

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

*Comportamiento del aborto en
las adolescentes del
Municipio Morón.*

Autora: Dra. Arely Merari Ochoa Valenzuela.

Morón, 2018

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

*Comportamiento del aborto en las
adolescentes del Municipio Morón.*

“Tesis en opción al título de Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral”

Autor: Dra. Arely Merari Ochoa Valenzuela.
Residente de 2do año de Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Lesbia Margarita Valdivia Parra.
Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral.
Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora asistente.

Policlínico Universitario Norte “Diego del Rosario Padilla”

Morón, 2018

PENSAMIENTO

La mujer es el taller natural donde se forjó la vida. Son por excelencia las creadoras del ser humano (...) lejos de ser objeto de la discriminación y de la desigualdad, las mujeres merecen especiales consideraciones de la sociedad.

Fidel Castro Ruz

AGRADECIMIENTOS.

Por la culminación de este proyecto primeramente quiero agradecer a Dios quien lo es todo, a mis familiares que me han sabido apoyar desde la distancia, a mi esposo por su ayuda incondicional y de manera muy especial, a mi tutora por toda su ayuda y por ser la principal guía de este trabajo. A todos gracias.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo

A mis familiares, esposo y tutora por su dedicación, esfuerzo y exigencia, los que supieron transmitirme conocimientos y ayuda para la culminación de mi carrera.

RESUMEN

El Aborto es una desviación de la salud con la cual deben enfrentarse los Médicos de la Atención Primaria de Salud. La tasa de aborto en el país se ubica entre las más altas de las reportadas en América Latina. En la Provincia Ciego de Ávila y en el Municipio Morón la tasa de aborto se encuentra elevada, en el 2016 resultaron estos indicadores mucho más elevados que en el 2015, y es elevado aun el por ciento de mujeres con riesgo pre-concepcional sin controlar. Se incrementa la tasa de aborto y de regulación menstrual, las captaciones de embarazos en adolescentes, y no se cumplen los propósitos de disminuir estas tasas. Todo esto lleva a plantear el problema científico ¿Cuál es el comportamiento del aborto en adolescentes del municipio Morón? Se realiza una investigación observacional descriptiva, para caracterizar las adolescentes que abortan en el Municipio, durante el año 2017. Los resultados obtenidos muestran que interrumpieron su embarazo 204 adolescentes, las cuales representan el 14.8% de los abortos y el 28.2% de las regulaciones menstruales. El mayor por ciento se encuentra entre los 15 y 18 años, son solteras, no tienen pareja estable, viven con sus padres, refieren usar algún método anticonceptivo, fueron al aborto por decisiones familiares con un atraso menstrual entre los 15 días y las 10 semanas, los abortos fueron provocados y el método más utilizado fue el de las tabletas vaginales. El menor por ciento tiene el 12 grado aprobado, no estudian ni trabajan, son madres y refieren abortos anteriores.

Palabras Clave: Aborto, Interrupción de embarazo, Adolescencia

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
MÉTODO.....	16
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	22
CONCLUSIONES.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
ANEXO	

INTRODUCCIÓN

El aborto ha sido una práctica que ha estado presente durante todas las épocas de existencia del ser humano, adquiere en la actualidad una gran importancia, por sus implicaciones físicas, morales y religiosas, el aborto ha sido uno de los temas más polémicos a lo largo de la historia. Ya sea por factores médicos, económicos, sociales o psicológicos, incontables mujeres han pensado o recurrido a esta práctica para poner fin un estado que se sienten incapaces de sobrellevar dadas sus circunstancias. Además de las repercusiones físicas y morales, esto les ha valido ser objeto de críticas, amenazas, peligros y agresiones. Considerado como un procedimiento quirúrgico que pone en riesgo la vida de la mujer y anula la posibilidad de vida del producto, el aborto es un problema que supera los principios médicos y morales (1).

La práctica del aborto acompañó a la humanidad desde épocas inmemorables. Es el medio más antiguo, conocido por el hombre para terminar un embarazo no deseado. Los pueblos primitivos ya lo practicaban debido a variadas razones sociales, religiosas o personales. Algunas tribus hacían abortar a las mujeres que estaban amamantando para que el niño tuviera abundante suministro de leche otras veces se practicaba para que el niño no naciera en la esclavitud y en otras por vergüenza cuando existía parentesco entre la pareja. A pesar de todo el aborto no era aceptado universalmente y ciertas tribus lo condenaban (2).

El aborto provocado en Cuba, antes de 1959, solo era legal en caso de peligro para la vida de la mujer embarazada, por violación o por razones de transmisión de enfermedades hereditarias (3), pero de forma ilegal era extensamente practicado como principal método de regulación de la fecundidad.

En sus inicios la Revolución Cubana mantiene la prohibición legal del aborto, pero las mujeres que deseaban interrumpir su embarazo, acudían al aborto ilegal esto acrecienta las preocupaciones del Ministerio de Salud Pública al observar que se seguían produciendo abortos en deficientes condiciones higiénico sanitarias y en

ocasiones por manos de personal no especializado, aumentando considerablemente la mortalidad materna (4).

En 1961, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), adopta una interpretación flexible del Código de Defensa Social que estaba vigente y se amplía el acceso a los servicios de aborto en todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), donde la atención era y es gratuita.

En 1965 las autoridades cubanas orientaron a las instancias de salud la realización del aborto inducido a toda mujer que lo solicitara y estuviera en tiempo para afrontar el mínimo de riesgos. Se reconocía así el derecho de cada mujer a decidir sobre el número de hijos que desea tener y el momento en que quiera tenerlos (5).

La Salud Pública Cubana tiene entre sus logros haber creado condiciones para la práctica del aborto seguro, en la que sus instituciones garantizan la protección de la vida y salud, en especial la salud sexual y reproductiva, de las mujeres que recurren a este proceder, aunque es reconocido que no se ha logrado que las cubanas tengan la percepción de riesgo que para su salud implica esta práctica (6).

Cuba dispone de información estadística confiable sobre diferentes indicadores de salud, entre los que se disponen de datos detallados y extensos sobre esta práctica, pero poco se han estudiado las formas de pensar de diferentes actores relacionados o vinculados con ella. En general el aborto se ha investigado a partir de lo que las mujeres que lo practican refieren respecto a ellas y sus parejas, pero hay elementos que indican que existen puntos de vistas diferentes no solo sobre su connotación, sino sobre la participación para su reducción, donde el enfoque de género del contexto social es fundamental (7).

Resultados de investigaciones demuestran que el aborto en adolescentes se presenta con mayor frecuencia en edades comprendidas entre los 15 y 16 años, esto es por la falta de conocimiento de las complicaciones del aborto y por falta de uso de

un método anticonceptivo. El impacto médico-social debido a esta entidad se refleja en función de la morbilidad y mortalidad asociadas a las complicaciones, fundamentalmente las que derivan de la infertilidad (8).

Las consecuencias psicológicas de los abortos inducidos siguen siendo insuficientemente conocidas, así como las de la negación al derecho al aborto: algunos casos de negación después de una violación se describen en la literatura, pero las consecuencias psicológicas y sociales para estos hijos no deseados son un objeto de estudio casi inexistente (9).

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales tanto desde el ámbito de la salud, por las complicaciones clínicas y en lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

En suma, la atención dispensada a esta desviación de la salud en los estudios epidemiológicos está plenamente justificada por la amplitud del problema. Los avances en este campo han sido notables, por la disminución de la práctica en embarazadas adolescentes. Mucho queda, sin embargo, por conseguir, y el Siglo XXI nos plantea grandes desafíos. Para establecer acciones de salud encaminadas a reducir el aborto en embarazadas adolescentes es indispensable continuar trabajando desde el primer contacto que tiene el paciente con una institución de salud, su Consultorio del Médico y la Enfermera de la Familia. Las acciones de promoción, prevención y control del aborto han de llevarse a cabo al unísono en todos los niveles de atención (Primaria, Secundaria y Terciaria).

En la Provincia Ciego de Ávila y específicamente en el Municipio Morón la tasa de aborto se encuentra elevada así como el índice aborto/parto, en el 2016 resultaron estos indicadores mucho más elevados que en el 2015.

En el Balance de trabajo de la Atención primaria de Salud del 2016, del municipio Morón, en relación con las Interrupciones Voluntarias de Embarazo, se expresó que

se incrementa el número de consultas de mujeres en edad fértil (mef) en 4797 y las acciones del control en estas, pero es elevado aun el por ciento de mujeres con riesgo sin controlar lo que se traduce en elevada morbi-mortalidad, además de elevada tasa de interrupciones voluntarias de embarazos y sus complicaciones. Se incrementa la tasa de aborto y de regulación menstrual en relación con el 2015. Se igualan las captaciones de embarazos en adolescentes con 11 y un 18.9% contra un 19.3% en el 2016. Se iguala además el acumulado con 20 (10).

En el 2015 se realizaron 951 abortos y la Tasa fue de $49.75 \times 10\,000$ mef y en el 2016 se realizaron 924 abortos para una Tasa de $48.34 \times 10\,000$ mef. El propósito de estos indicadores es disminuir los abortos en un 5 % con respecto al año anterior y disminuir las regulaciones menstruales en un 30 % también con respecto al año anterior. En el 2017 el problema continúa manifestándose pues hasta febrero se habían realizado 103 abortos (11 más que en febrero del 2016), estando elevada la Tasa de abortos con un $67.2 \times 10\,000$ mujeres en edad fértil y en cuanto a las regulaciones menstruales se incrementa la Tasa de 15.7 en febrero del 2016 a $26.1 \times 10\,000$ mef en 2017 con 16 regulaciones más.

En Marzo del 2017 la tasa de aborto se encontraba en $61.70 \times 10\,000$ mujeres de la población en edad fértil, y se acumulan 187 abortos. Se incrementa la tasa de regulación menstrual de 14.7 en el 2016 a $26.13 \times 10\,000$ mujeres de la población en edad fértil con 28 regulaciones más que en marzo del 2016 y 8 más en adolescentes.

En el mes de Mayo del 2017 la tasa de abortos se incrementa de $53.8 \times 10\,000$ mef en mayo del 2016 a $59.2 \times 10\,000$ mef en 2017, con un acumulado de 363 abortos (20 más que en el 2016 donde fueron 343), por lo tanto no se reduce el propósito del 5%, sino que se incrementa en 5.4 %. La Tasa de regulaciones menstruales se incrementa de $16.1 \times 10\,000$ mef en mayo del 2016 a $22.6 \times 10\,000$ mef en 2017, con un acumulado de 145 (48 más que en el 2016 cuando se hicieron 97) Incrementan en 12 las adolescentes (mayo 2016 ---25 y 2017 ---37) y en 3 las

menores de 15 años (mayo 2016 – 1 y 2017 --- 4), por lo que se incrementan las Regulaciones Menstruales en un 6.5 % y el propósito es disminuirlas en un 30 %.

En resumen se encuentra elevada la tasa de aborto y regulación menstrual con incidencia de ambas áreas de salud y no se cumplen los propósitos del Ministerio para estos procedimientos.

Todos estos resultados llevaron a efectuar una búsqueda de estudios anteriores sobre el aborto en la adolescencia no encontrándose ninguno realizado en el municipio, lo cual permitió plantear el **problema científico**:

¿Cuál es el comportamiento del aborto en adolescentes del municipio Morón?

Novedad de la propuesta.

El Médico de las Familias, al establecer un vínculo muy estrecho con su población y conocer minuciosamente toda su problemática de salud, puede ejercer acciones preventivas y lograr modificar el aborto en adolescentes. El perfeccionamiento de la prevención y el control del aborto en las embarazadas adolescentes es un reto para todos los países y debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. La adecuada percepción del riesgo que significa la realización de un aborto en embarazadas adolescentes obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a disminuir esta práctica.

La realización de una investigación epidemiológica observacional descriptiva, que permita describir las características clínico- epidemiológicas de las embarazadas adolescentes que abortan en todos los Consultorios de los Médicos de las Familias de un Municipio del país, resulta novedosa y extremadamente importante para establecer acciones de salud dirigidas a reducir la morbilidad que provoca el

Aborto en las adolescentes como desviación de la salud y como factor de riesgo para la fertilidad femenina.

Objeto de estudio: Aborto

Campo de investigación: Adolescencia

OBJETIVOS

Objetivo General:

Caracterizar el comportamiento del aborto en adolescentes del municipio Morón.

Objetivos Específicos

1. Describir las adolescentes que abortan según variables socio-demográficas.
2. Determinar el comportamiento de variables clínico-epidemiológicas.

MARCO TEÓRICO

Mundialmente, 45 millones de embarazos no deseados se interrumpen de manera voluntaria cada año; 27 millones en condiciones legales y seguras, y 19 millones en condiciones inseguras. 68,000 mujeres en el mundo mueren cada año por abortos inseguros, siendo estas muertes totalmente evitables. De acuerdo con cifras de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), de 193 países que forman parte de la organización, 189 permiten el aborto para salvar la vida de la mujer (sólo cuatro no lo permiten: Chile, El Salvador, Malta y la Santa Sede). 122 países permiten el aborto para preservar la salud física de la mujer, 120 para preservar la salud mental de la mujer, 83 en caso de violación o incesto, 76 en caso de deterioro del feto y 63 por razones económicas y sociales.

La OMS revela que cada minuto en el mundo tienen lugar 632 coitos fecundantes, 315 embarazos no planeados, 158 embarazos no deseados, además señaló que ocurren 45 millones de abortos inseguros al año; más de la mitad se da en países en vías de desarrollo y generalmente son realizados en condiciones precarias (1,2). De ellos, más de 4 millones son de mujeres adolescentes, que tienen entre 15 y 19 años. 68,000 mujeres fallecen al año por abortos inseguros (1, 863 cada día, 77 cada hora, más de una por minuto). En América Latina ocurren 3, 700,000 abortos inseguros cada año; 5 de cada 1,000 mujeres mueren por esa causa, lo que representa hasta 30% de la mortalidad materna (1).

Según la OMS América Latina y El Caribe son las regiones en las cuales se observa precisamente las tasas y razones de abortos inducidos más elevadas: la tasa es de 29 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años de edad, y la razón de cerca de un aborto por cada tres nacidos vivos en el 2000. La tasa de abortos varía entre 34 por cada mil mujeres en Sudamérica, 21 en Centroamérica y 12 en la región del Caribe. En la mayoría de los países de la región se ha observado el mayor descenso de los niveles de fecundidad en las últimas décadas; la razón de abortos al principio de los años 2000 varía de 15 abortos por cada 100 nacidos en El Caribe a más del doble en Sudamérica (39 abortos por cada 100 nacidos). Esta última sub-

región es, a su vez, la que tiene los menores niveles de fecundidad y el uso de métodos anticonceptivos modernos más extendido. América Central, por su parte, ocupa un lugar intermedio, con 20 abortos por cada 100 nacidos vivos, y es la tercera sub-región del mundo con la proporción mayor de abortos (11).

En América Latina se estiman en varios millones el número de mujeres que abortan ilegalmente cada año, no hay forma de medir exactamente la prevalencia del aborto ilegal, y mucho menos conocer qué proporción de estos tienen lugar en adolescentes. En los países de Latinoamérica se estima que la proporción total de las adolescentes que abortan es igual a la proporción de las que tienen hijos. En Cuba uno de cada cuatro abortos tiene lugar en mujeres menores de 20 años, proporción similar a la de todos los nacimientos vivos que ocurren entre las adolescentes. En Brasil, Colombia y Perú se reporta que una de cada 10 mujeres que ingresan con una complicación de aborto ilegal es adolescente, en comparación, uno de cada 7 nacimientos se producen en madres adolescentes (12).

La adolescencia femenina es el tiempo de las contradicciones de lo absoluto, de la intransigencia para la joven; una de las primeras contradicciones es la de mantener mente infantil en cuerpo de mujer (13).

La adolescencia es la etapa de la vida que separa la niñez de la adultez, o sea, un proceso universal que varía entre personas y culturas, donde ocurren diferentes cambios biológicos, psicológicos y sociales. Resulta tan intensa y diversa, que por esa razón, no se disfruta a plenitud la mayoría de las veces. La madurez psicológica y la incorporación a la sociedad ya como adulto joven puede ocurrir más rápida o lentamente; pero la edad establecida por la Organización Mundial de la Salud oscila entre 10y 19 años. Algunos la dividen en: adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a19 años (14).

a) Adolescencia temprana: Comprende entre los 10 y 13 años. Los cambios fisiológicos propios de la pubertad son muy evidentes y centrales para el adolescente. El pensamiento es aún concreto y con fines muy inmediatos. La separación de los padres recién comienza con una actitud rebelde pero sin un real distanciamiento interno. Las amistades son fundamentalmente del mismo sexo, grupales y con un tímido avance hacia el sexo opuesto.

b) Adolescencia media: Comprende desde los 14 a los 16 años. La separación de la familia comienza a hacerse más real, la cercanía de los amigos es más electiva y pasa de las actividades grupales a otras en pareja. La conducta predominante es exploratoria buscando diversas alternativas en cuanto a parejas, actividades y puntos de vista. Su pensamiento se vuelve abstracto, su preocupación obsesiva por las transformaciones corporales es reemplazada por un foco en la relación interpersonal, en las ideas propias y de los demás.

c) Adolescencia tardía: Abarca desde los 17 a los 19 años. La tendencia al cambio y a la experimentación comienza a disminuir y surgen relaciones interpersonales estables. Tanto en el plano biológico como en el psicológico existe mayor capacidad de compromiso y el intimar es propio de esta edad. Paralelamente se consigue la identidad, que implica una autoimagen estable a lo largo del tiempo, adquiere la capacidad de planificar el futuro y de preocuparse por los planes concretos de estudio, trabajo, vida común de pareja. La relación con la familia a veces vuelve a ser importante con una visión menos crítica y una actitud menos beligerante hacia los padres (6).

La adolescencia es una etapa de cambios que suceden con gran rapidez afectando la esfera social, cultural, psicológica, anatómica y fisiológica. Se trata de un momento en la vida del ser humano en que se pone de manifiesto, a veces, en forma muy notable, la importancia de los factores sociales y biológicos, aunque quizás exagere aquel autor que plantea la adolescencia como un nuevo nacimiento, no se aleja totalmente de la realidad, ya que es la etapa cuando aparecen intereses sociales y florecen sentimientos nunca antes experimentados, lo que junto a los cambios

fisiológicos hacen evidentes una transformación significativa en este sujeto que poco a poco deja de ser un niño (15).

El adolescente enfrenta una serie de cambios biosociales y una de las preocupantes actuales es su actitud frente a la sexualidad y más específico el embarazo esto conlleva al abandono de los estudios, dificultad para conseguir empleo, matrimonios forzados y al enfrentarse a esta situación muchos adolescentes son aconsejadas a utilizar la alternativa del aborto (16).

La adolescencia y sus problemas es un fenómeno asociado al mundo actual y hay que tener en cuenta que el aborto en esta etapa de la vida constituye un serio problema. La temática del aborto ha sido objeto de estudio de muchos especialistas de ciencias médicas, así como demógrafos, juristas y psicólogos. Pero el carácter repetitivo de esta práctica latente hoy en nuestro país, nos motiva a estudiar el tema en un nivel socio - cultural teniendo presente que se considera el aborto como un "aspecto integral importante de los derechos reproductivos de la mujer", por lo que este proceder no puede ser suprimido, por lo tanto, debemos contribuir a reducir su número y sus posibles consecuencias negativas sobre la futura salud reproductiva en la adolescente (17).

El embarazo adolescente hace referencia a toda gestación que ocurre durante la adolescencia y comprende las mujeres de hasta 19 años. Se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero o edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental o es aun dependiente de su núcleo familiar de origen. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza (15).

El embarazo en adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Los factores que facilitan que una adolescente quede embarazada son de orden físico, psicológico, social y cultural:

- Desconocimiento del uso y forma de adquisición de métodos anticonceptivos.
- Escasa preparación para asumir su sexualidad.
- Inmadurez emocional que obstaculiza el análisis de las consecuencias de sus actos.
- El miedo a estar sola.
- La posibilidad de sentirse adulta.
- La carencia de afecto.
- La necesidad de reafirmarse como mujer.
- Relación y comunicación inadecuada con los padres.
- Curiosidad sexual.
- Búsqueda de independencia.
- Privación económica.
- Baja autoestima.
- Bajo nivel de educación.
- Falta de relaciones estrechas y de confianza (16).

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura y por consiguiente a un embarazo, pues una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y además puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo que le permite huir de un hogar patológico.

Se han descrito como factores familiares de riesgo:

- Inestabilidad familiar.
- El embarazo adolescente de una hermana.
- Madre con historia de embarazo adolescente.
- Enfermedad crónica de uno de los padres.

Se han estudiado los múltiples factores socioculturales que influyen en el embarazo en adolescentes tales como inicio temprano de relaciones sexuales, pobreza, la

interacción familiar limitada o disfuncional, la desestructuración familiar, el nivel educativo bajo, proyecto de vida poco claro o centrado en la maternidad, la falta de educación de la sexualidad, las interacciones sociales deficientes, los factores psicológicos, como las limitadas habilidades para tomar decisiones, el poco acceso a métodos de anticoncepción, entre otros (13).

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

El embarazo no planeado en una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos y psicológicos, sobre todo si es menor de 15 años. Además, de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado. En ocasiones, se producen matrimonios apresurados que comúnmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas, personales y sobre la salud de los hijos (18).

El embarazo en la adolescencia, particularmente en muchachas muy jóvenes, implica un riesgo de múltiples complicaciones, puesto que puede provocar la muerte de la madre o del niño o hacer que uno o ambos padezcan impedimentos físicos o mentales por el resto de sus vidas (19).

La intensidad del recurso al aborto entre los diversos grupos de población varía de acuerdo con factores económicos, demográficos y culturales, según la pertenencia social y étnica de las mujeres y el lugar de residencia urbano o rural. En América Latina y El Caribe, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayor incidencia del aborto se encuentra en la población joven. La tasa de aborto es de 20 por mil en adolescentes de 15-19 años y alrededor de 40 por mil en mujeres entre 20-29 años. En cambio, se observa un marcado descenso para las mayores de 40 años con una tasa de 14 por mil, situación que obedece esencialmente a la

utilización de la anticoncepción, particularmente la esterilización femenina de prevalencia muy elevada en esta región.

Los adolescentes se enfrentan a abortos en condiciones más desfavorables y de mayor riesgo debido principalmente a que la decisión de abortar la toman tardíamente, al desconocimiento que tienen de su propio cuerpo y a la falta de una clara conciencia de los riesgos de relaciones sexuales sin protección.

Adicionalmente, y con frecuencia, ellas se encuentran sin el apoyo de la pareja, particularmente en las situaciones en que prevalecen vínculos ocasionales, no estables, o bien cuando no existe un proyecto de matrimonio. Más aún, se enfrentan al problema de encontrar una persona calificada para realizar el aborto y a penurias financieras para cubrir los gastos, cuyos costos son particularmente elevados para acceder al aborto en condiciones seguras (8).

El embarazo en adolescentes obedece a un problema culturalmente complejo, y es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las jóvenes a retrasar la maternidad hasta que estén debidamente preparadas.

Los demógrafos cubanos han identificado un proceso de rejuvenecimiento de la fecundidad cubana y señalan que las mujeres están teniendo hijos en edades más tempranas. La adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual acarrea toda una serie de problemas (20).

En Cuba uno de cada cuatro abortos tiene lugar en mujeres menores de 20 años, proporción similar a la de todos los nacimientos vivos que ocurren entre las adolescentes. La tasa de aborto del país se ubica entre las más altas de las reportadas en América Latina (21).

El reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras, y sicólogos hacia ese sector de la sociedad (14).

En Cuba se cuenta con las cifras oficiales, según la definición internacional de aborto y de edad fértil, desde la década del 70. Antes de 1960 a pesar de las restricciones legales, el aborto se practicaba clandestinamente, donde el poder económico, condicionaba el confort y la seguridad en su práctica, pero en general no existían registros de esta. Entre 1975 y 1990, las tasas variaron entre más de 40 y menos de 60 abortos por cada mil mujeres en edad fértil (22). Entre 1993-2010, la relación de aborto por 100 partos descendió a menos de 60 %, pero en el año 2009 llega a 64,9 x 100 partos. Desde el 1980 se observa que más de un tercio de los embarazos terminan en aborto (23).

Las provincias con más incidencias de aborto son Las Tunas y Holguín (24).

La connotación del aborto, por sus riesgos y consecuencias es de carácter universal y en Cuba por contar con servicios de aborto seguro su práctica es muy especial, pues es un proceder que no está penalizado y el contexto social no muestra oposición a su realización, factores estos que reducen considerablemente sus riesgos, aunque no los elimina (25). No obstante aspectos ajenos al proceder, especialmente en adolescentes, como los embarazos ocultos, inciden gravemente en él, condición que puede influir a que las mujeres que se los realizan tenga alto riesgo de perder la vida o que este proceder dañe su futura salud reproductiva, no solo desde el punto de vista fisiológico, sino psicológico y social (26).

En Cuba está indicado que para la realización de un aborto se requiere que la paciente se realice los exámenes de Hemoglobina, Serología, Antígeno de superficie, VIH y Ultrasonido, además se exige el consentimiento informado de la paciente o sus representantes legales y del Médico de Familia del Consultorio al cual pertenece la paciente, para garantizar el seguimiento de la misma una vez realizado este proceder. En el caso de que las pacientes tengan el antecedente de cesárea anterior,

o padezcan de Asma Bronquial o Cardiopatías está contraindicada la utilización del Misoprostol como método abortivo. En cuanto a la edad Gestacional la regulación Menstrual se realiza hasta 15 días de atraso menstrual, el Misoprostol se puede utilizar hasta las 12 semanas de gestación y la interrupción Instrumentada o legrado uterino por Curetaje hasta las 10 semanas (27).

MÉTODO

Tipo de investigación: Se realizó una investigación epidemiológica observacional descriptiva, para describir las características socio-demográficas y clínico-epidemiológicas de las adolescentes que abortan en el Municipio Morón, durante el año 2017.

El universo de estudio: Estuvo constituido por el total adolescentes embarazadas que se realizaron un aborto durante el año 2017.

Criterios de inclusión:

1. Población femenina entre los 10 y 19 años que se realice un aborto.
2. Que tengan como lugar de residencia el Municipio Morón y se atiendan en los Consultorios Médicos de Familia de las Áreas de Salud Norte y Sur en su demarcación urbana.
3. Que se acepte por parte de las pacientes, participar en la investigación mediante consentimiento informado (anexo 2) o de sus representantes legales

(padres o tutores) si son menores de edad o tienen algún grado de discapacidad mental.

4. Consentimiento informado del Médico de familia del Consultorio al cual pertenece la paciente.

Criterios de exclusión:

1. Adolescentes que se realicen abortos y sean residentes temporales en el Municipio Morón tanto extranjeros o cubanos.

Criterios de salida:

1. Todas las pacientes que por voluntad propia o de sus representantes legales decidieron abandonar el estudio.

Métodos utilizados

Métodos Teóricos.

Método de Dirección: El proceso de investigación se condujo de modo que el mismo cumpla el objetivo y se pueda resolver el problema, para lo cual se utilizó el mínimo de tiempo y la menor cantidad de recursos humanos y materiales, por supuesto, tratando de satisfacer al máximo las necesidades de los usuarios.

Método histórico-lógico: Se emplea para conocer los antecedentes y evolución del Aborto en la adolescencia en el Mundo y en Cuba. En el caso que se estudia, se han

analizado determinados ejemplos que son representativos en el mundo y Cuba partiendo de un ordenamiento cronológico, hasta llegar a nuestros días en Cuba.

Método de análisis y síntesis: Se emplea para el estudio del entorno nacional e internacional y para hacer valoraciones que posibiliten establecer criterios para el desarrollo de medidas anticipadas y así poder practicar la medicina preventiva, y eliminar o disminuir factores de riesgo. Permite interpretar los resultados, separar lo esencial de lo secundario y extraer lo necesario para la solución del problema.

Método de inducción y deducción: Permite llegar a generalizaciones y nuevos conocimientos a partir de los ya establecidos y establecer las conclusiones.

Métodos Empíricos

La Encuesta: Se utilizó como técnica para la obtención de la información con el propósito de formularle a las participantes un conjunto de preguntas, cuya referencia constituye la información primaria necesaria para el investigador acorde con los objetivos de la investigación (anexo 1).

Operacionalización de las variables:

Variables	Clasificación	Nivel de medición	Escala	Definición	Indicadores
Edad	Cuantitativa continua	Interval	12 - 14 años 15 - 18 años 19 años	Según años cumplidos (grupos de edad que establece el PAMI)	No y %
Nivel de escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Pre universitario	Según nivel vencido	No y %
Ocupación	Cualitativa	Nominal politómica	Estudia Trabaja Ninguna	Según labor que realiza	No y %
Estado civil	Cualitativa	Nominal dicotómica	Casada Soltera	Según estatus legal	No y %
Tenencia de pareja estable	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si No	Si llevan 6 meses o más como pareja	No y %
Convivencia	Cualitativa	Nominal politómica	Con los padres Con su pareja Con otros familiares Con amigos	Según personas con las que comparte el hogar	No y %
Paridad	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si No	Según antecedentes obstétricos	No y %
Abortos anteriores	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si No	Según antecedentes obstétricos	No y %
Edad Gestacional	Cuantitativa continua	Interval	Hasta 15 días de atraso menstrual De 15 días a 10 semanas De 10.1 a 12 semanas.	Según tiempo de amenorrea	No y %
Causas del aborto	Cualitativa	Nominal politómica	<p>Biológicas</p> <p>Familiares</p>	<p>1- ECNT no compatibles con el embarazo</p> <p>2- ET no compatibles con el embarazo</p> <p>3- Orientado por consulta de Genética</p> <p>4- Espontáneo</p> <p>1- Embarazo oculto</p> <p>2- Por decisión de los padres</p>	No y %

			Económicas	3- Por decisión de la embarazada 4- Por decisión de la pareja 1- Bajo per cápita familiar. 2- Condiciones inadecuadas de la vivienda. 3- Otras	
Tipo de aborto	Cualitativa	Nominal dicotómica	Espontáneo Provocado	Según causa que lleva al aborto	No y %
Método abortivo	Cualitativa	Nominal dicotómica	Tabletas vaginales Instrumentado Regulación menstrual	Según se utilice Misoprostol, Curetaje o Aspiración	No y %

Métodos de procesamiento de la información

Para el resumen y análisis de la información se utilizó de la estadística descriptiva las frecuencias absolutas (No), relativas (%) y las tasas.

$\% = a / a+b \times 100$ (el numerador está incluido en el denominador)

Tasa de abortos = total de abortos / total mef x 1000

Tasa de Regulación menstrual = total de Regulación menstrual / total mef x 1000

(el denominador expresa el total de población expuesta al riesgo de que le ocurra el evento descrito en el numerador).

La técnica fue computacional y se creó una Base de datos en SPSS. Se realizó la revisión y validación de la misma. Los datos se presentan en tablas de distribución de frecuencias las cuales se analizan para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos.

Aspectos éticos:

Se cumplieron las recomendaciones éticas establecidas al emplear cualquier método de obtención de la información. Se solicitó el consentimiento a las pacientes o sus representantes legales y se respetó la confidencialidad de la información. La autonomía se mantuvo desde la decisión de participar o no en la investigación, por lo que cada paciente leyó, en presencia del investigador, la información necesaria sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Control Semántico:

Aborto: Etimológicamente "aborto procede del latín abortus o aborsus, derivado de an-orior opuesto a orior "nacer". Aborto, es la expulsión del producto *do* la concepción, antes de que ocurra la viabilidad (28). Se define según la Organización Mundial de la Salud como la interrupción de la gestación hasta las 22 semanas completas (154 días), y con un feto cuyo peso sea menos a los 500g (29,30). La interrupción del embarazo hasta las 10 semanas recibe el nombre de aborto precoz; la que ocurre desde las semana 11 hasta la 22, se denomina aborto tardío (30-32).

Se elaboró un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Comportamiento del aborto en las adolescentes del Municipio Morón. 2017.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según grupos de edad.

Grupos de Edad	No	%
12 -14 años	7	3.4
15 - 18 años	154	75.5
19 años	43	21.1
Total	204	100.0

Fuente: Encuesta

En la tabla 1 se observa la distribución de las adolescentes que interrumpieron sus embarazos durante el 2017 según grupos de edad y el mayor por ciento corresponde a las que tienen entre 15 y 18 años, representando el 75.5 % del total.

En un estudio realizado en 2015 en Ciudad Habana de las 150 adolescentes que acudieron a la consulta infanto-juvenil para interrupción del embarazo, 81 de ellas tenían edades entre los 15-18 años para un 54%. Lo cual corresponde con nuestro estudio, pues es el grupo etario que predomina (33). Otros estudios coinciden también positivamente en cuanto a la edad se refiere, con los resultados de este estudio (34).

Tabla 2. Distribución de los pacientes según nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	No	%
Primaria	25	12.2
Secundaria	107	52.5
Pre universitario	72	35.3
Total	204	100.0

Fuente: Encuesta

La tabla 2 refleja el nivel escolar de las adolescentes y solamente el 35.3 % tiene vencido el duodécimo grado. El resto se encuentran cursando el pre-universitario o la secundaria básica.

Comparando con el estudio realizado en Ciudad Habana en 2015, coincidimos en los resultados respecto a esta tabla pues de las 150 adolescentes, solamente el 38.5% tienen vencido el duodécimo grado (33). De igual forma se comporta dicha variable en el estudio realizado en Pinar del Rio, Cuba en el Policlínico Universitario “Hermanos Cruz” (35).

Tabla 3. Distribución de los pacientes según ocupación.

Ocupación	No	%
Estudia	133	65.2
Trabaja	47	23.0
Ninguna	24	11.8
Total	204	100.0

Fuente: Encuesta

En la tabla 3 se representa la ocupación de las adolescentes y el mayor por ciento le corresponde a las que estudian, lo cual es un resultado que se corresponde con la

edad de las mismas, sin embargo, llama la atención que en un 11.8 %, se encuentran desvinculadas del estudio y del trabajo.

En un estudio realizado en un Hospital de Santa Cruz en Bolivia de 132 pacientes, se concluyó que 115, es decir el 87.1% de las adolescentes eran amas de casa, lo que el autor supone corresponda con patrones culturales de dicho país (36), por lo que no coincide con nuestro estudio.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según estado civil.

Estado civil	No	%
Casada	63	30.9
Soltera	141	69.1
Total	204	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 5. Distribución de los pacientes según tenencia de pareja estable.

Pareja estable	No	%
Si	78	38.2
No	126	61.8
Total	204	100.0

Fuente: Encuesta

Las tablas 4 y 5 distribuyen las adolescentes que abortaron según su estado civil y la tenencia de pareja estable y como se puede observar, prácticamente el 70.0 % de las mismas son solteras, y el 61.8 % no cuentan con estabilidad de pareja, o sea, que mantienen relaciones que han tenido una duración inferior a los 6 meses, pues

para realizar este análisis se consideró como estable a aquellas que llevaban 6 meses o más como pareja aunque no existiera la convivencia.

Haciendo referencia a la tabla 4 en el mismo estudio realizado en Bolivia, nos percatamos que se comportó con similitud, pues en un 65% las adolescentes demostraron que eran solteras (37).

Otro estudio realizado en Cuba demuestra además, que por lo general las adolescentes no tienen parejas estables y que en períodos muy cortos de tiempo cambian de pareja (38), coincidiendo con nuestros resultados.

Tabla 6. Distribución de los pacientes según convivencia.

Convivencia	No	%
Con los padres	132	64.7
Con su pareja	69	33.8
Con otros familiares	3	1.5
Con amigos	-	-
Total	204	100.0

Fuente: Encuesta

La tabla 6 muestra la convivencia de las adolescentes estudiadas y casi el 65.0% de ellas viven con sus padres.

Se debe aclarar que la totalidad de las que conviven con su pareja, también lo hacen con sus padres o con los padres de la pareja, no existiendo ninguna adolescente de las que conforman el estudio con vivienda propia, por lo tanto, prácticamente todas las adolescentes que se realizaron un aborto durante el año 2017, conviven con sus padres o con los padres de su pareja.

Los padres que conviven con sus hijas adolescentes deben tener presente la importancia de que (17):

- 1.- Es imprescindible que se establezcan relaciones de comunicación y de confianza con los hijos. Saber que la conversación franca, libre de sospecha y coacciones puede ser un medio eficaz para orientar a los niños y adolescentes.
- 2.- No es suficiente decir a los adolescentes que no tengan relaciones íntimas, hay que convencerlos de que estas no son necesarias en edades tan tempranas, y que pueden traer serias complicaciones a su vida.
- 3.- Ellas necesitan tener conocimientos cabales sobre la sexualidad, conocer las premisas elementales para poder desarrollar el imprescindible sentido de la responsabilidad hacia uno mismo y su pareja.

Tabla 7. Distribución de los pacientes según paridad.

Paridad	No	%
Si	48	23.5
No	156	76.5
Total	204	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 8. Distribución de los pacientes según abortos anteriores.

Abortos anteriores	No	%
Si	37	18.1
No	167	81.9
Total	204	100.0

Fuente: Encuesta

Las tablas 7 y 8 reflejan que el 23.5 % de las adolescentes ya tienen hijos y el 18.1 % refiere abortos anteriores, por lo que la interrupción de la gestación realizada durante el año 2017 no constituye el primer embarazo de estas jóvenes.

En la bibliografía revisada no se encontraron datos para comparar estos resultados pues no aparecen definidas como variables la paridad y los antecedentes de abortos.

Tabla 9. Distribución de los pacientes según causas del aborto.

Causas del aborto	No	%
Biológicas 5.4%		
ECNT no compatibles con el embarazo	-	-
ET no compatibles con el embarazo	1	0.5
Orientado por consulta de Genética	2	1.0
Espontáneo	8	3.9
Familiares 78.5%		
Embarazo oculto	-	-
Por decisión de los padres	75	36.8
Por decisión de la embarazada	52	25.5
Por decisión de la pareja	33	16.2
Económicas 16.1%		
Bajo per cápita familiar.	20	9.8
Condiciones inadecuadas de la vivienda.	13	6.3
Otras	-	-
Total	204	100.0

Fuente: Encuesta

En la tabla 9 se distribuyen las adolescentes según las causas que la condujeron al aborto y como puede observarse, en el 78.5 % de las mismas fue por decisión de la familia, o sea, de los padres, de la pareja y de la propia embarazada.

Como dato de interés, está el hecho de que todas las adolescentes que son madres (38), tomaron la decisión de interrumpirse este embarazo.

Comparado con un estudio realizado en el Hospital Docente Gineco- Obstétrico Dr. Julio Rafael Alfonso Medina de Matanzas en el período comprendido entre Febrero a Octubre de 2012 tenemos que de igual forma predominan las causas familiares en especial el aborto por decisión de los padres, para un 72.3%, concordando con la bibliografía revisada (13).

En el estudio realizado en México se comporta de forma similar, pues en un 68.2% el aborto se debió a causas familiares (39).

Tabla 10. Distribución de los pacientes según edad gestacional.

Edad gestacional	No	%
Hasta 15 días de atraso menstrual	71	35.0
De 15 días a 10 semanas	98	48.3
De 10.1 a 12 semanas	35	16.7
Total	204	100.0

Fuente: Encuesta

La edad gestacional de las adolescentes en el momento del aborto se muestra en la tabla 11 y el mayor por ciento, 48.3 %, se encontraban entre los 15 días y las 10 semanas de amenorrea.

En el estudio realizado en Distrito Federal México se demuestra que los abortos en su mayoría ocurrieron de los 15 días a las 10 semanas, pues tuvieron un porcentaje mayor, el cual fue de un 77.5% (40).

Se debe tener en cuenta que según el Programa las interrupciones voluntarias se realizan con curetaje hasta las 10 semanas y con tabletas vaginales hasta las 12.6 semanas, sin embargo, un aborto por indicación de Genética puede ser realizado hasta las 22 semanas utilizando el Misoprostol siempre y cuando no sea una cesárea anterior o la paciente no padezca de enfermedad cardiovascular o Asma bronquial (27).

Tabla 11. Distribución de los pacientes según tipo de abortos.

Tipo de abortos	No	%
Esponáneo	8	3.9
Provocado	196	96.1
Total	204	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 12. Distribución de los pacientes según método abortivo utilizado.

Método abortivo utilizado	No	%
Tabletas vaginales–Misoprostol	111	54.4
Instrumentado - Curetaje	22	10.8
Regulación menstrual–Aspiración	71	34.8
Total	204	100.0

Fuente: Encuesta

En las tablas 11 y 12 se distribuyen las adolescentes según tipo de aborto y método utilizado y se observa que el 96.1 % de las interrupciones de embarazo realizadas en adolescentes durante el año 2017 fueron provocados y solamente 8, el 3.9 % resultaron ser abortos espontáneos. El método abortivo más utilizado por las adolescentes fue el de la colocación vaginal de las tabletas de Misoprostol, que según la tabla 13, representó el 54.4 % del total.

Según el estudio realizado en el Hospital Docente Gineco- Obstétrico Dr. Julio Rafael Alfonso Medina de Matanzas en el período comprendido entre Febrero a Octubre de 2012 la mayoría de los casos fueron sometidas al método medicamentoso (60%), mientras que los instrumentados representaron el 15% resultado que coincide con el presente estudio (13).

El uso de medicamentos para inducir el aborto suele ser el preferido cuando es posible, porque no requiere anestesia ni tampoco una intervención quirúrgica que lleva aparejado el uso de instrumentos. El método quirúrgico tiene el inconveniente que la mujer puede observar el proceso y ver el embrión expulsado, lo que es psicológicamente doloroso para aquellas mujeres que dudan de la moralidad o de la conveniencia del acto (41).

Tabla 13. Resumen del comportamiento del aborto en el año 2017.

Cierre estadístico del 2017	No
Total de abortos	897
Tasa de abortos	48.82 x 1000 mef
Propósito (disminuir 5 % con respecto al año anterior)	+ 0.48 %
Total de abortos en adolescentes	133
% que representa del total de abortos ^(n - 897)	14.8 %
Total de Regulaciones Menstruales	251
Tasa de Regulaciones Menstruales	13.66 x 1000 mef
Propósito (disminuir 30 % con respecto al año anterior)	+ 2.41 %
Total de Regulaciones Menstruales en adolescentes	71
% que representa del total de Regulaciones Menstruales ^(n - 251)	28.2 %

Fuente: Registros del Departamento de Estadística

En el 2017 se realizaron 27 abortos menos que en el 2016 (924), sin embargo, la tasa de abortos se incrementa en 0.48 % pues la cantidad de mujeres en edad fértil fue menor, no cumpliéndose el propósito de disminuirlo.

En cuanto a las regulaciones menstruales, en el 2017 se realizaron 36 más que en el 2016 (215), incrementándose la tasa en 2.41 %, con lo que tampoco se cumple el propósito establecido (10).

En relación con las adolescentes, estas representan el 14.8 % del total de abortos realizados con la utilización de las tabletas de Misoprostol o del legrado uterino por curetaje, y en cuanto a las regulaciones menstruales por aspiración representan el 28.2 % del total de las realizadas durante el 2017.

No se puede establecer la procedencia de las mujeres que asisten a realizarse un aborto pues en los registros no se recogen datos relacionados con su dirección particular para definir a qué Consejo Popular, Área de Salud o CMF pertenecen las mismas lo cual facilitaría dirigir las acciones educativas y preventivas de salud hacia las comunidades más afectadas.

CONCLUSIONES.

En el 2017 interrumpieron su embarazo 204 adolescentes en el Municipio Morón, las cuales representan el 14.8% de los abortos y el 28.2% de las regulaciones menstruales. El mayor por ciento de ellas se encuentra entre los 15 y 18 años, son solteras, no tienen pareja estable, viven con sus padres, refieren usar algún método anticonceptivo, fueron al aborto por decisiones familiares con un atraso menstrual entre los 15 días y las 10 semanas, los abortos fueron provocados y el método más utilizado fue el de las tabletas vaginales. El menor por ciento de las adolescentes que abortaron tiene el 12 grado aprobado, no estudian ni trabajan, son madres y refieren abortos anteriores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Fuente: Ipas, marzo 2007 / Miguel Carbonell, “Discutiendo sobre el aborto”, en El Universal, 19 de octubre de 2015.
2. (Lugones, M ,Díaz R 2014).
3. Borbón H, Gerez Mena S, Ramírez Pérez N. Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. [revista en Internet]. 2014 [cited 20 Feb 2015].
4. Santiago Palacios (2011) Salud y Medicina de la Mujer Madrid, España. Editorial Harcourt.
5. (Navarro. M Alvares L 2014).
6. Guerrero, N. La salud reproductiva de los jóvenes. En Colectivo de autores. Lecturas de la realidad cubana a principios del siglo XXI, Molinos Trade. 312(82-83) 2012.
7. Rodríguez, G. Cap. III.1.2.El aborto. En La fecundidad cubana a partir de 1990. Las perspectivas sociales e individuales, Tesis doctoral, CEDEM. La Habana, 2016 p. 98-106
8. (Garrido, 2011; Díaz, 2009).
9. “El aborto en América Latina y El Caribe: una revisión de la literatura del año 2012” (París – México 2015) de la colección “Les Numériques du CEPED”.
10. Dirección Municipal de Salud. Balance de Trabajo de la Atención Primaria de Salud. Morón, 2016.
- 11.Chio Naranjo J, Pouymiro B. Mortalidad perinatal en embarazadas adolescentes. Rev Cubana Obst Ginecol 2014; 14 (2):31-8.
12. Carballo. F Cartaza B y Cois (2009) Aborto en adolescencia Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.
13. Seuret Rojas, Rene Antonio. El Aborto, una mirada desde las mujeres. Tesis presentada en la opción al título académico de master en desarrollo social en El Caribe. FLASCO 2012.
14. Laffita Batista A, Ariosa JM, Cutié. JM..Cutié Sànchez JR. Adolescencia e interrupción del embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2014; 3(1):25-32.

15. Soto Martínez, Oscar; Franco Bonal, Anelys; Franco Bonal, Arlene; Silva Valido, Jorge; Velásquez Zúñiga, George A. Embarazo en la adolescencia y conocimiento sobre sexualidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2014; 20 (1).
16. MINSAP. Normativa Materna. Neonatal, MSP, Capítulo Aborto, 2013.
17. Hernández Rivera Nancy (2015) ^ Percepción de las adolescentes de las causas condicionantes sobre el aborto vn\.'. urnix. UREducacioiv/EDU. VVéb Psicología/anborto/aborto.
18. Barrozo, Mariela (2012 Tesis para Licenciada en Enfermería "Embarazo en Adolescentes de 12-19 años").
19. López Nodarse M, Flores Madan L. Embarazo en la adolescencia: Resultado de dos. *Sex Soc* 2016;2 (4):12-6.
20. Anuario Demográfico 2006. Indicadores seleccionados sobre abortos inducidos [Internet]. La Habana, MINSAP; 2006 [citado 1 Dic 2011].
21. Faundes, A. y Barzelatto, J. El drama del aborto, en busca de un consenso, Editores del grupo TMsA, 1era edición 365 (58), Abril 2005.
22. Anuario Demográfico 2010. Indicadores seleccionados sobre abortos inducidos [Internet]. La Habana, MINSAP; 2010 [citado 1 Dic 2011].
23. Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. *Rev Cubana Obst Ginecol* 2009;22(1):11-5
24. Bull Silva M, Della Martínez I, Periche Zaldivar A. Factores comunicativos desencadenantes del aborto en la adolescencia. *Banes. Contribuciones a las Ciencias Sociales* [serie en Internet] abril 2012. [citado 30 May 2013];20. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/20/smz.html>.
25. (Ipas. Las evidencias hablan por si solas: Diez datos sobre aborto, Chapel Hill, Carolina del Norte Ipas. 2010)
26. Gran M. Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad. Cuba 1995-2000. Dirección de Estadísticas de Salud. La Habana, 2015.
27. MINSAP. Manual de Organización y funcionamiento para el aborto. Actualización del Programa Materno Infantil, La Habana, Cuba 2017.

28. Forna F, Gülmezoglu AM. Procedimientos quirúrgicos para la evacuación del aborto incompleto (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2012.
29. Obstetricia y Perinatología. Diagnóstico y tratamiento / Editor científico Stalina Santisteban Alba *et al.*---La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2012.
30. Orlando Rigol Ricardo, Stalina Santisteban Alba /Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 3era Edición, 2014.
31. Medicina General Integral./ Colectivo de autores; rev. Roberto Álvarez Sintés; 3.ed.—La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2014. Tomo IV.
32. El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. Undécima edición española. Editorial El Sevier 2007, pp 2427.
33. Álvarez L, Rodríguez A, Sanabria G, coordinadoras. Salud sexual y reproductiva en adolescentes cubanos. La Habana: Casa Editora Abril; 2015.
34. Rangel Díaz D, González Reyes E, Barrera Hernández M, Pereda Chávez H. Embarazo en la adolescencia: su comportamiento en San Luis. Rev Ciencias Médicas [serie en Internet]. 2012 Ago [citado 31May 2013];16(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000400009&lng=es.
35. Fernández Hugo, Gerez Suraima, Ramírez Noélvis. Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2014;40 (2):197-205.
36. López Nodarse M, Flores Madan L. Embarazo en la adolescencia: Resultado de dos. Sex Soc 2016;2 (4):12-6.
37. Enríquez Domínguez B, Puentes Rizo EM, Bustamante DR. Comportamiento de la regulación menstrual en la adolescencia. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2012 [citado 31 May 2013]; 28(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n4/mgi13412.pdf>.
38. Sousa A., Lozano Rafael, Gakidou Emanuel.“Exploring the Determinants of Unsafe Abortion: Improving the Evidence base in Mexico” en *Health Policy and Planning*, vol. 25, no. 4, 2012, p. 300-310. Disponible en <<http://bit.ly/12kvrGi>>[consulta: 30 de octubre de 2017].

39. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI): Portal Estadístico del SNS: Interrupciones Voluntarias del embarazo. Datos definitivos del 2013.

www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2013.pdf.

40. Enríquez Domínguez B, Puentes Rizo EM, Bustamante DR. Comportamiento de la regulación menstrual en la adolescencia. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2012 [citado 31 May 2013];28(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n4/mgi13412.pdf>.

41. Alberty Ailyn, Hernández Elizabeth. ¿El aborto una salida fácil? Periódico Venceremos Guantánamo Cuba Enero 2010.

ANEXO 1. ENCUESTA

ENCUESTA EPIDEMIOOLÓGICA

CMF No. _____

En el Policlínico Comunitario Docente Norte "Diego del Rosario", de Morón estamos desarrollando un Proyecto de Investigación sobre el aborto en la embarazada adolescente del Municipio Morón. Las respuestas que Ustedes emitan sobre los aspectos que enunciaremos a continuación, nos serán de mucha utilidad para reducir la morbilidad por esta entidad. Gracias por su ayuda.

1 Grupo de Edad: _____

(1) 10 – 12 años

(2) 13 – 15 años

(3) 16 – 19 años

2 Nivel de escolaridad: _____

(1) Primaria

(2) Secundaria

(3) Pre universitario

3 Ocupación: _____

(1) Estudia

(2) Trabaja

(3) Ninguna

4 Estado civil: _____

(1) Casada

(2) Soltera

5 Tenencia de pareja estable: _____

(1) Si

(2) No

6 Convivencia: _____

(1) Con los padres (2) Con su pareja (3) Con otros familiares (4) Con amigos

7 Paridad: _____

(1) Si

(2) No

8 Abortos anteriores: _____

(1) Si

(2) No

9 Edad Gestacional

(1) Hasta 15 días de atraso menstrual (2) De 15 días a 10 semanas

(3) De 10.1 a 12 semanas

10 Causas del aborto

(1) Biológicas

(2) Familiares

(3) Económicas

ECNT no compatibles con el embarazo

Embarazo oculto

Bajo per cápita familiar.

ET no compatibles con el embarazo

Por decisión de los padres

Cond inadec vivienda.

Orientado por consulta de Genética

Por decisión de la embarazada

Espontáneo

Por decisión de la pareja

Otras causas ¿Cuáles? _____

11 Tipo de aborto _____

(1) Espontáneo

(2) Provocado

12 Método abortivo _____

(1) Tabletas vaginales

(2) Instrumentado

(3) Regulación menstrual

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____ me encuentro en completa disposición para formar parte de este proyecto de investigación relacionado con el aborto en adolescentes. Afirmo que se me ha explicado la gran importancia que reviste dicho trabajo, y los grandes beneficios que puede reportar para mí y para otras jóvenes como yo. Se me ha garantizado que toda la información aportada por mí, será de naturaleza y carácter confidencial y para fines puramente investigativos. El aplicador de dicha encuesta me da el libre derecho de interrumpir la investigación si lo considero necesario, sin que esto se convierta en un aspecto represivo contra mi persona.

Paciente: _____

Firma: _____

Representante legal _____

Firma: _____

Médico de Familia _____

Firma: _____

Investigadora _____

Firma: _____

Fecha: _____