

¿Cómo ves? El aborto y la maternidad voluntaria.

ISBN: 9786070265518, 9786070254499, PAP00077983

Autor(es): *Gabriela Rodríguez Ramírez*

Editor/Coeditor/Dependencia Participante: Dirección General de Divulgación de la Ciencia / Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, México, 2013.

<http://www.libros.unam.mx/pa-como-ves-el-aborto-y-la-maternidad-voluntaria.html>

Índice

Introducción	pag 4
Género, sexualidad y embarazo	pag 7
Derechos sexuales y reproductivos	pag 11
Embarazo no deseado	pag 12
Métodos anticonceptivos	pag 17
Los condones masculinos	pag 17
El condón femenino	pag 23
La píldora anticonceptiva	pag 25
El parche hormonal	pag 30
Píldora de Anticoncepción de emergencia (PAE) o píldora del día siguiente	pag 31
Anillo vaginal	pag 37
Otros métodos vaginales	pag 38
Anticoncepción por lactancia materna	pag 39
Doble protección	pag 39
Dispositivo intrauterino (DIU)	pag 41
Inyectables	pag
Implantes	pag 45
Abstinencia periódica	pag 46
Esterilización permanente	pag 48
Microbicidas	pag 49

El aborto	pag 52
La situación del aborto en México	pag 54
Dilemas laicos y religiosos sobre el comienzo de la vida	pag 55
Religion, iglesias y aborto	pag 58
Efectos del aborto en la salud mental	pag 61
Hombres frente al aborto	pag 62
El aborto disminuye la delincuencia	pag 63
Tecnologías de aborto	pag 65
Anticoncepción post-aborto	pag 66
Acceso al aborto en la Ciudad de México	pag 74
Aborto en caso de violación	pag 77
Leyes del aborto en México	pag 80
Leyes del aborto en el mundo	pag 83
Sitios de interés	pag 83
Bibliografía	pag 88
Lecturas recomendadas	pag 90

Introducción

Siempre es mejor evitar un embarazo no deseado que recurrir al aborto. El aborto es un último recurso, mejor informarse antes y utilizar anticonceptivos. Hay quienes piensan que con educación sexual podrían evitarse todos los abortos, pero esta relación es imperfecta. Para empezar porque el deseo sexual es natural e inconsciente y, nadie puede someterlo a la razón ni a la planeación. Pero además porque el embarazo no deseado tiene múltiples causas: la censura es una de las principales, una sociedad que no difunde ampliamente la información sobre los anticonceptivos y que no los hace accesibles para todos, contribuye a que sigan existiendo este tipo de embarazos; otra causa es la falla del método anticonceptivo utilizado, ninguno es 100 por ciento seguro, ni siquiera la abstinencia sexual, porque aunque parece obvio, ésta suele fallar porque la gente la suspende. La violación es otra causa común de embarazo no deseado, la cual llega a ocurrir aún dentro del noviazgo y del matrimonio. De ahí que para evitar embarazos no deseados y ejercer la maternidad voluntaria es necesario contar con acceso al aborto y a una educación sexual integral que aborde el derecho a la información, a la salud reproductiva y a una vida sexual libre de violencia.

Para ejercer el derecho a maternidad voluntaria hay que conocer todos los métodos que permiten prevenir los embarazos, así como las situaciones en que es posible acceder a la interrupción legal del embarazo (ILE) o aborto.

En la región de América Latina barreras legales, culturales y económicas han impedido que todas las mujeres tengan acceso a los anticonceptivos y al aborto, en especial entre quienes viven con mayor precariedad, menor escolaridad o habitan en zonas rurales; además, la maternidad voluntaria ha estado mediada por la confluencia de movimientos religiosos y tendencias geopolíticas.

En la medida en que los gobiernos fueron impulsando una política de población el debate sobre los derechos reproductivos se fue polarizando, algunos grupos conservadores estigmatizaron el uso de anticonceptivos y el recurso del aborto. Funcionarios y jerarcas de la iglesia católica son actores políticos visibles tanto en la promoción como en la oposición a los programas de salud reproductiva. Un tercer actor es el movimiento amplio de mujeres y las feministas, quienes han ido construyendo el derecho a la maternidad voluntaria al lado de otros derechos sexuales y reproductivos, como una obligación que tiene que garantizar el Estado.

Uno de los principales logros del movimiento amplio de las mujeres mexicanas y del feminismo fue hacer legal el aborto en la Ciudad de México: desde el 26 de abril del 2007 el aborto por decisión de la mujer es legal en las primeras doce semanas de gestación.

Se trata de la primera Ciudad de América Latina que logra abrir el acceso al aborto libre (con excepción de Cuba) lo cual rompió con una tradición regional muy vinculada a los mandatos vaticanos, en el subcontinente con la mayor feligresía católica del mundo. Sin embargo, muchas personas desconocen que desde 1931, hace más de ocho décadas, el aborto es legal en todo México cuando el embarazo es producto de una violación, y en la mayoría de las entidades por riesgo de la salud o vida de la madre.

Desafortunadamente, entre la ley y el ejercicio efectivo del derecho hay una brecha que impide el acceso al aborto, aún entre las víctimas de violación. Hasta hoy, las mujeres con recursos económicos e información pueden acudir al DF a interrumpir su embarazo o viajar fuera del país para realizarse un aborto, en cambio las mujeres en situación de pobreza o marginadas no tienen esta opción, salvo que sean apoyadas por instituciones de la sociedad civil¹. La legislación restrictiva y la falta de acceso orilla a que muchas mujeres recurran a abortos clandestinos que ponen en riesgo su salud, su libertad y hasta su vida, actualmente el aborto es la cuarta causa de muerte materna. Desde que se legalizó el aborto en el Distrito Federal y como reacción al avance de la izquierda en el centro del país, por razones aparentemente políticas en las entidades federativas los legisladores hicieron más restrictivas las leyes y comenzaron a perseguir a las mujeres que abortan. En vez de atenderlas en los hospitales, a los médicos les dio por denunciarlas y enviarlas a la cárcel, en el 2012 se llegaron a denunciar 226 mujeres por aborto.

Han ocurrido otros retrocesos. Está documentado un rezago o estancamiento en el acceso a los anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19, en especial entre las solteras, que tiene que ver con el enfoque de las campañas de planificación familiar, pues hasta hace muy poco la mayoría de los mensajes y servicios se han dirigido a las mujeres casadas o unidas. De manera paralela, con el advenimiento del VIH/SIDA (VIH, Virus de la Inmunodeficiencia Humana) se abrieron desde los 80s campañas de promoción del uso del condón, con lo cual los mensajes se dirigieron no solamente a las mujeres sino también a los hombres, en dos décadas se logró una transformación sustancial en las costumbres sexuales juveniles: la preferencia por el uso del condón. Este cambio fue muy positivo para la cultura preventiva y la salud sexual, porque se trata del único método que además de evitar con alta efectividad el embarazo, evita el paso del VIH y de otras infecciones sexuales. Sin embargo, al arrancar el nuevo siglo las campañas preventivas para adolescentes se suspendieron y mermó la inversión gubernamental en la

¹ El Fondo María, de Aborto para la Justicia Social MARÍA fue creado con el objetivo de dar apoyo financiero y acompañamiento a mujeres que viven fuera de la Ciudad de México y que no cuentan con suficientes recursos para poder acceder a los servicios de aborto legal disponibles en el DF, ver: <http://bit.ly/3WOr3g>.

educación sexual integral , lo cual tuvo un efecto directo en el menor uso de anticonceptivos y un aumento de embarazos tempranos.

Para promover la salud sexual reproductiva son necesarias las campañas en los medios así como el acceso a una educación integral de la sexualidad, niñas, niños, adolescentes y jóvenes tendrían que recibirla en las escuelas, en las universidades y en todos los medios de comunicación, incluyendo las redes sociales. En todos estos espacios es necesario dar a conocer los dispositivos y las nuevas tecnologías preventivas y promover los derechos sexuales y reproductivos. Se requiere que los centros de salud mantengan una amplia oferta de anticonceptivos en servicios amigables para adolescentes y jóvenes, y que el acceso a la interrupción legal del embarazo no sólo sea un derecho de la Ciudad de México, sino para todas las ciudadanas de México y del mundo.

Este libro busca difundir el uso de las tecnologías anticonceptivas para jóvenes, así como las que se aplican en la interrupción legal del embarazo (ILE), el texto se desarrolla dentro del marco internacional y nacional de los derechos reproductivos. En el primer capítulo se hacen algunas reflexiones sobre la desigualdad de género, la sexualidad y los procesos de construcción de las culturas juveniles, así como de los significados y opciones ante un embarazo no deseado. El segundo apartado está dedicado a los anticonceptivos modernos: ¿cómo funcionan?, ¿qué tan efectivos son? ¿cómo deben utilizarse correctamente?. Hay necesidad de actualizar los conocimientos porque hay avances tecnológicos recientes: las píldoras especiales para adolescentes con una dosis baja de hormonas y con mínimos efectos secundarios, la anticoncepción de emergencia o píldora del día siguiente, los parches, el desarrollo del dispositivo intrauterino (DIU) para jóvenes nulíparas (sin hijos), los nuevos inyectables y las investigaciones sobre los microbicidas. El tercer capítulo está dedicado al aborto: su situación en México, algunos dilemas éticos y científicos sobre el inicio de la vida humana, argumentaciones religiosas en torno al aborto; además se presentan los resultados de algunos estudios enfocados en los efectos del aborto en la salud mental, en las actitudes de los hombres, así como en los índices de delincuencia. Después hay una amplia descripción sobre las tecnologías para abortar: los diferentes métodos quirúrgicos y la gran novedad, los medicamentos abortivos, nuevas sustancias y combinaciones que ofrecen gran eficacia, menor dolor y menor reacción emocional en algunas mujeres, además se aborda la anticoncepción post-aborto. Al final de este capítulo se explican las condiciones del aborto legal en México, información básica para acceder al aborto legal en el Distrito Federal y al aborto por violación en las entidades del país; finalmente se hace una revisión de las leyes de México y del mundo, y se sugieren libros y sitios

de interés sobre sexualidad y embarazo que pueden consultarse en la red electrónica.

Género, sexualidad y embarazo

La ignorancia y las desigualdades de poder entre los sexos han sido barreras para ejercer una sexualidad libre y para recurrir a las prácticas de prevención del embarazo. Desde mediados del siglo pasado tres fenómenos históricos transformaron la sexualidad juvenil y las desigualdades de género: la emergencia de las llamadas “culturas juveniles”, la comercialización de la píldora anticonceptiva y la refundación del movimiento feminista. Después de las guerras mundiales, un movimiento global juvenil se extendió a través de la música justo cuando comenzaba la comercialización de la píldora anticonceptiva y se refundaba el feminismo. Ideas renovadas acerca del ser joven y el ser mujer frente a la generación de los adultos, creaciones juveniles que simbolizaban una disputa generacional y una necesidad de ser distintos y distintas al mundo adulto. Con el lema “Haz el amor y no la guerra”, la emergencia del rock y la música moderna se extendió por primera vez en la historia una concepción más libre de la sexualidad entre las y los jóvenes hasta los más diversos rincones del planeta.

La férrea moral religiosa que negaba el placer a jóvenes y mujeres se enfrentó con discursos libertarios. Los antecedentes se remontan a principios del Siglo XX, cuando líderes del movimiento feminista se oponían a la presión cultural para actuar de acuerdo a ideas estrictas sobre lo femenino y masculino, exigían el derecho al placer y al control natal de las mujeres y denunciaban relaciones desiguales de poder. Las generaciones actuales disfrutan de esta herencia cultural, hombres y mujeres jóvenes son más libres y toman decisiones más autónomas sobre su cuerpo, la vida sexual y la reproducción.

A pesar de los avances las regulaciones sobre lo que debe ser un hombre o lo que debe ser una mujer todavía pesa, visiones tradicionales siguen dificultando la comunicación en la parejas jóvenes a la hora de hacer el amor, porque la forma como vive la sexualidad cada hombre y cada mujer pasa por momentos de obediencia e inseguridad, de pasividad y de rebeldía. Y aunque cada persona asumen posiciones frente a las normas religiosas, familiares o escolares y cada quien interpreta a su manera los mensajes de los medios, también es cierto que cada pareja puede construir sus propios estilos de vida social y sexual a través de la comunicación abierta, el respeto y la realización de acuerdos.

La cabeza y el corazón no tienen por qué estar en guerra, por el contrario, el corazón debería escuchar a la cabeza de vez en cuando. La mejor manera de vivir

la sexualidad es reconocer las barreras que todos tenemos para hablar directamente al respecto y sobre esa base poder hacer un acuerdo sexual respetuoso entre la pareja: hay que darse tiempo para hablar sobre los deseos, el placer, las esperanzas y los miedos, hay que expresar las expectativas con sinceridad y hablar claramente sobre los anticonceptivos, el aborto y las formas de evitar una infección sexual. Para mantener una sexualidad sana, lo más importante es la forma en que una pareja se pone de acuerdo anticipadamente sobre las prácticas sexuales que tendrán, expresan sus sentimientos y expectativas, exigen sus derechos y se compromete a responder sobre las consecuencias de sus actos.

Por la complejidad de la vida sexual, las emociones de desear y amar pueden vivirse de forma perturbadora, las ideas estereotipadas de masculinidad y feminidad a veces estorban. No todo lo que sentimos se puede expresar con palabras, hay que cuidar los gestos, la expresión corporal, el lenguaje y las expresiones no verbales, el tono y volúmen de la voz, el porte, los silencios y la elección cautelosa de las palabras. La historia personal y los medios pueden influir en lo que cada uno está dispuesto a dar y espera recibir de la pareja. La música y la industria cultural alienta a los hombres a demostrar potencia sexual y a tener muchas parejas sexuales, presentan actitudes irrespetuosas y figuras masculinas violentas, al mismo tiempo promueven la ignorancia, la pasividad y la manipulación en las figuras femeninas. De ahí que hombres y mujeres al tiempo que reproducen esas actitudes se juegan la autoestima en sus encuentros sexuales, especialmente en las primeras prácticas, la seguridad y la autoconfianza se ponen a prueba: el miedo al rechazo, al dolor, a la aceptación y a la capacidad de “hacerlo bien” está detrás de los significados que cobran las primeras experiencias.

Algunas prácticas propician conductas agresivas y peligrosas, el consumo de drogas sin moderación puede ser un riesgo que impida vivir una sexualidad libre y responsable.

El alcohol es acompañante de múltiples experiencias sexuales, pero hay que saber que suele estar presente también en actos de violencia física y psicológica, dentro y fuera del noviazgo o del matrimonio. El alcohol es una de las sustancias más peligrosas cuyo consumo está autorizado, la mayoría de la gente bebe sin problemas porque en dosis bajas causa desinhibición y una leve euforia; pero el peligro aparece cuando se ingieren dosis mayores, en tal caso la droga puede interferir con los vínculos afectivos y con la respuesta sexual, puede llevar a descuidar las prácticas preventivas, a olvidar el uso del condón o del anticonceptivo, y más; beber más de la cuenta abre la posibilidad de acceder a prácticas sexuales violentas, a actuar como nunca lo haríamos sobrios ni sobrias,

se puede llegar a violentar a la pareja o a convertirse en víctima de agresión sexual. De ahí que el alcohol está asociado al maltrato de la pareja y a la violación, al riesgo de embarazos no deseados y a la adquisición de ITS, incluyendo el VIH/SIDA.

Otra situación ocurre con el uso de la *cannabis* o marihuana, el efecto afrodisíaco de esta planta es controversial, pero cuando se combina con otras sustancias, en especial con el alcohol, puede tener efectos nocivos en la salud física y mental, en la respuesta sexual, además de interferir con el abandono de prácticas sexuales preventivas (sexo seguro, uso de condón). Los alucinógenos, ya sean naturales o sintéticos (el peyote, los hongos, el LSD, éxtasis y similares), tienen efectos de mayor intensidad, se puede llegar a cometer conductas autodestructivas y de alto riesgo “durante el viaje”, en especial cuando se combina con otras sustancias.

Perder la libertad es otro riesgo para quien consume drogas ilegales y también legales, es realmente indispensable identificar y evitar siempre el consumo de las sustancias destructivas y adictivas. El riesgo de caer en la dependencia es alto en los casos de la cocaína, el cristal, la piedra o ice, los cuales lejos de tener efectos afrodisíacos, más bien pueden generar disfunción eréctil e incapacidad para alcanzar el orgasmo. Entre las sustancias más adictivas y peligrosas está la heroína y morfina, los barbitúricos, sedantes y pastillas tranquilizantes, así como las metanfetaminas, cuya utilización crea con facilidad una adicción muy difícil de superar; en términos del sexo, tal como otras drogas, éstas tienden a disminuir el desempeño sexual y el placer así como al descuido de las prácticas preventivas. El caso de las drogas que se inyectan por vía sanguínea favorecen además la adquisición del VIH/SIDA y otras infecciones sexuales porque el intercambio de agujas no estériles y porque se asocian con la ampliación del número de parejas sexuales.

Cuando llega a desarrollarse una adicción estamos frente a una complicación grave que afectará la vida social y sexual, suelen padecerse problemas en las relaciones interpersonales, escolares, laborales, así como en la vida de pareja; en tales casos será necesario recurrir a terapia psicológica y psiquiátrica. Las estadísticas de consumo por sexo muestran que los muchachos suelen consumir más del doble de alcohol y drogas que las chicas (con excepción del tabaco que es casi igual), pero esa brecha se está acercando en las nuevas generaciones.

Lo sustancial en cuanto a las drogas es nunca consumir sustancias destructivas, así como evitar o sostener un consumo moderado de alcohol, a fin de impedir que interfiera con el respeto a uno mismo o a los demás, poder tener control sobre los hábitos de consumo y evitar caer en la adicción.

Hay que estar lúcido o lúcida para poder vivir bien la experiencia erótica, hay que buscar siempre empatía hacia los sentimientos del otro, de la otra, intentar comprender su situación, aunque sepamos que el acercamiento es siempre incompleto y que nadie puede entender ni comprender al otro más que hasta cierto punto y en cierta manera, la comunicación en pareja es un reto misterioso porque los sentimientos ajenos son inaccesibles e inexplicables.

Al tener relaciones sexuales el vínculo de pareja puede cambiar, es muy diferente a la situación en que sólo se compartían caricias y besos. Con el contacto sexual se involucran las emociones de una manera más intensa, se pueden acelerar experiencias de enamoramiento o profundizan sentimientos amorosos, acrecentar el deseo y la necesidad del otro o de la otra, vivir celos, abandono, dolor ante la distancia o sentimientos de soledad.

La decisión sobre cuándo tener la primera experiencia sexual es muy personal y respetable y es un derecho humano. Hay personas que desde el principio disfrutaron ampliamente de las relaciones sexuales, y también quienes necesitan más conocimiento del otro, por lo que prefieren esperar hasta que la relación sea más estrecha, cada quien es responsable de respetar el ritmo y los procesos propios y ajenos. Como ya dijimos, todo se vale menos la imposición y la violencia; pueden tomarse días, semanas, meses o años antes de pasar a los contactos genitales, lo importante es que nunca sea una imposición sino una decisión libre, responsable e informada.

La relación entre las personas puede incluir múltiples fantasías porque el deseo encubre una pregunta misteriosa: ¿quién eres? . Como la persona deseada está cargada de nuestras fantasías, al moldear su cuerpo llegamos a tocar nuestra imágenes más internas: aumentan la tensión muscular, la respiración, la presión arterial y el ritmo cardíaco, aparece enrojecimiento en la piel; contracciones rítmicas del útero, de la vagina y del pene anuncian el orgasmo, una sensación que las mujeres pueden experimentar en repetidas ocasiones. Tal como describe Octavio Paz “el orgasmo es una sensación indecible, el paso de una extrema tensión al completo abandono y de la concentración fija al olvido de sí; reunión de los opuestos, durante un segundo: la afirmación del yo y su disolución, la subida y la caída, el allá y el aquí, el tiempo y el no tiempo”.

Los contactos sexuales y las posiciones del cuerpo pueden ser tan variados como las fantasías de quienes los realizan; la elección de una pareja responde a diversos estilos y orientaciones sexuales: la heterosexual, la homosexual, la lesbica y la bisexual.

Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos humanos son prerrogativas indispensables para tener una vida digna. Los derechos sexuales y reproductivos se refieren al ejercicio libre, responsable y placentero, sin riesgos de violencia ni de enfermedades, una vida sexual que contribuye a la dignidad de la persona, se lo que se considera el ejercicio de los derechos sexuales.

Entre los principales derechos sexuales están:

- el derecho a la libertad de conciencia y de culto,
- el derecho a la libertad de opinión y de expresión,
- el derecho a la privacidad,
- el derecho a la integridad corporal y a una vida libre de violencia,
- el derecho a la igualdad y no discriminación,
- el derecho a la información y a la educación sexual,
- el derecho a servicios de salud sexual y reproductiva,
- el derecho a beneficiarse del progreso científico.

El marco de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos se encuentra en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos así como en los tratados o convenciones internacionales de derechos humanos. En los primeros 6 artículos constitucionales están protegidos los principales derechos sexuales y reproductivos (a la igualdad, a la libertad, a la educación laica, a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos, a la salud y el interés superior de las personas menores), todos y todas tendríamos que conocer nuestra constitución, para saber cuáles son nuestros derechos fundamentales y para poder ejercerlos.

Entre las principales convenciones donde se reconocen esos derechos están la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño, la primera contempla los derechos de las mujeres, y la segunda los de las niñas, niños y adolescentes menores de 18 años. Además están la Conferencia sobre Población y Desarrollo, la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en las cuales se reconoce el derecho a la educación integral de la sexualidad, a la salud reproductiva y a la salud sexual, se confirma la necesidad de servicios integrales que incluyan la prevención de embarazos y del VIH/Sida a las y los adolescentes, la disminución de la mortalidad materna, la prevención de la violencia hacia las mujeres y la participación de los hombres en las responsabilidades reproductivas. En el 2008 México firmó una Declaración Ministrial “Prevenir con Educación” junto con 31 países de la región

de América Latina, en la cual las Secretarías de Educación y de Salud se comprometieron a impulsar la Educación Integral de la Sexualidad en las escuelas y los servicios de salud sexual y reproductiva amigables para adolescentes en los centros de salud.

Al estar protegidos constitucionalmente y al firmar todas esas convenciones y conferencias internacionales, el Estado mexicano está obligado a incorporar los acuerdos en las políticas públicas y a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todos y de todas.

Embarazo no deseado

Hoy las jóvenes corren un riesgo de embarazo durante más años por dos razones: la edad de la primera menstruación (también llamada menarca) está bajando, hay chicas que a los 9 o 10 años ya tienen capacidad de reproducirse; además en algunos grupos de estratos medios la edad de inicio de relaciones sexuales se ha adelantado, en las zonas rurales y urbano marginales siempre han ocurrido a edad temprana.

Existen algunos riesgos médicos en el embarazo de mujeres menores de 16 años: es frecuente el parto prematuro, el aborto involuntario y, en los casos más graves, puede ser causa de muerte de la madre y del recién nacido. Entre las mujeres indígenas el riesgo de muerte materna (muerte por embarazo, parto o aborto) es tres veces mayor que en el resto, principalmente por la edad temprana en que se embarazan y por falta de acceso a servicios de salud de calidad. En muchas ocasiones los embarazos de estas niñas se relacionan con abuso sexual, violaciones, incesto y también con raptos y matrimonios arreglados.

La mayoría de las muertes maternas juveniles son por hemorragias e infecciones graves tras el parto, por hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia) y por recurrir a abortos peligrosos. Después de los 16 años de edad los riesgos médicos son menores, pero hay otros de orden psicológico y socioeconómico. Los estudios clínicos han encontrado que cuando las mujeres se embarazan muy jóvenes, ellas recurren menos a consulta prenatal y recurren a mayores intentos inseguros de abortar, aunque este último recurso ha disminuido de manera inversamente proporcional al aumento del uso de métodos anticonceptivos. Los retos que exigen las condiciones actuales impiden que antes de los 20 años una persona cuente con condiciones psicológicas o económicas para ser madre o padre.

Uno puede preguntarse: ¿Por qué habiendo anticonceptivos ocurren tantos embarazos no deseados? Existen múltiples barreras culturales y socioeconómicas que explican la imposibilidad de evitar todos los embarazos no deseados.

Algunas jóvenes de las áreas rurales y urbano marginales no saben dónde pueden conseguir los anticonceptivos o no pueden pagarlos, otras tienen novios o maridos que se los prohíben, hay quienes viven demasiado lejos de las clínicas o centros de salud. En estos medios circulan creencias erróneas que obstaculizan su acceso, como el miedo a efectos en la salud de los métodos modernos, el desconocimiento sobre la forma correcta de utilizarlos y el temor a incurrir en actividades pecaminosas. Las regulaciones religiosas que vinculan el pecado al uso de anticonceptivos evita su utilización entre mujeres y parejas que no tienen acceso a la información científica y que cuentan con menor escolaridad.

Tener una vida sexual en el noviazgo, por varios años y sin tener hijos es un lujo de quienes pertenecen a las clases medias y altas, quienes han tenido la oportunidad de estudiar la prepa y la universidad muestran mayor conocimiento sobre anticonceptivos e interés por evitar embarazos, formarse y terminar la carrera es una motivación importante para prevenirse al hacer el amor. Sin embargo, aún en este sector prevalecen algunas ideas que obstaculizan el uso de anticonceptivos, en ocasiones la autoestima y la identidad de género se juega en los encuentros sexuales, muchas veces ellas se inhiben para traer el condón o proponer su uso porque temen parecer muy experimentadas o controladoras; por el lado de ellos, a veces temen que el condón pueda interferir con la excitación o con la erección, actos que están fuertemente cargados de símbolos de virilidad, además suelen descalificar a las muchachas que exigen y saben utilizar el condón, en vez de valorarlo como un acto preventivo. La preeminencia de métodos anticonceptivos femeninos también es una interferencia, porque la responsabilidad recae principalmente en las mujeres y favorece que los compañeros se deslinden de la responsabilidad en los actos eróticos. Otra de las causas de embarazos no deseados es el uso inadecuado de los métodos anticonceptivos, se ha encontrado que muchas parejas no los utilizan consistentemente, el condón por ejemplo, tiene que utilizarse en cada penetración; en otras ocasiones interfiere el costo de los métodos, la inminencia del deseo o las barreras culturales de género mencionadas. Hay también quienes recurren a los métodos menos efectivos como el ritmo y el retiro, cuya tasa de falla es altísima. Hay que saber que no existe ningún método 100% seguro, hasta los hormonales y el condón pueden fallar, así que cualquiera puede caer en el margen de error. Finalmente importa mencionar que la violación es otra de las causas de embarazo no deseado, las formas de violación son muy diversas y pueden ocurrir con extraños o aun entre familiares, incluyendo el contexto matrimonial y de noviazgo.

También hay barreras institucionales. En la familia y en las aulas escolares no se aborda ampliamente la educación integral de la sexualidad, falta formación a docentes y padres de familia. El personal de los centros de salud no siempre cuenta con una cultura de comprensión sobre los procesos que atraviesan los adolescentes y jóvenes, a veces ese personal se niega a ofrecer anticonceptivos porque no admite las prácticas sexuales que realizan los solteros y las solteras. En escuelas y en los servicios de salud reproductiva prevalecen prejuicios y discriminación hacia quienes tienen relaciones sexuales a edad temprana o sin casarse, ha faltado capacitación sobre los derechos sexuales de adolescentes y sobre la información y servicios que están obligados a ofrecerles.

Todas esas circunstancias se traducen en falta de servicios de salud reproductiva amigables para adolescentes y jóvenes. Pero hay que reconocer que las cosas están mejorando. En las últimas décadas se registra un aumento sorprendente en el uso del condón entre jóvenes, que se atribuye a la educación sexual de las escuelas, a los servicios de salud reproductiva y a las campañas de prevención del VIH/sida. Los hombres mayores no usan condón, son las nuevas generaciones quienes recurren al condón y muestran una actitud más preventiva, se trata de quienes supieron de la existencia del VIH/sida desde la niñez, quienes vieron o escucharon los comerciales del condón a los 4 o 5 años y después recibieron información preventiva de anticonceptivos y VIH en la escuela primaria y secundaria, estamos hablando de quienes nacieron al principio de los ochentas; actualmente más del 70 por ciento de jóvenes mexicanos han recurrido alguna vez al condón, el principal problema es que no lo usan tan consistentemente como el condón lo requiere: en cada penetración.

Con el aumento de uso de anticonceptivos el embarazo adolescente descendió, en las últimas tres décadas del siglo pasado el porcentaje de madres menores de 20 años se redujo a la mitad, sin embargo la tendencia muestra un estancamiento y hasta un ligero repunte en 2008: del total de partos anuales el 15.2 por ciento es de madres menores de 20 años, porcentaje mayor al registrado anteriormente, 12.7 por ciento en el año de 1991.

Opciones frente al Embarazo no deseado

Hay diferentes percepciones y experiencias entre las mujeres y los hombres ante un embarazo no deseado.

El caso más difícil es cuando se da por abuso sexual o por violación, muchos de esos embarazos ocurren en menores de 16 años, en tal situación el embarazo se

acompaña de crisis depresivas que dificultan la toma de decisiones y exigen servicios de apoyo psicológico profesional.

En los casos en que hubo consentimiento de ambos miembros de la pareja, hay mejores condiciones para tomar decisiones bien informadas.

Las tres opciones frente al embarazo no deseado son:

- 1) Continuar el embarazo, criar y educarlo al hijo hasta que sea autónomo
- 2) Continuar con el embarazo y dar al hijo en adopción
- 3) Recurrir a un aborto para interrumpir el embarazo

En México la respuesta más frecuente de las mujeres y de las parejas frente a un embarazo no deseado es continuarlo y quedarse con la criatura, otras recurren al aborto, y las menos deciden dar al bebé en adopción.

El estrato económico juega un papel importante, está demostrado que persisten grandes diferencias según las distintas condiciones sociales y que el embarazo en edad temprana ocurre primordialmente en los hogares más pobres y entre quienes cuentan con menores alternativas de desarrollo personal, se trata muchas veces de personas que no viven como problemática ese embarazo ni la maternidad, en particular cuando se encuentran casadas o unidas. En los grupos con condición socioeconómica alta es menor la proporción de mujeres embarazadas menores a los 19 años, tal como constatan datos del año 2010: el 20 por ciento perteneció al estrato alto, y 60 por ciento al estrato muy bajo. El deseo de embarazo temprano es mayor en el último estrato social: el 37 por ciento desearon embarazarse y tan sólo el 23 por ciento no lo deseaban, de ellas el 2 por ciento interrumpió su embarazo y el 21 por ciento tuvieron un hijo no deseado. Por el contrario, en el estrato alto, que corresponde al 12.4 por ciento de embarazos tempranos, únicamente 7 por ciento desearon el embarazo y 13 no lo desearon, el 2.5 por ciento lo interrumpieron y el 11 por ciento tuvieron un hijo no deseado. Así que conforme aumenta el estrato socioeconómico, aumenta el porcentaje de embarazo no deseado y de embarazos interrumpidos; sin embargo, hay que comprender que puesto que en los estratos pobres hay mayor número de embarazos, persisten en este grupo elevadas cifras de embarazos no deseados y de hijos no deseados. En cuanto a las percepciones de los hombres, se ha encontrado que es más probable que un embarazo temprano sea no deseado, en comparación con las mujeres, particularmente entre los solteros y en los de estratos altos.

Las mujeres experimentan mayores presiones ante un embarazo no deseado porque habitualmente son ellas las que asumen la responsabilidad de prevenir el embarazo, y porque es en su cuerpo donde se desarrolla el embarazo o se lleva a cabo el aborto. Es frecuente vivir sentimientos ambivalentes ante un embarazo no

deseado, debido a que la maternidad es tan valorada en nuestra cultura que la falta de deseo puede vivirse como un cargo de conciencia, y al mismo tiempo como una afirmación de la feminidad. Existen medios sociales donde las jóvenes son mejor tratadas y adquieren reconocimiento por el sólo hecho de embarazarse y convertirse en madres, lo cual confunde a quienes tienen baja autoestima y no se sienten preparadas para asumir tal responsabilidad. Traer un hijo al mundo es una enorme carga económica que se convierte en un mecanismo de reproducción de la pobreza, en vez de impulsar la economía doméstica, aumenta la probabilidad de seguir siendo pobre. Hay ocasiones en que las madres jóvenes recurren al trabajo sexual para mantener a sus hijos.

En cuanto a los casos de quienes se hacen madres sin haberlo deseado existe evidencia de que en muchos casos el embarazo es resultado de un conjunto de problemas que incluyen el fracaso escolar y la mala relación con los padres, los cuales precipitan cambios inesperados en el ciclo de vida. Además se acompaña de trastornos en la vida de la madre y del padre joven que son muy trascendentes, tales como la necesidad de trabajar o de aumentar los ingresos, cambios de domicilio, renuncia a viajes y actividades recreativas, se requieren cuidados especiales antes, durante y después del parto. En otras ocasiones, ocurren abandonos a la mujer embarazada y hay casos de papás que mantienen poco o nulo contacto posterior con el hijo, aunque hay que señalar que también hay papás jóvenes que acompañan a la compañera durante el parto y durante los primeros años de desarrollo del hijo, y hasta por toda la vida. Se ha encontrado que cuando el embarazo no es deseado hay descuido de la salud y mayores complicaciones perinatales, además se han documentado mayores problemas en el desarrollo de los niños que no fueron deseados y se ha llegado a asociar con situaciones extremas, como la probabilidad de abuso sexual.

Quienes van a optar por el aborto deben defender su derecho a decidir y contar con información y recursos para recibir una atención segura en centros de salud autorizados. Hay ocasiones en que el hombre violenta el derecho a decidir de la mujer, presiona a su pareja para que aborte o bien para que tenga a la criatura, por eso es necesario promover que los compañeros apoyan la decisión de la mujer, participen y la acompañen en sus necesidades afectivas y materiales. Cuando la decisión de la mujer es firme y es bien atendida, el aborto no afecta la salud mental, tal como se documenta más adelante en este libro en el apartado sobre “Efectos del aborto en la salud mental”.

Después de seis años en que se despenalizó el aborto en la Ciudad de México las estadísticas muestran que la gran mayoría de las mujeres que abortan ya tienen uno o más hijos, son católicas más del 80 por ciento y están entre los 18 y 29 años

de edad, la mitad son casadas o unidas y la otra mitad solteras, solamente reincide el 3 por ciento de ellas.

Métodos anticonceptivos

Siempre es mejor evitar un embarazo no deseado que recurrir al aborto. El aborto es un último recurso, mejor informarse antes y utilizar anticonceptivos.

La variedad de métodos es muy amplia, hay que conocerlos bien todos a fin de seleccionar el más adecuado según las preferencias personales y de pareja, la edad o las prácticas sexuales, y saber que en los diferentes ciclos de vida se puede cambiar y recurrir a otras modalidades.

Los condones masculinos

Los condones son una forma efectiva y barata de evitar embarazos. De 100 mujeres cuyos compañeros usaron condones consistentemente y de manera correcta, solamente tres quedarán embarazadas; pero cuando el uso es inconsistente, 14 quedarán embarazadas en el primer año de uso. A diferencia de otros métodos anticonceptivos, los condones también son una protección contra las infecciones por transmisión sexual; por eso es actualmente el mejor recurso preventivo. Otras ventajas adicionales de los condones es que son de fácil acceso, simples de desechar, efectos secundarios mínimos, y duración sexual más larga; la única desventaja es que son caros y no siempre se consiguen gratuitamente en los centros de salud. Los preservativos de látex que se venden en las farmacias y en los centros comerciales son de altísima calidad. La Organización Mundial de la Salud fija normas y especificaciones para su fabricación y adquisición a fin de garantizar la calidad de los mismos. Algunas veces los preservativos pueden romperse o deslizarse debido a un uso inadecuado, de ahí la importancia de saber que sólo se utilizan una vez, que no deben emplearse con lubricantes de aceite y que no deben abrirse los paquetes con los dientes o con objetos punzocortantes.

El uso de los condones puede aumentar el placer sexual al reducir las ansiedades acerca del riesgo de una infección o de un embarazo. Es cierto que cuando se usa el condón “no se siente lo mismo”; efectivamente, lo que se siente cuando no se usa es mucho miedo, miedo al embarazo o a una infección sexual que pudiera ser el mismo VIH/sida.

Los condones y la fertilidad

Los condones pueden ayudar a proteger la fertilidad al prevenir la transmisión de infecciones por transmisión sexual que causan la infertilidad, tales como la clamidia y la gonorrea, y las mujeres cuyos compañeros usan condones ofrecen 30% menos de probabilidad de riesgos de infertilidad debida a una infección por transmisión sexual.

Los condones también ofrecen buena protección contra las infecciones bacterianas de transmisión sexual (clamidia, gonorrea, tricomoniasis o sífilis), y son efectivos contra las infecciones por virus tales como el VIH/sida, hepatitis B, citomegalovirus y el virus del herpes simplex 2, que se transmiten por el semen, los fluidos uretrales y las llagas genitales.

El condón y el VIH/sida

Dadas las serias consecuencias de la infección VIH, gran parte de la investigación de la eficacia del condón se ha enfocado en la transmisión del VIH/sida. Se reconoce que el condón es una barrera contra esta grave infección. Los opositores al uso del condón han manipulado los resultados de pruebas defectuosas de laboratorio para crear la duda entre el público acerca de su efectividad. De hecho, el riesgo de la transmisión del VIH/sida a través de un condón se reduce hasta 10 000 veces. En un estudio reciente de parejas en las que uno de los compañeros era VIH positivo, solamente un caso de infección (2%) ocurrió entre los que permanecieron activos sexualmente y usaron condones consistentemente y de manera correcta. En contraste, la incidencia de la infección del VIH fue 14% con el uso inconstante. Un estudio similar mostró una tasa de infección de 10% sin el uso consistente del condón. Un metanálisis de 25 estudios sobre la transmisión del VIH y los condones determinó que las tasas de eficacia variaban entre 87 y 96% contra la infección del VIH/sida.

El condón, el virus del papiloma humano (VPH) y el herpes

Los condones proporcionan alguna protección contra virus tales como el del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés) y el virus del herpes simplex

(HSV, por sus siglas en inglés), que infectan el área genital general. Puesto que los virus del VPH y del herpes “mudan” más allá del área cubierta, los condones no ofrecen una protección completa como lo hacen contra otros organismos patógenos, pero sí pueden disminuir el riesgo de una infección. El no usar condones ha probado ser uno de los factores de riesgo más significativos para condiciones pre-cancerosas relacionadas con el virus del papiloma humano (VPH).

El condón, el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer cervical

Algunas infecciones de VPH pueden conducir al cáncer cervical. De por lo menos 70 tipos de VPH, solamente unos cuantos están relacionados con el cáncer cervical. La mayoría de las infecciones de VPH son de corta duración, y muchas mujeres aparentemente desarrollan una inmunidad a distintas infecciones de este tipo, recuperándose una tercera parte de ellas en seis meses. Una infección persistente parecería ser el factor más elevado de riesgo para el cáncer cervical.

Las afirmaciones de los enemigos del condón con respecto al VPH son falsas y alarmistas. No puede achacarse al uso del condón por la alta prevalencia del VPH o del cáncer cervical, y aunque es cierto que los condones no eliminan el riesgo de transmitir el VPH que causa el cáncer, justamente se recomienda su uso para reducir el riesgo.

Uso constante y correcto del condón

Para que el condón evite los embarazos y las ITS es necesario usarlo siempre, desde el inicio hasta el fin de cada relación sexual con penetración, ya sea anal, vaginal u oral.

El uso correcto del condón implica seguir una serie de pasos para lograr una mayor eficacia:

1. Guarde el condón en lugares frescos y secos. Verifique la fecha de caducidad o que la fecha de fabricación no pase de tres años.
2. Fíjese que el empaque no esté roto y que al oprimirlo forme una bolsa de aire. No lo abra con los dientes.
3. Presione la punta para sacar el aire mientras lo coloca en el pene erecto.
4. Sin soltar la punta, desenróllelo hasta llegar a la base del pene.

5. Siempre colóquese el condón antes de cualquier contacto sexual. No use cremas cosméticas, ni vaselina o lubricantes de aceite porque deterioran el condón.
6. Después de eyacular, sujete el condón por su base y retire del pene mientras aún está erecto.
7. Quítese el condón cuidando que no gotee.
8. Tire el condón a la basura anudándolo.

El condón puede fallar por tres razones:

1. Uso inconsistente, es decir, por no usarlo siempre y en cada penetración
2. Uso incorrecto, que no se use desde el principio y no se sigan todos los pasos que ayudan a evitar fallas
3. Por deslizamiento o ruptura, es decir, que el condón se salga completamente del pene, que haya una ruptura durante la relación sexual o al retirar el pene.

La falta de constancia en el uso del condón puede ser por no tener dinero para comprarlo, porque no se tiene disponible en el momento de una relación sexual, porque no se atreven las mujeres a exigirlo o porque los hombres temen proponer su uso, porque su utilización disgusta o se considera incómoda. El condón puede llegar a deslizarse o romperse por no saber colocarlo bien, por usar condones caducados, o por guardarlos en lugares expuestos al calor excesivo o al sol.

La lubricación de los orificios corporales puede también afectar la eficacia del condón. La vagina debe estar suficientemente lubricada, y cuando se trata de penetraciones por el ano, éste secreta menor cantidad de fluido. Estas causas de falla son evitables agregando lubricantes solubles al agua en los orificios o por fuera del condón después de colocarlo.

¿Qué hacer cuando se rompe el condón?

Los condones son eficaces porque bloquean el contacto con los fluidos del cuerpo que causan el embarazo y las infecciones por transmisión sexual. La mayoría de los informes sobre el fracaso del condón son el resultado del uso inconsistente o incorrecto, y no tanto de su rotura, ya que la tasa de rotura es baja, dos por cada 100 condones.

Qué hacer en caso de rotura:

Para evitar un embarazo en caso de que se haya salido o roto el condón y hubo eyaculación en la vagina:

Colocar inmediatamente, y si hay alguno disponible, un espermaticida en la vagina (crema, gel, óvulos que inmovilizan a los espermatozoides).

Lavar el pene y la vagina con agua y jabón también debería reducir el riesgo de embarazo y de ITS.

Recurrir a la píldora de anticoncepción de emergencia (PAE) antes de 72 horas. (tal como se explica en otro apartado de este libro, se trata de un método muy fácil de utilizar que evita el embarazo, es accesible en cualquier farmacia, barato y muy eficaz).

Para prevenir el VIH/sida, recientemente se está hablando de la profilaxis de pos-exposición como un recurso que puede reducir el riesgo de infección para una persona que ha estado expuesta al VIH en una actividad sexual no protegida, ya sea porque no se recurrió al condón o porque éste se deslizó o se rompió; también está el caso de quien fue violada o violado con penetración. Se trata de un tratamiento muy restringido por su alto costo y de difícil accesibilidad, pero es importante saber que existe un recurso preventivo, sobre todo cuando ocurrió un acto sexual sin protección con alguien que se sabe que está infectado por VIH o alguien que forma parte de una población con alta prevalencia a este virus. A menudo se usa con personal que trabaja en servicios de salud que ha estado expuesto al VIH; también se usa para prevenir la transmisión perinatal a los recién nacidos de madres infectadas por VIH. El tratamiento consiste en administrar medicamentos como la zidovudina, conocida comúnmente por su nombre comercial AZT. El régimen que se recomienda para una posible infección de este tipo es de 28 días, los estudios realizados entre personal de salud indican que es difícil llevar a cabo este régimen. El uso de profilaxis en víctimas de violación en las que se sabía que el agresor estaba infectado por VIH o que representaba un alto riesgo de infección tuvieron más probabilidad de aceptar la profilaxis y de terminar el tratamiento que otro tipo de pacientes, en especial cuando recibieron atención psicológica, que es siempre necesaria. En general, los efectos secundarios son molestos pero no plantean amenazas graves para la salud. El tratamiento con medicamentos profilácticos de la exposición al VIH deben aplicarse pronto, de preferencia antes de que transcurran dos horas desde el momento del contacto, y hasta menos de 24 horas después. Cuanto antes comience el régimen, más eficaz es. La exposición sólo toma algunos días para que la infección se establezca.

Para prevenir otras infecciones de transmisión sexual (ITS) también existen tratamientos de emergencia. Se utilizan sobre todo después de un incidente de agresión sexual, pero desde luego también pueden aplicarse si se salió o rompió el condón en cualquier tipo de contacto sexual. Se prescribe una combinación de antibióticos diseñada para que actúe como tratamiento presunto de gonorrea, clamidia, vaginosis bacteriana y tricomoniasis. También se puede recomendar el uso de una vacuna de hepatitis B, pero no existe profilaxis contra virus de herpes simple ni para el virus del papiloma humano (VPH).

Recomendaciones sobre el cuidado de los condones:

1. Si es posible, guarde los condones en un lugar fresco y oscuro. El calor, la luz y la humedad suelen dañarlos.
2. En lo posible, use los condones lubricados que se venden en envolturas cuadradas y que se empacan con protección contra la luz. Puede que la lubricación ayude a prevenir que se rasguen.
3. Maneje los condones con cuidado, ya que las uñas y los anillos pueden rasgarlos.
4. No desenrolle los condones antes del momento de usarlos porque puede debilitarlos. Además, un condón desenrollado es difícil de colocar.
5. Remplace el condón si el que tiene presenta las siguientes características:
 - a) La envoltura está rasgada o dañada.
 - b) La fecha de fabricación que aparece en el paquete es mayor de tres o cinco años.
 - c) No tiene apariencia uniforme o ha cambiado de color.
 - d) Se siente quebradizo, reseco o muy pegajoso.

El condón femenino

El condón femenino representa una valiosa herramienta para aquellas mujeres que necesitan protección de los riesgos de infecciones sexuales y de embarazos, y que han asumido el cuidado efectivo de su cuerpo y su salud sexual. Con la aparición del sida y la proliferación de otras infecciones han tenido que variar las prácticas sexuales y ha habido necesidad de incorporar comportamientos

preventivos. El condón femenino es un sustituto del condón masculino con el cual las mujeres pueden tener más control sobre su cuerpo y su salud.

El condón femenino está hecho de poliuretano (plástico blando y más resistente que el látex), y es un método de barrera cuyo diseño combina las características del condón masculino y del diafragma. A diferencia de otros métodos, su colocación no requiere del personal de salud y su uso no produce efectos secundarios.

Es una funda suave y holgada con un anillo flexible de poliuretano en cada extremo. La mujer se lo inserta en la vagina; el anillo interior sirve para fijar el dispositivo. El anillo exterior queda fuera de la vagina, con lo cual protege e cierta medida los labios y la base del pene durante el acto sexual. No se requiere que un profesional determine el tamaño adecuado, ya que el dispositivo no tiene que ajustarse exactamente sobre el cuello uterino y, por esta razón, sólo se fabrica un tamaño. A diferencia de los condones de látex que se debilitan con el uso de lubricantes a base de aceite, el condón femenino puede usarse con cualquier tipo de lubricante sin poner en peligro su resistencia. Viene prelubricado, pero puede añadirse más lubricante al gusto.

Prevención de embarazo

El condón femenino es un eficaz anticonceptivo si se usa sistemática y correctamente. Solamente 5% de las mujeres tendrán un embarazo no deseado si utilizan el condón femenino comparado con 3% de los casos en que usan condón masculino. Cuando no se usa siempre correcta y sistemáticamente puede fallar hasta en 21 por ciento.

Prevención de ITS

Los estudios de laboratorio han observado que el dispositivo es impermeable a varias infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/sida. Dado que el anillo exterior cubre parcialmente los genitales externos, a diferencia del condón masculino, es posible que el femenino proteja más contra el herpes y el cancroide que el condón masculino.

El condón femenino es considerablemente más costoso que el condón masculino, y actualmente está aprobado para usarse sólo una vez. Sin embargo, como está hecho de poliuretano, la posibilidad de utilizar el mismo condón más de una vez puede abaratar significativamente su precio y, aunque el reuso del condón

femenino no se recomienda, se ha notificado esta práctica en varios países. En vista de los posibles riesgos del reuso durante el lavado o el uso posterior, la Organización Mundial de la Salud recomienda que se desinfecten todos los condones antes de lavarlos. Los estudios han encontrado que la estructura del condón femenino queda intacta después del lavado con jabón suave y agua tibia y de usos repetidos. Pero el protocolo de reuso requiere que se haga una desinfección antes de cada lavado, con lo cual puede utilizarse hasta siete veces.

Es posible que las mujeres puedan negociar el uso del condón femenino más fácilmente que el del condón masculino, pero este dispositivo debe ser aceptado por hombres y mujeres con el fin de que se use sistemática y correctamente. Los estudios realizados en 40 países encuentran una buena aceptabilidad que varía entre 41 y 95 por ciento.

Aspectos diferentes atraen a los usuarios. Las mujeres y los hombres notifican que, comparado con el condón masculino, el condón femenino tiene menos probabilidades de deslizarse o romperse, es más durable y afecta menos a la espontaneidad sexual y la intimidad. La mujer puede colocárselo mucho antes de que comience el acto sexual, lo cual le da más control personal. Después de la eyaculación, el compañero no tiene que retirarse inmediatamente para evitar que el condón se deslice cuando todavía está dentro de la vagina. Los hombres notifican que el condón femenino es más cómodo que el masculino porque no disminuye la sensación sexual ni aprieta el pene; las mujeres se quejan de que es demasiado largo, puesto que el anillo exterior queda fuera del cuerpo, son incómodos y el condón es antiestético. Hombres y mujeres se han quejado del ruido que hace durante el uso y lubricación excesiva. Algunas mujeres reportan dificultad para colocárselo en las primeras ocasiones. En otros estudios las mujeres señalan que el condón femenino les permite comunicarse mejor en cuanto a tener relaciones sexuales con menos riesgo, y aproximadamente a cuatro de cada cinco le gustó y dijo que lo recomendaría.

Al ser un método novedoso, se necesita más investigación relativa a la protección contra las ITS y formas de reducir al mínimo el uso incorrecto del condón femenino.

Guía para el uso del condón femenino

1. Frotar el preservativo para distribuir el lubricante.
2. Sostener el aro y apretarlo.
3. Se debe introducir lo más posible.

4. Empujar hacia arriba. El preservativo no debe retorcerse.
5. Durante el acto sexual, se tiene que guiar el pene dentro del preservativo.
6. Para retirarlo, se tiene que apretar y retorcer el aro exterior, jalar del mismo y tirarlo.

Nota: El condón femenino no está hecho para utilizarse junto con el condón masculino; se utiliza uno u otro en cada penetración, pero nunca juntos.

La píldora anticonceptiva

Antecedentes

La aparición de los anticonceptivos modernos ha sido definitiva para ejercer la maternidad voluntaria y para transformar los significados de la vida sexual de mujeres y hombres. La comercialización de la píldora anticonceptiva separó los actos reproductivos de los actos sexuales y fue crucial para vivir una sexualidad más libre dentro del noviazgo y del matrimonio, para retrasar la edad al matrimonio, para tener menos hijos y para alargar la etapa de la adolescencia por varios años. Hacer el amor pudo ser una experiencia más placentera tanto para ellas como para sus compañeros. Las mujeres tomaron mayor control sobre sus cuerpos y asumieron decisiones autónomas en dos dimensiones vitales: la actividad sexual y la decisión de ser madres.

La clave de la píldora anticonceptiva fue su alta efectividad, lo cual influyó drásticamente en la disminución del número de hijos y en la tasa de abortos, dos fenómenos que se han observado en México en las últimas décadas del siglo XX. Una vez que las mujeres tuvieron acceso a los anticonceptivos, las enfermedades y muertes por embarazo, parto o aborto también se redujeron como efecto directo del menor número de embarazos no deseados.

El nacimiento químico de la píldora anticonceptiva marca el origen de la anticoncepción moderna, cuando el primer producto hormonal se sintetiza gracias al científico Carl Djerassi, quien con apoyo del laboratorio Syntex prueba el primer producto el 15 de octubre de 1951. Desde la ciudad de México se da a conocer al mundo el primer compuesto químico llamado noestisterona, elaborado a partir de una fuente vegetal mexicana: el barbasco, planta cuyo nombre científico es *Discorea* genus y que contiene uno de los ingredientes activos de los anticonceptivos orales que toman, hasta la fecha, millones de mujeres en el mundo.

Desde entonces se considera a Djerassi el “padre” de la píldora, aunque él prefiere el título de “madre” de la píldora, toda vez que la química es una ciencia madre, mientras que reconoce al biólogo Gregory Pincus como el padre de la misma, a quien se atribuye uno de los principales impulsos para su comercialización masiva en los años sesenta. Pocos saben que en el equipo de investigación que desarrolló la píldora anticonceptiva en los cincuenta participaron muchos estudiantes de química de la UNAM que estaban haciendo en esos tiempos sus tesis en Syntex, y dentro de los cuales había asistentes de laboratorio tanto del género femenino como del masculino, debido a que la cantidad de estudiantes mujeres de química en México era más alta en comparación con la de Estados Unidos.

Píldoras combinadas o de baja dosis

Después de varias décadas de utilización de anticonceptivos, se inventaron las píldoras combinadas que contienen dosis bajas, con las cuales los efectos secundarios se redujeron y abrieron la posibilidad para su acceso a las adolescentes. Estas píldoras combinan dos hormonas—una progestina y un estrógeno—iguales a las hormonas naturales en el cuerpo de la mujer, las cuales funcionan evitando la liberación de óvulos de los ovarios (la ovulación).

Las píldoras combinadas son las más utilizadas en todo el mundo, porque tienen tasas de falla muy bajas, inferiores a 1%, es decir, tienen 99% de efectividad si se utilizan muy bien. En uso general por cada 100 mujeres que utilizan pastillas, 8 quedarán embarazadas, aunque las tasas de falla varían desde 3 hasta 12% por que el uso correcto y consistente es esencial para la efectividad. El uso incorrecto obedece a varias razones: la dificultad para conseguirlas continuamente y su alto costo, la creencia errónea de que hay que suspenderlas cuando no se tendrán relaciones sexuales por un par de semanas, olvidos para tomarlas diariamente, uso incorrecto por información errónea o desconocimiento de la dosis cuando se olvida uno o dos días.

Los anticonceptivos orales combinado de baja dosis pueden utilizarse por mujeres:

Casi todas las mujeres pueden utilizar píldoras combinadas de manera segura y efectiva, incluyendo mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no
- Estén o no estén casadas
- Tengan cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años

- Hayan tenido recientemente un aborto provocado o un aborto espontáneo
- Fumen cigarrillos—si son menores de 35 años de edad
- Tengan o hayan tenido anemia en el pasado
- Tengan várices
- Pueden usarse como anticoncepción de emergencia para evitar un embarazo después de tener relaciones sexuales sin protección.
- Estén infectadas con VIH, estén o no en terapia antirretroviral

Las píldoras combinadas no se pueden tomar cuando la mujer:

- Está amamantando un bebé de menos de 6 meses (las píldoras pueden tomarse 6 meses después del parto o cuando la leche materna no sea el alimento principal del bebé.
- Es fumadora mayor de 35 años
- Tiene cirrosis hepática, infección hepática, o tumor hepático
- Tiene hipertensión, ha tenido diabetes por más de 20 años, tiene patología de vesícula biliar, o toma medicación para la vesícula, si ha tenido alguna vez un accidente cerebro vascular, trombosis de vena profunda, coágulo en piernas o pulmones, infarto cardíaco, u otro problema cardíaco grave.
- Si tiene o ha tenido alguna vez cáncer de mama
- Tiene un dolor de cabeza intenso, migraña que provoca náuseas o vómito.

La mujer puede comenzar a utilizar las píldoras combinadas sin realizarse un examen pélvico ni ningún análisis de sangre o rutina de laboratorio, incluso sin que la mujer esté teniendo al momento su menstruación, si existe razonable certeza de que no está embarazada

Las mujeres que utilizan anticoncepción oral deben tomar una píldora cada día para prevenir el embarazo. Hay dos tipos de presentaciones: con 28 píldoras (21 píldoras “activas” que contienen hormonas y siete de diferente color sin hormonas y que sirven como recordatorio) y con 21 píldoras “activas”.

Paquete con 21 píldoras: Después de haber tomado la última píldora de un paquete, la mujer debe esperar siete días y luego tomar la primera píldora del próximo paquete, pero nunca debe esperar más de siete días entre los paquetes.

Paquete con 28 píldoras: Al día siguiente de terminar el primer paquete, debe tomarse la primera píldora del siguiente.

Los anticonceptivos orales de progestina pura o “minipíldoras” son ligeramente menos efectivos que los anticonceptivos orales de combinación, y deben tomarse a la misma hora todos los días. Se recomiendan a las mujeres con riesgo de complicaciones asociadas con el estrógeno o a las mujeres que están amamantando, porque no disminuyen la cantidad de leche materna.

Comienzo de la píldora

1. El primer día de su ciclo es el mejor día para comenzar, pero si sus ciclos son normales puede empezar a tomarlas cualquiera de los primeros cinco días después del inicio de su sangrado menstrual. Si una mujer desea comenzar en un día específico de la semana hay que asegurarse que sea antes del quinto día del sangrado, de lo contrario debe usar protección adicional durante siete días (se recomienda el condón).
2. Después del parto la mujer debe empezar apenas interrumpa la lactancia o seis meses después del parto. Lo que ocurra primero.
3. *Después del parto si no está dando de lactar.* De tres a seis semanas después del parto. No hay necesidad de esperar el retorno de los sangrados menstruales.
4. *Después del aborto inducido o espontáneo.* En los primeros siete días después de un aborto inducido o espontáneo ocurrido en el primer o segundo semestres.
5. *Cuando ha interrumpido el uso de otro método hormonal.* Inmediatamente, no hay necesidad de esperar el primer periodo después de usar inyectables o implantes.

Qué hacer cuando se olvidan o dejan de tomar algunas píldoras

1. Si se omite una píldora, la mujer debe tomarla tan pronto como lo recuerde.
2. Si se omiten dos píldoras en las primeras dos semanas, la mujer debe tomar dos píldoras dos días consecutivos y después continuar con el resto del paquete en la forma usual.
3. Si se omiten dos píldoras en la tercera semana, o si se omiten más de dos píldoras consecutivas en cualquier momento del ciclo, la mujer deberá desechar el envase y comenzar uno nuevo inmediatamente.

4. Cuando dejen de tomarse dos días o más, debe usarse otro método: condón, preservativo o abstinencia sexual, por un mínimo de una semana para asegurar una protección adicional.

Efectos secundarios

No todas las mujeres experimentan efectos secundarios al tomar las píldoras anticonceptivas, pero es común durante los primeros meses de uso tener sangrados, náuseas y mareos, a veces vómitos y dolores de cabeza. Algunas experimentan sensibilidad anormal en los senos, aumento leve de peso y suspensión del sangrado menstrual. En muchas ocasiones los efectos están relacionados con complicaciones infundadas.

Beneficios y riesgos

Los beneficios de los anticonceptivos orales para la salud sobrepasan altamente sus riesgos:

- Protege contra el cáncer de endometrio y de ovarios.
- Disminuye desórdenes del sistema reproductivo, reduce el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, de embarazos ectópicos, de quistes ováricos y desórdenes menstruales.
- Reduce el riesgo de anemia y de enfermedad benigna de la mama.
- Menor mortalidad general en mujeres usuarias.
- Menos muertes por cáncer en mujeres usuarias.
- No existe evidencia de que las mujeres necesiten suspender el uso de las píldoras a menos que experimenten serios efectos secundarios, deseen quedar embarazadas o lleguen a la menopausia.
- La recuperación de la fertilidad demora un promedio de dos meses.

Posibles afecciones en la salud:

- *Cáncer de mama.* Posible aumento del riesgo en usuarias de largo plazo y menores de 45 años.
- *Cáncer cervical.* Posible aumento del riesgo, aunque las investigaciones no han sido concluyentes debido a dificultades en el control de factores.
- *Cáncer hepático.* Consecuencia poco frecuente de su uso.
- *Accidente cerebro-vascular.* Ligero aumento del riesgo sobre todo entre fumadoras y mujeres mayores, dependiendo de la dosis.
- *Hipertensión.* Aumento de presión arterial leve mientras se está usando.
- *Infarto al miocardio.* Riesgo en mujeres que fuman o que tienen otros factores cáncérogos.
- *Clamidia.* Aumento del riesgo de infección cervical por clamidia.
- *Cambios metabólicos.* Cambios en el metabolismo de grasas, no muy significativos.
- *Aumento de peso.* Leve aumento de peso en algunas usuarias.

El parche hormonal

De muy reciente distribución en México, el parche hormonal es una variedad anticonceptiva que abre otra opción hormonal que para algunas mujeres puede resultar más cómoda que la píldora anticonceptiva.

La marca comercial disponible es “Evra” y “Ortho Evra” y su costo es cercano al de las píldoras. Se trata de un parche de uso semanal para prevenir el embarazo. El parche libera diariamente hormonas en microdosis a través de la piel y hasta el torrente sanguíneo durante siete días. Contiene las mismas hormonas encontradas en la píldora, es decir, progestina y estrógeno.

Como la píldora, el parche actúa de dos maneras para evitar el embarazo:

- Previene la ovulación, es decir, que el óvulo no es liberado por los ovarios para su fecundación.
- También hace más denso el moco cervical para que el esperma tenga menos posibilidades de alcanzar el útero.

Es una forma segura y eficaz de evitar el embarazo, pues tiene una eficacia superior al 99%, según se ha comprobado clínicamente en Estados Unidos y Europa con más de 3 300 mujeres. El parche es cuadrado, muy delgado, liso, de color beige, y mide cuatro centímetros y medio por lado.

Tiene las mismas indicaciones, efectos secundarios y beneficios que las píldoras anticonceptivas (véase la píldora anticonceptiva en el capítulo Métodos Anticonceptivos de este libro). Sus ventajas frente a la píldora consiste en que puede ser más cómodo porque se aplica una sola vez a la semana en vez de la dosis diaria que exigen los anticonceptivos orales. Por lo mismo, presenta menos probabilidad de error por olvido. El retorno a la fertilidad es de dos meses después de remover o no cambiar el parche hormonal.

Este parche se adhiere bien a la piel y permite bañarse, nadar o hacer ejercicio. Por su especial sustancia adherente, difícilmente se despega aun en climas extremos de calor o frío. Para asegurar su efectividad, no es recomendable escribir o pintar sobre él, ni alterarlo en forma alguna, pues puede afectarse la cantidad de medicamento que transmite a través de la piel.

Instrucciones de empleo

- El parche se coloca el primer día de la menstruación.
- Siete días después se cambia el parche, el mismo día de cada semana (no importa la hora del día en que se cambie), y así durante tres semanas consecutivas. En la cuarta semana se presentará la menstruación y **no** se aplicará un parche.
- Al séptimo día se comienza de nuevo con un primer parche.

Cuidados que hay que tener

- Localizar una zona donde el parche no esté en constante roce con la ropa: glúteos, abdomen, espalda o parte externa del brazo. Hay que evitar áreas en que la piel esté irritada o lastimada.
- Asegurar que la superficie de aplicación esté limpia, seca y libre de cremas.
- Al aplicar el parche, presionar firmemente con la palma de la mano durante diez segundos, asegurando que los bordes se peguen bien.

- No aplicar productos sobre el parche una vez que se ha colocado para asegurar que no se despegue.
- El día del cambio del parche hay que levantar sus bordes hasta aflojarlo y removerlo. Si quedara un anillo adhesivo sobre la piel, puede eliminarse frotando un poco de aceite para bebés sobre el área.

Píldora de anticoncepción de emergencia (PAE) o píldora del día siguiente

Muchas personas desconocen la existencia de anticonceptivos que pueden evitar un embarazo después de un acto sexual. La píldora de anticoncepción de emergencia (PAE) se refiere a los métodos que pueden usar las mujeres para impedir el embarazo luego de una relación sexual sin protección (acto sexual en el que no se ha usado un método anticonceptivo o en el que ocurrió un accidente al usarlo). Existen varios tipos de anticoncepción de emergencia que se usan en todo el mundo, incluyendo dosis especiales de las píldoras hormonales, así como la inserción postcoital del DIU. Todos pueden utilizarse dentro de algunos días después de una relación sexual desprotegida para evitar un embarazo.

Desde los años sesenta se han desarrollado una serie de métodos de anticoncepción de emergencia que son seguros y eficaces. La AE son píldoras anticonceptivas normales que contienen las hormonas estrógeno y progestina. Aunque este tratamiento se conoce con frecuencia como “píldora de la mañana siguiente”, el término puede ser engañoso toda vez que las pastillas anticonceptivas de emergencia pueden utilizarse inmediatamente después de haber tenido relaciones sexuales sin protección o dentro de un periodo de hasta 72 horas. El esquema de tratamiento es una dosis dentro de las primeras 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales sin protección; y una segunda dosis, 12 horas después de la primera.

Circunstancias de uso de la PAE

La píldora de anticoncepción de emergencia se utiliza cuando una mujer ha tenido relaciones sexuales sin protección, pero no desea quedar embarazada; por ejemplo, cuando:

- El condón se rompió o se salió, y el compañero eyaculó dentro de la vagina.

- La mujer se olvidó de tomar las pastillas anticonceptivas.
- La pareja se equivocó al usar el ritmo, al calcular los días “peligrosos” o con riesgo de embarazo.
- El compañero no se retiró a tiempo y hubo eyaculación dentro de la vagina.
- Se tuvo una relación sexual y no se utilizó ningún anticonceptivo.
- La mujer comenzó a tomar sus pastillas anticonceptivas más tarde de cuando le tocaba empezar.
- El DIU se salió de sitio
- Algún miembro de la pareja estaba bajo efectos del alcohol y se olvidaron de los anticonceptivos.
- Por ignorancia, alguno necesitaba convencerse de la falta de riesgo.
- Ante un caso de violación o cuando se forzó a tener relaciones sexuales.

Toda mujer puede utilizar PAE segura y eficazmente, incluso aquellas mujeres que no pueden utilizar métodos anticonceptivos con hormonas de manera continua. Mientras los anticonceptivos tengan un índice de falla (por pequeño que sea), mientras haya violaciones y abusos sexuales y ante la imposibilidad de que los seres humanos puedan ejercer un control absoluto sobre las consecuencias del comportamiento sexual, las personas necesitaremos anticoncepción de emergencia.

Las píldoras que pueden utilizarse como anticoncepción de emergencia (PAE) son:

- Un producto especial PAE con levonorgestrel solo, o una combinación de estrógeno y levonorgestrel.
- Un producto PAE especial que contenga estrógeno y levonorgestrel
- Píldoras que contienen progestágeno solo, con levonorgestrel o norgestrel
- Anticonceptivos orales combinados que contienen estrógeno y un progestágeno— levonorgestrel, norgestrel, noretindrona o noretisterona)

La eficacia de la PAE es alta. Si 100 mujeres tuvieran sexo una vez durante la segunda o tercera semana del ciclo menstrual sin usar anticoncepción,

probablemente 8 queden embarazadas, si esas 100 mujeres utilizaran PAE de progestágeno solo, probablemente una quede embarazada; y si esas 100 mujeres utilizaran PAE que contienen estrógeno, probablemente 2 queden embarazadas.

Después de tomar PAE, una mujer puede quedar embarazada de inmediato. Tomar la PAE solamente previene el embarazo de actos sexuales ocurridos en los 5 días anteriores y no protegen a la mujer del embarazo por actos sexuales realizados después de tomarla. Para mantenerse protegida del embarazo, la mujer debe comenzar de inmediato a utilizar otro método anticonceptivo. Esta pastilla no protege contra las Infecciones de transmisión sexual.

Los principales efectos secundarios que relatan las usuarias:

- Cambios en los patrones de sangrado: leve sangrado irregular durante 1 ó 2 días después de tomar PAE
- Menstruación que comienza antes o más tarde de lo esperado.
- Náuseas en la semana después de tomar PAE
- Dolor abdominal
- Fatiga
- Cefaleas
- Sensibilidad en los senos
- Mareos y Vómito

Las píldoras de anticoncepción de emergencia:

- No provocan aborto.
- Si se produce el embarazo no causan defectos de nacimientos.
- No son peligrosas para la salud de la mujer.
- No promueven la conducta sexual riesgosa.
- No provocan infertilidad a la mujer.
- Brindan una segunda oportunidad de prevenir el embarazo
- Son controladas por la mujer
- Reducen la necesidad de recurrir al aborto ante la eventualidad de un fallo del anticonceptivo o si no se está utilizando anticoncepción
- Se las puede tener a mano por si se presenta una emergencia

Cómo utilizar las pastillas anticonceptivas de emergencia

La pauta de administración es tomarla inmediatamente y dentro de las 72 horas después de un acto sexual sin protección. Recientes investigaciones muestran que puede emplearse no sólo 72 horas sino hasta 120 horas (cinco días) después de la relación sexual no protegida. En este caso la recomendación es que las dos

dosis se tomen juntas, no espaciadas por 12 horas, con el fin de provocar los cambios en el endometrio y en las trompas de Falopio en un periodo más corto.

Sin embargo, LA EFECTIVIDAD DEL MEDICAMENTO EN LAS PRIMERAS 24 HORAS DESPUES DEL COITO ES MÁS ALTA en el primer día, que en el promedio de las 72 horas o después e tres días.

La dosis varía según la fórmula y marca de la píldora que se utilice. En la siguiente tabla se precisa con claridad.

Tipo de hormona, píldora y fórmula	Marcas comunes	Número de píldoras a ingerir al principio*	Número de píldoras a ingerir 12 horas después**
PAE Especiales sólo con Progestina Levonorgestrel (1.5 mg)	Postinor 1, Postinor2 Unidosis, Escapel, Escapelle, Emkit Plus, Pozato Uni	1	0
Levonogestrel (0.75 mg)	Vika, E Pills, Estinor, Glanique, Minipil 2, Pill 72, Plan B, Poslov, Post-Day, Postinor, Postinor-2, Postinor Duo, Pozato, Pregnon, Pronta, Tace, Vermagest, Yu-Ting	2	0
Anticonceptivos orales combinados estrógeno – progestina Etinil estradiol (0.05mg) Levonorgestrel (0.25)	Ovral, Nordiol, Norginor, Denoval, Evanor, Neogynon, Neogynon CD, Neovlar, Neogynon 50, Nordiol 21, Ologyn, Ovidon, Primlovar,	2	2
Anticonceptivos orales combinados estrógeno – progestina Etinil estradiol (0.05)	Eugynon, Eugynon CD, Femenal, Jeny FMP, Ovral, Stediril	2	2

Norgestrel (0.05)			
Levonorgestrel (0.15) Etinil estradiol (0.03)	Microgynon, Nordet, Lo- Femenal, Lo/Ovral	4	4

Píldoras que contienen sólo Progesterina Levonorgestrel (0.03 mg)	Norgeston, Nortrel Microlut, Microlut 35, Microval, Mikro-30,	50	0
---	---	----	---

* Número de tabletas que deben tomarse en la primera dosis (dentro de las 72 horas después el acto desprotegido).

** Número de tabletas que deben tomarse en la segunda dosis (12 horas después de la primera dosis).

Nota: si se toman las pastillas de un paquete de 28, hay que asegurarse de usar las que contienen hormonas, pues siete de estas pastillas son de azúcar o hierro y vienen marcadas con un color distinto; las restantes contienen hormonas y son las que deben consumirse.

Después de tomar las pastillas de emergencia

La regla puede llegar unos días antes o después de lo normal. El sangrado puede ser mayor o menor, y más irregular que lo normal. Si se acude a una clínica antes de que llegue la regla, no hay que olvidar de informarles que se han tomado las pastillas anticonceptivas de emergencia. Es necesario acudir al centro de salud si la regla no llega dentro de tres semanas o si se tienen síntomas de embarazo. Si se tienen relaciones sexuales antes de que llegue la regla, hay que utilizar otro método anticonceptivo de barrera como el condón.

Efectos secundarios

Cuando se usan las píldoras combinadas, la náusea es un posible efecto secundario. Para prevenir los vómitos se recomienda comer galletas saladas o tomar un vaso de leche 30 minutos antes de cada dosis. El médico también podría recetar un medicamento para controlar las náuseas o sugerir otro que no requiere receta médica como Dramamine (ver instrucciones en el paquete). Si hay vómito

después de la primera dosis, hay que tomar el medicamento para controlar la náusea 30 minutos antes de la segunda.

Normalmente los efectos secundarios asociados con el uso de los AE desaparecen en unos días después de tomar la segunda dosis: 50% de las mujeres que usan los AE sufren náuseas, y 30% tienen vómitos. También podrías tener sensibilidad en los senos, sangrado irregular, retención de fluido y dolor de cabeza. El uso frecuente de los AE podría resultar en reglas irregulares e inconstantes y no es recomendable.

Según la información disponible, los AE no tendrán ningún efecto sobre un embarazo en curso; sin embargo, no es recomendable su uso en esta etapa. Diversos estudios muestran que no existe mayor riesgo de defectos congénitos u otro tipo de problemas si se toman las píldoras anticonceptivas durante el embarazo y éste llega a su término. Por lo tanto no existe razón para sospechar que si se toma una sola vez la AE vaya a causar defectos congénitos.

La inserción de emergencia de un DIU

Otro medio para evitar un embarazo es que el médico coloque un dispositivo intrauterino (DIU) hasta cinco días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección; es decir, un DIU, T de cobre o T 380, puede usarse como método de anticoncepción de emergencia. El DIU puede dejarse colocado hasta por diez años o, si se prefiere, removerlo después de la próxima regla, cuando hay seguridad de que no hay embarazo.

La inserción del DIU reduce en 99.9% el riesgo de embarazo, es decir, sólo una de cada 1 000 mujeres queda embarazada después de la inserción del DIU. No se recomienda para aquellas que corren el riesgo de infecciones por transmisión sexual, o sea mujeres con más de una pareja sexual, o cuyas parejas tienen otras parejas sexuales, mujeres con nuevas parejas sexuales o mujeres que han sido violadas.

Los calambres del útero podrían molestar al colocar el DIU y algunas mujeres sienten mareos; en algunos casos, muy raros, se desmayan, por lo tanto es recomendable ir acompañada a una cita en que se coloca un DIU. También hay que esperar y descansar hasta que la persona se sienta mejor.

Los efectos secundarios, ventajas y desventajas en el uso del DIU como anticoncepción de emergencia son los mismos que los asociados con el uso del DIU como método anticonceptivo.

El Anillo Vaginal Combinado

Es un anillo flexible que se coloca en la vagina, libera 2 hormonas de forma continua —una progestina y un estrógeno, las cuales se absorben a través de la pared de la vagina directamente al torrente sanguíneo. Se mantiene el anillo colocado durante 3 semanas, luego de lo cual se retira a la cuarta semana. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación. También se llama NuvaRing. Funciona fundamentalmente evitando la liberación de óvulos desde los ovarios (ovulación).

Las tasas de eficacia del anillo vaginal sugieren que puede ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados, tanto como se los usa comúnmente, como con el uso consistente y correcto

Entre los efectos colaterales, algunas usuarias relatan: Cambios en la menstruación, Sangrado más leve y menos días de sangrado, sangrado irregular, sangrado prolongado, y a veces no hay menstruación. Se reportan dolores de cabeza, irritación, rubor, o inflamación de la vagina y puede haber flujo vaginal blanco.

Cómo Usarlo

El anillo debe quedar colocado 3 semanas, debe quitarse el anillo la cuarta semana, nunca debe quitarse el anillo durante más de 3 horas hasta la cuarta semana

La mujer puede elegir la posición que le quede más cómoda, por ejemplo, de pie con una pierna levantada, en cuclillas o acostada. Debe apretar los lados opuestos del anillo aproximándolos y suavemente presionar el anillo plegado, colocándolo completamente dentro de la vagina. No importa la posición exacta, pero si se inserta bien profundo ayuda a que quede en su lugar y tiene menos probabilidades de sentirlo. Los músculos de la vagina mantienen naturalmente el anillo en su lugar.

IMAGEN: TRES PASOS QUE MUESTREN LA INSERCIÓN DEL ANILLO VAGINAL

Debe mantener el anillo colocado todo el tiempo, todos los días y noches durante 3 semanas. Puede quitarse el anillo al final de la tercera semana y arrojarlo a la basura.

Debe quitarse el anillo la cuarta semana. Para retirar el anillo, debe engancharlo con su dedo índice, o apretar el anillo entre su índice y el dedo medio y jalar hacia afuera. Probablemente tenga la menstruación esta semana.

Si se olvida y deja el anillo colocado durante la cuarta semana no se necesita ninguna acción especial.

Nunca debe quitarse el anillo durante más de 3 horas hasta la cuarta semana. Se puede retirar el anillo para tener sexo, para limpieza u otras razones, aunque no es necesario quitárselo. Si el anillo se sale, deslizándose, debe enjuagarse en agua limpia, volviéndolo a colocar inmediatamente.

Anticoncepción por Lactancia Materna

Dentro de los 6 meses después del parto hay un periodo que es muy baja la posibilidad de embarazo, si se comienza a dar pecho al bebé inmediatamente (a la hora) o lo más pronto posible después del parto (durante los primeros días que siguen al parto, el líquido amarillento que segregan los pechos de la madre, que se llama calostro contiene sustancias muy importantes para la salud del bebé), este método es efectivo si da pecho exclusivo o casi exclusivo a su bebé desde el parto y si no se ha restablecido la menstruación.

2 % DE POSIBILIDAD DE EMBARAZO POR LACTANCIA MATERNA:	ALTA POSIBILIDAD DE EMBARAZO EN LA LACTANCIA MATERNA
1 Si la madre no ha vuelto a menstruar	1 Si la madre ha vuelto a menstruar
2 Si da alimentación exclusiva de pecho al bebé	2 Si alimenta con otros alimentos al bebé además del pecho
3 El bebé tiene menos de 6 meses	3 El bebé tiene más de 6 meses de edad
	En este caso hay que utilizar otro método de planificación familiar y seguir dando pecho por la salud de su bebé.

La mujer puede elegir otro método de planificación familiar en cualquier momento pero debe evitar los que tienen estrógenos (anticonceptivos combinados, inyectables, parches o anillos vaginales) mientras su bebé tenga menos de 6 meses de edad.

Otros métodos vaginales

Los métodos vaginales son anticonceptivos que una mujer coloca dentro de la vagina poco antes del acto sexual. En este apartado describiremos dos de los principales: los espermicidas y el diafragma, dos métodos que ofrecen una efectividad de 20-26 embarazos por cada 100 mujeres de uso común durante el primer año, y hasta seis embarazos por cada 100 entre quienes los saben usar de manera correcta y consistente.

Los espermicidas hacen que los espermatozoides sean incapaces de movilizarse hacia el óvulo. Su presentación puede ser en espuma, tabletas, óvulos (o supositorios vaginales), cremas o jaleas.

El diafragma es como un tapón que bloquea la entrada de los espermatozoides al útero y a las trompas, en donde éstos podrían encontrarse con el óvulo.

Los métodos vaginales pueden ayudar a prevenir algunas infecciones de transmisión sexual como la enfermedad pélvica inflamatoria y posiblemente el cáncer de cuello uterino; también brindan algo de protección contra el VIH/sida, pero esto aún no se ha demostrado. No presentan ningún efecto colateral por hormonas ni inhiben la leche materna, por lo que son muy recomendables para el periodo de lactancia. Algunas desventajas son que pueden ocasionar irritación o reacción alérgica a la mujer o a su pareja, especialmente si se usa varias veces al día.

El espermicida debe colocarse antes de que el hombre eyacule, pero no más de una hora antes. El diafragma requiere de personal de salud para medir el tamaño adecuado en un examen pélvico, y puede insertarse hasta seis horas antes del coito.

Cómo realizar la inserción

Espuma o crema vaginal

Dentro de la hora previa a tener relaciones sexuales, la mujer llena el aplicador de plástico comprimiendo el tubo o lata que contiene la espuma o crema. Luego introduce el aplicador hasta el fondo de la vagina y empuja el extremo del aplicador para vaciar su contenido. Si usa espuma debe agitar vigorosamente la lata un momento antes de llenar el aplicador.

Tabletas y óvulos

Menos de una hora pero más de diez minutos antes del coito la mujer introduce una tableta, óvulo o jalea hasta el fondo de la vagina usando un aplicador o sus dedos.

Diafragma

- La mujer sostiene el diafragma con la cúpula hacia abajo.
- Coloca una cucharada de espermicida en crema o jalea en la cavidad del diafragma y en el borde.
- Presiona los lados opuestos del borde y empuja el diafragma hasta que entre hasta el fondo de la vagina.
- Con los dedos se asegura que el diafragma cubra el cuello uterino.
- Después del coito no debe quitarse el diafragma durante seis horas por lo menos y antes de 24 horas.
- Para quitarlo introduce un dedo dentro de la vagina hasta tocar el borde del diafragma.
- Deslizándolo el dedo, jala el diafragma hacia abajo hasta sacarlo al exterior.
- Se lava el diafragma con jabón suave y agua después de cada uso; se guarda en un lugar limpio, oscuro y fresco.

Doble protección

Cuando se requiere asegurar una protección contra el embarazo, el VIH/sida y otras infecciones sexuales (ITS), algunas personas requieren el uso de doble protección. La forma más segura de obtener protección doble es la monogamia o exclusividad mutua entre compañeros probadamente no infectados que usan una anticoncepción eficaz. Otras personas sexualmente activas pueden recurrir a doble protección en una de las dos formas siguientes:

- Usar dos métodos anticonceptivos (uno muy eficaz para la prevención del embarazo y condón masculino o femenino para la protección de ITS).
- El condón se puede usar para ambos propósitos.

Los anticonceptivos que ofrecen la mejor prevención del embarazo tales como la píldora, el DIU, los inyectables, los espermicidas, los implantes o la esterilización, no protegen contra las ITS. Por consiguiente se recomienda el uso simultáneo del condón para prevenir las enfermedades. Los condones por sí solos pueden prevenir el embarazo y las ITS si se usan en forma correcta y sistemática en toda relación sexual de riesgo, pero están relacionados con tasas de embarazo relativamente más elevadas que los anticonceptivos porque no suelen utilizarse bien y siempre.

En el caso de que un compañero o compañera sexual haya estado expuesta a una infección es indispensable el uso del condón. Deben también considerarse las consecuencias del embarazo involuntario frente a la infección. A la mujer que realmente quiere tener hijos pero que simplemente desea posponer el embarazo se le debe aconsejar que use únicamente el condón. Pero los compañeros sexuales de las mujeres que usan un método anticonceptivo sumamente eficaz, tal vez no usen tan sistemáticamente los condones como los compañeros de las mujeres que usan métodos anticonceptivos menos eficaces, y en tales casos la mujer podría contraer alguna infección sexual.

IMAGEN (EN LIBRO ORIGINAL)

Protección doble: contra el embarazo y las ITS

Uso del método doble:

Método principal para prevenir el embarazo

Además se usan los condones para prevenir las ITS

Otra opción para obtener protección doble:

El condón es el método principal para prevenir el embarazo y las ITS

Las mujeres que usan algún método anticonceptivo muy eficaz deben saber que también hay que recurrir al condón en los siguientes casos:

- Con un nuevo compañero.

- Con un compañero que tiene otra pareja.
- Con compañeros que no han sido examinados para determinar si tienen una ITS.

El uso simultáneo de dos métodos o el uso de un método doble puede parecer la forma ideal de prevenir el embarazo y las ITS, aunque hay que analizar algunas dificultades. El riesgo de embarazo varía durante el ciclo menstrual pero el riesgo de ITS es relativamente constante, con lo cual se justifica el uso de condones para prevenir la ITS como método principal. Las probabilidades de que una persona infectada transmita gonorrea o sífilis es de aproximadamente 50% en cada coito, las de adquirir clamidia y VIH/sida es menor.

Los condones solos son una excelente protección doble cuando se usan correcta y sistemáticamente; en tal caso, es una efectiva barrera contra las ITS y un eficaz anticonceptivo. Sólo de 3 a 5% de las mujeres experimentan un embarazo involuntario durante el primer año de uso correcto y sistemático del condón masculino y femenino, respectivamente.

Dispositivo intrauterino (DIU)

El dispositivo intrauterino (DIU) es, por lo general, un marco plástico pequeño y flexible que lleva con frecuencia un alambre de cobre o mangas de cobre y se inserta en el útero de la mujer a través de la vagina. Casi todas las marcas tienen uno o dos hilos atados, que quedan colgando en el punto donde el cuello uterino se une con la vagina. La usuaria puede verificar si el DIU sigue en su lugar tocando estos hilos, pero debe ser colocado y retirado por un proveedor de salud capacitado, ya que se necesita realizar un examen pélvico antes de insertarlo.

Los dispositivos intrauterinos son una forma muy popular de anticoncepción. Su extendido uso es resultado de que es un procedimiento extremadamente efectivo, seguro, barato y cómodo. Según algunos estudios, el DIU es más seguro que la pastilla: 50 mujeres en cada 1 000 resultan embarazadas durante el primer año de usar la píldora anticonceptiva, comparado con ocho por cada 1 000 mujeres que usan el DIU de cobre, y 20 mujeres por cada 1 000 que usan DIU de progestina.

Aunque no se ha determinado todavía cómo funciona el DIU, los científicos consideran que evita que el esperma fertilice los óvulos. Existen muchas diferencias de funcionamiento según el tipo de DIU que se use: los más utilizados tienen forma de T, son plásticos y miden cerca de 3.5 cm de largo. La marca más

usada es la Cooper T o TCU-380^a que está recubierta de cobre y tiene una duración de más de diez años.

Recientemente se diseñó un dispositivo especial para las jóvenes adolescentes. La T380 para jóvenes adolescentes nulíparas (que no han tenido hijos) con medidas apropiadas para las características morfológicas de las jóvenes, ya que tiene menor peso y ha demostrado resultados altamente satisfactorios. Presenta un aumento en la tasa de continuidad de uso, disminución significativa de la tasa de expulsión, reduce la presencia de hipermenorrea (aumento del sangrado menstrual) y disminuye la incidencia de dismenorrea.

Otro tipo de dispositivo es el DIU liberador de hormonas que libera progestina o levonorgestrel en pequeñas cantidades. El mecanismo de acción es que espesa el moco cervical, evitando que el espermatozoide entre en el útero. También puede evitar la implantación del óvulo fertilizado en el forro interior del útero, pero la principal función del DIU es impedir el encuentro del óvulo con el espermatozoide.

El uso del DIU se recomienda en mujeres que:

- Son fumadoras.
- Han tenido recientemente un aborto inducido o espontáneo.
- Toman antibióticos o anticonvulsivos.
- Son gordas o delgadas.
- Están dando de lactar.

Además pueden usar el DIU mujeres que presentan las siguientes condiciones:

- Enfermedad benigna de mama.
- Cáncer de mama.
- Dolores de cabeza.
- Hipertensión.
- Sangrado vaginal irregular.
- Problemas de coagulación.
- Venas varicosas.

- Enfermedad cardíaca.
- Historia de infarto cerebral.
- Diabetes.
- Enfermedad del hígado o vesícula.
- Enfermedades de la tiroides.
- Epilepsia.
- Historia de embarazo ectópico.
- Historia de cirugía pélvica.

Las mujeres que usan DIU se hallan satisfechas con ese método. Más del 60% de las mujeres que tienen insertado un DIU continúan usándolo después de dos años. El DIU de progestina tiene que reemplazarse cada año. Este método comienza a funcionar inmediatamente después de que se le inserta, y deja de afectar la fertilidad en cuanto se le retira.

Principales efectos secundarios

- Cambios menstruales, comunes en los primeros tres meses, y después disminuyen.
- Sangrado vaginal abundante y más prolongado.
- Sangrado o goteo vaginal entre periodos.
- Más cólicos o dolor durante los periodos.
- Rara vez, si el DIU no se ha insertado correctamente, puede haber perforación en la pared uterina.

El DIU es una gran opción para mujeres que tienen una pareja sexual y no se hallan en peligro de contraer infecciones de transmisión sexual y especialmente para quienes no pueden usar anticonceptivos hormonales, las que están lactando, las que fuman cigarrillos y no pueden usar la píldora.

El DIU no es para todas las mujeres. Su uso aumenta la posibilidad de que una infección de transmisión sexual como la gonorrea o la clamidia, conduzca a enfermedades inflamatorias de la pelvis. Estas enfermedades pueden causar infertilidad, aumentar el riesgo de un embarazo ectópico, y hasta la muerte si no se le trata. Tampoco es recomendable para mujeres con embarazos ectópicos frecuentes que tienen ciertas anormalidades cervicales y uterinas, o para aquellas que no tienen acceso a tratamiento y cuidado de la salud. El DIU es también un método efectivo de anticoncepción de emergencia, es decir, para evitar un embarazo después de un contacto sexual desprotegido. Aunque se puede usar también la píldora de anticoncepción de emergencia hormonal oralmente por 72 horas después del coito, el DIU puede insertarse hasta cinco días después de un coito no protegido para evitar efectivamente un embarazo. También se le puede dejar insertado o retirarlo.

Inyectables

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción y su efectividad es muy alta (99.8%). Contienen hormonas esteroides sintéticas que se administran por vía intramuscular y que actúan impidiendo la ovulación o dificultando el paso de los espermatozoides con la producción de un moco cervical escaso, espeso y no filante. De acuerdo a su formulación hay dos tipos:

- 1) Las fórmulas de enantato de norestisterona (Noristerat) brindan protección anticonceptiva durante dos meses, y el acetato de medroxiprogeterona (Deprovera) con dosis comerciales para tres meses.
- 2) Fórmulas combinadas que contienen una progestina y un estrógeno que brindan protección anticonceptiva por un mes. Las más utilizadas son el Cyclofem y Mesigyina.

Los inyectables combinados se aplican en los primeros cinco días del ciclo menstrual contados a partir del primer día de sangrado, aunque también pueden aplicarse en cualquier momento siempre y cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo. Después del quinto día del ciclo debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días. En caso de aborto puede administrarse inmediatamente. Después de un parto o cesárea la primera dosis se aplica después de la tercera semana, siempre y cuando la mujer no esté lactando.

Los anticonceptivos inyectables están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nulíparas (sin hijos) o multíparas, incluyendo adolescentes que deseen un anticonceptivo de larga duración.

No puede aplicarse a mujeres que han tenido cáncer mamario o de cérvix, tumores hepáticos ni enfermedades tromboembólicas, incluyendo trombosis de venas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática. Tampoco se recomienda a personas con enfermedad hepática aguda o crónica, ni durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes. Exigen gran precaución entre mujeres como hemorragias uterinas, hipertensión arterial, diabetes mellitus, migraña focal, insuficiencias renales, alteraciones en la coagulación, y entre fumadoras mayores de 35 años.

Implantes

Los implantes o métodos hormonales subdérmicos son un anticonceptivo temporal de acción prolongada compuesto por seis cápsulas de material plástico con 36 mg de veonorgestrel cada una; su inserción es subdérmica y actúa a través de un sistema de liberación continua y gradual de la sustancia hormonal. Actúa sobre el moco cervical aumentando su densidad para dificultar el paso de los espermatozoides y también evitando la ovulación en los ciclos menstruales.

Este método, conocido por su nombre comercial de Norplant, está indicado para adolescentes y jóvenes, para quienes no tienen hijos y son fumadoras, para quienes están dando de lactar, y para las mujeres que han tenido recientemente un aborto. Brinda protección anticonceptiva superior a 99% durante el primer año de uso y disminuye gradualmente a 96.5% al quinto año.

La inserción y retiro del Norplant debe ser realizada por personal de salud capacitado y presenta algunos efectos colaterales como alteraciones de la menstruación, sangrados intermenstruales y retrasos.

Abstinencia periódica

Los métodos de abstinencia periódica constituyen una opción para quienes desean regular su reproducción en forma temporal evitando tener relaciones sexuales los días fértiles de la mujer, o bien recurriendo a métodos de barrera o vaginales en esos días. Algunas parejas recurren a ellos porque son los únicos que acepta la iglesia católica y los prefieren a pesar de su baja efectividad. De

cualquier manera, es muy importante saber su funcionamiento porque permiten conocer mejor nuestro cuerpo y los indicadores de fertilidad, y aun entre adolescentes y jóvenes ayuda a reconocer cuáles son los días del ciclo en que una mujer podría quedar embarazada si tiene relaciones sexuales.

Estos métodos están fundamentados en el conocimiento de la pareja sobre los periodos fértiles e infértiles de la mujer y requieren una gran motivación y acuerdo activo de la pareja para evitar las relaciones sexuales durante varios días. La tasa de embarazos con el uso de estos métodos es muy elevada comparada con otros anticonceptivos, pero si se combina con el condón o los espermicidas (en los días fértiles) su efectividad mejora sustancialmente. En condiciones habituales de uso y con una adecuada preparación de la pareja, la abstinencia periódica puede alcanzar hasta 70 u 80% de efectividad, es decir, ocurren entre 20 a 30 embarazos por cada 100 mujeres que los usan comúnmente, y puede mejorar su efectividad hasta en 10% más cuando se usa con precisión.

Los métodos de abstinencia más utilizados son el calendario o ritmo, la temperatura basal y el moco cervical.

Calendario o ritmo

1. Antes de atenerse a este método, la mujer debe registrar el número de días que tiene cada uno de sus ciclos menstruales al menos durante seis meses. El primer día de sangrado menstrual siempre se cuenta como el día 1.
2. La mujer debe restar 18 del número de días de duración del ciclo más corto que tiene en su registro. Esto le indica aproximadamente cuál es el primer día de su periodo fértil. Luego resta 11 días del número de días de duración del ciclo más largo que tiene en su registro, lo que le indica cuál es el último día de su etapa fértil. Para evitar un embarazo la pareja debe evitar el coito, utilizar un método de barrera o el coito interrumpido durante los días fértiles. Ejemplo: si los ciclos en su registro varían de 26 a 32 días: $26-18=8$, por lo tanto debe evitar el contacto sexual el día 8. Y $32-11=21$, es decir, puede volver a practicar el coito después del día 21.

En este caso hay que evitar las relaciones sexuales sin protección desde el día 8 y hasta el día 21 del ciclo.

Temperatura basal

1. La mujer debe tomar la temperatura de la misma manera, ya sea oral, rectal o vaginal, y a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse de la

cama. Debe saber cómo leer un termómetro y debe registrar su temperatura en un gráfico especial.

2. La temperatura de una mujer sube de 0.2 a 0.5 C (de 0.4 a 1.0 F) cerca del tiempo en que ocurre la ovulación (aproximadamente a mitad del ciclo menstrual).
3. La pareja debe evitar las relaciones sexuales, usar un método de barrera o usar el coito interrumpido desde el primer día de sangrado menstrual hasta que la temperatura de la mujer suba por encima de su temperatura normal y se mantenga elevada por tres días enteros. Estos días señalan que la ovulación ha ocurrido y que ha terminado.
4. Después de estos tres días, la pareja puede tener relaciones sexuales sin necesidad de protegerse por los siguientes 10 o 12 días hasta que comience la próxima menstruación.

Moco cervical o Billings

1. La mujer revisa cada día si tiene secreciones cervicales. Puede que sienta humedad en la abertura de su vagina o que vea secreciones en el dedo, en su pantaleta o en el papel higiénico. Ni bien advierte la presencia de cualquier secreción, la pareja evita el coito, utiliza un método de barrera o utiliza el coito interrumpido
2. Las secreciones tienen un día en que alcanzan su punto máximo y son más resbalosas, estirables y húmedas. La pareja continúa evitando el coito, utilizando el coito interrumpido o usando un método de barrera hasta cuatro días después del día pico.
3. Pasando algunos días, las secreciones se tornan pegajosas, pastosas o tienen la consistencia de migas, o bien la mujer no presenta secreción alguna. La pareja puede tener relaciones sexuales hasta que el sangrado menstrual comencé nuevamente.
4. Algunos capacitadores recomiendan que las parejas eviten el coito sin protección durante el sangrado menstrual porque podría ser difícil notar las secreciones cervicales. Sin embargo, las probabilidades de que la mujer quede encinta durante los primeros cinco o seis días del ciclo son mínimos.
5. Una vez que el sangrado menstrual termina, es posible que la mujer no tenga secreciones por varios días. Comúnmente el coito se considera

seguro durante este periodo; no obstante, debería limitarse a “un día sí y un día no” porque los fluidos vaginales y el semen podrían confundirse con las secreciones. El patrón normal de secreciones de una mujer puede también verse afectado por los espermicidas, las infecciones vaginales y algunos medicamentos. La pareja no debe practicar el coito vaginal sin precaución si no sabe con certeza si hay secreciones.

Esterilización permanente

La esterilización es el procedimiento quirúrgico para obtener anticoncepción permanente para quienes no desean tener hijos, o ya tienen los que querían. Se trata de un método que no se recomienda a jóvenes, con el fin de evitar que una decisión tan definitiva pueda cambiar más tarde, ya que prácticamente es un método irreversible (aunque técnicamente es posible revertirla, el procedimiento es difícil, costoso y no garantiza éxito).

La esterilización femenina es una operación simple y sin riesgo que se conoce como ligadura de trompas o salpingoclasia. Usualmente puede realizarse con anestesia local y sedación leve y requiere procedimientos apropiados para la prevención de infecciones. Las dos técnicas más comunes que se utilizan son la minilaparotomía y la laparoscopia. Consiste en que el proveedor de salud realiza una pequeña incisión en el abdomen de la mujer para bloquear o cortar las trompas de Falopio para evitar que los óvulos lleguen al útero, aunque la mujer continúa presentando sus periodos menstruales. Con las trompas bloqueadas el óvulo no puede encontrarse con los espermatozoides. Su efectividad es muy alta y depende de la técnica usada. Se habla de 0.5%, es decir, que en el primer año después el procedimiento ocurre un embarazo por cada 200 mujeres.

La esterilización masculina, también conocida como vasectomía, provee anticoncepción permanente a los hombres. Es un procedimiento quirúrgico, simple y rápido que puede hacerse en una clínica o en un consultorio que cumpla con los requisitos para la adecuada prevención de infecciones. No es una castración, no afecta los testículos y tampoco afecta la capacidad sexual.

Consiste en que personal de salud realiza una pequeña incisión en el escroto del hombre (bolsa de piel que recubre los testículos) bloqueando los dos conductos que llevan los espermatozoides desde los testículos, con lo que se impide que el semen contenga espermatozoides, es decir, el hombre continúa teniendo erecciones y eyaculando semen después de la operación, pero no podrá embarazar a una mujer porque su semen ya no contiene espermatozoides. Es un

procedimiento muy efectivo con 0.15% de efectividad, es decir, que un año después de su aplicación ocurre un embarazo por cada 700 hombres.

Microbicidas

Actualmente se están investigando más de 50 sustancias experimentales como microbicidas vaginales para proteger contra infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo VIH/sida. Se trata de una alternativa para poblaciones cuya cultura dificulta enormemente la exigencia del uso del condón, entre mujeres que renuncian a exigir su uso y sobre todo entre mujeres que quieren protegerse de las infecciones sexuales cuando deciden embarazarse.

El microbicida puede ser un método de protección para las parejas que no usan condones, los cuales representan la protección más eficaz contra las ITS. El microbicida es una sustancia que reduce el contagio de una ITS cuando se aplica en la vagina o el recto. Se fabrica en varias presentaciones, como gel, crema, supositorio, lubricante o en forma de esponja o anillo vaginal que libera lentamente el ingrediente activo en un periodo de tiempo.

Los microbicidas obran de cuatro maneras. Pueden matar o inmovilizar a los agentes patógenos, crear una barrera entre el microbio y los tejidos, estimular el propio sistema defensivo de la vagina o evitar que se establezca una infección después de haber entrado en el cuerpo al impedir la replicación viral. Algunos microbicidas podrían potencialmente combinar mecanismos para lograr una mayor eficacia.

Pero los investigadores no esperan que los primeros microbicidas protejan completamente contra las ITS. Un microbicida que tuviera una eficacia de 30 a 40% sería útil desde el punto de vista de la salud pública por su potencial para frenar la epidemia del VIH/sida, pero es indispensable conocer el margen de falla.

Los espermicidas disponibles en el comercio protegen contra las ITS y pueden considerarse microbicidas vaginales. El nonoxinol-9, el cloruro de benzalkonio y el octaxinol-9 se están sometiendo a pruebas. El nonoxinol-9 tiene potencial de ser un microbicida eficaz porque destruye las membranas externas de las bacterias y los virus. Sin embargo, el uso frecuente de esta sustancia irrita el recubrimiento vaginal, con lo que se facilita a los agentes patógenos entrar en la corriente sanguínea de la mujer. Otros estudios reportan un efecto protector contra la gonorrea y la clamidia, pero otros estudios muestran que no agrega mayor protección que la que ofrece el uso del condón solo.

El aborto

Para ser mamá o para ser papá, hay que ser capaces de amar y de cuidar a alguien más que a uno mismo, hasta que pueda valerse por sí mismo.

No todas las personas estamos preparadas para tener hijos, ni para tenerlos en cualquier momento. De ahí la importancia de utilizar métodos anticonceptivos y la necesidad de tener abierta la opción del aborto, como último recurso. Es tan valioso y significativo el acto de trascender la vida, la decisión de ser madre o padre que, en muchas ocasiones, esa gran emoción nos impide analizar con serenidad una acción tan distinta como es la de abortar. Así como tener un hijo compromete los recursos y los márgenes de la realización personal, interrumpir un embarazo es también un acto de gran responsabilidad. Se trata de una resolución, cuando se decide justamente, que no se está en condiciones de traer un hijo al mundo ni de apoyarlo por el resto de su vida.

Cuando no hay condiciones y por alguna razón ocurre un embarazo imprevisto, el aborto impide una maternidad no deseada. En tales casos, abortar es dar impulso a la continuación de un ciclo de vida favorable a la madre, y en muchas ocasiones también al padre; se trata de un acto de libre conciencia en que se reconoce que todo ser humano, sea la madre, el padre o el futuro ser en potencia, tienen derecho a tener una vida digna, a ser deseados y a contar con opciones para desarrollarse.

Se estima que se realizan en el mundo 44 millones de abortos anuales en el mundo. En Canadá, Estados Unidos, en Europa, en la mayoría de los países de Asia y en algunos de África se realizan legalmente, con tecnología segura y por proveedores profesionales certificados, tal es el caso también de Cuba y de algunos países angloparlantes del Caribe. Las mujeres que se realizan un aborto seguro en condiciones legales no arriesgan su vida ni su salud. Las tasas de aborto más bajas del mundo se encuentran en Europa occidental (entre 8 y 12 por cada 1000 mujeres), donde el procedimiento es legal y ampliamente accesible, pero además, lugares donde los niveles de uso de anticonceptivos eficaces son altos y la tasa de embarazos no planeados es baja.

Excepcionalmente el aborto es libre en la Ciudad de México desde el 2007, porque en la región Latinoamericana se trata de una práctica altamente restringida. Sin embargo, está demostrado que la mejor forma de reducir el número de abortos no es prohibiéndolo, sino ayudando primero a las mujeres a evitar embarazos no planeados. En el mundo en vías de desarrollo, hay 222 millones de mujeres que desean evitar un embarazo pero no están usando un método anticonceptivo moderno, si las necesidades en planificación familiar de estas mujeres se satisficieran, los resultados serían espectaculares. El número anual de embarazos no planeados se reduciría de 80 millones a 26 millones, y habría 26 millones de abortos menos cada año, además se podría salvar la vida de miles de mujeres.

En aquellos lugares donde el aborto es ilegal, muchas mujeres recurren de todas formas a este procedimiento, incluso cuando eso significa violar la ley. De hecho, no hay una relación determinante entre el estatus legal del aborto y la frecuencia con la que éste se lleva a cabo. Al contrario de lo que se piensa, América Latina tiene los niveles más elevados de abortos del mundo con una tasa de 31 por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva, en África es de 28 por 1000 al igual que en Asia, hablamos de los territorios ilegales e inseguros.

El patrón observado es que a mayor restricción de las leyes de aborto, mayor la tasa de incidencia. Penalizar el aborto no impide que éste se lleve a cabo, pero sí conduce a realizarlo en la clandestinidad y sin seguridad. El aborto inseguro es una de las principales causas de muerte materna. Cada año, 47,000 mujeres mueren por complicaciones derivadas del aborto inseguro. Casi todas estas muertes se producen en países con leyes de aborto restrictivas, millones de mujeres más resultan heridas, algunas de forma grave y permanente.

Para reducir las enfermedades y las muertes maternas, es fundamental asegurarse de que las mujeres que lo necesitan tengan acceso a un tratamiento médico después de un aborto inseguro. Pero esto es sólo el primer paso. En todos

los países, incluso en aquellos con los niveles más altos de educación sexual y uso de anticonceptivos, existe la necesidad del aborto legal como último recurso, porque decidir tener o no tener un hijo es un derecho fundamental de toda mujer, y porque es necesario evitar que el aborto ponga en peligro la salud o la vida de las mujeres.

En América Latina la incidencia del aborto inducido aumentó ligeramente entre 2003 y 2008, de 4.1 millones a 4.4 millones, 95 por ciento de esos abortos fueron inseguros, lo atiende personal sin habilidades médicas y en ambientes sin estándares médicos mínimos, solo dos de cada mil abortos se realizan en condiciones de seguridad en esta región, principalmente los que se realizan en la Ciudad de México, y también en Colombia, como resultado de la amplia interpretación de una ley que abre la posibilidad de abortos por la causal de salud.

En la mayoría de los países de la región las mujeres que buscan abortos recurren a proveedores tradicionales, comadronas o médicos no entrenados, muchos de los cuales emplean técnicas inseguras. Algunas mujeres tratan de autoinducirse el aborto usando métodos peligrosos o recurriendo a medicamentos comprados en farmacias, cuyo mal manejo las coloca en altos riesgos.

Para hacer frente a las desproporcionadamente altas tasas de morbilidad y mortalidad derivadas del aborto inseguro en mujeres pobres y del medio rural, el acceso a la planificación familiar y la atención post-aborto deben ser más equitativos. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) en seguimiento a la Convención de la Organización de las Naciones Unidas, establece en su Recomendación General 24 sobre la Mujer y la Salud que la negación de servicios de salud que sólo las mujeres necesitan es discriminación, la prohibición total del aborto viola los derechos humanos de las mujeres, éste debería estar permitido y ser accesible al menos en los casos de embarazos producto de una violación sexual, de malformaciones incompatibles con la vida, y cuando la vida y la salud de la mujeres estén en riesgo.

Entre las jóvenes es más común la necesidad de abortar en condiciones ilegales y peligrosas, porque las jóvenes suelen tomar más tiempo en reconocer o aceptar un embarazo y demoran más en tomar la decisión para solicitar servicios de aborto, y cuando el embarazo está más avanzado el riesgo para la salud es mayor.

Situación del aborto en México

En México se registra un aumento en la incidencia de abortos, en el 1990 se

calculó en poco más de 500,000 el número de abortos anuales, 25 por cada mil mujeres, pero en el 2009 la tasa de abortos inducidos fue de 38 por cada mil mujeres entre 15 y 44 años, lo que se traduce 1,025,669 abortos inducidos, en algunas entidades federativas se registraron tasas muy altas de abortos inducidos en adolescentes. Una de cada seis mujeres que se realizan un aborto clandestino obtiene atención hospitalaria, las atenciones hospitalarias por aborto han ido también en aumento.

En todas las entidades del país ocurren abortos inducidos, en las regiones socioeconómicamente más desarrolladas se presentan tasas de aborto inducido más elevadas, lo cual se explica por que en estos grupo hay mayor motivación a tener menor número de hijos y a espaciarlos, donde más ocurre es entre jóvenes de 19 a 24 años. Aun cuando los abortos ilegales se realicen en condiciones seguras, las mujeres que se someten a un aborto clandestino en el interior del país se encuentran expuestas a ser sujetas de procesos penales cuya resolución puede constituir penas que van desde multas, tratamientos médicos o pérdida de la libertad. En el periodo del 1 de abril de 2007 al 31 de julio de 2012 en 19 entidades federativas existen 127 sentencias por el delito de aborto. A partir de la aprobación de las reformas constitucionales en varios estados que protegen la vida desde la concepción, durante el periodo 2009-2011, 679 mujeres han sido denunciadas por el delito de aborto, es decir, 226.3 mujeres en promedio al año. Se trata de una situación muy injusta.

Dilemas laicos y religiosos sobre el comienzo de la vida

En las sociedades contemporáneas plurales las decisiones éticas sobre el aborto deben fundamentarse en el respeto genuino de los valores de las personas y los grupos, y en una congruente claridad sobre los propios valores, sin prejuicios ni dogmatismos.

Aunque la diversidad de puntos de vista al respecto es amplia existen algunos planteamientos comunes. En principio, todo mundo parece estar de acuerdo en que la vida debe ser protegida, estimulada e impulsada. La vida vegetal y animal nos identifica a los seres humanos con la naturaleza, como parte integral debemos reconocernos en ella, preservarla y protegerla tanto como a nosotros mismos.

Esta identificación no significa que no podamos distinguir las diferentes necesidades que exige “la vida humana”. Lo que nos distingue a los seres humanos de otros seres vivos es la capacidad de conciencia. La conciencia se desarrolla en nuestra corteza cerebral que es la parte pensante de nuestro cerebro, y es la que nos diferencia biológicamente del resto de los animales y de las plantas.

Con base en esas diferencias, hay que aclarar a quienes piensan que el aborto es un atentado contra la vida humana, que no es posible afirmar que ésta comienza en el momento de la concepción. Desde el punto de vista biológico, la vida humana no comienza en un momento dado sino que se transmite, toda vida proviene de vida preexistente. Para las mujeres y los hombres, transmitir la vida es un acto de gran trascendencia porque puede contribuir sustancialmente a la realización de la maternidad o de la paternidad y a la construcción de relaciones afectivas muy especiales para la convivencia y la felicidad. Por eso es importante comprender que el proceso de transmisión de la vida puede comenzar a partir de un óvulo fecundado o huevo que es como una semilla germinada, pero que debe recorrer un largo camino para convertirse en vida humana o persona. Afirmar que un huevo fertilizado es una persona, es una confusión conceptual; es tanto como decir que una bellota es un roble o que un huevo de gallina es lo mismo que un pollo.

Para que un óvulo fecundado se convierta en un ser humano debe atravesar un largo proceso, es decir, hacerse un embrión y más tarde convertirse en feto, y una vez superada esta etapa, tiene que desarrollar un sistema nervioso suficientemente fuerte como para poder sentir y pensar. La actividad cerebral se empieza a consolidar hasta el quinto mes del embarazo y no antes.

Como resultado de un estudio exhaustivo de este proceso, en los países donde se ha legalizado el aborto (los países industrializados y los caracterizados como “socialismo real”) se han establecido los primeros cinco meses como el lapso en que el embrión no tiene posibilidad de sentir, y en el que *la interrupción del embarazo suspende un proceso reproductivo antes de que exista la persona*. Es entonces cuando puede practicarse un aborto sin mayor dilación.

Para los científicos de la filogenética se necesita un cierto grado de desarrollo del producto para que éste pueda considerarse “humano”. El cigoto no lo es, pero sí lo es el embrión ya cerebrado. Otros no pueden establecer líneas claramente distintas en la continuación del desarrollo embrionario, pero concluyen que el embrión es un ser humano desde las 20 semanas.

Para quienes creen que la información genética contenida en un óvulo fecundado constituye en sí misma una persona, deben considerar que tal información se da también en cualquier animal, por ejemplo, en un pollo, y nadie considera que sacrificar a un pollo para comérselo es un asesinato. Por razones naturales, un tercio de huevos fertilizados son abortados espontáneamente del útero femenino aunque sean proyectos genéticos únicos, pero que para nadie son considerados como pérdida de personas. Este juicio equivaldría a confundir un ser potencial en un ser de hecho. Como se ha señalado, emplear el argumento de la individualidad genética para afirmar que la persona surge en el momento de la concepción es negar lo que la mayoría de las personas consideramos como “ser persona”: la presencia de la conciencia.

Para fundamentar la despenalización del aborto en Canadá, la Asociación Médica Canadiense identificó la vida cerebral fetal como el inicio de la vida de una persona. La capacidad de la corteza cerebral de conectar los circuitos de las células nerviosas comienza a producirse entre las 24 y las 26 semanas de embarazo, y por precaución se prefiere marcar la frontera para los abortos legales un poco antes, es decir, a las 20 semanas. De acuerdo con los estudios neurológicos no es posible que un embrión pueda sentir dolor durante los primeros tres meses de gestación, pues no tiene el desarrollo sensorial para tener actividad neurológica. Las respuestas de un embrión o feto a los estímulos son reflejos sin sensación ni conciencia. Con base en esos estudios y argumentaciones, y ante la necesidad de respetar los derechos humanos de las mujeres, en la mayoría de los países en los cuales el aborto está legalizado, se permite la interrupción del embarazo antes de los tres meses, y de esta manera se asegura el respeto a la decisión de la mujer sin causar dolor al producto ni afectar ningún derecho, al no haber todavía un nuevo ser humano.

Religión, iglesias y aborto

No hay duda que en los países de América Latina las iglesias siguen ejerciendo gran influencia en las creencias trascendentales y en la reproducción de ritos vinculados con los ciclos de vida y muerte, pero también ocurre que la religiosidad ha ido perdiendo importancia en las decisiones gubernamentales y particularmente sobre la sexualidad y los usos del cuerpo. Entre las nuevas generaciones hay una nueva visión, se ejercitan actitudes reflexivas y un discurso colectivo contestatario ante las imposiciones de las iglesias y las familias, así como una posición de respeto a la aplicación de códigos distintos e individualizados. La iglesia ha dejado de ser una fuente de orientación sexual entre jóvenes, en tanto la escuela y el personal de salud don los principales agentes de educación sexual e información

científica, aunque ésta es todavía insuficiente, de acuerdo a la percepción de los propios jóvenes.

Un mundo globalizado, con amplios contactos hacia otras culturas ya sea por migración, viajes, escuela, medios de comunicación y redes electrónicas, favorece una ponderación racional de las regulaciones religiosas y una apropiación selectiva de las normas. Pero los progresos en el ejercicio de los derechos sexuales que ha ido propiciando una sociedad secularizada entre los jóvenes han sido muy lentos y hoy se encuentran amenazados por lo que se ha denominado “la nueva derecha”, es decir, una alianza entre políticos, empresarios y jefes de las iglesias.

Según la teología del cuerpo el deseo o apetito sexual desordenado está presente en el hombre y en la mujer desde el pecado original, un perpetuo estado de insatisfacción al cual es preciso oponer la continencia, las estrictas reglas de castidad y de virginidad exigen circunscribir toda práctica sexual dentro de la unión conyugal heterosexual, perpetua y bendecida por Dios. En cada ser humano hay un potencial creador al hacer el amor de ahí la prohibición de cualquier acto que impida la procreación, y el rechazo a la anticoncepción, al uso de condones para prevenir la transmisión del VIH/sida, a las prácticas homosexuales, la educación sexual y a la despenalización del aborto, aspectos que han dominado la agenda de la jerarquía de la Iglesia Católica hasta límites no conocidos en su historia. Las disidencias de las enseñanzas de la iglesia católica en cuanto a sexualidad y reproducción aumentan, y la cruzada de la jerarquía para restaurar lo que considera el orden moral tradicional, se ha intensificado.

Pero al mismo tiempo, en el nuevo milenio hay una feigresía católica progresista que denuncia el interés central de la nueva cruzada del Vaticano centrada en el tema del aborto, así como el desconocimiento de la riqueza y variedad de posiciones teológicas que se han construido en la larga historia de ese linaje religioso. En palabras de una líder del movimiento Católicas por el Derecho a Decidir, la maestra María Consuelo Mejía expresa la manera como la ética de la reproducción, la sexualidad, y la posición de las mujeres han sido las principales áreas de controversia en el Vaticano.

En los primeros siglos de la cristiandad (hacia el 600 d.C.), la condena al aborto partía del hecho de que practicarle ocultaba la evidencia de fornicación y adulterio, o porque demostraba la intención de separar la genitalidad de la procreación. Múltiples registros de las condenas al aborto se basan en que los clérigos, aunque no creían que el feto era una vida humana, sí pensaban que quienes abortaban eran culpables de elegir pecaminosamente el sexo para el placer y no para la

procreación. También había condenas hacia las mujeres por intentar ejercer control sobre su cuerpo y su fertilidad.

Sin embargo los más importantes teólogos, en quienes se basa la doctrina de la iglesia católica, no condenaron el aborto. Santo Tomás de Aquino (1127-1174) creía en la *hominización tardía* del producto de la concepción, es decir, en el ingreso tardío del alma al cuerpo: “en las primeras etapas el aborto no es homicidio pues la *hominización* ocurre 40 días después de la concepción en los varones y 80 días después en las mujeres.” San Agustín (354-430), por su parte, estaba seguro de que dicho fenómeno no se presentaba sino hasta un tiempo después de la concepción y sostenía en consecuencia: “Según la ley, el acto del aborto no se considera homicidio porque aún no se puede decir que haya un alma viva en un cuerpo que carece de sensación, ya que todavía no se ha formado la carne y no está dotada de sentidos.” Uno de los principales argumentos de esa teoría era que la santidad del alma, la forma sustancial, solamente puede estar presente en un cuerpo capaz de recibirla, un cuerpo que se ha desarrollado más allá de los niveles iniciales del embarazo: la mayoría de los teólogos de esa época compartían estas opiniones.

Fue hasta 1869 cuando se reemplazaron estas teorías por las de la *hominización inmediata*, cuando Pío IX publica la declaración *Apostolica Sedis* en la cual se castiga el aborto en cualquier momento del embarazo con pena de excomunión al considerarlo homicidio, que es la posición que sostienen los actuales jefes de la iglesia.

El mayor problema con esas posiciones es que están en conflicto con hechos biológicos reconocidos universalmente: mientras que la iglesia institucional afirma que existe una persona humana completa y única desde el momento de la concepción, la genética y la biología nos dicen que un determinado porcentaje de esas “personas” alcanza edad gestacional de hasta diez días antes de dividirse, por ejemplo, para crear gemelos idénticos, con lo cual reconocemos que antes no hay personas sin en todo caso “medias personas”. Más recientemente en la “Declaración sobre el aborto” promulgada en 1974 por la Sagrada Congregación de la Doctrina de la Fe –el Oficio de la Inquisición–, la jerarquía admite que no sabe exactamente cuándo un embrión se convierte en ser humano, ya que “ni la ciencia ni la medicina han podido determinar este hecho”, se afirma que es una cuestión teológica sobre la cual no hay acuerdo en la iglesia.

Dentro de la teología católica, hay verdades “infalibles” que constituyen un credo y son producto de la tradición y enseñanza acumuladas por siglos; y hay verdades con menor rango que se refieren a las declaraciones de algún Papa en particular. Uno de los usos distorsionados de la idea de infalibilidad es pretender que la

condena del aborto haya sido una declaración infalible desde el siglo pasado, aunque el Código de Ley Canónica de 1917 castigue con la excomunión a la mujer que cometa un aborto y a quien le ayude. La propaganda ha hecho creer que la prohibición y las enseñanzas contra el aborto son una declaración de infalibilidad papal y que la excomunión se aplica sin atenuantes y de manera automática, cuando en realidad ocurre lo contrario: en el Código de Derecho Canónico revisado por el Concilio Vaticano II se establecen atenuantes que exculpan de la pena de excomunión a la gran mayoría de las mujeres que abortan “cuando no le es gravemente imputable por dolo o culpa, si aún no había cumplido 16 años, si ignoraba sin culpa que estaba infringiendo una ley o precepto, si obró por violencia, o si actuó por miedo grave, aunque lo fuera sólo relativamente, o por necesidad, o para evitar un grave perjuicio, si el delito es intrínsecamente malo o redundante en daño de las almas”.

Otro principio de la iglesia católica que sigue vigente es el del probabilismo, que se basa en la convicción de que no puede imponerse una regla moral de la que se tengan dudas razonables, como si en verdad fuera cierta o bastara la costumbre o la autoridad para validarla. Ubi dubium, ibi libertas, que significa “donde hay dudas hay libertad”. Desde el punto de vista del creyente el probabilismo significa que la formación de una decisión moral está, a final de cuentas, en manos de quien debe tomarla. Se trata de un principio opuesto a la autoridad, la probabilidad debe brotar de una convicción que se elabora en la propia conciencia o a la que se arriba con auxilio de los expertos o expertas católicas. Es un principio que facilita el derecho a disentir de la enseñanza de la jerarquía eclesiástica siempre y cuando la probabilidad se alcance de manera sólida.

Con base en las precedentes argumentaciones teológico-católicas, las mujeres que se han visto enfrentadas a la decisión de abortar, si están convencidas de que han seguido los dictados de su conciencia, han tomado una decisión moralmente válida. Se trata, en todo caso, de afirmar la capacidad moral de mujeres y hombres para tomar decisiones autónomas y responsables en todos los aspectos de sus vidas, de acuerdo con la libertad de conciencia propia de personas creadas a imagen y semejanza de Dios, con voluntad de discernimiento, aun si estas decisiones no corresponden con las enseñanzas morales de una jerarquía anclada en otros tiempos.

Efectos del aborto en la salud mental

Los efectos en la salud mental son distintos cuando se decide suspender el embarazo, continuarlo o dar en adopción al bebé.

El efecto depresivo post-aborto se presenta en el 20 por ciento de los casos, pero es menor que el efecto post-parto, el cual se presenta en el 70 por ciento de los casos, algunos estudios muestran que en ambas situaciones la experiencia se asimila seis meses después.

Otro estudio encontró que los embarazos no planificados aumentan cuatro veces el riesgo de padecer depresión postparto y tienen consecuencias a largo plazo en la salud de la madre. Algunos estudios longitudinales reportan que en el caso de maternidad no deseada se presenta baja calidad de relación a lo largo del ciclo de vida entre madres e hijos no deseados, se reportan mayores problemas en el desarrollo de los niños/as y se ha llegado a señalar una mayor probabilidad de ser víctimas de abuso sexual.

Desde 1989, tanto la American Psychological Association como la American Psychiatric Association concluyeron que el aborto legal no crea daño psicológico y que algunos efectos emocionales del aborto son relativamente benignos: representa una experiencia de maduración para algunas mujeres, la mayoría tendrá hijos más tarde, quienes acceden a un aborto suelen tener mayor autoestima que las que se niegan a terminar un embarazo no deseado.

Un más reciente estudio longitudinal realizado con mujeres danesas demostró que no hay evidencia de problemas mentales post aborto. Se estudió a quienes se realizaron por primera vez un aborto en el primer trimestre del embarazo en comparación con quienes tuvieron su primer hijo durante 1995 y 2007. Se encontró que la tasa de contacto psiquiátrico no varía al comparar nueve meses antes y 12 meses después del aborto, y sin embargo aumenta en las mujeres que dieron a luz un hijo. Sólo en algunos casos hay efectos psicológicos severos después del aborto, los factores relacionados con estos efectos son: retraso en la solicitud del aborto, aborto forzado ante un embarazo deseado, presencia de depresión y problemas psiquiátricos preexistentes, así como mujeres con una percepción conflictiva hacia el aborto. La situación de ilegalidad también puede afectar negativamente.

El peor impacto en la salud mental ocurre en el caso de la adopción, un estudio encontró que 95 por ciento de mujeres que dieron en adopción un hijo no deseado presentan sufrimiento y sentimientos de pérdida, una tercera parte hasta 15 años después de haberlo hecho, se trata de una experiencia comparable a la pérdida de un hijo por fallecimiento.

Hombres frente al aborto

En la decisión de continuar un embarazo o abortar hay papeles distintos entre la mujer embarazada y el progenitor. Se presenta un dilema crítico entre el derecho a la autodeterminación del cuerpo de la mujer y el derecho del progenitor a opinar y participar en tal decisión. En relaciones caracterizadas por la subordinación femenina, la posición del novio o esposo ha sido un factor determinante para rechazar o aprobar la continuidad de un embarazo. Pero si se aspira a relaciones de género equitativas es necesario empoderar a las mujeres para que ejerzan el derecho a decidir sobre su cuerpo así como propiciar una actitud responsable y solidaria del hombre, frente a la compañera que embarazó.

En entrevistas realizadas con hombres mexicanos se encontró que les es muy difícil entender cómo deben actuar ante un aborto, precisamente porque la experiencia reproductiva no es de ellos sino de ellas, pero lo interesante es que reconocen que le exigían a su compañera que comprendiera que no sabían cómo actuar porque ellos no lo estaban viviendo, es decir, que para ellos es muy incierta la forma de interactuar ante la experiencia de un aborto.

Un estudio de opinión realizado en Buenos Aires encontró tres tipos de respuestas frente al aborto. Los varones consideraron que el aborto de una mujer violada es una situación límite, y en tales casos la vida de la mujer es prioritaria a la del feto; posiciones encontradas de acuerdo y desacuerdo frente a los casos en que la mujer optara por el aborto ante riesgos de salud mental durante el embarazo y por ir contra su autodeterminación, algunos consideran motivos más que suficientes para abortar. Pero la mayoría de los entrevistados se mostraron en desacuerdo con interrumpir un embarazo que fuera consecuencia de la falla de un método anticonceptivo. En este último caso la opción que señalaron es “hacerse cargo”, dicha argumentación niega el compromiso que les cabe a los varones por el uso de métodos anticonceptivos, como si la mujer que decide interrumpir un embarazo no estuviera haciéndose cargo de las consecuencias.

Los hombres son seres que se reproducen y no solo acompañantes de una mujer que se reproduce, reconocer su papel como actores protagónicos al tener relaciones sexuales implica asumir su responsabilidad en la prevención o falta de prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual, así como su derecho a participar en la negociación para decidir el uso de anticonceptivos, recurrir al aborto o la continuidad de un embarazo. Sin embargo, se debe reconocer la primacía en la mujer, porque es ella quien alberga en su cuerpo el embarazo, así que la actitud más responsable la detenta el hombre que reconoce y respeta el derecho que tiene su compañera para decidir sobre su cuerpo. En el caso de que ella decide ser madre, él está obligado a responsabilizarse junto con ella del parto y la crianza del hijo, y en el caso de abortar él tendría que sostener el proceso: brindar apoyo emocional, económico (para pago del aborto) y cuidados

de la salud. Más tarde, colaborar en la prevención mediante el uso de anticonceptivos para evitar futuros embarazos, así como mantener su colaboración en las labores de cuidado y de crianza de los hijos, cuando es el caso.

El aborto disminuye la delincuencia.

Un conocido estudio encontró que el aborto legal resulta en menor delincuencia a mediano plazo. Tal es la ecuación demostrada por John Donohue y Stephen Levitt, profesor de la Universidad de Yale, Stanford y Harvard, el primero, y del Massachusetts Institute of Technology y Chicago, el segundo. Los dos economistas habían enfocado sus estudios al impacto de las políticas públicas en el empleo, la violencia y la delincuencia, sin embargo, al no encontrar una explicación satisfactoria sobre el persistente decremento del crimen en cinco entidades de los Estados Unidos y ante la casi nula correlación con factores generalmente asociados (número de policías, tasa de desempleo, la tasa de pobreza o estrategias específicas para mejorar el trabajo policiaco) se dieron a la tarea de profundizar en el análisis de otros indicadores. Cual no sería su sorpresa al descubrir que la única variable explicativa era el acceso a servicios de aborto legal. El estudio "*El impacto de la legalización del aborto en la delincuencia*" fue publicado en mayo del 2001 por el *Quarterly Journal of Economics*, y ofrece evidencia de que la legalización del aborto contribuye significativamente a la reducción de la delincuencia. Aquí las conclusiones: en los cinco estados donde se inició desde 1969 la liberalización del aborto (Nueva York, Washington, Alaska, Hawai y California) la reducción de la delincuencia comenzó más tempranamente que en el resto. Los estados con tasas más altas de aborto en los años 70 y 80 presentan las mayores reducciones de delitos en los 90, veinte años después; en otros se registra un declive del crimen entre jóvenes que nacieron posteriormente a la legalización nacional del aborto, y que presentaron una alta incidencia de aborto, llevando control estadístico sobre el factor del *boom* económico. Entre las correlaciones importantes hay que señalar que la edad pico para la actividad criminal se ubica entre los 18 y los 24 años, que es el tiempo relativo en que empezó a declinar la delincuencia, y que se presentaron tasas desproporcionadamente altas de aborto entre madres pobres y con baja escolaridad, cuyos hijos califican con probabilidad estadística para convertirse en delincuentes, así que el estudio también enfatiza que el riesgo de criminalidad sigue siendo una de las consecuencias de la inequidad social.

Los investigadores afirman: "Nosotros solamente encontramos que los niños no deseados son más propensos a cometer delitos que los que fueron deseados" y ante discusiones sobre posibles intereses ideológicos o clasistas se defienden: "No consideramos que abortar sea un buen método para prevenir el delito". El estudio concluye que la legalización del aborto da cuenta de 50 por ciento de la reciente reducción de los delitos (sobre todo homicidio, robo y violencia) y que la evidencia es consistente: se reducen las tasas con un intervalo de 20 años. "Aunque ese descenso es un fenómeno muy positivo -señalan los autores-, el vínculo entre el aborto y el crimen no debe ser interpretado como respaldo al aborto ni como un llamado a la intervención del Estado en decisiones que sólo competen a las mujeres. Es necesario considerar que las opciones de vida de quienes nacen únicamente porque sus madres no pudieron abortar son relativamente opacadas frente a los bebés que sí fueron deseados, y cuya probabilidad de ser delincuentes es baja."

Tecnologías para el aborto

Existen abortos espontáneos y abortos inducidos. El aborto espontáneo es cuando un embrión o un feto muere en el útero y el cuerpo lo expulsa. El aborto inducido es cuando se actúa para terminar el curso de un embarazo, en la mayoría de los casos es por voluntad de la mujer, aunque hay casos en que ella es obligada.

Importa conocer cuáles son las principales señales de embarazo:

- Retraso del periodo menstrual.
- Sensibilidad en los senos.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Alteración en el peso corporal.
- Cansancio constante.
- Cambios de humor.
- Cambios de apetito.
- Orina con más frecuencia.

Las señales tardías de embarazo son:

- Senos más grandes.
- Pezones más oscuros.
- Mayor secreción vaginal.
- Aumento de volumen en el abdomen.
- Movimientos del producto.
- Para confirmar un embarazo hay que hacerse pruebas de laboratorio.

La mayoría de los abortos inducidos son realizados durante el primer trimestre del embarazo, es decir, en los primeros tres meses del embarazo, pero también se realizan en el cuarto y quinto mes. Después de la semana 20 o 22, cuando un producto no puede sobrevivir, la interrupción de un embarazo se considera médicamente como muerte fetal y no como aborto. El aborto puede ser peligroso si no se practica con personal capacitado y con equipo médico adecuado. Los métodos más seguros son los quirúrgicos y los que actúan por medicamentos, aunque ninguno está exento de complicaciones.

Aborto quirúrgico

El aborto quirúrgico es casi 100% efectivo, ya que 99% de los procedimientos son exitosos. Los abortos quirúrgicos pueden hacerse recurriendo a cuatro técnicas diferentes dependiendo del tiempo del embarazo: aspiración manual endouterina (AMEU), legrado o curetaje, dilatación y evacuación (DyE), e inducción.

Aspiración manual endouterina (AMEU)

Este método puede hacerse desde el momento en que una mujer sospecha que está embarazada, hasta aproximadamente diez semanas después de su última regla. El cuello del útero se dilata y el útero se vacía con una jeringa manual. Es una técnica que se utiliza también cuando la mujer ha perdido su gestación, o bien si se requiere tomar un tejido dentro de la matriz para hacer una biopsia. Permite extraer del útero algún tejido que es necesario para evitar infecciones o

sangrados, y hasta aquéllos con riesgo de perder la vida. La AMEU puede salvar la vida de la paciente al evitar hemorragias y frente al shock hipoglucémico con el que muchas mujeres llegan a los centros de salud.

El procedimiento toma aproximadamente diez minutos. Actúa a través de una jeringa que aspira y al cerrar sus válvulas produce un vacío que hace posible la extracción del tejido a través de una cánula. La perforación del útero es menos probable que en el legrado que usa instrumental metálico.

IMÁGEN a Tejido embrionario, b Cánula de aspiración, c Pinza, d Espejo

IMAGEN Aspiración manual endouterina (AMEU)... Etapas del aborto. De 0 semanas a 28..._

Legrado o curetaje

Es un método que se utilizaba con frecuencia antes del desarrollo de las técnicas de aspiración. Se hace entre seis y 14 semanas después de la última regla. El procedimiento toma aproximadamente diez minutos pero requiere hospitalización. Generalmente se usa un anestésico local que se inyecta dentro o cerca del cuello del útero. También se pueden usar analgésicos inyectables, anestesia general o por bloqueo. La abertura del cuello del útero se distiende gradualmente. Uno por uno se introducen en la abertura una serie de dilatadores progresivamente más gruesos. El más grueso tiene el grosor de una pluma fuente. Como una alternativa, se utilizan dilatadores absorbentes para estirar la abertura del cuello del útero. Los dilatadores absorben los fluidos del área de la abertura y la estiran conforme se van expandiendo. Si la mujer se va a su casa con los dilatadores introducidos, se la dará instrucciones sobre cómo cuidarse hasta que regrese para el aborto.

Es posible que reciba antibióticos para prevenir una infección. La dilatación gradual es menos peligrosa que hacer la dilatación toda de una vez. Sin embargo, algunas mujeres pueden sentir presión o calambres mientras los dilatadores están en el cuello del útero. Después de que la abertura se ha dilatado, un tubo, conectado a una máquina de succión, se introduce en el útero. La máquina succionadora se conecta y el útero comienza a vaciarse suavemente. Para asegurar que se ha vaciado totalmente, después de que se retiró el tubo de

succión se usa una cureta (gancho metálico angosto) para raspar cuidadosamente las paredes del útero.

Dilatación y evacuación (DyE)

La dilatación y evacuación (DyE) se utiliza en embarazos que tienen una duración de entre trece y 16 semanas. Requiere hospitalización y anestesia general, así como un alto nivel de entrenamiento especializado del personal médico. Suele apoyarse con medicamentos que alivien el dolor y prevengan infecciones. El feto y otros productos de la concepción se retiran del útero con aparatos quirúrgicos y con succión. Este procedimiento toma de diez a 20 minutos.

Inducción

Este procedimiento se aplica con muy poca frecuencia y más bien ha sido sustituido por el de dilatación y evacuación. Para hacer una inducción, el doctor puede introducir un medicamento para comenzar las contracciones que expulsarán al feto, o se inyecta una solución de urea o sal en el útero para iniciar las contracciones y causar el parto de un feto muerto. La incomodidad de las contracciones, que generalmente duran de seis a 24 horas, puede atenuarse con medicamentos orales. La inducción generalmente se hace en un hospital y requiere que la paciente pase la noche, o más tiempo, en el hospital.

Complicaciones por aborto quirúrgico

Diversas complicaciones pueden presentarse después de una interrupción del embarazo por vía quirúrgica.

Los problemas que se pueden tener luego de un aborto de cualquier clase se describen a continuación:

- *Infecciones.* Ésta es una de las complicaciones más comunes y es causada por la entrada en el útero de ciertas bacterias. Para evitar el crecimiento de una infección se debe vigilar que no se presente ninguna de las señales de peligro que se enlistan más adelante. Una infección no atendida puede provocar enfermedades serias, esterilidad e incluso la muerte.
- *Retención de tejido.* Puede suceder que después de la intervención queden restos de tejido ovular en el interior del útero. Esto significa que debe

buscarse atención médica para remover el tejido, pues éste es un medio ideal para el crecimiento de las bacterias que provocan las infecciones.

- *Hemorragias.* Es normal que se presente sangrado después de la interrupción del embarazo. A menudo se presenta un sangrado escaso que aumenta poco a poco. Un sangrado moderado, similar a un periodo menstrual, puede prolongarse hasta seis semanas. Un sangrado más abundante que el de un periodo menstrual, o que persista más allá de tres o cuatro semanas, necesita ser evaluado médicamente.
- *Lesiones intrabdominales (perforación del útero y lesiones cervicales).* Debido a que éstas son lesiones internas, la mujer no está en posibilidad de darse cuenta de ellas más que a través de las señales de peligro. La perforación del útero ocurre cuando un instrumento quirúrgico lo atraviesa. El útero es un músculo fuerte que con frecuencia sana sin necesidad de tratamiento; sin embargo, en ocasiones puede ser necesaria una intervención quirúrgica para reparar el daño. Las lesiones cervicales pueden presentarse como resultado de fuertes contracciones uterinas y deben suturarse para evitar problemas en embarazos posteriores.
- *Reacciones tóxicas a las sustancias o drogas utilizadas para inducir el aborto.* Si se han ingerido hierbas, medicamentos o drogas para provocare el aborto, se pueden presentar serias complicaciones tóxicas. Es importante saber que la mayor parte de las drogas y preparados que se conocen como abortivos no proporcionan una interrupción del embarazo confiable, y con frecuencia pueden provocar intoxicación y hasta envenenamiento.
- *Continuación del embarazo.* En muy pocas ocasiones el embarazo puede continuar a pesar del intento de interrumpirlo. Esto se debe a que se ha removido sólo parte del tejido, por lo que es necesario repetir el procedimiento hasta eliminar todo el tejido ovular.

Señales de peligro

Si se ha tenido un aborto espontáneo o la mujer se ha sometido a una intervención quirúrgica (ya sea legal o ilegal) para interrumpir un embarazo, en los días subsecuentes se debe cuidar que no se presenten las siguientes señales de peligro:

- Fiebre.

- Escalofríos.
- Dolores musculares.
- Cansancio, debilidad o letargo.
- Dolor abdominal o pélvico.
- Cólicos y/o dolor de espalda.
- Sensibilidad (a la presión) en el abdomen.
- Hemorragia prolongada o abundante (en algunos casos puede llevar al shock, cuyos signos son: pulso acelerado, piel sudorosa y húmeda, desmayo y mareo).
- Flujo vaginal fétido.
- Demora (de seis semanas o más) en la reanudación de los periodos menstruales.

Si se presenta cualquiera de estos signos, se debe acudir al médico inmediatamente.

Aborto por medicamentos

El aborto con medicamentos es la interrupción del embarazo empleando medicamentos abortivos en lugar de un procedimiento quirúrgico. Actualmente es posible recurrir al uso de una combinación de medicamentos para terminar un embarazo, sobre todo durante en la etapa temprana de gestación. En los últimos 25 años ha mejorado muchísimo la tecnología del aborto por medicamentos. La mifepristona (generalmente conocida como RU-486) fue desarrollada en Francia en las décadas de los 70s y 80s, más tarde se encontró la combinación de la mifepristona con el misoprostol aumentaba la eficacia de la mifepristona. Desde 1988 en que Francia aprobó su utilización, el método se ha difundido a través del mundo y se encuentra registrado en 40 países, millones de mujeres lo han empleado. En el 2005, la mifepristona fue incluida en la lista de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en años recientes se están facilitando el que un mayor número de mujeres tengan acceso a una opción no-quirúrgica para la interrupción del embarazo. El aborto con medicamentos tiene el potencial de ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro porque puede ser ofrecido por proveedores en entornos en que el aborto quirúrgico puede no ser seguro o no estar ampliamente disponible.

Se ha encontrado que la mifepristona sola tiene una eficacia del 60- 80% en la inducción de abortos en embarazos menores de 49 días desde la fecha de la última menstruación (FUM), y la combinación de la mifepristona con el misoprostol ofrece mas seguridad, hasta un 95% en el primer trimestre de embarazo. El misoprostol se puede administrar por vía oral, vaginal, bucal o sublingual y generalmente se administra 24-48 horas después de la ingesta de la mifepristona. Un porcentaje pequeño de los abortos por medicamento fracasa y, en esos casos, es necesario recurrir a procedimientos quirúrgicos para poner fin al embarazo. La mayor parte de las mujeres los expulsan dentro de las 24 horas siguientes a la administración del misoprostol; pero el proceso puede tardar hasta 2 semanas para considerarse completo.

Entre los factores que pueden afectar la eficacia están: la edad gestacional, el aborto con medicamentos es menos efectivo a medida que aumenta la edad gestacional, son altamente efectivos en edades gestacionales de hasta ocho o nueve semanas pero declina ligeramente en edades mayores. También es importante el juicio clínico y la experiencia del prestador de servicios, a medida que el personal gana confianza y experiencia, está más dispuesto a proveer apoyo y asesoría a las mujeres que atiende. Son también importantes las visitas de seguimiento después de varios días o inclusive después semanas de haber empleado los medicamentos para confirmar que el aborto se haya terminado.

El aborto temprano con medicamentos empleando mifepristona y misoprostol es extremadamente seguro. Hay menos riesgos asociados al uso apropiado de los métodos modernos de aborto, incluyendo el aborto con medicamentos que a la continuación del embarazo. Millones de mujeres en todo el mundo han empleado la mifepristona para abortos tempranos con éxito y seguridad, y ninguno de los medicamentos se ha asociado a efectos secundarios a largo plazo.

De acuerdo a los especialistas de Gynuity Health, es importante mencionar los principales problemas de seguridad del aborto con medicamentos:

- *Sangrado excesivo:* La mejor forma de manejar el sangrado es indicando a las mujeres lo que deben esperar y cuándo deben solicitar atención si el sangrado es severo o persiste durante tiempo prolongado.
- *Embarazo ectópico:* El aborto con medicamentos empleando mifepristona no exacerba ni resuelve un embarazo ectópico.
 - *Efectos teratogénicos:* Un porcentaje muy pequeño de embarazos puede

continuar después de la administración de mifepristona-misoprostol. En estos casos, si la mujer cambia de idea en relación con el aborto, o en el caso, poco

frecuente, de falla del proveedor que no diagnostica la continuación del embarazo en la visita de seguimiento, el embarazo puede llegar a término. Aunque es posible que cualquiera de los medicamentos empleados pueda tener efectos teratogénicos, no existe evidencia que indique que la mifepristona cause malformaciones. Con el uso de misoprostol se han observado alteraciones de las extremidades y el síndrome de Mobius; sin embargo, los datos prospectivos no muestran asociación alguna con alteraciones congénitas. En general, los datos conocidos sobre el misoprostol sugieren una posible asociación entre alteraciones congénitas y exposición in utero al misoprostol en una ventana estrecha y sensible a comienzos de la gestación. Aunque el riesgo relativo de malformaciones parece real, los estudios epidemiológicos indican que el riesgo absoluto es bajo, menos de 10 malformaciones por cada 1000 nacidos vivos. De ahí que todas las mujeres deben ser informadas sobre la posibilidad de alteraciones congénitas en caso de elegir llevar el embarazo a término después de haber estado expuestas al misoprostol.

- **Infección:** La infección grave después del aborto con medicamentos, la que requiere hospitalización y administración intravenosa de antibióticos) es rara, por mucho, las infecciones notificadas después de un aborto con medicamentos no son serias y son tratadas con un solo curso de antibióticos.
- **Fertilidad:** El aborto con medicamentos empleando mifepristona y misoprostol no afecta la fertilidad de la mujer.

Ventajas y desventajas de los métodos de aborto temprano según las mujeres y los proveedores

	ABORTO POR MEDICAMENTOS	ABORTO QUIRURGICO
VENTAJAS	Evita la cirugía, la anestesia Más natural, como la menstruación Menos doloroso para algunas mujeres Emocionalmente más fácil para algunas mujeres Puede ser realizado por personal de nivel intermedio	Más rápido Mayor certeza Menos doloroso para algunas mujeres Emocionalmente más fácil para algunas mujeres Puede ser realizado por personal de nivel intermedio en algunos entornos

	La mujer puede tener mayor control, mayor participación	Controlado por el proveedor La mujer puede tener menor participación
DESVENTAJAS	Según el protocolo, mayor número de visitas o más prolongadas Costo La tasa de éxito de la mifepristona y el misoprostol en abortos tempranos de primer trimestre hasta las 9 semanas es alta, generalmente alrededor del 95%. La mifepristona ha sido empleada de forma segura, efectiva y con gran aceptación por millones de mujeres alrededor del mundo desde 1988. Sangrado, cólicos, náusea (real o temida)	Es un método invasivo Bajo riesgo de daño uterino o cervical Riesgo de infección Pérdida de la privacidad, autonomía

Anticoncepción post-aborto

Si no surgen complicaciones después de un aborto durante el primer trimestre, la mujer puede utilizar cualquier método anticonceptivo, salvo la abstinencia periódica que no es recomendable antes de que vuelva el ciclo menstrual normal.

Si ha tenido un aborto quirúrgico durante el segundo trimestre, hay que esperar entre cuatro y seis semanas para que el útero vuelve a su tamaño normal, y para determinar el tamaño adecuado de un diafragma si es lo que se va a utilizar. La inserción de un DIU debe también posponerse entre cuatro y seis semanas después del procedimiento abortivo, a menos que el proveedor esté capacitado para la inserción inmediatamente después del aborto. Las mujeres que padecen infecciones no deben usar DIU ni someterse a esterilización antes de que se hayan aliviado, que por lo general lleva tres meses. Si se sufrieron traumatismos del aparato genital o sangrado grave o anemia conexas, no deben usar DIU, espermicidas, ni someterse a esterilización antes de sanar completamente el traumatismo. Las mujeres no deben reanudar las relaciones sexuales antes de

que haya cesado el sangrado posterior al aborto, que puede durar entre cinco o siete días.

En el caso del aborto por medicamentos, la mayor parte de los métodos anticonceptivos se pueden emplear inmediatamente después, el retorno a la fertilidad es rápido después de un aborto de primer trimestre. Es fundamental comprender el alto riesgo de un nuevo embarazo. Las mujeres que han tenido un aborto con medicamentos pueden empezar a utilizar anticonceptivos orales, inyectables o implantes el día en que se aplicaron el misoprostol. Los condones, geles o espumas anticonceptivas, el capuchón cervical y el diafragma se pueden emplear en la primera relación sexual post-tratamiento. Si la mujer se decide por planificar con un dispositivo intrauterino, es conveniente esperar a que el aborto se complete, antes de insertarlo. El método anticonceptivo apropiado depende de la disponibilidad y de las necesidades y preferencias de la mujer.

Aborto en la ciudad de México

La Interrupción del Embarazo (ILE) hasta las 12 semanas de gestación es legal por decisión de la mujer en el Distrito Federal desde el 27 de abril del 2007. Cualquier mujer ya sea de la Ciudad de México o de cualquier otra ciudad, Estado o país, puede acceder a un aborto legal en esta demarcación. Se pueden tener diferentes razones para querer interrumpir tu embarazo, los motivos pueden ser personales o relacionados con el estado de salud.

Para interrumpir un embarazo en el Distrito Federal se necesita que:

- El embarazo no sea mayor a 12 semanas, lo cual se confirma con un estudio de ultrasonido.
- La mujer firme una carta de consentimiento informado, en el caso de que sea menor de 18 años, uno de los padres o un adulto responsable debe firmar la carta de consentimiento informado.
- La mujer presente una identificación vigente y un comprobante de domicilio.

Estos servicios son gratuitos en centros de salud y hospitales certificados de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. También se puede recurrir a los hospitales privados para solicitar una ILE, haciendo el pago correspondiente.

El personal de salud hará preguntas para completar una historia clínica, hará un ultrasonido, en algunos hospitales tomarán muestras de laboratorio y ofrecerán

consejería. Dependiendo del número de semanas de embarazo y de la preferencia personal, se elegirá la mejor forma para interrumpir el embarazo. El embarazo se puede interrumpir con un método quirúrgico o con medicamentos.

En la Secretaría de Salud del Distrito Federal generalmente se usa el procedimiento con medicamentos para interrumpir embarazos hasta las 9 semanas de gestación, se trata de medicamentos eficaces y seguros. En la interrupción de un embarazo con medicamentos no es necesario que la mujer se interne en el hospital. Además se puede acceder también al aborto quirúrgico, lo cual depende de la edad gestacional y de la preferencia de la mujer.

Acceso a la interrupción del embarazo con medicamentos en el D.F.

En la Secretaría de Salud del Distrito Federal generalmente se usa el procedimiento con medicamentos para interrumpir embarazos hasta las 9 semanas de gestación. Los medicamentos que se usan son la mifepristona junto con el misoprostol o solamente el misoprostol. Estos medicamentos son eficaces y seguros. En la interrupción de un embarazo con medicamentos no es necesario que la mujer se interne en el hospital.

El misoprostol o la mifepristona no se pueden usar cuando:

- Tienes un embarazo de más de 9 semanas
- Tienes un embarazo fuera de la matriz. Esto se confirma cuando te hagan el ultrasonido
- Eres alérgica al misoprostol
- Tienes trastornos de coagulación sanguínea
- El médico sospecha que tienes un embarazo extrauterino

Si tienes enfermedades como diabetes, cáncer, anemia o enfermedades del corazón, pulmón, hígado, riñones o glándulas suprarrenales, el médico te dirá si puedes usar medicamentos para interrumpir tu embarazo. Si tienes un dispositivo intrauterino o DIU, te lo deben retirar antes de iniciar la toma del medicamento.

Posibles efectos secundarios de la interrupción del embarazo con medicamentos:

Sangrado vaginal con coágulos: Disminuye progresivamente, puede durar dos semanas con días adicionales de manchado y continuar hasta el siguiente periodo menstrual

Dolor o cólicos: El dolor se presenta en las primeras 24 horas después de tomar las pastillas, puede ser mayor al de una menstruación o regla normal. Se recomienda el uso de analgésicos como paracetamol, ibuprofeno o ketorolaco cada 6 horas, sin que afecte la eficacia del método.

Náusea, vómito y diarrea: Normalmente desaparecen el mismo día en caso que se presenten.

Fiebre o escalofríos: Normalmente desaparecen el mismo día en caso que ocurran.

Método quirúrgico para la interrupción del embarazo en el DF

En mujeres que tienen un embarazo de 9 a 12 semanas de gestación se recurre a un método quirúrgico, en cuyo caso se usa anestesia local y no es necesario internarse en el hospital. El legrado es otro método quirúrgico menos usado. Es un procedimiento seguro, sencillo y se utilizan instrumentos para quitar el contenido de la matriz. Este método requiere de anestesia o bloqueo y normalmente se es necesario internarse en el hospital por unas horas.

Para obtener más información sobre ILE en el Distrito Federal llamar por teléfono:

ILETEL: 5740-8017 y 5132-0909

Centros de Salud y Hospitales del Distrito Federal donde se da el servicio gratuito de interrupción legal del embarazo:

<p>Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo Gustavo J. s/n Esq. Víctor Hernández Covarrubias, Col. Unidad Francisco Villa, C.P. 02400 5394 0565 Fax 5394 0575 5382 3629 - 5394 0536</p>	<p>Hospital Materno Infantil Cuajimalpa Clínica de Displasia Av. 16 de septiembre s/n Col. El Contadero, C.P. 05500 5812 3269 - 5812 0570 5812 3134 – 5812 2211</p>
<p>Hospital General Ticomán Plan de San Luis s/n entre Miguel Bernard y Bandera Col. Ticomán, C.P. 07330 5754 3939 Fax 5754 3012 5754 3979 - 5754 3344</p>	<p>Hospital Materno Infantil Cuauhtepc Clínica de Displasia Av. Emiliano Zapata No.17 Col. Cuauhtepc Barrio Bajo, C.P. 07210 5306 2190 Fax 5306 0622</p>

<p>Hospital General Milpa Alta Blvd. Prolongación Nuevo León No. 386 Col. Villa Milpa Alta, C.P. 12000 5844 1550 Fax 5844 7655 2211 5837 - 5844 0649 2211 5839</p>	<p>Hospital Pediátrico Inguarán Clínica de Displasia Av. Estaño No.307 Col. Felipe Ángeles, C.P. 15310 5795 6764 Fax 5795 4261 5795 4281</p>
<p>Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán Av. Ing. Eduardo Molina Esq. Peluqueros col. Michoacana, C.P. 15300 5795 4452 - 5795 4438 5795 4487 - 5789 1127 5784 0432</p>	<p>Hospital Materno Infantil Xochimilco Calzada Nativitas y 16 de Septiembre s/n, Col. Barrio Xaltocan, C.P. 16090 5676 0555 Fax 5676 4993 5653 9104</p>
<p>Hospital Materno Infantil Tláhuac Av. Tláhuac Chalco No. 231 Col. La Habana, C.P. 13050 5842 3604 Fax 5842 3601 5842 3602 - 5842 3603</p>	<p>Hospital General Enrique Cabrera Av. Prolongación 5 de Mayo No. 3170 Esq. Centenario, Col. Ex hacienda de Tarango C.P. 11800 1285 7196 Fax 1285 2915 1285 7100 – 1285 2954</p>
<p>Hospital General Iztapalapa Clínica de Displasia Av. Ermita Iztapalapa No. 3018 Col. Citlali, C.P. 09660 5429 3460 Fax 5429 3210 5429 2960 - 5429 3085 5429 3210</p>	<p>Clínica Comunitaria Santa Catarina Calle Nuevo León Mz. 38 Lt. 9 Col. Miguel de la Madrid, C.P. 09698 1551 4904 - 1551 4905 1551 4898</p>
<p>Hospital de Especialidades DR. Belisario Domínguez Tláhuac No. 4866 Esq. Zacatlán de las Manzanas, Col. San Lorenzo Tezonco C.P. 09790 5850 8967 Fax 5850 0007 5850 0000 - 5850 0002</p>	

Aborto en caso de violación

El aborto por violación es legal en todo el país, lo cual implica la obligación de las autoridades de prestar los servicios de interrupción del embarazo. Desde los años treinta el aborto por violación en México es legal, sin embargo, no todos somos conscientes de que se trata de un derecho que hay que exigir.

Entre otras cosas, hay que saber que para que sea posible practicar el aborto por violación, es necesario:

- Presentar la denuncia por violación ante el Ministerio Público y localizar las agencias especializadas en delitos sexuales (entre más evidencias se presenten, la denuncia será más sólida).
- Obtener un certificado médico que confirme el embarazo.
- Presentar una solicitud en la que se exprese el consentimiento de la víctima para interrumpir el embarazo, y la ratificación por escrito de la madre, padre o tutor si la víctima es menor de edad.
- No todos los agentes del Ministerio Público (MP) ni todos los médicos saben que el aborto es legal en casos de violación, así que hay que informárselo y denunciar a quien pretenda impedir que la víctima tome la decisión de practicarse el aborto. Si el MP o algún médico pretende impedir el derecho y la decisión de abortar:
 - a) Hay que consultar el Código Penal y el de Procedimientos Penales del estado donde se produjo la violación y mostrar que en caso de violación, está estipulado que el aborto es un derecho.
 - b) Acudir a la Comisión Estatal de Derechos Humanos o a la representación estatal de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y presentar una queja.
 - c) Acudir a algún medio de comunicación (radio, periódico, canal de televisión) y denunciar el caso.
 - d) Buscar el apoyo de una asociación civil.

Aunque estas últimas acciones parecen difíciles y complicadas, y aún más en el contexto de una violación, son necesarias para poder recibir un servicio de aborto legal e impedir que se violen los derechos reproductivos.

Una acción inmediata

Como una de las posibles consecuencias de una violación es un embarazo no deseado, es necesario actuar con rapidez. La anticoncepción de emergencia (AE) es una buena solución para evitar un embarazo y no es otra cosa que las pastillas anticonceptivas que se venden en cualquier farmacia. La AE tiene una efectividad muy alta, siempre y cuando se tome la dosis correcta y antes de 72 horas después de la violación (consulta la dosis y la forma de utilizar la AE en el apartado sobre anticoncepción de emergencia de este libro).

Cómo denunciar una violación

La violación es un delito que debe ser denunciado, y para que el agresor sea detenido, la denuncia y cooperación de la víctima es fundamental.

Éstas son algunas recomendaciones para levantar una denuncia por el delito de violación. Recuerda que la dirección de la víctima debe ser resguardada y sólo el agente del MP que conduce la averiguación y el juez pueden conocerla.

1. No bañarse después de un ataque sexual y preservar la ropa interior, así como el papel sanitario con que se aseó, pues constituyen evidencias fundamentales.
2. Acudir a la agencia más cercana especializada en delitos sexuales.
3. A la víctima se le practica un examen médico ginecológico o proctológico (en el caso de los hombres) para tomar muestras de sangre, semen, saliva y vello púbico, y determinar el grado de las lesiones.
4. Ante el agente del Ministerio Público se rinde la declaración sobre cómo ocurrió el ataque.
5. Si se desea, una vez rendida la declaración ministerial, la víctima se puede bañar. Las agencias especializadas cuentan con regaderas.

Posterior a la denuncia:

- a) La policía judicial inicia la investigación.
- b) Cuando la policía detenga a un presunto responsable, la víctima lo puede identificar a través de la cámara de Gessel. Este procedimiento permite que la víctima vea al presunto agresor, pero éste no puede ver a la víctima; así se evita una confrontación.

Leyes del aborto en México

En México la regulación del aborto como delito corresponde al ámbito estatal, sin embargo el Código Penal Federal también lo contempla cuando se ha cometido en el extranjero por agentes diplomáticos, personal oficial de las legaciones de la República y cónsules mexicanos; en las embajadas y legaciones extranjeras; o en los buques y aeronaves nacionales. Estas situaciones la sanción a la mujer va de 6 meses a 5 años y hay también sanciones para terceras personas.

Muchas personas ignoran que en México el aborto es legal bajo algunas circunstancias. Las causales bajo las cuales la interrupción voluntaria del embarazo no se considera un delito varían de un estado a otro, pero *en todos ellos el aborto no está penalizado cuando el embarazo es resultado de una violación*. Pero las regulaciones son muy heterogéneas y en general restrictivas, excepto en el DF donde el aborto está permitido en las primeras doce semanas de gestación y por desición libre de la mujer.

En cuanto a las otras causales legales, el aborto imprudencial está despenalizado en 30 entidades, por peligro de muerte de la madre en 25, por malformaciones del producto en 14 entidades, en 13 por graves daños a la salud de la mujer, por inseminación forzada en 11 entidades, por causas económicas (cuando se tengan al menos tres hijos) en una entidad, y por voluntad de la mujer en las primeras doce semanas de gestación en una entidad.

En el siguiente cuadro se presentan las grandes restricciones legales que existen para acceder al aborto en el país. Las entidades en donde se encuentra la legislación más restrictiva son Guanajuato y Querétaro, y existen únicamente ocho entidades federativas que tienen más de cuatro causales.

EL ABORTO EN MEXICO *

ESTADOS	CAUSALES
GUANAJUATO QUERETARO	VIOLACION IMPRUDENCIAL O CULPOSO
AGUSCALIENTES DURAGNO SINALOA SONORA	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO PELIGRO DE MUERTE
CAMPECHE	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO GRAVE DAÑO A LA SALUD
NUEVO LEON	VIOLACIÓN PELIGRO DE MUERTE GRAVE DAÑO A LA SALUD
CHIAPAS	VIOLACIÓN PELIGRO DE MUERTE ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO
GUERRERO	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO
CHIHUAHUA	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO GRAVE DAÑO A LA SALUD INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA
BAJA CALIFORNIA SAN LUIS POTOSI TABASCO	VIOLACION IMPRUDENCIAL O CULPOSO PELIGRO DE MUERTE

	INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA
JALISCO MICHOACAN NAYARIT TAMAULIPAS TLAXCALA ZACATECAS	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO PELIGRO DE MUERTE GRAVE DAÑO A LA SALUD
COAHUILA MEXICO OAXACA PUEBLA QUINTANA ROO	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO PELIGRO DE MUERTE ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO
MORELOS VERACRUZ	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO PELIGRO DE MUERTE ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA
HIDALGO	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO GRAVE DAÑO A LA SALUD ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA
YUCATAN	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO PELIGRO DE MUERTE ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO CAUSAS ECONÓMICAS GRAVES Y JUSTIFICADAS SIEMPRE QUE LA MUJER EMBARAZADA TENGA YA CUANDO MENOS TRES HIJOS
BAJA CALIFORNIA SUR COLIMA	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO PELIGRO DE MUERTE ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO GRAVE DAÑO A LA SALUD INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA
DISTRITO FEDERAL	VIOLACIÓN IMPRUDENCIAL O CULPOSO ALTERACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES EN EL PRODUCTO GRAVE DAÑO A LA SALUD INSEMINACIÓN ARTIFICIAL NO CONSENTIDA

	VOLUNTAD DE LA MUJER HASTA LAS DOCE PRIMERAS SEMANAS DE GESTACIÓN
--	---

* Cuadro tomado de: GIRE, *Omisión e indiferencia: Derechos Reproductivos en México*, México, 2013.

La causal de peligro de muerte debiera interpretarse como subsumida en la de grave daño a la salud, que se incluiría en Campeche, Chihuahua, Distrito Federal e Hidalgo, porque es la interpretación que ofrece mayor protección a los derechos reproductivos de las mujeres.

En cuanto a las sanciones, pueden ir desde el trabajo comunitario, multas o tratamiento médico o psicológico, y hasta la privación de la libertad.

SANCION *	ENTIDADES
TRABAJO EN LA COMUNIDAD	CAMPECHE Y DISTRITO FEDERAL
MULTA	AGUASCALIENTES, BAJA CALIFORNIA SUR, COAHUILA, COLIMA, GUANAJUATO, HIDALGO, MICHOACÁN, MORELOS, NAYARIT, SAN LUIS POTOSÍ Y SONORA
TRATAMIENTO MEDICO	CHIAPAS, JALISCO, MORELOS, TAMAULIPAS, VERACRUZ Y YUCATÁN
PENA PRIVATIVA DE LIBERTAD:	
15 DÍAS A DOS MESES	TLAXCALA
TRES A SEIS MESES	DISTRITO FEDERAL
CUATRO MESES A UN AÑO	JALISCO
SEIS MESES A UN AÑO	AGUASCALIENTES Y NUEVO LEÓN
DOS MESES A DOS AÑOS	BAJA CALIFORNIA SUR
SEIS MESES A DOS AÑOS	CAMPECHE Y QUINTANA ROO
OCHO MESES A DOS AÑOS	ZACATECAS
SEIS MESES A TRES AÑOS	CHIHUAHUA, GUANAJUATO, SINALOA Y TABASCO
UNO A TRES AÑOS	COAHUILA, COLIMA, DURANGO, GUERRERO, HIDALGO, MÉXICO, MICHOACÁN, NAYARIT, QUERÉTARO Y SAN LUIS POTOSÍ
UNO A CINCO AÑOS	BAJA CALIFORNIA, MORELOS, OAXACA, PUEBLA, TAMAULIPAS Y YUCATÁN
UNO A SEIS AÑOS	SONORA

* Cuadro tomado de: GIRE, *Omisión e indiferencia: Derechos Reproductivos en México*, México, 2013

Leyes del aborto en el mundo

Entre 1950 y 1985 la mayoría de los países industrializados liberaron las leyes sobre el aborto, y en 1994 los países del mundo se comprometieron ante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo a evitar los abortos inseguros. Desde entonces, más de 25 países han liberado sus leyes.

Los países del hemisferio norte cuentan con las leyes más libres sobre el aborto, ya sea que no tengan ninguna restricción o por algunas causales, como las razones económicas, con excepción de Polonia, Malta y Corea. En contraste, en África, América Latina, los países del Medio Oriente y del sur de Asia tienen leyes restrictivas. Resulta paradójico que en los países con leyes más restrictivas, las tasas de aborto son mayores y los abortos son inseguros, en tanto que en los países de Europa Occidental con leyes permisivas, se tienen las tasas menores de aborto y de mortalidad materna, lo cual se explica porque el servicio es accesible y más seguro, y porque quienes atienden los abortos es gente entrenada profesionalmente.

En los sistemas jurídicos del mundo, existen dos formas de regular el aborto: en el sistema penal o fuera de éste. Entre los pocos países que han excluido de su normativa penal la regulación del aborto se encuentra Holanda. La criminalización total del aborto, la cual no permite su práctica bajo ningún supuesto existe solamente en seis países de nuestra región, el caso de Chile, El Salvador, República Dominicana, Honduras, Surinam y Nicaragua.

SITUACIÓN LEGAL DEL ABORTO EN EL MUNDO EN PORCENTAJES DE LA POBLACIÓN Y NÚMERO DE PAÍSES

	% DE LA POBLACIÓN MUNDIAL	NÚMERO DE PAÍSES
SIN RESTRICCIÓN ALGUNA	40.5	54
PERMITIDO PARA SALVAR LA VIDA DE LA MUJER	25.5	72
PERMITIDO POR RAZONES SOCIOECONÓMICAS	20.7	14

PERMITIDO POR RAZONES DE SALUD FÍSICA	9.8	33
PERMITIDO POR RAZONES DE SALUD MENTAL	2.7	20
PROHIBIDO EN TODOS LOS CASOS	0.7	2

Fuente: Center for Reproductive Rights, The World's Abortion Laws 2003, Nueva York, 2003.

SITIOS DE INTERES EN LA RED

Los sitios descritos en el siguiente cuadro, se ofrecen por parte de instituciones gubernamentales y por organizaciones de la sociedad civil, todos ellos contienen información científica y actualizada.

<p>Servicios de educación sexual y salud reproductiva</p>	<p>Secretaría de Salud del Distrito Federal: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/ Información sobre los servicios de Salud en los Hospitales y Centros de Salud del Distrito Federal.</p> <p>ILETEL: 5740-8017 y 5132-0909 Línea telefónica que ofrece apoyo psicológico antes, durante y después de recurrir a la Interrupción Legal del Embarazo.</p> <p>Y que sexo: http://www.yquesexo.com.mx</p> <p>Un sitio para adolescentes de la Secretaría de Salud donde se abordan todos los temas de educación sexual integral.</p> <p>Clínica Condesa del Gobierno del Distrito Federal, http://condesadf.mx/prevencion.htm Servicios de atención especializada en prevención y atención a personas que viven con VIH/SIDA.</p> <p>Centros de Atención a Víctimas de VIOLENCIA: http://www.pgjdf.gob.mx/ Brinda atención integral a las personas que han sido víctimas de algún delito sexual, apoyo médico, jurídico, psicológico, trabajo social y apoyo económico.</p>
---	---

	<p>Planificanet: http://www.planificanet.gob.mx/ Es un portal del gobierno de México especial para resolver dudas sobre salud sexual y reproductiva, ahí puedes encontrar información, audios, videos y también puedes chatear para solicitar ayuda o información específica.</p> <p>AFLUENTES S.C.: http://www.afluentes.org/ Es una organización dedicada a la investigación en sexualidad adolescente, a la educación sexual y a la promoción de los derechos sexuales juveniles. Producen materiales educativos, dan capacitación y actualizan a profesionales de la salud, docentes y activistas.</p> <p>ASOCIACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD SEXUAL, AMSAC A.C. http://www.amssac.org/ Es una organización civil fundada para proporcionar los medios para el logro de la salud sexual personal, de pareja, familiar y social. Brindan terapia sexual a personas con disfunciones sexuales, forman profesionales en sexología clínica y sexología educativa, realizar congresos y eventos académicos, desarrollan programas de educación sexual y diseñan materiales didácticos.</p> <p>BALANCE, PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C. HTTP://WWW.REDBALANCE.ORG/ Es una organización de jóvenes activistas que busca incidir en el diseño, implementación y ciudadanización de las políticas públicas sobre derechos sexuales, con énfasis en mujeres y jóvenes. El Fondo María es una estrategia de esta organización que da apoyo financiero a mujeres que lo necesitan para acceder a servicios de aborto legal en el Distrito Federal.</p> <p>Centro Latinoamericano Salud y Mujer: http://www.celsam.org/ Es un sitio abierto donde puedes solicitar información sobre temas de sexualidad, anticoncepción y asuntos de pareja, además cuenta con chats para jóvenes. su participación plena y desarrollo nacional.</p> <p>Clínica de atención médica y psicológica especializada en adolescentes. http://www.clinicadolescentes.com/ Es una clínica ubicada en la Ciudad de México que</p>
--	--

	<p>ofrece servicios de salud sexual y reproductiva con médicos profesionales especializado en las y los adolescentes.</p> <p>Democracia y Sexualidad, A.C.: http://www.demysex.org.mx/ Es una red de organizaciones civiles que están en casi todos los Estados del país, la red se dedica a defender los derechos sexuales de las y los jóvenes y a influir en las políticas públicas de educación sexual.</p> <p>Línea de atención Diversitel: Orientación telefónica en materia de diversidad sexual: 3547-0100 y 01-800-821-2297</p> <p>Fundación Mexicana para la Planificación Familiar, MEXFAM, Programa Gente Joven: http://www.gentejoven.org.mx / El Programa gente joven de MEXFAM ofrece servicios de educación sexual y servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes, cuenta con materiales educativos y centros de atención en casi todas las entidades del país.</p> <p>La Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos http://www.ddeser.org/ Es una red de mujeres líderes y jóvenes activistas que en 10 estados del país (Chiapas, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México D.F., Morelos, Oaxaca, Tlaxcala y Zacatecas) trabajan arduamente por que las mujeres y jóvenes conozcan y sobre todo ejerzan libremente, sin coerción, y con información los derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>Planned Parenthood Federation of America Inc: http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/ets Es un portal con información muy completa sobre educación sexual, con sección en español e inglés en amplia diversidad de temas de prevención y educación sexual, incluyendo ITS</p> <p>Sociedad Sexológica de Madrid http://www.ctv.es/USERS/sexpol/ El objetivo fundamental de la Sociedad Sexológica de Madrid es el estudio de los hechos sexuales y la difusión de orientaciones que puedan ayudar a la desproblematización del hecho sexual. Fomenta y apoya la creación de entidades funda y dirige Federaciones y Uniones sexológicas en</p>
--	--

	España, Europa y Latinoamérica; organiza congresos y jornadas de sexología de ámbito nacional y autonómico; crea y mantiene el primer programa de atención afectivo-sexual para jóvenes desde el año 1.984.
--	---

Bibliografía

Blumenthal Paul, et al, *Prestación de servicios de aborto con medicamentos en contextos de bajos recursos: Guía introductoria segunda edición*, Gynuity Health Projects, NY, 2009.

Blancarte, R et al, *Laicidad: estudios introductorios*, El Colegio Mexiquense, A.C., México, 2012. Pp 247-262.

Dexter McCormick, K.D., *Contraception*, Planned Parenthood Federation of America, Nueva York, 2001.

Donohue J y Levitt S, “The impact of legalized abortion on crime”, *Quarterly Journal of Economics*, May 2001. Vol. CXV, Issue 2, pp 379-420.

GIRE, *Omisión e indiferencia: Derechos Reproductivos en México*, México, 2013.

Habermas, J., *El discurso filosófico de la modernidad*, Madrid, Taurus, 1989.

Hatcher, R. H. et al, *Lo esencial de la tecnología anticonceptiva*, Baltimore, John Hopkins, OMS/USAID/OPS, 1999.

Holli Ann Askren, Kathaleen C. Bloom “Postadoptive Reactions of the Relinquishing Mother: A Review”. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, Volume 28, Issue 4, pages 395–400, July 1999.

Menkes C y Suárez L, “El embarazo de los adolescentes en México: ¿es deseado?” en *Coyuntura Demográfica*, Número 4, SOMEDE/COLMEX /UNFPA, México, en prensa.

Mercier RJ, Garrett J, Thorp J and Siega-Riz AM, “Pregnancy intention and postpartum depression: secondary data analysis from a prospective cohortand” *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. August 2013, Volume 120, Issue 9, pages 1116–1122.

Juárez, Fátima. "El aborto: un problema vigente en México", en *Coyuntura Demográfica*, Número 3, SOMEDE, México 2013, pp 25-34.

Planificación Familiar: Un manual mundial para proveedores, USAID/John Hopkins School/OMS, 2007.

Petracci, Mónica "Estudios sobre Varones y Masculinidades para la Generación de Políticas Públicas y acciones transformadoras. IV Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades, Universidad de la República, Montevideo, 2011.

Rodríguez, G., "Frenar la concupiscencia, educación sexual en el discurso eclesial", en Aldaz E y M. Mejía, *De la Brecha al abismo: los obispos católicos ante la feligresía en México*, CDD, México, 2013, pp 95-123.

Rodríguez, G. "Sexualidad juvenil, cristianismo y cultura laica" en Roberto Blancarte et. al *Laicidad: estudios introductorios*, El Colegio Mexiquense, A.C., pp 247-262.

Rodríguez, G. y B. de Keijzer, *La noche se hizo para los hombres: sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinas y campesinos*, México, Population Council/Edamex, 2002.

Secretaría de Salud, *Encuesta a usuarias de servicios de salud: violencia doméstica y sexual, y a las mujeres*, resultados preliminares, Conferencia Pronam, 2003.

The Alan Guttmacher Institute, *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*, Nueva York y Washington, 1994.

Trine Munk-Olsen et al, "Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder", *New England Journal of Medicine* 2011, Jan 27; 364 (4): pps 332-339.

Weeks, J., *Sexualidad*, México, Paidós/PUEG/UNAM, 1998.

Lecturas recomendadas

Aguilar J. A. y G. Rodríguez, *Conéctate: sexualidad para adolescentes*, SITESA, México, 2011.

Tu futuro en Libertad: por una sexualidad y salud reproductiva con responsabilidad, Secretaría de Educación del Distrito Federal, México, 2011.
<http://www.educacion.df.gob.mx/images/libros/tufuturoenlibertad.pdf>

Derechos sexuales y reproductivos de adolescentes. Fundamentos para la consejería y la prestación de servicios de salud, México, Afluentes S.C., 2006.

<http://www.afluentes.org/publicaciones/>

Bunch, Ch. et al. (ed), *Los derechos de las mujeres son derechos humanos*, México, Rutgers y Edamex, 2000.

Cruzalta, J. y R. A. Espinosa, *Caleidoscopio del aborto*, México, Demac, 2001.

GIRE, *Omisión e indiferencia: Derechos Reproductivos en México*, México, 2013.

<http://informe.gire.org.mx/>

Hernández, E. R. (coord.), *Presente y futuro de las relaciones Estado-iglesia-sociedad*, Honorable Congreso de la Unión, México, 2003.

Michael, F., *Historia de la sexualidad 2: el uso de los placeres*, Madrid, Siglo XXI, 1993.

Planificación Familiar: Un manual mundial para proveedores, USAID/John Hopkins School/OMS, 2007.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275328866_spa.pdf

Rodríguez, G. *Género y Educación Sexual Integral*, Cal y Arena, México, 2012.

http://formacioncontinua.sep.gob.mx/sites/MatEstDoc/DOCs/Libros/Libro-RODRIGUEZ_R_G.pdf

Rodríguez, G. y B. Mayén, *Los caminos de la vida*, manual de capacitación para jóvenes rurales, ONUSIDA/IMSS-Oportunidades/Afluentes, 2000.

<http://www.afluentes.org/wp-content/uploads/2009/11/loscaminosmanual.pdf>

Rodríguez, G. y J. A. Aguilar, *Hijo de tigre, pintito: hablemos de sexualidad*, México, SEP/Libros del Rincón, 1994.

Salud reproductiva y condiciones De vida en México, Texto para las políticas públicas. AFLUENTES/COLMEX, México, 2009.

<http://www.afluentes.org/wp-content/uploads/2010/01/Salrep-Colmex.pdf>

Schmuckler, B. (coord.), *Familias y relaciones de género en transformación*, México, Population Council/Edamex, 1998.

Tarrés, M. L., *La voluntad de ser. Mujeres en los noventa*, El Colegio de México, 1997.

Cuarta de forros

Conforme se van consolidando nuevas culturas juveniles desde la liberación sexual de la década de los sesenta, las generaciones del siglo XXI han transformado sus patrones sexuales hacia prácticas más abiertas y distantes de las regulaciones religiosas o familiares.

En este libro, la autora busca poner a disposición de los jóvenes información precisa, científica y legal sobre la sexualidad, los anticonceptivos y el aborto, y da pautas para la reflexión sobre los dilemas que rodean estos temas. El texto parte del reconocimiento de que el ejercicio libre, placentero, responsable e informado de los jóvenes es un derecho humano fundamental. Los temas que se abordan son: el género en la sexualidad y los embarazos no deseados, los derechos reproductivos, y la explicación, forma de uso y recomendaciones para todos los métodos anticonceptivos. En cuanto al aborto se abordan dilemas éticos, científicos y religiosos, las actitudes de los hombres, los efectos del aborto en la salud mental y en los índices de delincuencia, el acceso al aborto legal en el Distrito Federal e información básica para acceder a un aborto por violación en el país. Finalmente se hace una revisión de las causales de justificación del aborto en las leyes de México y de los países del mundo.