonorgestrel, un comprimido por día durante 21 días;

    - AOC con 50 µg etinil estradiol diariamente durante 21 días.

- Si a pesar del tratamiento el sangrado irregular continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, es importante considerar que puede haber otras condiciones subyacentes no vinculadas con el uso del método y evaluar a la usuaria con base en los antecedentes y el examen pélvico; realizar el diagnóstico y el tratamiento pertinente; o bien remitirla al servicio que corresponda.

II. Ausencia de menstruación

- Es muy importante la consejería y la información acerca de la manera cómo actúa el implante ya que si no se le explica claramente acerca de la amenorrea que se presenta en los primeros meses, la usuaria decide quitarse el implante.

- Tranquilizar a la usuaria y explicarle que algunas mujeres al utilizan los implantes presentan sangrado irregular el cual tiene que controlarse y que esto no es nocivo.

- Aclarar que no es preciso perder sangre todos los meses y que la sangre no se acumula en el organismo, es importante explicarle a la usuaria cómo funciona el implante y por qué se presenta la amenorrea.

- Explicar que la ausencia de sangrado no significa perder la fertilidad.

III. Sangrado profuso o prolongado (el doble de lo habitual o más de 8 días)

- Tranquilizar a la usuaria indicándole que muchas mujeres que usan implantes presentan esta condición.
- Informar que por lo general no es perjudicial y disminuye o se interrumpe después de unos pocos meses.
- Para un alivio modesto y a corto plazo, se puede probar con AOC con 50 µg de etinil estradiol por 21 días, cuando empiece el sangrado profuso.
- Para evitar la anemia, indicar comprimidos de hierro y dieta rica en hierro.
- Si a pesar del tratamiento el sangrado profuso continúa, es importante considerar que pueden existir otras condiciones subyacentes no vinculadas con el uso del método y evaluar a la usuaria con base en los antecedentes y el examen pélvico; realizar el diagnóstico y el tratamiento pertinente; o bien remitirla al servicio que corresponda.

5.2.3.3 ¿Cuáles son las ventajas de los Implantes Subdérmicos?

Entre las principales ventajas de los Implantes Subdérmicos están:

- Alta seguridad y efectividad.
- Pueden utilizarse tanto en adolescentes nulíparas como en aquellas en etapa de post evento obstétrico.
- Su efecto es totalmente reversible.
- No interfieren con la fertilidad futura.
- Dejan de funcionar una vez que se retiran.
- Sus hormonas no permanecen en el cuerpo de la mujer.
- Pueden interrumpir la menstruación, pero esto no hace daño.
- No se mueven a otras partes del cuerpo.
- Contribuyen significativamente en la reducción del embarazo en adolescentes.

LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

Los Implantes Subdérmicos y los Dispositivos Intrauterinos son los ARAP más recomendables para la población adolescente.

La gran ventaja de los inyectables de progestágeno solo es la privacidad en su uso.

5.3 MITOS ALREDEDOR DE LOS ARAP

5.3.1 ¿Cuáles mitos existen en torno de los inyectables?[13]

MITO	REALIDAD
Provoca alteraciones en la periodicidad de la menstruación.	Contribuye a que los ciclos se presenten con mayor regularidad. Con su uso disminuye la cantidad de sangrado y cólicos e incluso podría ausentarse la menstruación.
Favorecen el aumento de peso.	Los estudios han comprobado que solo se da el aumento de peso en adolescentes que ya tenían sobrepeso antes de su uso.

14. Este tema está basado en: Neyro, JL., Cristóbal, I., Celis-González, C., Gómez, M., Elorriaga, MA., Lira-Plascencia, J. Mitos y realidades de los anticonceptivos reversibles de larga duración. p.p. 707-721.

5.3.2. ¿Cuáles mitos existen en torno a los DIU?

MITO	REALIDAD
Solo los puede usar las mujeres que ya han estado embarazadas.	El DIU está indicado para cualquier mujer en edad reproductiva.
	En las adolescentes es poco probable su expulsión.
Causan o se incrementa el riesgo de enfermedades inflamatorias.	Los dispositivos intrauterinos con levonorgestrel tienen un hilo monofilamento que no incrementa el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, con estos hilos no se permite el ascenso de las bacterias de la vagina hacia el endometrio.
	Por su efecto fisiológico, no solo no se incrementan las posibilidades de enfermedad inflamatoria pélvica, sino que la disminuye.
	También tiene un efecto protector de la infección por el virus del papiloma humano.
	La contaminación bacteriana que puede ocurrir durante la inserción es la causa más probable de la infección, no el dispositivo intrauterino en sí. Es cierto que las adolescentes de 15 a 19 años tienen más riesgo de infecciones por clamidia o gonococo.
Producen abortos.	El mecanismo de acción del DIU está presente antes de que se dé la gestación.
Al insertarlos se siente dolor intenso.	La intensidad del dolor es similar al que se experimenta durante la menstruación, son dolencias mínimas.
	La evidencia científica demuestra que el dolor a la hora de insertar el dispositivo está directamente relacionado con el nivel de ansiedad de la mujer antes de la inserción en sí.
Causan infertilidad.	La infertilidad puede derivarse de una infección por clamidia y no del DIU mismo.
	El retorno a la fertilidad es rápido después del retiro del DIU.
Causan embarazos ectópicos.	Hace ya tiempo que está comprobado que los DIU con levonorgestrel reducen el riesgo de embarazo ectópico.
	El antecedente de embarazo ectópico está catalogado como categoría 1 (sin restricción alguna para su empleo) para el uso de un dispositivo intrauterino de acuerdo con los Criterios de Elegibilidad Médica de la OMS para el uso de anticonceptivos.
Producen osteoporosis	Los estudios demuestran que la densidad mineral ósea por uso de DIU con cobre no es realmente significativa.
Producen cáncer.	No se ha demostrado que el uso del DIU con levonorgestrel cause algún cáncer ginecológico ni cánceres en otra localización.
	Los DIU con levonorgestrel protegen contra al cáncer de endometrio.
	Un estudio, Dinger65 afirma rotundamente, que el uso del DIU con levonorgestrel no incrementa el riesgo de cáncer de mama.
	Es importante mencionar que cuando existe el diagnóstico de cáncer de mama, si debe ser retirado y no utilizarse en los siguientes cinco años, como indican las *Guías de elegibilidad de la OMS.*

5.3.3 ¿Cuáles mitos existen en torno a los Implantes subdérmicos?

MITO	REALIDAD
Son dañinos para la salud de las mujeres debido a que causa ausencia de menstruación por algunos meses.	El implante hace que el tejido endometrial no prolifere o sea mínima la cantidad de éste y por ello se ausenta la menstruación, sin embargo, ello no significa ningún daño a la salud de la mujer que lo utiliza.
Favorecen el aumento de peso.	En la actualidad se carece de estudios prospectivos de la posible ganancia de peso en usuarias de implantes.
Causan embarazos ectópicos.	De los escasos embarazos que aparecen en los ensayos con implantes, 4.7% resultaron ectópicos, pero sólo la mitad son realmente atribuibles a fallas del método.
Producen cáncer.	No se ha demostrado que el uso de los implantes cause algún cáncer ginecológico ni con cánceres en otra localización.

5.3.4 Cuáles son los mitos comunes asociados a los ARAP?

MITOS	REALIDAD
Al dejar de usarlos se retrasa el retorno a la fertilidad.	Las tasas de embarazo en adolescentes, después del uso de los anticonceptivos son elevadas, en comparación con las de la población general.
	Las tasas de nacimientos, los partos prematuros, el peso al nacer y la proporción de sexos de los recién nacidos tienen distribuciones normales.
No son adecuados para adolescentes.	Son seguros y apropiados para la mayoría de las mujeres, incluidas las adolescentes, por sus tasas más altas de satisfacción y continuidad en comparación con otros métodos reversibles.
	Los resultados de casi todos los trabajos publicados son consistentes y muestran que las adolescentes consiguen mayor cumplimiento con métodos anticonceptivos de acción prolongada que con los métodos que requieren un uso diario o más rutinario.

LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

Los mitos son una barrera para que la población adolescente acceda a los servicios de salud reproductiva y a los ARAP.

Cualquier mito se contrarresta y desaparece con evidencia e información científica.

5.4 RECOMENDACIONES GENERALES PARA FACILITAR LA CONTINUIDAD EN EL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE ACCIÓN PROLONGADA

En el caso de la prescripción de ARAP, es conveniente considerar la puesta en marcha de algunas estrategias de atención y seguimiento que permitan a las usuarias sentirse continuamente acompañadas por el personal de salud y de esa forma reducir el riesgo de retiro prematuro.

Entre las estrategias de seguimiento se pueden considerar las siguientes:

a. Fortalecer el proceso de consejería pre y post adopción del método, destacando sus múltiples ventajas y explicando claramente los eventuales efectos secundarios.

b. Diseñar y operar herramientas de comunicación entre el personal de salud y las usuarias, aprovechando las ventajas de las redes sociales, para facilitar a las adolescentes el acceso a información confiable y oportuna sobre las dudas que pudieran tener con relación al método utilizado.

Asegurar el acceso efectivo a una gama completa de métodos anticonceptivos, incluyendo los ARAP, es uno de los objetivos específicos de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). En esta estrategia multisectorial del Gobierno Mexicano, la participación del Sector Salud, en específico de sus prestadores de servicios, es fundamental para cumplir con el objetivo último de reducir el número de embarazos en adolescentes, con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos.

LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

La continuidad en el uso de los ARAP es fundamental para que realmente cumplan su propósito.

Los ARAP aportan mucha más salud que la que restan.

El personal prestador de servicios de salud es pieza clave para trabajar en favor de la salud reproductiva de la población adolescente.

UNIDAD 6

CONSEJERÍA EN ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE ACCIÓN PROLONGADA

U6. CONSEJERÍA EN ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE ACCIÓN PROLONGADA

6.1 GENERALIDADES DE LA CONSEJERÍA

6.1.1 ¿Qué es la consejería en ARAP para adolescentes?

La consejería en el ámbito de la salud hace referencia principalmente al proceso a través de cual se apoya a una persona para que tome decisiones relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos y en general con su sexualidad. En el caso de la consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes la definición conceptual y operativa incluye otros elementos, como lo que se menciona en la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad y se encuentra a continuación[14]:

> "En materia de salud sexual y reproductiva, se entiende por consejería integral al proceso de comunicación entre el personal de salud y la persona del grupo etario, que recibe ayuda para identificar y resolver sus dudas y necesidades en materia de salud sexual y reproductiva. La consejería se caracteriza por un intercambio de información de ideas, análisis y deliberación. Ésta se debe brindar en las Unidades de Salud, con perspectiva de género y derechos humanos, considerando la edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez de la persona integrante del grupo etario"

En dicha NOM, en el inciso 6.8.3 se menciona que:

"Durante la consulta de atención integral en materia de salud sexual y reproductiva, con base en evidencia científica documentada, el personal de salud debe proporcionar orientación, consejería y, en el caso de instituciones públicas, cuando se cumpla con los requisitos que prevean las disposiciones que rigen para cada establecimiento, provisión de los métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo no planeado...". [15]

15. Secretaría de Salud. NOM 047-SSA2-2015. p.11

16. Ídem. p.11

A partir de lo anterior, se puede definir la consejería en Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada como:

La consejería en ARAP se puede definir como el encuentro que se da cara a cara entre quien realiza la consejería y la usuaria/o, en donde se escucha, se entiende y se orienta, permitiendo explorar elementos que permitan tomar decisiones responsables, voluntarias e informadas para optar con algún ARAP.

6.1.2 ¿Cuáles son los propósitos de la consejería en ARAP?

A partir de la definición y de los aspectos centrales de la consejería en ARAP, sus características principales son:

- Ayuda psicológica y social a la población adolescente de manera personalizada.
- Comunicación horizontal interpersonal directa, donde se escucha, acoge, informa y guía a adolescentes.
- Contribuye a fortalecer la capacidad de las y los adolescentes para la tomar decisiones responsables, voluntarias e informadas para a través de un proceso de análisis y de reconocimiento de las consecuencias de la decisión tomada.
- Desarrollo de conductas responsables e informadas.
- Orientación de manera integral.
- Apoyo en los asuntos relacionados con la sexualidad.
- Ayuda para analizar las creencias tanto del personal prestador de servicios como de la propia población adolescente.
- Satisfacción de las necesidades individuales.
- Aseguramiento del uso correcto y satisfactorio del ARAP seleccionado.

De lo anterior se desprende la importancia central que la consejería juega en el proceso de prescripción de los ARAP para adolescentes, no solo en las etapas previas a la adopción del ARAP, sino también al momento de la aceptación y posterior seguimiento.

LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

La población adolescente necesita que sus decisiones relacionadas con los ARAP sean apoyadas a partir de sus necesidades y en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

En la consejería no se aconseja.

En la consejería se ayuda a clarificar dudas, disminuir temores y despejar mitos relacionados con los ARAP.

Las y los adolescentes tienen la capacidad de tomar sus propias decisiones acerca de la adopción o no de algún ARAP.

6.2 PRINCIPIOS DE LA CONSEJERÍA

Los prestadores de servicios como cualquier otra persona cuentan con sus propias historias de vida, vivencias, creencias y necesidades que en su conjunto conforman su contexto personal, el cual puede influir de manera significativa en el proceso de la consejería en ARAP, por ello es necesario que la consejería se realice desde un marco ético considerando los siguientes principios[16]:

CONFIDENCIALIDAD

DISCRECIÓN

Tiene que ver con guardar en secreto todo lo que se conversa, por lo tanto es importante crear un ambiente de total confianza donde la adolescente confíe plenamente en el prestador. También se refiere a la discreción total con el contenido de la consejería, es decir, la información que se comparte no tiene que ser compartida con nadie, ni familiares, ni con amigos.

17. Basado en: SSA Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Orientación y Consejería. p. 87

VERACIDAD

EVIDENCIA CIENTÍFICA

Implica proporcionar información actualizada a la adolescente de una manera clara, concreta y sencilla sobre todo de los ARAP, basada en la evidencia científca, contestando dudas y aclarando creencias incorrectas y falsas.

VOLUNTARIEDAD

RESPETO

Significa respetar de forma absoluta la decisión que tome la adolescente de optar o no por el uso de algún ARAP. Este principio está relacionado con apoyar las decisiones a partir de la información propocionada y de las circunstancias.

IMPARCIALIDAD

NEUTRALIDAD

Se refiere a la actitud objetiva y postura de neutralidad que en todo momento debe tener el personal prestador de servicios, tanto en la información que proporciona como en dar la consejería sin prejuicios, es decir, sin hacer jucios de valor.

PRIVACIDAD

LIBERTAD DE HABLAR

Tiene que ver con el lugar en donde se da la consejería, no importan tanto las condiciones físicas, más bien el énfasis está en lograr que la adolescente pueda hablar con total libertad, sin que experimente temor de que alguien pueda escuchar.

LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

Los principios de la consejería se constituyen en el marco ético para respetar las decisiones que toman las adolescentes con respecto al uso o no de algún ARAP.

Al mismo tiempo son aspectos técnicos para realizar la consejería.

Reconocer la individualidad y autodeterminación de cada adolescente es un pilar fundamental de la consejería.

La consejería es un proceso a través del cual las adolescentes ejerce sus derechos reproductivos.

6.3 PASOS DE LA CONSEJERÍA

Para que la consejería logre sus propósitos es necesario, describir los pasos del proceso de la consejería claramente, ya que la orientación consejería es primordial ya que dependiendo de esto las adolescentes podrán elegir de manera informada y correcta el método anticonceptivo de acuerdo a sus necesidades físicas y de acuerdo a su proyecto de vida:

- **Identificar los pasos o momentos de la consejería**
- **Tomar en cuenta que tiene un ritmo y camino propios**

6.3.1 ¿En qué consiste el Modelo ACCEDA?

Existen varios modelos para desarrollar la consejería, uno de ellos es el ACCEDA, el cual se explica a continuación:

MODELO DE CONSEJERÍA[17]

ACCEDA		
A	Atender	Iniciar la sesión Saludar Preguntar los datos generales Conocer el motivo de la consulta Generar un ambiente de confianza
C	Conversar	Reafirmar el motivo de la consejería Determinar necesidades Conocer la salud general Generar un ambiente de privacidad y confidencialidad Detectar antecedentes significativos
C	Comunicar	Dar respuesta a las necesidades detectadas Proporcionar información de todas las opciones anticonceptivas Brindar la mayor información posible sobre los ARAP Indagar sobre cuál de los ARAP está interesada Alentar a la adolescente para que exprese sus sentimientos y pensamientos
E	Elegir	Ayudar/encaminar a la adolescente a elegir algún ARAP Corroborar que la elección esté articulada con los planes y necesidades de la adolescente Verificar que la información haya quedado clara Confrontar la decisión de la adolescente
D	Describir	Informar puntualmente sobre la forma de uso del ARAP elegido Hacer énfasis en la forma de uso, efectos secundarios y mitos acerca del ARAP elegido por la adolescente
A	Acordar	Realizar una síntesis de los aspectos más importantes que se conversaron Reafirmar la decisión tomada Indagar cómo se siente Dejar establecida la siguiente cita Informar que cualquier duda debe consultarla Asegurar la continuidad del ARAP

18. AVSC International. Consejería en Planificación Familiar. Módulo 6-11

LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

La consejería es un proceso y como tal tiene etapas.

ACCEDA, es uno de varios modelos que existen para realizar sesiones de consejería.

Lo importante es alcanzar el propósito de la consejería: apoyar en la toma de decisiones reproductivas de las adolescentes.

6.4 TÉCNICAS DE LA CONSEJERÍA

Además de la importancia que reviste el identificar las etapas de una sesión de consejería, se hace necesario que el personal prestador de servicios conozca las técnicas que son de gran ayuda para lograr el propósito de la consejería. En este sentido, las estrategias o técnicas son una herramienta para conocer los intereses y necesidades de las adolescentes y permiten explorar con suficiente profundidad las circunstancias individuales.

Sin duda alguna existen una gran variedad de técnicas que se pueden desarrollar en el personal prestador de servicios, sin embargo, las que resultan más significativas, se presentan a continuación:

6.4.1 ¿Qué es la escucha activa?

Escuchar activamente es escuchar a la adolescente con empatía, apertura y aceptación, es colocarse en sus zapatos y realmente tratar de entender lo que piensa, dice y sobre todo lo que siente, de manera franca y abierta. Implica que el personal prestador de servicios deje de lado su marco de referencia, que incluye sus propias ideas y creencias, para en consecuencia ayudar verdaderamente a la adolescente.

Esta técnica lleva a escuchar más allá de la palabra, es necesario escuchar con la mirada, hacer contacto visual y ver a la adolescente de manera integral, tratando de identificar los mensajes significativos que pueden estar presentes en su lenguaje corporal y no verbal. Para escuchar activamente se necesita crear un ambiente de confianza.

Escuchar activamente también significa estar en total disposición para ayudar apoyar y acompañar a la adolescente en todo el proceso de la consejería para que tome la mejor decisión en cuanto a la elección de algún ARAP.

6.4.2 ¿Qué es preguntar significativamente?

Está técnica de comunicación, consiste en formular preguntas que realmente sirvan para conocer y ayudar a la adolescente a tomar la mejor decisión posible en la elección de algún ARAP.

Consiste en formular preguntas para recabar datos significativos relacionados con sus necesidades de apoyo o de información. Las preguntas que se formulan de manera adecuada ayudan a conocer y entender mejor a la adolescente, las preguntas cerradas, en donde la contestación solo sea un sí o un no, son inútiles para los fines de la consejería, así mismo, se deben de evitar las preguntas que inician con un por qué, ya que se puede interpretar por la adolescente que se le está juzgando.

Las preguntas significativas tienen varias funciones, entre las más importantes están:

- Ratificar la decisión tomada por la adolescente.
- Aclarar la información obtenida.
- Animar a la adolescente a expresar lo que piensa y siente.
- Conocer las necesidades de información y apoyo.
- Profundizar en algún aspecto relevante.

6.4.3 ¿Qué es parafrasear?

El parafraseo es repetir lo que la adolescente nos está diciendo con el propósito de clarificar la información que está proporcionando y verificar que se está entendiendo lo que nos quiere expresar.

Esta técnica de parafrasear significa hacer un resumen de lo hablado y decir con otras palabras lo que la adolescente expresa, no se trata de repetir al pie de la letra. En este sentido, existe una interpretación de la información por ello la importancia de su verificación.

6.4.4 ¿Qué es identificar y reflejar sentimientos?

Como su nombre lo dice está técnica indispensable en la consejería, consiste en ayudar a la adolescente a que identifique sus sentimientos para que pueda tomar una decisión basada en sus necesidades y contexto y sobre todo se encuentre en las mejores condiciones emocionales. Así mismo, reflejar sentimientos es devolverle con sus propias palabras lo que está diciendo, lo que ayudará a la adolescente a clarificar sus sentimientos.

6.4.5 ¿Qué es resumir y acordar?

Resumir y acordar es la etapa final de la consejería, donde se realiza una síntesis de los aspectos más importantes tratados durante toda la sesión.

Es el momento de retomar nuevamente las ideas y sentimientos que expresó la adolescente para que de manera conjunta con el personal prestador de servicios definan alternativas de acción/solución.

El acordar ciertas cosas con la adolescente, no necesariamente significa que en ese momento se deban de tomar las decisiones, pues es bien sabido que se necesitan varias sesiones de consejería para cumplir con el propósito de esta.

LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

Las técnicas/estrategias de la consejería son un medio para lograr su propósito.

Como habilidades que son, pueden desarrollarse, practicarse y mejorarse.

Deben de ser utilizadas en un marco de respeto de los derechos de la adolescente.

6.5 PERFIL DEL CONSEJERO

Todo personal prestador de servicios capacitado puede proporcionar consejería. Lo más importante es que el personal posea los conocimientos técnicos que se requieren para otorgar consejería, la motivación de querer ayudar a las personas, así como, el dominio de técnicas de consejería, habilidades y actitudes.

El personal que proporciona consejería debe de contar con ciertas competencias que generalmente se agrupan en tres grandes categorías[18]:

CONOCIMIENTOS **HABILIDADES** **ACTITUDES**

6.5.1 ¿Qué conocimientos se requieren para realizar sesiones de consejería?

En relación con los **CONOCIMIENTOS** el prestador debe saber sobre:

- Salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.
- Derechos sexuales y derechos reproductivos.
- Comportamiento sexual y reproductivo de la población adolescente.
- Opciones anticonceptivas, principalmente sobre los ARAP.
- criterios médicos de elegibilidad de los métodos anticonceptivos.
- Mitos y realidades sobre las opciones anticonceptivas, especialmente sobre los ARAP.
- Normatividad nacional e internacional sobre servicios de salud sexual y reproductiva para las y los adolescentes.
- Contextos socioculturales.
- Construcción de proyectos de vida.

19. Categorías retomadas de: Gobierno de Chile. Guía práctica. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes. Orientaciones para los equipos de Atención Primaria. p. 16

6.5.2 ¿Qué habilidades son importantes en la consejería?

En relación con las **HABILIDADES**, el personal prestador de servicios debe saber:

- Contextualizar a las opciones anticonceptivas en un marco de derechos humanos.
- Poner en práctica las técnicas/estrategias de la consejería.
- Crear ambientes de respeto, confianza, seguridad y privacidad.

6.5.3 ¿Qué actitudes son indispensables para realizar la consejería?

Y finalmente, en cuanto a las **ACTITUDES,** el personal prestador de servicios debe tener:

- Empatía
- Respeto en todos los sentidos, especialmente en respetar la decisión tomada por la adolescente en cuanto a la elección de algún ARAP.
- Flexibilidad ante las creencias e ideas de las adolescentes.
- Honestidad ante las circunstancias, dudas y demás situaciones que pueda presentarse en la consejería.
- Congruencia para tener credibilidad ante la adolescente.

6.6 ALGUNAS RECOMENDACIONES FINALES

Para que la consejería se lleve a cabo con calidad es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Se centra en las circunstancias y necesidades de la población adolescente.
- Es un apoyo para que las adolescentes puedan tomar decisiones relacionadas con la elección de algún ARAP.
- Debe contribuir a la satisfacción de las adolescentes.
- Es una manera de trabajar por la salud de la población adolescente y de sensibilizarla en el autocuidado de su salud en general y de la sexual y reproductiva.
- Se requiere de capacitación continua y de una actitud corporal de empatía.
- El espacio debe estar lo más cómodo y limpio que se pueda, pero sobre todo que permita la privacidad.
- Contar con materiales educativos será de gran apoyo.

LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR...

Las recomendaciones finales son aspectos que es necesario tomar en cuenta para ayudar y apoyar aún más a las adolescentes en las decisiones que toman relacionadas con su salud reproductiva.

Anexo

Efectividad de los anticonceptivos

Tasas de embarazos no deseados por 100 mujeres

Método de planificación familiar	Tasa de embarazo en el primer año[a] (Trussell y Aiken[b])		Tasa de embarazo a los 12 meses[c] (Polis et al.[d])
	Uso sistemático y correcto	Como se usa comúnmente	Como se usa comúnmente
Implantes	0.1	0.1	0.6
Vasectomía	0.1	0.15	
Esterilización femenina	0.5	0.5	
DIU de levonorgestrel	0.5	0.7	
DIU de cobre	0.6	0.8	1.4
Método de la amenorrea de la lactancia (por 6 meses)	0.9[e]	2[e]	
Inyectables mensuales	0.05[e]	3[e]	
Inyectables de progestágeno solo	0.2	4	1.7
Anticonceptivos orales combinados	0.3	7	5.5
Píldoras de progestágeno solo	0.3	7	
Parche anticonceptivo combinado	0.3	7	
Anillo vaginal combinado	0.3	7	
Preservativo masculino	2	13	5.4
Método de los días fijos	5	12	
Método de los dos días	4	14	
Método de la ovulación	3	23	
Otros métodos basados en el conocimiento de la fertilidad		15	
Diafragma con espermicidas	16	17	
Retiro (coito interrumpido)	4	20	13.4
Preservativo femenino	5	21	
Espermicidas	16	21	
Capuchón cervicouterino[f]	26[g], 9[h]	32[g], 16[h]	
Ningún método	85	85	

Clave

- **0-0.9** Muy efectivo
- **1-9** Efectivo
- **10-19** Moderadamente efectivo
- **20+** Menos efectivo

[a] Tasas principalmente de los Estados Unidos. Datos procedentes de la mejor fuente disponible, a criterio de los autores.

[b] Trussell J y Aiken ARA. Contraceptive efficacy. En: Hatcher RA et al Contraceptive Technology. 21.ª edición revisada. Nueva York. Ardent Media. 2018.

[c] Tasas de países en desarrollo. Datos suministrados por los países de encuestas poblacionales.

[d] Polis CB et al. Contraceptive failure rates in the developing world: an analysis of Demographic and Healthe Survey date in 43 countries. Nueva York: Guttmacher Institute. 2016.

[e] Fuente: Hatcher R et al. Contraceptive technology. 20.ª ed. Nueva York. Ardent Media. 2011.

[f] Fuente: Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2004:70(2): 89-96.

[g] Tasa de embarazo de las mujeres que han dado a luz.

[h] Tasa de embarazo para mujeres que nunca han dado a luz.

APÉNDICE C

Formato para recibir Consejería sobre salud sexual y reproductiva en el Grupo Etario de 10 a 19 años sin acompañamiento

Por este medio, yo _____, del sexo femenino / masculino, de _____años de edad, quiero manifestar mi elección de recibir consejería sobre salud sexual y reproductiva SIN el acompañamiento al que se refiere el numeral 6.8.6 de la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. El personal de salud me ha informado claramente que es mi derecho acceder a estos servicios, independientemente de mi edad, condición social, estado civil o cualquier otra característica.

Lugar y fecha: _____

_____	_____
Nombre y firma de la usuaria/o	Nombre y firma del consejero y personal de salud

REFERENCIAS

UNIDAD 1

Cámara de Diputados. (2012). Reglamento de la Ley General de Población. México: H. Congreso de la Unión.

Cámara de Diputados. (2014). Ley General de los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. México: H. Congreso de la Unión.

Cámara de Diputados. (2015). Ley del Instituto Mexicano de la Juventud. México: H. Congreso de la Unión.

Cámara de Diputados. (2016). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: H. Congreso de la Unión.

Cámara de Diputados. (2016). Ley General de Salud. México: H. Congreso de la Unión.

Gobierno Federal. (2014). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescente. México: Gobierno Federal.

Fernández, F., Gorab, A., & Sumano, E. (2011). Adolescencia y medicina. Manual de atención integral para el médico general. México: Pardo-UNAM.

Fernández, F., Gorab, A., & Sumano, E. (2016). Adolescencia y medicina. Manual de atención integral para el médico general. México: Pardo-UNAM.

Organización de Estados Americanos. (1969). Convención Americana de Derechos Humanos. San José de Costa Rica: Conferencia Interamericana Especializada en Derechos Humanos.

Secretaría de Salud. (2004). NOM-005-SSA2-1993 (MODIFICADA). De los servicios de planificación familiar. México: Diario Oficial de la Federación.

Secretaría de Salud. (2015). NOM-047-SSA2-2015. Para la Atención a la Salud del grupo etario de 10 a 19 años. México: Diario Oficial de la Federación.

UNICEF. (2006). Convención sobre los derechos de los niños. Madrid: Imprenta Nuevo Siglo.

UNIDAD 2

CONAPO. (2014). Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Septiembre 2019, de CONAPO Sitio web: http://conapo.gob.mx/es/CONAPO/Principales_resultados_de_la_Encuesta_Nacional_de_la_Dinamica_Demografica_2014

Hernández, MF., Muradás, MC., & Sánchez, M. (2015). Panorama de la salud sexual y reproductiva, 2014. Septiembre 2019, de CONAPO Sitio web: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2695/1/images/03_panorama.pdf

INEGI. (2014). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Septiembre 2019, de INEGI Sitio web:

http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/doc/resultados_enadid14.pdf

Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 11 N°. 3.

UNIDAD 3

International Planned Parenthood Federation. (2012). Derechos Humanos: La base para el asesoramiento integral en salud sexual y salud reproductiva. Septiembre 2019, de International Planned Parenthood Federation. Sitio web: https://www.ippfwhr.org/es/publicaciones/derechos-humanos-la-base-para-el-asesoramiento-integral-en-salud-sexual-y-salud

Organización de la Naciones Unidas. (2013). ¿Qué son los derechos humanos? Septiembre 2019, de Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos Sitio web:

http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx

Organización Mundial de la Salud. (2011). Directrices de la OMS sobre la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Salud y derechos humanos. Nota descriptiva N°323. Septiembre 2019, de OMS Sitio web: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/

Organización Mundial de la Salud. (2002). Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1. Septiembre 2019, de OMS Sitio web: http://www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionSpanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). Respecto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: orientaciones y recomendaciones. Suiza: OMS.

Secretaría de Salud. (2004). NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993. (MODIFICADA) De los servicios de planificación familiar. Septiembre 2019, de Diario Oficial de la Federación Sitio web:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/53633/NOM-005-SSA2-1993.pdf

Secretaría de Salud. (2014). Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento.

UNIDAD 4.

Alton, TM., Brock, GN., Yang, D., Wilking, DA., Hertweck, SP., & Loveless, MB. (2012). Retrospective review of intrauterine device in adolescent and young women. USA: J Pediatr Adolesc Gynecol.

Behringer, T., Reeves. MF., Rossiter, B., Chen, BA., & Schwarz, EB. (2011). Duration of use of a levonorgestrel IUS amongst nulliparous and adolescent women. USA: Contraception.

Berenson, AB., Tan, A., Hirth, JM., & Wilkinson, GS. (2013). Complications and continuation of intrauterine device use among commercially insured teenagers. USA: Obstet Gynecol.

Lanza, Ll., McQuay, LJ., Rothman, KJ., Bone, HG., Kaunitz, AM., & Harel, Z. (2013). Use of depot medroxyprogesterone acetate contraception and incidence of bone fracture.

Meier, C., Brauchli, YB., Jick, SS., Kraenzlin, ME., & Meier, CR. (2010). Use of depot medroxyprogesterone acetate and fracture risk. USA: J Clin Endocrinol Metab.

Monteiro-Dantas, C., Espejo-Arce, X., Lui-Filho, JF., Fernández, AM., Monteiro, I., & Bahamondes, L. (2012). A three-year longitudinal evaluation of the forearm bone density of users of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants. USA: Reprod Health.

Organización Mundial de la Salud. (2015). criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Septiembre 2019, de OMS Sitio web: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO_RHR_15.07_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2015). Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: OMS.

Osser, S., Gullberg, B., Liedholm, P., & Sjoberg, NO. (1980). Risk of pelvic inflammatory disease among intrauterine-device users irrespective of previous pregnancy. USA: Lancet.

Rasheed, SM., & Abdelmonem, AM. (2011). Complications among adolescents using copper intrauterine contraceptive devices. USA: Int J Gineco Obstet.

UNIDAD 5

Alvarez, F., & et al. (1988). New insights on the mode of action of intrauterine contraceptive devices in women. USA: Fertil Steril.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 539. (2012). Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. USA. BJOG.

Bayer. Mirena Package Insert.

Birgisson, NE., & et al. (2015). Positive testing for Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis and the risk of pelvic inflammatory disease in IUD users. USA: Jnl Womens Health.

Farley., & et al. (1992). Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: An international perspective. USA: Lancet.

Gemzell-Danielsson, K., Schellschmidt, I., & Apter, D. (2012). A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. USA: Fertil Steril.

Graesslin, O., & Korver, T. (2008). The contraceptive efficacy of Implanon: a review of clinical trials and marketing experience. USA: EurJ Contracept Reprod Health Care.

Harper, CC., Blum, M., de Bocanegra, HT., Darney, PD., Speidel, JJ., & Policar, M. (2008). Challenges in translating evidence to practice: the provision of intrauterine contraception. USA: Obstet Gynecol.

Hov, GG., Skjeldestad, FE., & Hilstad, T. (2007). Use of IUD and subsequent fertility--follow-up after participation in a randomized clinical trial. USA: Contraception.

Hubacher, D., Lara-Ricalde, R., Taylor, DJ., Guerra-Infante, F., & Guzmán-Rodríguez, R. (2001). Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. USA: NEJM.

Marcdante, K., & Kliegman, R. (2015). Nelson. Pediatría esencial. España: ELSEVIER.

Mohllajee, AP., Curtis, KM., & Peterson, HB. (2006). Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review. USA: Contraception.

Neyro, JL., Cristóbal, I., Celis-González, C., Gómez, M., Elorriaga, MA., Lira-Plascencia, J. (2015). Mitos y realidades de los anticonceptivos reversibles de larga duración. Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 83 No. 11, 707-721.

Segal, SJ., & et al. (1985). Absence of chorionic gonadotropin in sera of women who use intrauterine devices. USA: FertilSteril.

Sivin, I. (1991). Dose- and age-dependent ectopic pregnancy risks with intrauterine contraception. USA: Obstet Gynecol.

Stanwood, NL., Garrett, JM., & Konrad, TR. (2002). Obstetrician-gynecologists and the intrauterine device: a survey of attitudes and practice. USA: Obstet Gynecol.

Stewart, A., Cummins, C., Gold, L., Jordan, R., & Phillips, W. (2001). The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: a systematic review. USA: BJOG.

Videla-Rivero, L., & et al. (1987). Early chorionic activity in women bearing inert IUD, copper IUD and levonorgestrel-releasing IUD. USA: Contraception.

UNIDAD 6

AVSC International. (1995). Consejería en Planificación Familiar. Prototipo de currículo. Manual del capacitador. Colombia: Trazo Ltda.

Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). (2011). Adolescencia y acceso a salud reproductiva y educación sexual ¿Qué puedo cambiar? Perú.

Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2015). Guía práctica. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes. Orientaciones para los equipos de Atención Primaria. Chile: Gobierno de Chile.

Mesa, A. & et. al. (2005). Marco Internacional y Nacional de los Derechos Sexuales de Adolescentes. México: Afluentes-Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Organización Panamericana de la Salud. (2000). Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. USA, Washington, D. C: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2005). Consejería orientada en los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva: una guía para proveedores de primera línea. USA, Washington, D. C: OPS.

Ovidio, S., & D'Á. Hernández. (1986). La formación de los proyectos de vida del individuo. Una necesidad social. Revista cubana de psicología, Vol. 3. Cuba

Secretaría de Salud & Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2013). Orientación y Consejería. México: Gobierno.

Secretaría de Salud. (2004). NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar. México: Diario Oficial de la Federación.

Secretaría de Salud. (2015). NOM-047-SSA2-2015. Para la Atención a la Salud del grupo etario de 10 a 19 años. México: Diario Oficial de la Federación.

USAID. (2018). Guía de consejería en Sika. USA: USAID.

GLOSARIO DE ACRÓNIMOS, SIGLAS Y TÉRMINOS

CONAPO

Consejo Nacional de Población

ENADID

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica

ENAPEA

Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

IMJUVE

Instituto Mexicano de la Juventud

INEGI

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática

OMS

Organización Mundial de la Salud

ONU

Organización de las Naciones Unidas

APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

Es un tipo de aprendizaje que permite que los estudiantes relacionen la información nueva que están aprendiendo con la información que poseen. En esta relación se reconstruyen ambas informaciones. Es un aprendizaje con sentido en donde están involucrados además de los aprendizajes previos las experiencias vividas.

AUTOCUIDADO DE LA SALUD

Es la búsqueda de condiciones físicas y emocionales que permitan mantener el cuerpo en un estado óptimo. El cuidado de sí mismo es favorecido desde la infancia en el núcleo familiar, consiste en cuidar nuestro cuerpo y su relación con nosotros mismos. El autocuidado requiere seguir una serie de recomendaciones para conocer cuándo el cuerpo funciona de manera normal y cuándo puede presentar alteraciones.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Debe entenderse como la decisión voluntaria de las y los usuarios de aceptar o no el uso de algún método anticonceptivo temporal o definitivo, con el pleno conocimiento y comprensión de la información que se proporciona y sin presiones.

DERECHOS SEXUALES

Hacen referencia al derecho que tiene toda persona a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, disfrutarla y ejercerla de manera saludables y sin riesgo alguno, libre de coerción, discriminación y violencia.

DERECHOS REPRODUCTIVOS

Tienen que ver con el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y personas a decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y los medios para ello y el derecho de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a optar por decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.

EMBARAZO NO DESEADO

Es aquel que embarazo que la mujer no quiere, pueden existir una o varias razones, desde el no sentirse lista para ser madre, hasta ser consecuencia de una violación.

EMBARAZO NO PLANEADO

Es aquel que ocurre en un momento poco favorable, inoportuno o se presenta en una mujer que no quiere reproducirse, sucede de manera no premeditada, como consecuencia de una demanda insatisfecha, una relación coital no protegida, un accidente y/o falla anticonceptiva o el uso inadecuado de un método anticonceptivo.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

El embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de riesgo, en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo.

MAISSRA

Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Documento normativo que establece los propósitos y lineamientos que contribuyen a mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva dirigidos a la población adolescente desde una perspectiva de género e interculturalidad con pleno respecto a sus derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos. Es interinstitucional e incluye las recomendaciones.

ORIENTACIÓN SEXUAL

Es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros. Se distingue fácilmente de otros componentes de la sexualidad que incluyen sexo biológico, identidad sexual (el sentido psicológico de ser hombre o mujer) y el rol del sexo (respecto de las normas culturales de conducta femenina y masculina). La orientación sexual existe a lo largo del continuo que va desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva e incluye diversas formas de bisexualidad. La orientación sexual es diferente de la conducta sexual porque se refiere a los sentimientos y al concepto de uno mismo. Las personas pueden o no expresar su orientación sexual en sus conductas.

PENSAMIENTO ABSTRACTO

Es la capacidad humana para plantear situaciones que permiten anteponerse a posibles escenarios, se adquiere durante la adolescencia.

PROYECTO DE VIDA

En términos generales representa lo que la persona quiere ser y el cómo lograrlo a partir de las necesidades, intereses y contextos individuales. Entran en juego la situación actual y la perspectiva anticipada del futuro.

RESILIENCIA

La resiliencia es un fenómeno que manifiestan particularmente los sujetos jóvenes que evolucionan favorablemente, aunque hayan experimentado una forma de estrés que implica un grave riesgo de consecuencias desfavorables.

Con una visión más amplia, se ha entendido como el resultado de la combinación o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que posibilitan superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva.

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Es el conjunto de cambios físicos y hormonales que se presentan en el organismo tanto en mujeres como en hombres ante un estímulo sexual.

RIESGO REPRODUCTIVO.

Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte.

SALUD SEXUAL

Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

SALUD REPRODUCTIVA.

Estado general de bienestar físico-mental y social, de las personas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, y de decidir tenerlos o no.

SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

Es la atención en salud sexual y reproductiva que se brinda a la población adolescente, en un espacio que permite la privacidad y confidencialidad; por personal capacitado en la oferta del paquete básico de servicios, que sea empático y sensibilizado, para un trato digno, cordial, equitativo y respetuoso de sus derechos humanos, que contribuye a la toma de decisiones informadas.

SEXUALIDAD

Sexualidad. Se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano. Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor,

y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.

TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD EN MUJERES ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS.

Es el número promedio de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años de edad por mil mujeres de la misma edad.

mexico.unfpa.org

UNFPA México @UNFPAMexico @unfpamexico unfpamexico