

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

¿LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS?

Dra. Lauren Bardisa Ezcurra

Especialista en Medicina General Integral
Centro Nacional de Educación Sexual
lauren@infomed.sid.cu

EN MUCHOS PAÍSES EN DESARROLLO, Y AUN EN MUCHOS DESARROLLADOS, EXISTE UN BAJO NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE) O HAY DIFICULTADES PARA ACCEDER A ESTOS MÉTODOS. NUMEROSOS ESTUDIOS DEMUESTRAN QUE UNA DE LAS MAYORES BARRERAS AL USO DE LA AE ES EL DESCONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE ESTOS MÉTODOS POR PARTE DE PROVEEDORES Y DE USUARIAS.



La Anticoncepción de Emergencia (AE), conocida popularmente como «píldora del día después» o «píldora de la mañana siguiente», comprende en realidad «los métodos contraceptivos que pueden utilizar las mujeres en los días siguientes a un coito no protegido con el fin de evitar un embarazo no deseado. Los métodos anticonceptivos de emergencia son eficaces e inoocuos para la mayoría de las mujeres que pueden necesitarlos, así como fáciles de utilizar».¹

La Anticoncepción de Emergencia es capaz de prevenir un embarazo, pero no de interrumpirlo, es decir, son métodos anticonceptivos y no abortivos.²

De la definición anterior, se puede deducir que el término grabado en la imaginación popular es incompleto por dos razones:

- 1.- La píldora no es el único método que se puede emplear como Anticoncepción de Emergencia.
- 2.- Las píldoras que se emplean como Anticoncepción de Emergencia, pueden y deben tomarse durante las primeras 72 horas después del coito no protegido, y no sólo a «la mañana siguiente».

Sin embargo, me parece curioso hacer notar como el término popular «píldora del día después», alude a **la característica distintiva de la Anticoncepción de Emergencia: su uso post-coital, o sea, después que ha ocurrido la relación sexual.**

LOS MÉTODOS

La Anticoncepción de Emergencia, más que un «descubrimiento» —la referencia más antigua se remonta a 1968—,³ es un concepto. ¿Por qué? Porque para la Anticoncepción de Emergencia se emplean métodos de uso regular como las píldoras combinadas que contienen estrógenos y progestágenos, o las que contienen progestágenos solamente, y también se emplea el Dispositivo Intrauterino (DIU).

Al método de las píldoras combinadas se le conoce como «Método de Yuzpe» por el médico canadiense Albert Yuzpe, quien publicó en 1974 el primer estudio clínico de efectividad.⁴ En el esquema combinado que se recomienda en la actualidad, las píldoras de estrógenos y progestágenos incluyen una combinación de Etinil-Estradiol (para una dosis total de 200 mg) y de Norgestrel o Levonorgestrel (para una dosis total de 2 y 1 mg respectivamente).

En caso de recurrir a píldoras de «dosis alta», se indicará ingerir 2 grageas juntas tan pronto como sea posible, dentro de las primeras 72 horas después del coito no protegido, y 2 grageas juntas 12 horas más tarde. En caso de píldoras de «dosis baja», o «microdosis», como se han llegado a denominar, se utilizarán 4 grageas juntas en cada dosis.

El esquema anticonceptivo a base de progestina sola, consiste en una dosis total de 1.5 mg de Levonorgestrel, dividida en 2 dosis de 0.75 mg cada una. De la misma forma que para las píldoras combinadas, la primera dosis deberá tomarse tan pronto como sea posible, dentro de las primeras 72 horas, y la segunda se tomará 12 horas después.

La ventaja teórica de este esquema es que, al estar desprovisto de estrógenos, también está exento de los efectos colaterales y las contraindicaciones y/o precauciones relacionadas con estos. Dichas ventajas han sido evaluadas en estudios clínicos desde los años 70 y 80, y más recientemente confirmadas en una amplia investigación multicéntrica coordinada por la OMS, en la cual se demostró la reducción a más de la mitad en los efectos colaterales en comparación con las píldoras combinadas: la incidencia de la náusea y del vómito fue de 23 y 5.6% respectivamente.

Un resultado inesperado fue encontrar una efectividad anticonceptiva ligera pero significativamente mayor que con el esquema combinado, y tanto más elevada cuanto más precoz fuera la toma. Cuando se administró dentro de las primeras 24 horas, la efectividad anticonceptiva de este régimen alcanzó el 95%.⁵

La antiprogestina mifepristona o RU-486 también ha sido utilizada como fórmula contraceptiva de emergencia a una dosis única de 10 mg.⁶

En el caso del DIU, este puede ser insertado en el útero hasta 120 horas (5 días) después del coito no protegido. Es un proceder invasivo, que suele resultar un poco doloroso y, además, requiere intervención médica para llevarse a cabo con éxito. Sin embargo, y a pesar de lo anterior, es una opción que debe tenerse en cuenta si, por cualquier causa, las píldoras no están disponibles. La siguiente tabla resume las principales características de los métodos más utilizados en la anticoncepción de emergencia:

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA

HORMONALES

-Tabletas anticonceptivas combinadas

(Método de Yuzpe):

Etinil-Estradiol (para una dosis total de 200 mg) + Norgestrel o Levonorgestrel (para una dosis total de 2 mg y 1 mg), respectivamente.

-Tabletas de progestinas solamente:

Levonorgestrel (para una dosis total de 1.5 mg)

-Antiprogestinas:

RU-486 o Mifepristona, dosis única de 10 mg.

NO HORMONALES

-Dispositivo intrauterino:

T de cobre y otros.

LAS INDICACIONES Y LAS CONTRAINDICACIONES

La Anticoncepción de Emergencia está indicada en cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1.- Relación sexual no protegida por cualquier causa.
2. Violación
3. Accidente anticonceptivo:
 - ruptura del condón
 - desplazamiento del diafragma
 - olvido de más de dos pastillas anticonceptivas
 - olvido de la fecha de administración del inyectable hormonal
 - expulsión del DIU
 - confusión con el método del ritmo

El empleo de la Anticoncepción de Emergencia puede provocar en las mujeres efectos indeseables como náuseas, vómitos, cefaleas, vértigos y dolor en

las mamas. Estos efectos suelen mitigarse si se ingieren las píldoras junto con algún alimento, y si una o dos horas antes se administra un medicamento antiemético como el Dimenhidrinato (Gravinol). Por lo general, los síntomas son de corta duración y autolimitados, es decir, ceden aún sin tratamiento entre 24 y 36 horas después de la toma.

La Organización Mundial de la Salud afirma que la única contraindicación absoluta a la Anticoncepción de Emergencia está representada por «un embarazo confirmado», ya que no tendrían ninguna indicación terapéutica en este caso. Sin embargo, aclara que no existen riesgos para la salud de la madre o del niño en caso de toma de las píldoras para Anticoncepción de Emergencia durante un embarazo inicial.⁷

Además de la Organización Mundial de la Salud, la Anticoncepción de Emergencia está aprobada por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), y las agencias reguladoras de muchos países, donde también se introduce su empleo en las normas para la atención a las mujeres víctimas de violaciones.

La violencia sexual es una emergencia social y de salud, con consecuencias a corto, mediano y largo plazo. El uso de la Anticoncepción de Emergencia es parte del proceso terapéutico de la mujer víctima, proporcionándole tranquilidad al saber que puede evitar «esa posibilidad» de embarazo.

LOS MECANISMOS DE ACCIÓN

Los mecanismos de acción de la Anticoncepción de Emergencia han generado extensa discusión en diferentes países, no tanto entre usuarias/os y proveedores, como entre los responsables de las políticas de salud y grupos sociales conservadores, muchos de los cuales consideran que la AE es un método mini-abortivo.

Debemos recordar que el embarazo no tiene lugar inmediatamente después de una relación sexual, sino que es un proceso gradual y progresivo. El intervalo entre el coito y la ovulación es la variable temporal más importante que determina la probabilidad de un embarazo. Si la relación sexual ocurre de 4 a 5 días antes de

LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA PUEDE ACTUAR INTERFERIENDO CON LOS EVENTOS PRE O POSTOVULATORIOS INMEDIATOS, PERO SIEMPRE ANTES DE LA IMPLANTACIÓN. SE HA CONFIRMADO EXPERIMENTALMENTE QUE EN LA ESPECIE HUMANA, A DIFERENCIA DE OTROS MAMÍFEROS INFERIORES, LA ADMINISTRACIÓN DE ESTEROIDES ESTROGÉNICOS O PROGESTACIONALES NO PUEDE INTERFERIR CON LOS PROCESOS DE IMPLANTACIÓN O NIDACIÓN, UNA VEZ QUE ESTOS SE HAN INICIADO.

la ovulación, los espermatozoides deberán sobrevivir todo este lapso de tiempo en las vías genitales femeninas antes de iniciar el proceso de fertilización.

Aún cuando el coito sea inmediatamente anterior o simultáneo a la ovulación, se requiere de tiempos definidos para que se lleven a cabo los diferentes eventos que resultarán en un embarazo. La misma fecundación, es decir el proceso de unión entre los núcleos de ambas células sexuales, dura aproximada-

mente 24 horas. El transporte del óvulo fecundado a través de la trompa de Falopio requiere de otros 5-7 días. En los estudios clínicos más recientes, se confirma que una implantación exitosa tiene lugar entre los 8 y 10 días después de la ovulación.⁸

La Anticoncepción de Emergencia puede actuar en esta ventana, interfiriendo con los eventos pre o postovulatorios inmediatos, pero siempre antes de la implantación. Se ha confirmado experimentalmente que en la especie humana, a diferencia de otros mamíferos inferiores, la administración de esteroides estrogénicos o progestacionales no puede interferir con los procesos de implantación o nidación, una vez que estos se han iniciado. Es importante enfatizar que todos los resultados de las investigaciones realizadas sobre los mecanismos de acción de la Anticoncepción de Emergencia apuntan a que siempre interfiere con eventos que ocurren con anterioridad a la implantación, como son: la maduración del folículo, la modificación del moco cervical, el transporte de óvulos y espermatozoides y la fecundación. Croxatto y colaboradores han publicado recientemente una muy interesante revisión bibliográfica sobre este tema.⁹

La disminución de la efectividad anticonceptiva de la Anticoncepción de Emergencia conforme transcurre el tiempo desde el coito, y en especial, la incapacidad de cualquier régimen actual de la Anticoncepción de Emergencia de inducir un sangrado en caso de retraso menstrual debido a un embarazo, es la más simple demostración de que la anticoncepción de emergencia actúa siempre antes de un embarazo, que es capaz de prevenirlo, pero nunca de interrumpirlo.

CONOCIMIENTO Y ACCESIBILIDAD A LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

En muchos países en desarrollo, y aun en muchos desarrollados, existe un bajo nivel de conocimientos sobre la Anticoncepción de Emergencia o hay dificultades de la más variada índole para acceder a estos métodos. Numerosos estudios demuestran que una de las mayores barreras al uso de la AE es el desconocimiento de la existencia de estos métodos por parte de proveedores y de usuarias.¹⁰⁻¹²

Particularmente en países en vías de desarrollo, el desconocimiento y las barreras existentes para acceder a la AE puede conducir a muchas mujeres a tener embarazos no deseados que terminan en abortos. Muchos de estos abortos se realizan bajo condiciones inseguras, lo que contribuye de manera significativa a provocar complicaciones y eventualmente, muertes maternas.¹³

Igualmente, allí donde el aborto es legal, muchas mujeres, en especial adolescentes, reconocen que habrían podido evitar la interrupción del embarazo si hubieran conocido la AE, si les hubieran informado que era segura, o si hubieran tenido acceso más fácil y menos restrictivo a la misma.

Por todo lo anterior, para introducir los métodos empleados como AE en contextos donde esta es poco conocida, se impone una activa campaña de comunicación social e información, que tiene que estar necesariamente sustentada por consejos y recomendaciones consecuentes con las evidencias avaladas por la comunidad científica internacional.

El tiempo posterior al coito no protegido en el que se comienza el tratamiento, es un elemento crítico para el uso efectivo de la Anticoncepción de Emergencia, por lo que esta debería ser suministrada en el nivel primario de salud y en las farmacias, donde estarían fácilmente asequibles a las consumidoras potenciales. Para brindar métodos de Anticoncepción de Emergencia de forma efectiva, los proveedores de salud deberán ser entrenados en técnicas apropiadas de consejería. Se necesitará que funcione un sistema eficiente de distribución para el abastecimiento regular de las tabletas a este nivel. También será necesario ofrecer Anticoncepción de Emergencia y la consejería pertinente en los niveles secundarios de los sistemas de salud (hospitales, clínicas...)

Claramente, existe una necesidad de hacer conocer a las personas, tanto hombres como mujeres, pero especialmente a las mujeres, que la Anticoncepción de Emergencia existe como una opción y que diversos métodos están disponibles.

Es menester que cualquier campaña informativa y de consejería enfatice de manera bien explícita que la Anticoncepción de Emergencia no es una alternativa a la anticoncepción regular, sino como su nombre lo indica, solamente una solución de emergencia. El conocimiento y uso sistemático de la anticoncepción regular, debe ser una responsabilidad compartida por la pareja.

LA CONSEJERÍA

Ciertamente, es razonable suponer que si se comienza a brindar información sobre la existencia de la AE como método utilizable para prevenir embarazos en situaciones de «emergencia», al principio pudiera «abusarse» del método.

Para prevenir un uso «rutinario» o demasiado frecuente de la Anticoncepción de Emergencia, habrá que enfatizar con las/los posibles usuarias/os los siguientes puntos:

- Como su nombre lo indica, la AE debe usarse solamente en situaciones de **emergencia** y nunca como un método regular de planificación familiar

- Cualquier método de AE puede proteger de un embarazo no deseado, pero **no protege de las ITS ni del VIH/SIDA**; en otras palabras, la AE nunca podrá substituir el uso del condón.

- La **efectividad anticonceptiva** de las píldoras para AE no es tan alta como la de otros métodos: el uso constante y correcto de las pastillas regulares, de los hormonales inyectables, del DIU o del condón previene un embarazo en una forma más efectiva que el uso repetido de las PAE.

- Los **efectos colaterales** con el empleo de las píldoras para AE, náusea y vómito, son más frecuentes e intensos que con las píldoras anticonceptivas de uso rutinario; así mismo, si son usadas repetidamente en un mismo ciclo, los posibles trastornos inducidos del sangrado podrían dificultar el reconocimiento de las diferentes fases del ciclo menstrual.

- La **ausencia de contraindicaciones no es aplicable al uso repetido del método**. Las píldoras para AE son inocuas y muy seguras si son utilizadas en forma ocasional; sin embargo, si se toman con frecuencia, tienen las mismas contraindicaciones que cualquier método hormonal.

La información sobre la seguridad, conveniencia y eficacia comparativa de los métodos de Anticoncepción de Emergencia es crucial para los proveedores de salud y las mujeres a las cuales brindan sus servicios.¹⁴

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN DE LA ANTI-CONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN CUBA ?

En Cuba se producen dos tipos de píldoras anticonceptivas que pudieran emplearse como Anticoncepción de Emergencia:

1. - Aminor (1 tab = 30 mg de Levonorgestrel)
2. - Etinor (1 tab = 30 mg de Etinilestradiol + 150 mg de Levonorgestrel).

Ambos productos se encuentran disponibles en la red nacional de farmacias, sin necesidad de receta médica y a un precio muy asequible incluso para las adolescentes : 2.10 pesos la caja con 63 tabletas.

Sin embargo, en sus prospectos no se indica que podrían ser utilizadas para la Anticoncepción de Emergencia. En el caso del Etinor, que se considera una píldora de «dosis baja», se utilizarán 4 grageas juntas en cada dosis. Por su parte, para alcanzar la dosis requerida de Levonorgestrel, se requiere ingerir 25 tabletas de Aminor y repetir esa dosis a las 12 horas. Dicho así, suena como algo en extremo incomodo, aunque en realidad, las grageas son muy pequeñas; considero además, que siempre debe dejarse a la mujer decidir si, a pesar de lo anterior, prefiere este método a la realización de un aborto, con los riesgos que este implica.

Confiamos que un futuro no muy lejano, exista en nuestro país la posibilidad de fabricar y poner a disposición de las mujeres productos dedicados para la AE, es decir, tabletas conteniendo las dosis específicamente requeridas para anticoncepción de emergencia.

El derecho a disponer de Servicios de Aborto de alta calidad, y a optar por el aborto voluntario como una opción que da respuesta a la libre decisión de la mujer o pareja sobre la reproducción, fue un logro de las cubanas en su lucha por el pleno ejercicio de la igualdad de géneros. En nuestro país, las muertes y las mutilaciones por abortos han disminuido a niveles muy bajos, debido a que las interrupciones de embarazo se realizan en instalaciones hospitalarias bajo la supervisión de personal médico especializado. Esto hace que en ocasiones, el aborto se percibe por la población como un método totalmente inocuo, que lo emplea indebida e irresponsablemente como «anticonceptivo».

En Cuba, la tasa de abortos inducidos en adolescentes fue de 33.6 x 1000 mujeres de 12 a 19 años en el año 2000, y la de regulaciones menstruales de 28.4 x 1000 mujeres de 12 a 19 años durante ese mismo período.¹⁵ Un 26.8% de mujeres de 15 a 19 años con actividad sexual no usaba ningún método anticonceptivo.¹⁶

¿No podría la Anticoncepción de Emergencia disminuir las cifras de abortos inducidos y de regulaciones menstruales y constituir un puente para el uso de la anticoncepción regular? Aunque también contamos con dispositivos intrauterinos en los consultorios del médico de la familia, no conocemos si se están empleando como Anticoncepción de Emergencia.

En relación al conocimiento que existe en Cuba sobre AE, hay que destacar que en una investigación realizada en un área de salud de Ciudad de la Habana, para evaluar conocimientos sobre Planificación Familiar entre residentes de la especialidad de Medicina General Integral, se obtuvo como resultado que el 58.9% de los encuestados no poseía ningún conocimiento sobre AE; el 12.8% expresó un concepto totalmente erróneo, y el 28.3% restante brindó respuestas parcialmente correctas. El 100% de los encuestados desconocía que el DIU se podía emplear como AE.¹⁷ Considero que tenemos excelentes condiciones para trabajar sobre la educación del personal médico, de enfermería y de farmacias, para que su vez informen y eduquen a las usuarias.

LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y LOS DERECHOS

Aunque en nuestro país, se dispone de todos los mecanismos que garantizan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y familias, creemos importante destacar que el acceso a la Anticoncepción de Emergencia, está amparado por los siguientes:

- Derecho a la salud física y mental, que comprende el derecho a la salud sexual y reproductiva.
- Derecho a la intimidad, que conlleva el derecho a tomar decisiones sobre la propia sexualidad y reproducción sin interferencia de terceros.
- Derecho a decidir el número e intervalo entre los nacimientos de los hijos.
- Derecho a fundar una familia y a la igualdad en ella, que incluye el derecho a la adopción de decisiones sobre cuestiones reproductivas libres de discriminación, coacción y violencia.
- Derecho a la libertad de pensamiento y de religión.
- Derecho a los beneficios del progreso científico.

REFLEXIÓN FINAL

Nadie cuestiona que tengamos a mano los elementos necesarios para usar como primeros auxilios cuando se producen accidentes caseros. Entonces nadie

debería cuestionar tampoco que, como parte de este botiquín personal, las mujeres, y también los hombres, dispongan de tabletas anticonceptivas de emergencia y de la información adecuada para su empleo en situaciones de emergencia; de esta forma se evitarían muchos embarazos no deseados y eventualmente la necesidad de recurrir al aborto.

Por otra parte, si creemos que «en un terreno como la sexualidad, en el cual convergen miles de elementos más allá del deseo, la atracción o el afecto, es

lógico pensar que el propósito anticonceptivo de la mujer o de la pareja no siempre puede concretarse con éxito»,¹⁸ tal vez estemos de acuerdo en que resultaría esencial y profundamente humano, facilitar a las mujeres el empleo de la Anticoncepción de Emergencia que, por suerte, no sería solamente «la píldora de la mañana siguiente», sino la píldora de los 3 días siguientes o el DIU de los 5 días siguientes. Aunque la precisión científica no venda.

Bibliografía

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Anticoncepción de Emergencia. Guía para la prestación de servicios* (doc. WHO/FRH/FPP/98.19) Ginebra: OMS 1999.
2. Bellagio Conference on Emergency Contraception (editorial). Consensus statement on emergency contraception. *Contraception* 1995; 52:211-13.
3. KAR-AB; SETTY-BS; KAMBOJ-VP: «Postcoital contraception by topical application of some steroidal and nonsteroidal agents». *Am-J-Obstet-Gynecol.* 1968 Sep 15; 102(2): 306-7.
4. YUZPE A., THURLOW H., RAMZY I., and LEYSHEN J.: *Post-coital contraception: a pilot study.* J. Reprod. Med. 1974. 13:53-61
5. WHO Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998 Aug 8;352(9126):428-33.
6. VON HERTZEN H, PIAGGIO G, DING J, CHEN J, SONG S, BARTFAI G, NG E, GEMZELL-DANIELSSON K, OYUNBILEG A, WU S, CHENG W, LUDICKE F, PRETNAR-DAROVEC A, KIRKMAN R, MITTAL S, KHOMASSURIDZE A, APTER D, PEREGOUDOV A.: Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002 Dec 7;360(9348):1803-10
7. World Health Organization. Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods. (doc. WHO/FRH/FPP/96.9) Geneva: WHO, 1996.
8. WILCOX AJ, BAIRD DD, WEINBERG CR.: Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy. *N Engl J Med* 1999; 340:1796-99.
9. CROXATTO HB, DEVOTO L, DURAND M, EZCURRA E, LARREA F, NAGLE C, ORTIZ ME, VANTMAN D, VEGA M, VON HERTZEN H.: Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception* 2001 63(3):111-21
10. GOLDEN NH, SEIGEL WM, FISHER M, SCHNEIDER M, QUIJANO E, SUSS A, BERGESON R, SEITZ M, SAUNDERS D.: Emergency contraception: pediatricians' knowledge, attitudes, and opinions. *Pediatrics* 2001 Feb;107(2):287-92
11. HEIMBURGER A, ACEVEDO-GARCIA D, SCHIAVON R, LANGER A, MEJIA G, CORONA G, DEL CASTILLO E, ELLERTSON C.: Emergency contraception in Mexico City: knowledge, attitudes, and practices among providers and potential clients after a 3-year introduction effort. *Contraception* 2002 66(5):321-9
12. AZIKEN ME, OKONTA PI, ANDE AB.: Knowledge and perception of emergency contraception among female Nigerian undergraduates. *Int Fam Plan Perspect.* 2003 29(2):84-7.
13. Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud. Edición digital No. 5, 2002.
14. CHENG L, GÜLMEZOGLU AM, EZCURRA E, VAN LOOK PFA.: Interventions for emergency contraception (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
15. *Adolescentes cubanos. Indicadores de salud.* Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP. Julio, 2002.
16. *Anuario Estadístico de Salud.* República de Cuba. Año 2000.
17. BARDISA EZCURRA L.: «Planificación Familiar: estamos preparados para asumir este reto?». Trabajo de terminación de residencia para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. 2001.
18. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Anticoncepción de Emergencia. Un Derecho de las Mujeres 2002.