

# Conocimientos y actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia en jóvenes universitarios

**Amparo  
Tapia-Curiel,<sup>1</sup>  
Martha  
Villaseñor-Farías,<sup>1</sup>  
Bertha Lidia  
Nuño-Gutiérrez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Doctora en Ciencias con orientación sociomédica. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara  
<sup>2</sup>Doctora en psicología. Investigadora titular A y jefa de Unidad

Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente, Instituto Mexicano de Seguro Social, Guadalajara, Jalisco

Comunicación con:  
Martha Villaseñor-Farías.  
Tel y fax:  
(33) 1058 5200,  
extensión 3908.  
Correo electrónico:  
mvillase@hotmail.com

## RESUMEN

**Objetivo:** identificar los conocimientos y las actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia desde una perspectiva de género, en población joven universitaria derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Método:** encuesta transversal cualicuantitativa aplicada a los 583 estudiantes universitarios de primer ingreso del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. La exploración cuantitativa incluyó conocimientos de la anticoncepción de emergencia (AE) y actitudes hacia el uso de la AE. La exploración cualitativa incluyó razones para el uso/no uso de AE.

**Resultados:** 95 % de la población refirió haber escuchado de la AE y 80 % la consideró un método útil de planificación familiar. Los conocimientos del uso correcto de la AE, así como su aceptación, fueron significativamente mayores en hombres que en mujeres. Las mujeres se mostraron más reflexivas al incluir un mayor número de razones para justificar la necesidad de obtener mayor información de la AE. Las razones de no uso de la AE se vincularon con aspectos morales.

**Conclusiones:** los conocimientos y actitudes de la AE fueron diferentes entre hombres y mujeres. Los hombres tuvieron mayores conocimientos y actitudes más favorables para su uso. Aunque casi la totalidad ha escuchado sobre la AE, apenas la mitad conoce su uso correcto y una cuarta parte mostró actitudes no favorables por influencia de concepciones ético-morales.

## SUMMARY

**Objective:** to identify the knowledge and attitudes regarding the use of emergency contraceptives (the day-after pill) with a gender viewpoint, among young college students affiliated to *Instituto Mexicano del Seguro Social*.

**Method:** a cross-sectional survey was applied to 583 freshmen college students at the Health Sciences University Center of the University of Guadalajara. The quantitative probe included: knowledge about emergency contraceptives (EC) and attitudes concerning the use of EC. The qualitative probe included reasons for taking or not taking EC.

**Results:** 95 % of the population had heard about EC, and 80 % considered it as a useful contraceptive method. The knowledge about the correct use of EC as well as its acceptance was greater in men than in women. Women proved to be more reflexive when mentioning a number of reasons to justify the need for further information about EC. The reasons not to take EC were linked to moral criteria aspects. Men were more knowledgeable and more prone to using it.

**Conclusions:** the knowledge and attitudes concerning the use of EC were different among men and women. Almost all had heard about EC, half of them knew how to use it correctly and 25% showed unfavorable attitudes about taking it due to ethical and moral concerns.

## Palabras clave

- ✓ métodos anticonceptivos
- ✓ anticoncepción poscoital
- ✓ anticoncepción de emergencia
- ✓ identidad de género

## Key words

- ✓ contraception
- ✓ postcoital contraceptives
- ✓ emergency contraceptives
- ✓ gender identity

Recibido: 30 de octubre de 2006

Aceptado: 13 de marzo de 2007

## **Introducción**

El rápido crecimiento poblacional de los países en desarrollo preocupó a la comunidad internacional, por lo que en la década de 1950 inició un plan estratégico para reducir el crecimiento. La planificación familiar fue un elemento sustantivo a partir de la siguiente década.<sup>1-3</sup> En México surgió la Ley General de Población en 1974, que propuso la planificación familiar con fines de control demográfico y para disminuir la morbimortalidad materno-infantil.<sup>4</sup>

Desde los setenta en que se inició la utilización de las pastillas anticonceptivas como recurso de emergencia<sup>5</sup> ha habido grandes esfuerzos para su difusión y acceso. De esto dan cuenta distintas acciones: publicaciones científicas, la creación de un *Consortio para la Anticoncepción de Emergencia* constituido por ocho de las principales organizaciones internacionales relacionadas con la salud reproductiva y la planificación familiar, la existencia de más de 300 páginas web abordando el tema,<sup>6,7</sup> las múltiples acciones al respecto en Estados Unidos y Europa,<sup>8,9</sup> los acuerdos de las Conferencias del Cairo y Beijing, los tratados internacionales que México ha suscrito en materia de salud reproductiva que incluyen la anticoncepción y la anticoncepción de emergencia (AE),<sup>9</sup> el trabajo intenso que los diversos grupos en México han realizado para promover su uso, las actividades de las organizaciones no gubernamentales a favor de AE, el trabajo interinstitucional en relación a la salud reproductiva que condujo al estudio y reforma de la norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar, en la que se logró la inclusión por la Secretaría de Salud de la AE en esta norma y que fuera publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de enero de 2004.<sup>10</sup>

La anticoncepción de emergencia se entiende como la utilización de un fármaco (compuesto hormonal) con el fin de prevenir un embarazo no deseado después de una relación coital desprotegida.<sup>11</sup>

Aunque los embarazos no deseados afectan principalmente a mujeres jóvenes,<sup>12</sup> se ignora qué proporción conoce y ha usado la AE. Se ha estimado que entre 81 y 91 % de la población joven de México conoce cuando menos un método anticonceptivo,<sup>13</sup> y que la pre-

valencia de uso entre los que han iniciado actividad sexual varía de 29 a 35 %.<sup>14,15</sup> En un estudio realizado con adolescentes de Morelos, México, se identificó que 61 % había oído hablar de la AE y que 39.3 % de los hombres y 35.7 % de las mujeres tenían conocimientos correctos del uso; 6.2 % de los hombres y 4.1 % de las mujeres pensaba que era un método abortivo y 53.3 % de los hombres y 46.2 % de mujeres señalaron estar dispuestos a usarla en el futuro.<sup>15</sup>

En otro estudio realizado con individuos mayores de 18 años del Distrito Federal se reportó que 84.9 % refirió que había escuchado de la AE, y de éstos, 21 % indicó que prevenía el embarazo, 20 % consideró que se usaba ante situaciones de emergencia, 19 % indicó que su uso era controversial y 8.8 % pensaba que era abortivo.<sup>16</sup>

En un estudio español que buscó identificar el perfil de las usuarias de AE en los servicios de urgencias de atención primaria, se encontró que las mujeres solicitantes del método eran jóvenes de 27.7 años promedio de edad, percibían los coitos desprotegidos como urgencias y utilizaban el preservativo como método habitual.<sup>11</sup>

En cuanto a las fuentes del conocimiento, un estudio realizado con adolescentes varones cubanos identificó que 31.7 % obtenía información sobre anticonceptivos por parte de sus amigos y 27.5 % por sus padres. Entre los anticonceptivos conocidos no figuró la AE.<sup>17</sup>

Aun cuando se han abordado muchos aspectos biomédicos de la AE en las publicaciones de más de 30 años, en una revisión se encontró que gran número de cuestiones sociales permanecen sin respuesta pues se han explorado poco las concepciones en torno a la AE, y éstas pueden variar según los contextos sociales, por lo que los estudios sobre su aceptabilidad pueden ayudar a identificar aquellos errores conceptuales que obstaculizan su uso. Algunos de estos errores identificados en la AE son que se percibe como un método abortivo, que es un método promotor de conductas sexuales promiscuas y que puede minar la moral de una comunidad. Por el contrario, se ha señalado que la AE ahorra considerables gastos médicos al reducir embarazos no deseados, además de los costos sociales que éstos implican.<sup>18</sup>

Derivado del ahorro de gastos médicos y sociales que representa la AE,<sup>18</sup> de la efectividad superior a 74 % para evitar embarazos no deseados,<sup>19</sup> el fácil acceso a la píldora y de la ausencia de daño en la usuaria,<sup>20</sup> se recomienda una amplia divulgación entre la población joven.<sup>21</sup>

Sin embargo, ante la escasez de estudios que hayan explorado la concepción hacia el uso de los AE en jóvenes, no es posible desarrollar con éxito su promoción, ya que primero es necesario identificar las barreras cognitivas que permitan desmitificar los errores conceptuales que desarrollan la formación de actitudes desfavorables hacia el uso de la AE.

La percepción y formación de actitudes procede de observaciones, del análisis de estas observaciones, de la apropiación de las nociones y lenguajes y la emisión de valoraciones sobre un fenómeno de la vida cotidiana.<sup>22</sup> El proceso de valoración de aceptación o rechazo puede estar condicionado por factores históricos, biológicos, psicológicos y sociológicos, entre los que se destacan los generacionales y de contexto sociocultural, es decir, los relacionados con el grupo de edad y el contexto social al cual se pertenece. Esta perspectiva sociocultural y de identificación de género (que se refiere a la construcción social en base a la cual nos construimos y definimos como hombres y mujeres tanto individual como colectivamente<sup>23</sup>) sobre la cual se establece la diversificación y las desigualdades, incide en la construcción de conocimientos, percepciones, actitudes y significados que se puedan tener de distintos fenómenos y hechos,<sup>24</sup> como la anticoncepción y la AE.<sup>25</sup>

Ante esta situación, y desde esta perspectiva, el objetivo de nuestro estudio fue identificar los conocimientos y las actitudes hacia el uso de la AE desde una perspectiva de género, en población joven universitaria derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

## **Material y métodos**

Se realizó un estudio transversal en 583 estudiantes derechohabientes menores de 25 años de edad, de primer ingreso al Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México, de las carreras de licenciatura en Cirujano Dentista, Cultura Físi-

ca y del Deporte, Enfermería, Nutrición y Médico Cirujano y Partero del ciclo 2005-A (febrero-julio de 2005).

Se ubicó al total de los alumnos inscritos ( $n = 665$ ) en los grupos de primer ingreso ( $n = 20$ ) en la unidad de aprendizaje Salud Pública I, en donde se les presentó el proyecto y se solicitó su participación voluntaria a través de un consentimiento informado por escrito.

El instrumento de recolección de datos fue una encuesta autoadministrada, previamente piloteada, de 17 preguntas cerradas y abiertas que exploró datos de identificación (fecha, carrera y grupo), variables sociodemográficas (edad, sexo y estado civil), conocimientos sobre la AE (qué es AE y especificaciones de uso de acuerdo a la NOMPF<sup>10</sup>) y actitudes hacia el uso de la AE (uso social ante circunstancias específicas, percepción de utilidad, aceptación, uso personal, apoyo de los hombres hacia su pareja para su uso, disposición para recibir información y expectativas de uso en el futuro).

El equipo que aplicó la encuesta estuvo constituido por dos psicólogos y una de las médicas responsables del proyecto. La capacitación consistió en revisión de bases teórico-metodológicas sobre encuestas y AE; autoadministración del cuestionario para adquirir mayor sensibilidad, posibilidad de empatía, evaluación del instrumento y dinámica de aplicación; participación en la prueba piloto. Para la aplicación final se contó con instructivo que incluía aspectos sobre invitación a participantes, solicitud de consentimiento informado y aplicación de cuestionario.

El análisis de datos se realizó empleando la triangulación intermetodológica<sup>26</sup> cualicuantitativa. *a)* Cuantitativo mediante estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y promedios). Para la comparación de grupos se utilizó  $\chi^2$ . La significancia estadística se determinó en  $p \leq 0.05$ . *b)* Con el análisis cualitativo<sup>27</sup> se buscó complementar los datos y el análisis cuantitativo, con la finalidad de posibilitar el acercamiento a la representación y subjetividad<sup>28</sup> de los jóvenes universitarios sobre AE. Se empleó la triangulación de investigadores,<sup>26,27,29</sup> es decir, en el análisis de la información participaron dos investigadoras con la intención de incrementar la competencia interpretativa y la validez. La unidad de análisis fue el lenguaje discursivo (texto)

que emplearon los participantes para dar respuesta en el cuestionario, particularmente en las preguntas abiertas. Se empleó la técnica de análisis de contenido<sup>30</sup> desde la perspectiva semiótica,<sup>31</sup> cuyo procedimiento consistió en lectura y relectura de los textos, análisis de estructura textual, ubicación de unidades de sentido (fragmentos, palabras, frases o párrafos con información significativa), establecimiento de categorías temáticas (conceptos generales para agrupar y clasificar unidades de sentido), codificación (asignación de claves a cada unidad de sentido) y construcción de cuadros matriciales (representación esquemática y sintética de categorías).

De acuerdo a la Ley General de Salud,<sup>32</sup> el proyecto se consideró sin riesgo y fue evaluado y aprobado por un comité institucional de investigación. Se obtuvo consentimiento informado verbal de autoridades escolares y escrito del alumnado participante; se respetó la confidencialidad y el anonimato.

## **Resultados**

De los 665 estudiantes inscritos, 12 no acudieron a las aulas cuando se recolectó la información. El total de las personas que asistieron aceptaron participar, sin embargo se eliminaron 70 encuestas en las que se reportaron edades > 24 años; las encuestas evaluables fueron 583; 221 participantes fueron hombres (37.9 %) y 362 mujeres (62.1 %). Las edades quedaron comprendidas entre 17 y 24 años, con promedio de 20.5 para los hombres y 20.7 para mujeres. En cuanto al estado civil, 203 hombres eran solteros (91.9 %) y 18 estaban casados o unidos (8.1 %); 316 mujeres eran solteras (83.3 %) y 46 casadas o unidas (12.7 %).

### **Exploración cuantitativa**

Más de 95 % refirió haber escuchado *algo* sobre la AE, dato que fue similar entre hombres y mujeres; sin embargo, los hombres tuvieron significativamente mayor conocimiento del uso correcto de la AE (62.5 %) comparados con las mujeres (49 %);  $p \leq 0.05$ .

Al comparar las actitudes hacia el uso de la AE no se encontraron diferencias entre hom-

bres y mujeres ante casos de violación y olvido de un método de planificación familiar. No obstante para el caso de falla del método de planificación familiar, los hombres justificaron en mayor medida su uso comparado con las mujeres ( $p = 0.05$ ). Más de 80 % de hombres y de 80 % de mujeres consideraron que la AE era un método de planificación familiar útil.

La aceptación del uso de la AE fue significativamente mayor en los hombres (83.3 %) que en las mujeres (71.9 %);  $p \leq 0.05$ . Las razones expresadas para el uso de la AE fueron similares entre hombres y mujeres e incluyeron evitar embarazos no deseados y ante la falla de otros métodos anticonceptivos. Hubo diferencias significativamente mayores para los hombres al aceptar el uso de la AE en tres razones: casos de violación, considerarlo un buen método y creer que su uso es de responsabilidad personal.

Al explorar si alguna vez utilizarían la AE, los hombres fueron significativamente más proclives a su uso, pero sólo 20.3 % expresó que apoyaría a su pareja para utilizarla. Sin embargo, más de 78 % de la población (tanto hombres como mujeres) expresó que les gustaría tener mayor información sobre la AE.

En cuanto al rechazo de la AE se encontraron diferencias significativamente mayores en mujeres que en hombres ( $p \leq 0.05$ ). Sin embargo, las razones para rechazar la AE no fueron significativamente diferentes entre ellos.

### **Exploración cualitativa**

Encontramos que se ofreció una mayor cantidad de argumentos ante la aceptación de la AE comparativamente con la no aceptación. Las mujeres tendieron a ofrecer más argumentos complementarios que los hombres. Los argumentos en torno a la aceptación mostraron tres tendencias: de comparación (menos malo o mejor que), de condicionamiento (siempre y cuando), y de contradicción (sí pero no, no pero sí). Los argumentos para respaldar la no aceptación principalmente se relacionaron con una concepción de la AE como método potencialmente abortivo (cuadros I y II).

Encontramos distintos niveles de concordancia entre la postura y la argumentación de

aceptación de la AE y las posibilidades de su uso que pueden observarse en el cuadro III.

En el análisis de la argumentación para obtener mayor información sobre la AE se encontraron dos líneas de pensamiento; una de justificación en base a la cual se señalaba el por qué se consideraba necesario contar con mayor información, y otra línea en que se planteaba el para qué de esta información.

Tanto para hombres como para mujeres, la información que tenían de la AE fue valorada como “insuficiente” y adicionalmente por las mujeres como “mala”, “incompleta”, “poco clara” y “de difícil acceso”.

Los argumentos con los que justificaron la necesidad de obtener mayor información so-

bre la AE fueron diferentes en hombres y mujeres. Para los hombres porque consideraron la necesidad de saber más: “es necesario”, “me hace falta”, “siempre es necesario estar informado”, “estar bien informado hace falta”; por desconocimiento del tema: “no sé nada”; porque el conocimiento que se tenía era insuficiente: “conozco poco”, “hay cosas... que desconozco”, “me falta conocer más detalles”, “nunca es suficiente lo que uno ya sabe”.

En cambio, los argumentos de las mujeres incluyeron otras dimensiones no consideradas por los varones como la necesidad de saber más: “necesitamos conocer”; que se desconoce el tema: “muchas de nosotras no tenemos información”, “a toda la población nos falta

**Cuadro I**  
**Argumentación de las actitudes de aceptación del uso de la anticoncepción de emergencia en jóvenes según sexo**

Categoría	Descripción	Hombres	Ejemplos	Mujeres	Ejemplos
Aceptación con base en valoración comparativa	Se comparó la AE con otro evento considerándola como opción mejor o menos mala	Embarazo no deseado y sus consecuencias	“Es mejor a tener un embarazo no deseado”. “Resultaría más difícil ser hijo no deseado y por eso hay tantos problemas psicológicos”. “Es más injusto tener un hijo que no querías y descuidarlo”	Embarazo no deseado y sus consecuencias  Evitar aborto	“No me gusta ver a los pobres niños sufriendo sin tener nada de culpa”. “Es mejor que el abandono de infantes”. “Como medida extrema para evitar el aborto”
Aceptación condicionada	Se consideró aceptable la AE siempre y cuando se den determinadas condiciones	Necesidad y emergencia y sin abuso  Sólo en casos de violación  Sólo si se tuviera la información suficiente para decidir	“Se me hace útil, no con abuso, como su nombre lo dice sólo en emergencia”. “Sí la aceptaría, dependiendo del caso, para mí sólo en una violación”. “Si tuviera la información que me hace falta y pudiera ver qué es lo correcto”	Riesgo Falla de otros métodos  Sólo en casos de violación	“Sí, si estoy en riesgo”. “Sólo en caso de fallar algún otro método anticonceptivo”. “Sólo en casos extremos, como una violación”
Aceptación contradictoria	Por enfrentamiento de preceptos religiosos vs. propia aceptación Deseabilidad negativa de uso, pero sí aceptación	Preceptos religiosos de rechazo y postura personal de aceptación	“Mi religión no me lo permite, pero yo pienso que sí serviría”	Preceptos religiosos de rechazo y postura personal de aceptación No desear llegar a requerirla, pero sí aceptarla	“De acuerdo a mi religión no, pero no siempre uno piensa igual”. “Espero que nunca llegue a necesitarla, pero si así fuera sí la utilizaría”

información”; que el acceso al conocimiento y el conocimiento mismo son algo moralmente correcto: “es correcto conocer”; el interés personal: “porque a mí me interesa”; la evaluación positiva de este tipo de información como algo correcto, bueno, necesario y útil: “es correcto conocer”, “es bueno saber”, “es necesario”, “sería útil saber”; como una preferencia personal: “porque a mí me gustaría saber más”.

Los argumentos que justificaban para qué obtener mayor información de la AE se orientaron en cuatro líneas para los hombres: *a)* Para saber y estar bien informado: “para saber”,

“para saber cómo funciona”, “para saber sus consecuencias”, “para estar bien informado”. *b)* La información como elemento para discernir sobre la verdad: “para saber en realidad lo que es y cómo en verdad se usa”. *c)* Para prevenir riesgos: “por seguridad”, “para no regarla”. *d)* Para crear conciencia a favor de su uso: “así se crea más conciencia del uso”.

La argumentación de la función que cumpliría la información de la AE en las mujeres se orientó en siete líneas de pensamiento: *a)* Como elemento de empoderamiento: “la información es poder”. *b)* Como beneficio personal: “por-

**Cuadro II**  
**Argumentación de las actitudes de no aceptación de la anticoncepción de emergencia en jóvenes según sexo**

Categoría	Descripción	Ejemplos/Hombres	Ejemplos/Mujeres
Equiparación de la AE con el aborto	Se consideró la AE como un recurso abortivo y el aborto se asumió como la privación de la vida de otro ser y ello como un asesinato	“No, porque es privar de la vida a un ser humano y porque yo no soy un asesino”. “No es seguro que sólo actúe como anticonceptivo”	“Puede ser útil pero no estoy de acuerdo en acabar con una vida inocente, después de que alguien no toma la responsabilidad de sus actos”. “No, porque no me gusta, para mí es como un aborto”
Fomento de comportamiento inmoral y enfermedades	La aceptación de la AE como un factor de riesgo para el incremento en el número de parejas y contactos sexuales y para la adquisición de enfermedades de transmisión sexual	“No la acepto, porque creo que se fomentarían la promiscuidad y las enfermedades de transmisión sexual”	
Prohibición religiosa	Se planteó que para la religión que se profesa es algo inaceptable	“Mi religión no me lo permite”	
Daños a la salud femenina	Se pensó que su empleo ocasiona o pudiera ocasionar daños a la salud de la mujer	“No, porque causa trastornos fuertes a la mujer”	“Pienso que traería consecuencias a mi aparato reproductor”
Empleo de métodos considerados más confiables	Referencia al hecho de ser usuaria de otros métodos en los que se confiaba		“No, porque ya tengo otro método”. “No, porque hay métodos más seguros”
Desconocimiento	Se planteó que no se cuenta con información para poder aceptarla ya que se desconoce su utilidad, efectividad, riesgos, contradicciones de uso y sus efectos secundarios		“No, porque no tengo mucha información, a lo mejor es buena, pero no sé”. “No sé sus contraindicaciones, ni efectos secundarios”

que me puede llegar a beneficiar”. *c)* Para saber y estar bien informada: “para tener información”, “para tener información completa”, “...adecuada”, “...clara”, “sobre pros y contras”, “sobre consecuencias”. *d)* La información como elemento para discernir sobre la verdad y evaluar el propio conocimiento al respecto: “para saber si lo que yo creo está bien o si estoy en un error”. *e)* Como base para la toma de decisiones: “para poder decidir conscientemente, con información podemos tomar la decisión que creamos sea la correcta”. *f)* Para hacer factible su uso: “sería útil conocerla, una no sabe cuándo la puede utilizar”. *g)* Para evitar embarazos no deseados y abortos, así como sus consecuencias: “hay muchas adolescentes que por mala información se embarazan o han abortado y han estado al borde de la muerte”.

En un análisis detallado de lo expresado por la población que no deseaba adquirir mayor información sobre la AE se identificaron tres posturas: *a)* Llegar a requerir AE fue muestra de un comportamiento sexual irresponsable: “no me gusta este método, después de que alguien no toma la responsabilidad de sus actos”. *b)* La AE como un recurso potencialmente abortivo o abortivo: “no es seguro que sólo funcione como anticonceptivo”, “para mí es como un aborto”, “es privar de la vida a un ser humano”. *c)* El aborto fue representado como moralmente inaceptable: “mi religión lo prohíbe”; incluso ante casos de violación: “no debe ser utilizado en ningún caso”, “no estoy de acuerdo en acabar con una vida inocente”, “sea como sea es tuyo y lo tienes que querer”.

## Discusión

Este estudio representa una de las primeras exploraciones de los conocimientos y actitudes hacia el uso/no uso de la AE en México en población joven estudiantil derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Encontramos que aunque casi la totalidad ha escuchado algo sobre la AE, apenas la mitad conoce su uso correcto y una cuarta parte mostró actitudes no favorables hacia la AE.

Este hallazgo coincide parcialmente con la literatura, puesto que en este estudio la proporción de jóvenes que había escuchado sobre

la AE es mayor que el realizado con adolescentes mexicanos de secundaria<sup>15</sup> y ligeramente mayor que en los dos estudios realizados con población mayor de 18 años.<sup>16</sup> En cuanto al uso correcto de la AE, nuestros resultados mostraron que los jóvenes tienen mayor dominio del uso del método, comparado con el reporte de estudiantes de secundaria.<sup>15</sup> Estas diferencias podrían ser explicadas por la diferencia de edad y escolaridad de nuestra población y por el tiempo transcurrido entre estas evaluaciones,<sup>33</sup> lo que potencialmente podría indicar que la AE va ganando adeptos.

Otro hallazgo importante fueron las diferencias que identificamos entre hombres y mujeres. Los hombres mostraron mayor dominio cognitivo del uso correcto de la AE comparados con las mujeres, y aun cuando las actitudes de los primeros para la AE fue de mayor permisividad que en las segundas, cualitativamente encontramos argumentos similares para su uso/no uso. En cuanto a la necesidad de obtener mayor información, las mujeres proporcionaron más argumentos de justificación. Estas diferencias se pueden explicar en función de las diferencias de género imperantes,<sup>24</sup>

**Cuadro III**  
**Concordancia entre las actitudes de aceptación y la disposición para el uso personal de la anticoncepción de emergencia en jóvenes universitarios**

Sí acepta y sí usaría	Sí acepta y no usaría
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evita embarazos no deseados</li> <li>• Evita abortos</li> <li>• En emergencias</li> <li>• En caso de violación</li> <li>• Ante falla de otros métodos anticonceptivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptable a nivel general pero no a nivel personal</li> <li>• Aceptable a nivel general pero no se considera necesario su uso a nivel personal</li> </ul>
No acepta y no usaría	No acepta y sí usaría
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método abortivo</li> <li>• Promotor de promiscuidad</li> <li>• Factor de riesgo para ITS</li> <li>• Daños a la salud reproductiva femenina</li> <li>• Prohibición religiosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No aceptable como moralmente correcto y algo deseable, pero se visualizó su uso personal como algo probable</li> </ul>

ITS = infecciones de transmisión sexual

y que podrían tener relación con los estereotipos tradicionales<sup>23</sup> a partir de los cuales los espacios de acción, las posiciones de poder y los roles entre hombres y mujeres son diferentes, prefigurando al hombre como quien tiene mayor acceso al conocimiento, toma decisiones y como una figura más laxa frente a normas morales y religiosas, mientras que ella se representa desde la imagen de una “buena mujer”, que conoce poco de sexualidad y espera ser enseñada por su pareja,<sup>25</sup> que participa poco o nada en las decisiones y asume un papel pasivo del autocuidado de su salud y una postura más rígida y conservadora frente a las normas morales y religiosas.

Nos llamó la atención que el argumento de aceptación para el uso de la AE fue casi exclusivamente en los casos de violación, y significativamente mayor en los hombres, lo que aunado a los argumentos de no aceptación de la AE nos hace pensar que este método está representado<sup>22</sup> socioculturalmente como potencialmente abortivo, tal como fue señalado en un estudio de revisión.<sup>18</sup>

Otro aspecto a resaltar fue el hecho de que más de dos tercios de los jóvenes encuestados mencionaron que requerían mayor información sobre la AE. Esto en particular y todos los hallazgos en su conjunto, son datos de relevancia para los servicios de salud, dado que parecen indicar que la AE en la población joven estudiantil y derechohabiente no tiene aún la penetración adecuada para su uso en las situaciones en las que potencialmente se amerite, por lo que debe tomarse en cuenta la necesidad primaria de modificar las concepciones erróneas a través de la promoción de qué contiene y cómo funciona la AE en jóvenes, difundir su forma de administración, contraindicaciones y mejorar las condiciones de acceso de la AE. Sería ideal la incorporación de pares en este proceso, así como la evaluación de su efecto.

Por otro lado, la exploración cualicuantitativa que implementamos en el estudio fue una estrategia metodológica acertada, ya que sólo la valoración cuantitativa, tanto de los conocimientos como de las actitudes, hubiera sido insuficiente para evaluar el posicionamiento personal respecto a la AE en esta población, ya que los argumentos de las preguntas abiertas reafirmaron, condicionaron, e incluso con-

tradijeron la respuesta inicial. Esto nos permitió suponer que la población encuestada no tiene un posicionamiento claramente definido en relación con la AE, y que más bien la AE constituye para ellos y ellas, un tema novedoso que aún tiene vacíos de información que se reflejan a nivel cognitivo y en su abordaje argumentativo, mostrando que la AE se asume como un dilema ético que se vincula con ciertas actitudes ambiguas y contradictorias que identificamos. Sin embargo, habría que explorar esta hipótesis con mayor profundidad, así como continuar con el estudio sistemático de la AE desde diferentes enfoques, métodos y contextos culturales.

En virtud de que este estudio representa un primer acercamiento a la exploración de la AE en jóvenes derechohabientes, en el que adicionalmente no se incorporaron todos los elementos que intervienen en el proceso de construcción de actitudes, los resultados tendrían que tomarse con cierta cautela.

Por último, concluimos que los conocimientos y las actitudes hacia la AE en jóvenes universitarios derechohabientes del IMSS tuvo un comportamiento diferencial entre hombres y mujeres; los hombres mostraron mayores conocimientos y actitudes más favorables para su uso comparados con las mujeres, por lo que habría que tomar en cuenta estas diferencias para la implementación de políticas y programas de educación en salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Sin embargo, también encontramos que en esta población existen necesidades de mayor información sobre la AE que deberán atenderse en las diferentes instancias educativas y de salud.

## Referencias

1. National Academy Press. Anticoncepción y reproducción. Consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 1990.
2. Palma Y, Rivera G. La planificación familiar en México. En: Langer A, Tolber K, editores. Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México. México: Edamex/Population Council; 1996. p. 153-177.
3. Population Reports. Programas de planificación familiar: mejoras en la calidad. USA: Population Information Program. J. Hopkins School of Public Health Vol. XXVI No. 3 Serie J. No. 47;1998.

4. Bonilla-Rosales F, Aguilar-Zamudio ME, Cázares-Montero ML, Hernández-Ortiz ME, Luna-Ruiz MA. Factores de expulsión del dispositivo intrauterino Tcu380A aplicado en puerperio inmediato y tardío. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2005;43(1): 5-10.
5. Rocha-Galván E, Otero-Flores JB. Métodos anticonceptivos. *Anticoncepción hormonal poscoito. A tu Salud* 2004;(6):72-75.
6. Schiappacasse V. Antecedentes y situación actual de la anticoncepción de emergencia en Chile. Santiago, Chile; 2002. Disponible en <http://www.anticoncepciondeemergencia.cl/word/antecedentes.doc> Consultada el 23 de octubre de 2004.
7. Profesionales Sanitarios NorLevo. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. Evolución de la anticoncepción de emergencia. Disponible en <http://www.sec.es/publicaciones/guiaanticon/guia.php> Sociedad Española de Contracepción. Contracepción: Contracepción de emergencia/Poscoital. Consultada el 19 de octubre de 2004.
8. Ellertson Ch. Historia y eficacia de la anticoncepción de emergencia. Nueva York, USA: Population Council; 1997.
9. Mora-Ramírez G. Políticas y programas de salud reproductiva: Papel de OPS/OMS. En: UNFPA . Memorias de la Reunión Regional sobre Salud Reproductiva en América Latina y el Caribe Cancún México 1995. México: UNFPA; 1996. p. 257-264.
10. Secretaría de Salud. Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar. México: Diario Oficial de la Federación. 2004 enero 21; tomo DCIV No. 14. p. 39-109.
11. Vergara CJ, López-Guerrero A, López LF. Anticoncepción de emergencia: perfil de la usuaria en servicios de urgencias de atención primaria. *Aten Primaria* 2004;34(6):279-285.
12. Bailón ME, Arribas ML. La píldora del día después: una segunda oportunidad. *Aten Primaria* 2002;29(7):430-432.
13. Pérez-Islas JA. Encuesta Nacional de Juventud 2000. Resultados básicos. Distrito Federal, México: Secretaría de Educación Pública. Instituto Mexicano de la Juventud, Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud; 2000.
14. Núñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B, García-Barrios C, González D, Walker D. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Publica Mex* 2003;45(S1):S92-S102.
15. Walker DM, Torres P, Gutiérrez JP, Flemming K, Bertozzi S. Emergency contraception use is correlated with increased condom use among adolescents: results from Mexico. *J Adolesc Health* 2004;(35):329-334.
16. Consulta Mitofsky. La píldora del día siguiente. Encuesta de opinión en viviendas. Marzo 2004. Disponible en <http://www.consulta.com.mx> Consultada el 15 de diciembre de 2004.
17. Madiedo HJ, Otero AM, González IY, Pulido GT. Conducta sexual en adolescentes varones y anticoncepción. *Rev Cubana Enferm* 2001;17(1)9-13.
18. Casanova FJ, Iglesias AE, Alemán PE. Anticoncepción de emergencia. *Medicentro Electrónica* 2003;7(2):1-10.
19. Trussell J, Rodríguez G, Ellertson C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1999;59:147-151.
20. Glasier A, Bair D. The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med* 1998;339(1):1-4.
21. García MR, Ley RA, Riverón CA, Gallego RJ. Anticoncepción de emergencia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2002;18(4):278-280.
22. Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires, Argentina: Huemul; 1979.
23. Giménez G. La identidad social o el retorno del sujeto en sociología. En: III Coloquio Kirckhoff Paul: Identidad. México: UNAM; 1996. p. 1124.
24. Fernández F. Las identidades de género a lo largo de la vida. En: Fernández J, coordinador. Género y sociedad. Madrid, España: Psicología Pirámide; 1998. p. 105-140.
25. Amuchástegui A. Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados. México: EDAMEX, Population Council; 2001.
26. Valles MM. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid, España: Síntesis Sociológica; 1997.
27. Mercado FJ, Villaseñor M, Lizardi GA. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. *Rev U de G* 2000;17:19-30.
28. Gribich C. Qualitative research in health: an introduction. Sydney, Australia: National Library of Australia; 1999.
29. Rodríguez RO. La triangulación como estrategia de investigación en ciencias sociales. *Revista de Investigación en Gestión de la Innovación y Tecnología. Tribuna de Debate*, 31; 2005. Disponible en [www.madrimasd.org/revista/revista31/tribuna/tribuna.asp](http://www.madrimasd.org/revista/revista31/tribuna/tribuna.asp) Consultada el 16 de febrero de 2007.
30. Abril G. Análisis semiótico del discurso. En: Delgado J, Gutiérrez J, coordinadores. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid, España: Síntesis Psicología; 1995: 427-464.
31. Barthes R. La aventura semiológica. Barcelona, España: Paidós; 1993.
32. Ley General de Salud. Leyes y Códigos de México. Distrito Federal, México: Porrúa; 1989.
33. Collinong-Goribar MM. Jóvenes del municipio de Guadalajara. En: Pérez-Islas JA, Valdez-González M, editores. Jóvenes mexicanos. Encuesta nacional de juventud 2005. Distrito Federal, México: Secretaría de Educación Pública. Instituto Mexicano de la Juventud. Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud; 2006. **rm**