

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**



**COMPORTAMIENTO DEL ABORTO PROVOCADO EN ADOLESCENTES DEL
AREA DE SALUD SUR DEL MUNICIPIO MORON.**

AUTORA: Dra. Zilka María Peralta Sardiña

CIEGO DE ÁVILA, 2012

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA



**COMPORTAMIENTO DEL ABORTO PROVOCADO EN ADOLESCENTES DEL
AREA DE SALUD SUR DEL MUNICIPIO MORON.**

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER
GRADO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

AUTORA: Dra. Zilka María Peralta Sardiña

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral
Residente 4to Año en Ginecología y Obstetricia.
Hospital Roberto Rodríguez de Morón

TUTOR: Dr. Santiago Marcelo López Vela

Especialista de Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia.
Profesor Auxiliar.
Hospital Roberto Rodríguez de Morón

CIEGO DE ÁVILA, 2012

“El país que protege a los niños, es un país que sabe construir el futuro y a la vez defender la poesía y la ternura humana, sin las cuales la vida es muerte, el día casi noche y la paz casi guerra”

Carlos Castro Saavedra

DEDICATORIA.

A mis Padres: Por su ayuda incondicional durante toda mi carrera y la especialidad.

A mi Hijo: Que aunque él no esté presente fue quien me impulsó y me motivó para culminar la especialidad.

AGRADECIMIENTOS.

A todos aquellos que con sus críticas y sugerencias me ayudaron a la realización de este trabajo, así como a todo aquel que colaboró de una forma u otra en el.

Muchas gracias

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo para conocer el comportamiento de algunas variables relacionadas con adolescentes que se les realizaron abortos provocados en el Hospital General Docente Roberto Rodríguez de Morón procedentes del Área de Salud Sur de este municipio en el período de Septiembre del 2009 a Agosto del 2011. El universo de estudio lo conformaron 367 adolescentes del municipio Morón que asistieron al Departamento de Legrados de este Hospital para realizarse un aborto provocado y la muestra fue de 169 adolescentes pertenecientes al área de salud Sur de Morón. Los resultados obtenidos fueron que el grupo etáreo que predominó en el estudio fue el de 18-19 años, la mayoría de las adolescentes fueron estudiantes y con estado civil solteras, el tiempo de gestación predominante al momento de la interrupción fue más de 12 semanas, nivel de escolaridad preuniversitaria terminada, la mayoría no usaban ningún tipo de anticonceptivo y no tenían antecedentes de abortos anteriores, decidieron este proceder por problemas personales. La complicación más frecuente fue la aparición de anemia.

Palabras Clave: Aborto provocado, Adolescentes

INDICE

	Páginas
Introducción -----	1
Objetivos -----	4
Marco Teórico -----	5
Materiales y Métodos -----	18
Resultados y discusión -----	22
Conclusiones -----	33
Recomendaciones -----	34
Referencias bibliográficas-----	35
Anexos -----	39

INTRODUCCIÓN

Varios autores ^(1,2) consideraron la adolescencia como una etapa de la vida en si misma como la niñez o la edad adulta y no como un período de transición de un estado a otro. La adolescencia es la etapa en la vida en que se experimenta el más rápido proceso de crecimiento físico y maduración emocional e intelectual. Este desarrollo incluye cambios físicos, emocionales y sociales. Así mismo se produce una variación en la manera en que se desarrollan con el mundo que los rodea.

El Sistema de Salud Cubano garantiza a cada mujer el derecho humano elemental de decidir sobre el número de hijos que desea tener y el momento de tenerlos.

En la década del sesenta en Cuba se implantó la política legal del aborto, esto constituyó significativamente una disminución de las complicaciones del aborto provocado sin condiciones de asepsias adecuada.

Por todo lo anterior, las instancias de Salud Pública fueron orientadas a realizar el aborto inducido a toda mujer que lo solicitara (tiempo de gestación en que médicamente se permite realizar la interrupción con un mínimo de riesgo). Esta disposición ministerial da interpretación flexible al capítulo II del Código de Defensa Social, en el siguiente sentido: “Toda mujer que no requiera, o no pueda llevar a término un embarazo, corre un riesgo muy grande, si la interrupción en lugar de ser realizada por un especialista, la realiza un curandero, o si a ella se infringe lesiones mediante una peligrosa auto manipulación abortiva” ⁽³⁾

Con la socialización de la medicina en Cuba, se comienza también a buscar soluciones a los problemas de salud. Cuando la población carecía de cultura sexual, realizaba prácticas abortivas que en muchas ocasiones, llevaba a la mujer a la muerte. Al institucionalizar la interrupción del embarazo, se evitó que la mujer necesitada acudiera a los métodos clandestinos y anticientíficos que no ofrecían la más mínima garantía para la salud.

Al mismo tiempo, en 1968 se promueve el inicio de una campaña educativa para difundir el uso de los anticonceptivos como forma de evitar un embarazo y a la vez disminuir la interrupción de la gestación como un método anticonceptivo.

A pesar de lo anterior, aún se mantiene la alta incidencia de interrupción del embarazo que inexplicablemente crece en vez de disminuir.

El aborto es la interrupción del embarazo antes que el feto esté en condiciones de sobrevivir fuera del útero.

Médicamente lo consideramos como aquel embarazo que se interrumpe antes de las 20 semanas cuyo producto no alcanza 500 gramos; éstos a su vez se dividen en: Precoz, el que tiene 10 o menos semanas de gestación y tardío de las 11 semanas en adelante ⁽⁴⁾

Las técnicas utilizadas para interrumpir un embarazo voluntario a solicitud de las gestantes, estarán en dependencia del tiempo de gestación.

Actualmente estas técnicas seleccionadas como aceptables por la práctica médica incluye la regulación menstrual entre la cuarta y sexta semana por aspiración endometrial.

De la séptima a la duodécima semana de embarazo está indicada la dilatación cervical con aspiración al vacío y raspado con cureta o inducción del aborto por prostaglandinas.

De las 14 semanas en adelante el método más seguro para la salud materna y de eficiencia aceptable es el Paraovular con soluciones antisépticas y atóxicas en inyección intra-amniótica que ofrece menos posibilidades de complicaciones. En casos extremos es necesario recurrir a la histerotomía o micro cesárea ⁽⁵⁾

Al revisar las estadísticas nacionales se pudo observar a través de todos estos años una alta incidencia de interrupción de embarazos como método utilizado por la mujer que no desea en un momento determinado de su vida fértil y reproductiva

La provincia Ciego de Ávila no está exenta de esta alta incidencia demostrada en estudios estadísticos en años anteriores.

La pareja tiene derecho al disfrute sexual y a decidir el momento y circunstancia en que un embarazo sea considerado oportuno para ellos, sin embargo, es preocupante el comportamiento anormal de la interrupción del embarazo, por lo que se decide comenzar este estudio para encontrar las causas que permita influir positivamente en la disminución o eliminación del método como práctica en el control de la natalidad en especial en el grupo de las adolescentes.

Además, se debe continuar trabajando para que la Educación Sexual llegue de forma didáctica y con un nivel científico, particularmente lo referido al uso de anticonceptivos a toda la población y en especial a los comprendidos en edad fértil.

En la actualidad es llamativo que a pesar de la cobertura del Sistema Nacional de Salud y del nivel de instrucción medio de la población aún se mantengan altas cifras de abortos provocados y el municipio Morón no escapa de esta situación por lo que fue una motivación realizar este estudio para poder trabajar en el futuro con la población adolescente mediante la reflexión y la construcción de nuevas actitudes que les permitan actuar responsablemente en el área de la vida reproductiva.

OBJETIVOS.

Generales.

Determinar el comportamiento de algunas variables relacionadas con pacientes que se realizaron abortos provocados en el Hospital General Docente de Morón pertenecientes al área de salud Sur del municipio Morón en el período comprendido de Septiembre del 2009 hasta Agosto del 2011.

Específicos.

- 1.- Distribuir las pacientes que se realizaron abortos provocados según:
 - Grupos de edad
 - Nivel de escolaridad
 - Estado civil
 - Nivel ocupacional

- 2.- Determinar el número de abortos anteriores en las pacientes estudiadas
- 3.- Definir el tiempo de gestación en el momento de la interrupción
- 4.- Valorar el tipo de anticonceptivo usado antes de la interrupción
- 5.- Identificar las causas de la interrupción
- 6.- Determinar la frecuencia de las complicaciones inmediatas y mediatas después de la interrupción

MARCO TEORICO

A lo largo de la historia, las mujeres han recurrido al aborto para terminar los embarazos no deseados. El aborto legal puede realizarse en aproximadamente 2/3 de la población femenina mundial. Cerca de 1/12 de las mujeres viven en países donde la prohibición del aborto se impone estrictamente: En Estados Unidos el aborto está permitido si se solicita en el primer trimestre, posteriormente el aborto está regulado por cada estado.

El número de abortos en Estados Unidos se ha mantenido estable durante la pasada década, se realizan aproximadamente 1.5 a 1.6 millones de abortos cada año. En 1994 se produjeron unos 6 millones de embarazos y aproximadamente un 25 % se interrumpieron mediante aborto. Cerca del 25 % de las mujeres que abortan son menores de 20 años, el 35 % tienen entre 20 y 24 años y el 45 % con 25 y más años. Alrededor de un 90 % de los abortos se llevan a cabo durante el primer trimestre (menos de 12 semanas de gestación) y el 50 % de estos se realizan en la 8va semana o antes. ^(6,7)

Los métodos utilizados en la actualidad para realizar el aborto son la evacuación instrumental a través de la vagina, la inducción médica mediante estimulación de las contracciones uterinas y la cirugía (histerotomía). El procedimiento elegido varía según la duración de la gestación. En los abortos del primer trimestre suele preferirse la anestesia local mientras que en los tardíos suele requerirse anestesia general.

La evacuación instrumental se utiliza en un 97 % de los abortos. En las embarazadas de menos de 12 semanas el legrado es prácticamente el único método empleado. El legrado por succión a la cuarta o sexta semana no requiere dilatación del cervix o sólo una dilatación mínima. La cánula unido a un sistema de vacío, se inserta en el cervix. La cavidad uterina es suavemente legrada en toda su extensión. El fallo del procedimiento en terminar el embarazo ocurre más frecuentemente en estas primeras semanas que en las posteriores ⁽⁸⁾

Después de la séptima semana de gestación, suele realizarse dilatación y legrado (D y L); generalmente se necesita dilatar el cervix para poder adaptar las cánulas de succión de mayor diámetro necesarias para evacuar la mayor cantidad de productos de la concepción. El cervix puede dilatarse suavemente mediante dilatadores pequeños de tamaño progresivamente mayor hasta alcanzar el diámetro de la cánula requerida. El tamaño de esta generalmente se relaciona con la edad gestacional. La laminaria (tallos deseados de algas marinas) u otros dilatadores se utilizan con frecuencia porque reducen la posibilidad de lesiones cervicales debidas a los mecánicos. Se insertan en el canal cervical a través del orificio interno y se mantienen durante al menos 4 horas, generalmente durante la noche; la expansión de la laminaria y/o estimulación de la liberación de prostaglandinas dilatan el cervix.^(9,10)

Cuando el embarazo es mayor de 12 semanas el método más usado es la dilatación y evacuación (D y E): En este procedimiento se dilata el cervix (generalmente con múltiples laminarias o con otros dilatadores osmóticos). Para desmembrar y desprender el feto se utilizan unas pinzas y con una cánula de succión de 14 a 16 mm (aproximadamente 1.5 cm) se aspiran el líquido amniótico, la placenta y los fragmentos fetales. En las gestaciones más avanzadas debe dilatarse el cervix hasta 3 a 4 cm con múltiples laminarias para que la evacuación sea más sencilla y segura. La D y E requiere más destreza que el legrado con succión.

Aunque la D y E tiene menores tasa de morbilidad que la inducción mecánica hasta las 20 semanas, ésta todavía se utiliza, especialmente después de la 18 semanas porque después de este momento la D y E tienen un riesgo alto de morbilidad que incluye las lesiones intestinales y las uterinas (éstas últimas pueden ser indicación de histerectomía)⁽¹⁰⁾

El aborto puede iniciarse provocando contracciones uterinas mediante la inducción médica, especialmente en el segundo trimestre. En Estados Unidos ya no se utiliza la instilación de una solución salina hipertónica debido a las complicaciones maternas como la hipernatremia, coagulopatía, hemorragia, infección y lesiones cervicales⁽⁸⁾

Las prostaglandinas estimulan las contracciones uterinas. Pueden administrarse mediante supositorios vaginales de prostaglandinas E₁ (Misoprostol) o inyecciones IM de prostaglandinas F₂₁ (dinoprostrometamina). La aplicación intravaginal de dos comprimidos de 100 mg de misoprostol cada 12 horas es tan eficaz como la prostaglandina E₂ pero tiene menos efectos adversos y un costo inferior. La tasa de éxito tras 48 horas es próxima al 90 %. Es probable que estas técnicas probablemente produzcan el aborto de un feto vivo. La administración de oxitocina EV acelera el proceso, pero aumenta el riesgo de laceraciones uterinas bajas. En el segundo trimestre la utilización de laminarias u otros dilatadores osmóticos de forma simple o múltiple antes de la inducción médica acorta el procedimiento y disminuye la incidencia de lesiones cervicovaginales.

Los efectos adversos de las prostaglandinas incluyen: náuseas vómitos, diarreas, hipertermia, rubefacción facial, síntomas vasovagales y broncoespasmo. Las prostaglandinas pueden precipitar un asma bronquial en mujeres susceptibles, en pacientes con trastornos renales o hepáticos severos, la activación de estos fármacos puede estar disminuida. Las mujeres epilépticas pueden presentar crisis. La mifepristona (RU 486) un bloqueante de los receptores de progesterona es muy eficaz para la interrupción del embarazo de menos de 7 semanas cuando se combina con una prostaglandina. En la actualidad este fármaco sólo está disponible en unos pocos países europeos y en China. ^(9,10)

En estos tiempos se vive con una sexualidad asediada por la pandemia del SIDA, con su discurso terrorista y a la vez protector, haciendo volver a nuevas formas de castos y puros. Con una sexualidad de todo vale, comerciada y prostituida, diluida en la cultura de la imagen, cada vez más cerca de la realidad virtual y acosada por la conducta irresponsable. Se carga con un sexo confundido entre lo fisiológico y lo sociocultural, temeroso entre lo bueno y lo malo, dudoso entre lo permitido y lo prohibido, sexo entre un hombre y una mujer que parece definirse más por la palabra estrés, que por una relación humana y natural.

Estos rasgos caracterizan la concepción de la sexualidad que están recibiendo los adolescentes en el mundo de hoy y se contraponen a una educación sana y enriquecedora de la vida sexual.

La formación de la sexualidad, trata de educar desde una perspectiva, donde no se altere la relación de equilibrio y de armonía del hombre con la naturaleza y con el mismo. Es educar desde una dimensión ética para el conocimiento, compromiso, amor, autoestima, comunicación, responsabilidad, placer, equilibrio, donde la sexualidad se vivencie creativamente como parte de la experiencia integradora de la naturaleza y el cuerpo, al mundo.

Es oportuno analizar conducta sexual, embarazo y aborto por la interrelación que existe entre estos tres fenómenos, pues si bien el aborto constituye el acto que puede afectar física y psicológicamente a la adolescente, este es generalmente consecuencia de un embarazo no deseado y de una conducta sexual inadecuada.⁽¹¹⁾

La actividad económica y las formas de propiedad vigentes en cada sociedad van conformando las diferentes manifestaciones de conciencia social y el sistema de valores que actúan como reguladores de la conducta humana. Esto se refleja en las ideas políticas, jurídicas, morales, religiosas que tienen relación con la sexualidad⁽¹²⁾

El aborto es aceptado legalmente desde el punto de vista moral y social por una parte considerable de la población, y resulta poco frecuente que la mujer o la adolescente, vinculada al estudio y sin pareja marital estable, que es la que con mayor frecuencia recurre al aborto, opte por esta decisión con síntomas conscientes de depresión o angustia. A esto se añade que en la adolescencia la posibilidad de fecundar es sobrevalorada. Puede considerarse que el aborto es un recurso que no tiene sanción social, religiosa, cultural o de otro tipo

La familia como institución básica de la sociedad se basa en las relaciones de afecto y consanguinidad entre sus miembros, y sus funciones principales son la reproducción, la economía y educación de sus hijos a través de la transmisión de la

experiencia histórico social y de los valores de la cultura a los nuevos miembros, así como las tradiciones y normas de la vida social. ⁽¹³⁾

Estudios realizados con adolescentes abortistas evidencian superficialidad en el conocimiento de métodos anticonceptivos, el establecimiento de relaciones de parejas simultáneas y fortuitas -obligadas a acudir al aborto ante una relación de pareja inestable-, reincidencia en esta práctica; la mayoría no tienen hijos -no usan este método ante el deseo de reducir el tamaño de la familia o de espaciar el nacimiento entre los hijos- y acuden al aborto para no enfrentar la responsabilidad de tenerlos. Más de la mitad son muchachas solteras que tienen similares ritmos de actividad sexual que sus congéneres casadas, y por tanto expuestas al mismo riesgo de embarazarse, presencia de economía familiar desequilibrada y valores inadecuados acerca del papel de la mujer y la madre soltera. ⁽¹⁴⁾

El aborto no está exento de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías que van desde los accidentes anestésicos, perforaciones uterinas, sepsis, hemorragias, enfermedad inflamatoria pélvica e incluso la muerte, hasta los más tardíos que favorecen la ocurrencia de un embarazo ectópico o la infertilidad. ⁽¹³⁾

En los últimos años hemos asistido a lo que se la ha dado en llamar "revolución sexual", lo cual evidencia un inicio precoz de las relaciones sexuales en menores de 14 años; éste se ha constituido como un fenómeno universal, y se ha comprobado que existe una conducta muy precoz para este tipo de relaciones en uno y otros sexos. ⁽¹⁵⁾

Hay muchos factores para considerar a los adolescentes como un grupo importante de riesgo en la salud reproductiva, y ello está dado por el inicio sexual precoz unido a falta de conocimientos e información y a la separación que hay entre la madurez biológica, que tiende a adelantarse y la psicosocial que se ha desplazado a edades más avanzadas; además, con la presencia de sentimientos contradictorios en esta esfera se crea un problema que aún se incrementa más si se tiene en cuenta el aumento del aborto con sus complicaciones. Es preocupante también la presencia e

incidencia de enfermedades de transmisión sexual, el escaso uso de métodos anticonceptivos, la promiscuidad y hasta la realización de las relaciones sexuales en lugares inapropiados, con experiencias frustrantes que puedan conllevar a disfunciones sexuales posteriormente. Igualmente merecen atención los roles de género que en el adolescente, en franco proceso de reafirmación de su identidad sexual y su dependencia grupal, juega un papel muy importante.

Los aspectos señalados, dan una idea de la gran importancia que tiene la educación sexual en las consultas de ginecología infanto-juvenil, donde existe la oportunidad de educar a las adolescentes en todos los aspectos de la salud reproductiva, y hacer prevención y promoción de salud con ellas y también sus parejas y la familia. En la atención primaria estas consultas alcanzan su mayor relevancia pues es aquí donde se puede realizar la verdadera labor de pesquisar en los factores de riesgo que puedan detectarse. ⁽¹⁶⁾

En la actualidad los adolescentes se ven afectados por un porcentaje desproporcionado de embarazos no planificados. Más del 10 % de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes.

Alrededor de 2 millones de adolescentes son sometidos anualmente a un aborto en los países en desarrollo, casi siempre en condiciones de riesgo y se ha informado que uno de cada tres mujeres que acuden al hospital solicitando asistencia por complicaciones de un aborto son menores de 20 años.

Prácticamente toda la problemática del adolescente se vincula a la tendencia de las jóvenes a practicar conductas sexuales riesgosas entre los que se destacan:

- Inicio cada vez más precoz de la vida sexual
- Poco reconocimiento de los riesgos
- Relaciones sexuales imprevistas y que ocurren en lugares y situaciones inapropiadas.
- Continuos cambios de pareja
- Poco conocimiento de la sexualidad
- Poco conocimiento y uso de anticonceptivos

- Insuficiente conocimiento sobre Infección de Transmisión Sexual y su prevención

Por todo lo expuesto se considera a los adolescentes como un sector de la población con un riesgo reproductivo elevado ⁽¹⁰⁾.

Muchos adolescentes comienzan a tener relaciones sexuales sin haber recibido información sobre la sexualidad y la salud de la reproducción. Esta falta de información es, en la actualidad, la responsable de la alta incidencia de embarazos no deseados que terminan en su interrupción.

Se calcula que todos los años se producen en el mundo entre 36 millones y 53 millones de abortos y que alrededor de 200 000 mujeres mueren cada año como resultado de las complicaciones de este proceder y el 40 al 50 % pertenecen al grupo de las adolescentes. ^(6,17)

En Chile se considera que de cada 3.8 a 4 abortos en adolescentes que se realizan en hospitales se producen aproximadamente 10 en la comunidad, lo que incrementa el riesgo de las complicaciones en ellas.

Se acepta mundialmente que alrededor de 1 millón de mujeres entre 15 y 19 años se embarazan anualmente y que alrededor del 40 % de éstos interrumpen la gestación por medio de un aborto legal.

En Brasil, Colombia y Perú se reporta que una de cada diez mujeres que ingresan con una complicación de aborto ilegal son adolescentes ⁽¹⁸⁾. Estudios estadísticos tomando en cuenta datos indirectos consideran que en Latinoamérica hay cada año alrededor de un millón de abortos en mujeres menores de 20 años. También se señala que en la adolescencia hay un elemento que incrementa las posibilidades de complicaciones relacionadas con el aborto y está dado por la mayor frecuencia de solicitud en un periodo más avanzado del embarazo. Esto pudiera deberse a que los adolescentes por su corta edad poseen poca experiencia para reconocer los síntomas del embarazo, a la renuncia de aceptar la realidad de su situación, a la ignorancia respecto a donde acudir para obtener orientación y ayuda y a la vacilación

en confiar en los adultos. Los jóvenes por lo general presentan con relativa frecuencia rechazo a los padres y se apoyan en sus grupos sociales ^(5,19)

La morbilidad y mortalidad relacionada con el aborto tienen consecuencias mayormente en la salud materna. Las opciones más efectivas para la disminución de la mortalidad y morbilidad están dadas por la prevención de los embarazos no deseados que se logran a través del desarrollo del acceso a la información y servicios de planificación familiar y a la disponibilidad de servicios donde se practique el aborto en las mejores condiciones y con poco tiempo de embarazo.

Se estima que un tercio del total de todas las muertes maternas ocurridas en Bolivia entre 1971 y 1988 estuvieron relacionadas con el aborto y en Bangladesh un cuarto del total de todas las muertes maternas se relacionaron también con este proceder siendo más significativo en el grupo de las adolescentes ^(7,20)

En Cuba los cambios económicos sociales ocurridos en los últimos años han creado otras condiciones. La mujer tiene posibilidades de insertarse en el proceso productivo y en el desarrollo científico técnico de la sociedad; se incorpora al trabajo asalariado, tiene igualdad de derechos y oportunidades, lo que incide en el logro de una relativa estabilidad económica de la familia, que generalmente se encarga de satisfacer todas las necesidades materiales de los adolescentes. Esto, unido a las medidas del Estado que garantizan la salud, la educación y otros servicios gratuitos, hace que los adolescentes y jóvenes se dediquen completamente a la actividad escolar, sin otro tipo de responsabilidad social y material.

La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros y sobre todo de los más jóvenes. A través de la comunicación familiar se transmiten valores, concepciones, acciones y comportamientos sobre sexualidad. A raíz de los cambios socioeconómicos que se han dado en el país se han transformado una serie de valores adquiridos de la sociedad burguesa también influenciados por la religión, pero que no han sido sustituidos totalmente por nuevos y se mantienen algunos rasgos negativos de los anteriores.

En investigaciones realizadas con un grupo de adolescentes y jóvenes se pudo comprobar que el carácter repetitivo del aborto se produce entre otras cosas, por la incompleta transmisión de funciones y valores sexuales en el proceso de comunicación familiar. Se demostró que tanto en los núcleos familiares como en las familias extendidas, en pocas ocasiones se orienta a las hijas sobre cuestiones referidas a la sexualidad, de la misma manera los padres resultaron incapaces de crear responsabilidades en los hijos desde pequeños, ante el enfrentamiento de problemas que impliquen la toma de decisiones serias como el aborto. ⁽¹⁷⁾

En Cuba, igual que en los países desarrollados, existe una tendencia a la reducción de la edad menárquica. Este proceso provoca el despertar temprano de necesidades sexuales sobre todo biológicas, y el arribo a la primera relación sexual precozmente, generalmente sin suficiente preparación para afrontar de manera responsable y consecuente esta experiencia.

La maduración social por su parte se ha ido haciendo más compleja, o sea la persona adquiere el desarrollo pleno de la adultez a mayor edad e invierte un promedio de años de escolaridad mayor para lograr una preparación científica y técnica adecuada al momento que vivimos ⁽¹³⁾

En el trabajo con las adolescentes cubanas hemos podido identificar los siguientes Factores de riesgos:

- Inicio precoz de relaciones sexuales
- Promiscuidad sexual
- Escaso conocimiento y uso de métodos anticonceptivos
- Incremento del aborto
- Infecciones de transmisión sexual
- Embarazo no planificado

Cuba se encuentra entre las naciones con una baja tasa global de fecundidad, sin embargo se ubica entre las naciones con elevada tasa de fecundidad y proporción de nacimientos en mujeres adolescentes con cifras del 16 %.

El aborto se institucionaliza en Cuba a fines de la década de los 60. Sólo en Cuba, Puerto Rico, Canadá y Estados Unidos se puede contar con estadísticas confiables ya que el aborto está institucionalizado pues en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños este proceder es ilegal o tiene serias restricciones lo que dificulta una recolección fidedigna de estos datos ⁽²¹⁾.

En Cuba un estudio retrospectivo descriptivo que se realizó en adolescente que se hicieron interrupción del embarazo en el Hospital Docente Gineco-Obstétrico "América Arias" en el año 2003 " se analizó los resultados de 405 abortos practicados a mujeres menores de 18 años. La complicación más frecuente fue la enfermedad inflamatoria pélvica que afectó a 20 pacientes para un 4,8 % donde se pudo resaltar que hubo en dos casos perforación uterina, en uno de los cuales fue necesario la realización de una histerectomía total en el primer embarazo de la joven, lo que evidencia el alto riesgo del aborto incluso cuando se practica en las mejores condiciones. También predominó un alto porcentaje de pacientes adolescentes con comienzo precoz de relaciones sexuales desprotegidas, el mayor número de ellas utilizaron el legrado como método de elección para interrumpir sus embarazos, no tenían unión estable así como tampoco independencia económica ⁽²²⁾.

Después de la institucionalización del aborto, la tasa de mortalidad materna por esta causa descendió de 25.2 por 100 000 mujeres a 3.4 por 100 000 mujeres en 1979.

Con vista a conocer la problemática del aborto en la adolescencia, se realizó un estudio multicéntrico mediante el cual se encuestó a todas las adolescentes que se interrumpieron un embarazo en la Ciudad de La Habana durante el mes de Abril de 1995.

En este estudio se observó que aproximadamente 17 % del total de todos los abortos que se realizaron en dicho período en la Ciudad de La Habana fueron practicados en mujeres menores de 20 años, mientras más jóvenes eran las pacientes existía una tendencia mayor a la solicitud tardía de la interrupción, todo lo cual incrementa los

riesgos del aborto. Se halló que el 100 % de las solicitudes de interrupción del embarazo en el segundo trimestre fueron en menores de 15 años.

Las causas que llevaron a las adolescentes a solicitar una interrupción de la gestación fueron diversas, pero existió un marcado predominio de aquellos relacionados con el deseo de continuar sus estudios y no frustrar su proyecto de vida, aspecto que resulta llamativo ya que la legislación actual no prohíbe a la adolescente embarazada mantenerse en el sistema educacional ⁽²¹⁾. Sin embargo, la práctica ha demostrado que no solamente con leyes que se pueden variar los conceptos y las aptitudes de la población, sino que hace falta crear una base real y condiciones necesarias para que estas leyes puedan materializarse, lo que también debe ir acompañado de un amplio proceso de información y educación a la población.

En un estudio realizado en Pinar del Rio fue alarmante el hecho de que cerca del 32 % de las adolescentes que se sometían a un aborto desconocían los riesgos de este proceder, así como se evidencia una fuerte tendencia de las adolescentes a solicitar el aborto en servicios lejanos a sus áreas de residencia con el evidente propósito de ocultarlos a las personas que la rodean. Todo ello crea un serio problema para el seguimiento sobretodo para el éxito de la labor educativa y preventiva orientada a evitar la reincidencia o repetición del aborto ⁽²³⁾.

En Cuba, la política educacional y de salud incluye programas de educación sexual en todos los niveles desde la enseñanza primaria. En estos programas se hace énfasis en los riesgos del embarazo en la adolescencia y en el uso de anticonceptivos para evitarlo, así como el conocimiento de las infecciones de transmisión sexual.

El sistema educacional ha estimulado nuevas formas de relación entre hembras y varones, así como mayor independencia y libertad de interacción sobre todo en los adolescentes escolares que se desarrollan en condiciones de becarios, donde se hace mayor el reclamo de un trabajo de promoción de salud en esta dirección.

El servicio de salud para todos engendra excesiva confianza, asociado a la idealización del médico y la tendencia de los adolescentes a continuar depositando la responsabilidad de su propia salud en los adultos, sin que se promueva en ellos un comportamiento responsable con respecto a la conservación de su salud. Por otra parte, el aborto inducido es una práctica legal, amparado por el sistema jurídico, que se realiza en instituciones hospitalarias, por manos especializadas sin fines de lucro y bajo consentimiento de la embarazada. La violación de estas normas constituye un delito. ⁽¹³⁾

En Cuba parece consistente sostener que el aborto constituye en determinados contextos un valor que se transmite entre generaciones, no resulta posible explicar el alto porcentaje de mujeres que recurren al mismo y entre ellas las más jóvenes (menores de 20 años) que en la década del 80 fueron responsables del 30 % de los abortos que se realizaron, todos ellos en un país con logros en sus programas de planificación familiar. De allí que sea posible plantear que la utilización del aborto, además de fallas anticoncepcionales se alterna como métodos anticonceptivos e inclusive en las más jóvenes preceden a la utilización de estos en no pocos casos incidiendo en dichas mujeres diversos factores que pueden señalarse desde un no conocimiento efectivo de la anticoncepción, la seguridad de un acceso y la persistencia en el uso de un recurso tradicional que en la práctica no tiene una sanción social, religiosa, cultural o de otro tipo.

Estudios realizados ponen de manifiesto que sólo el 23 % de las adolescentes que se embarazan desean la gestación, más del 50 % de estos embarazos no deseados ocurren en los primeros seis meses posteriores a la primera relación sexual y sólo una pareja de cada cinco había utilizado en alguna ocasión métodos anticonceptivos y según otros autores el 63% de las adolescentes piensan que el aborto es una alternativa a la solución del problema del embarazo. ^(21,24)

En la actualidad es llamativo que a pesar de la cobertura del Sistema Nacional de Salud y del nivel de instrucción medio de la población aún se mantengan altas cifras

de abortos voluntarios. Esto motiva la necesidad de trabajar directamente con la población mediante la reflexión y la construcción de nuevas actitudes que les permita actuar responsablemente en el área de la vida reproductiva.

La posibilidad de crear la vida en un acto de amor, sentirla crecer y compartir cada cambio hasta tener al hijo, es algo que nos caracteriza como humanos y el compromiso es trabajar en pos de lograrlo ⁽²¹⁾

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo para determinar el comportamiento de algunas variables relacionadas con las adolescentes que se les realizaron abortos provocados en el Hospital General Docente de Morón procedentes del Área de Salud Sur del municipio Morón durante el período comprendido entre Septiembre del 2009 y Agosto del 2011.

El universo de estudio lo conformaron 367 adolescentes del municipio Morón que asistieron al Departamento de Legrados de este Hospital para realizarse este proceder y la muestra intencional fue de 169 adolescentes pertenecientes al área de salud Sur del municipio Morón durante el período antes mencionado.

CRITERIO DE INCLUSION.

- Todas las adolescentes que se realizaron aborto provocado y pertenecen al Área de Salud Sur.

Se excluyen del estudio las que no cumplen con el requisito anterior.

Técnicas y procedimientos de recolección

Los datos recolectados fueron extraídos de la historia clínica de las adolescentes que se realizaron este proceder (fuentes activas o primarias), (Anexo 1). Se realizó un vaciamiento de la información recolectada (Anexo 2), y para conocer la evolución de las adolescentes se visitaron en sus domicilios a los 7 días y se les aplicó una encuesta (Anexo 3), la que fue precedida de un texto explicativo que caracterizó el anonimato en la información brindada por las encuestadas y también se les explicó que sus informaciones sólo serán utilizadas con fines científicos lo que garantiza el cumplimiento de los requerimientos éticos y se tuvo en cuenta el consentimiento informado de las personas incluidas en el estudio. (Anexo 4).

Se consideró la adolescencia desde los 11 años hasta los 19 años divididos en las siguientes etapas ⁽²⁵⁾.

Adolescencia precoz: desde los 11 hasta los 15 años.

Adolescencia intermedia: desde los 16 hasta los 17 años.

Adolescencia tardía: desde los 18 hasta los 19 años.

Se consideró en el estado civil **soltera** toda adolescente que no estaban unidas con sus esposos legalmente y **casada** aquellas unidas legalmente. Las que dijeron que convivían con sus esposos pero no estaban casadas, se consideraron solteras.

En las causas de interrupción del embarazo consideramos el **fallo de anticonceptivo** en aquellas adolescentes que utilizaban un anticonceptivo y salieron embarazadas, **problemas personales** aquella que refirieron que no deseaban más hijos, querían continuar sus estudios, tenían dificultades económicas, dificultad de vivienda, por su edad o la de un hijo, problemas de salud y en **consideraciones sociales** consideramos aquella que refirieron que iban a ser criticadas por ser una madre soltera.

Para dar salida a los objetivos trazados en la investigación se seleccionaron las siguientes variables:

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	VARIABLE OPERACIONALIZADA
GRUPO DE EDAD	Cuantitativa Continua	Menos de 16 años De 16 a 17 años De 18 a 19 años
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Preuniversitaria
ESTADO CIVIL	Cualitativa Nominal	Soltera Casada

NIVEL OCUPACIONAL	Cualitativa Nominal	Ama de casa Técnico Trabajador de servicio Estudiante Dirigente administrativo
NUMERO DE ABORTOS ANTERIORES	Cualitativo Ordinal	Ninguno 1 2 3 y más
TIEMPO DE GESTACION	Cuantitativa continua	Menos de 7 semanas De 7 a 12 semanas Más de 12 semanas
TIPO DE ANTICONCEPTIVO UTILIZADO	Cualitativa Nominal	Píldoras DIU Condón Diafragma Lavado vaginal Método del ritmo Método químico Otros Ninguno
CAUSAS DE LA INTERRUPCION	Cualitativa Nominal	Fallo de anticonceptivos Problemas personales Consideraciones sociales
COMPLICACIONES	Cualitativa Nominal	Anemia Shock séptico Perforación uterina Peritonitis Endometritis Ninguna

Técnicas y procedimientos de análisis estadístico

Los datos fueron vaciados en una base de datos para el cálculo de las medidas de resumen para variable cualitativa y cuantitativa, se procesaron utilizando una microcomputadora. Empleo de una PC Pentium IV con ambiente Windows XP. Mediante un software estadístico: EPINFO

La forma de presentación de los resultados es en tablas de frecuencia para su posterior análisis y discusión. Se confeccionó un informe final con los requisitos exigidos por el departamento de Postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Como medida de resumen de la información se utilizó, medidas de frecuencias (la proporción, por ciento)

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

COMPORTAMIENTO DEL ABORTO PROVOCADO EN ADOLESCENTES DEL AREA SUR DEL MUNICIPIO MORON

TABLA 1: Distribución de las adolescentes con abortos provocados según grupos de edades del Área de Salud sur del municipio Morón desde Septiembre 2009 a Agosto 2011.

GRUPO DE EDAD	Nº	%
MENOS DE 16 AÑOS	23	13.6
DE 16 A 17 AÑOS	39	23.1
DE 18 A 19 AÑOS	107	63.3
TOTAL	169	100.00

Fuente: Historia Clínica.

En la Tabla 1 se observa que el grupo etáreo predominante corresponde a las adolescentes de 18 y 19 años de edad, representando el 63.3% del total de las adolescente que se realizaron abortos seguido por las adolescentes de 16 y 17 años con un 23.1 %.

Al analizar estos resultados esta investigación coincide con una realizada en el Hospital Dos de Mayo ⁽²⁶⁾ donde se encontró que un 92.7% de los casos correspondieron a las edades entre 17 y 19 años. También se obtuvieron resultados similares en un estudio realizado en Perú ⁽²⁷⁾ en que el 63.0% de las adolescentes también se encontraban entre esas edades y en otro estudio realizado en Brasil en que predominó el grupo de 18 y 19 años ⁽¹⁸⁾.

El resultado de este estudio difiere de otras literaturas revisadas donde un estudio similar en el Hospital Gineco-obstétrico Provincial Docente Dr. Julio Rafael Alfonso Medina de Matanzas las adolescentes entre 16 y 17 años fueron las predominantes

con un 57.8 % de las encuestadas ⁽²⁸⁾ al igual que en el estudio realizado en el Policlínico Universitario Nro 2 de Manzanillo en el periodo de Mayo del 2003 a Mayo del 2004 donde este grupo predominó con un 47.9 % ⁽²⁹⁾

TABLA 2: Distribución de las adolescentes según nivel de escolaridad.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	Nº	%
PRIMARIA	8	4.7
SECUNDARIA	70	41.4
PRE UNIVERSITARIA	91	53.9
TOTAL	169	100.00

Fuente: Historia Clínica.

En cuanto al nivel de escolaridad que predominó en las adolescentes en el periodo estudiado fue el nivel Preuniversitario con un 53.9 % (Tabla 2) seguido por el secundario con un 41.4%. Esto coincide con el estudio realizado en la provincia de Matanzas donde el 71.8 % tenían o estaban cursando estudios preuniversitarios ⁽²⁸⁾ y difiere de un estudio realizado en adolescentes embarazadas en el Policlínico Docente Manuel González Díaz del municipio Bahía Honda desde Abril de 1999 a Abril del 2000 donde el nivel predominante fue secundaria con un 80,7 % ⁽³⁰⁾ y con el estudio realizado en el Hospital Roberto Rodríguez del municipio Morón de Enero a Diciembre del 2004 que también predominó el nivel de escolaridad secundaria ⁽³¹⁾. Al revisar varias bibliografías se observó que el mayor aporte lo tiene el nivel primario con porcentajes hasta de un 78 %. ^(18, 32,33)

En Cuba el avance científico técnico ha sido de forma escalonada, pero rápida, por lo que ha sido necesario que la mayor parte de la población haya alcanzado niveles de escolaridad altos y por ello casi toda la población cubana alcanza grado superior al secundario lo que ha sido una de las causas por lo que este nivel de escolaridad predominó en el estudio realizado.

TABLA 3: Distribución de las adolescentes según estado civil

ESTADO CIVIL	Nº	%
SOLTERA	114	67,5
CASADA	55	32,5
TOTAL	169	100.00

Fuente: Historia Clínica.

En la tabla 3 se muestran las adolescentes según el estado civil donde se pudo observar que el 67,5% (114 adolescentes) refieren ser solteras, lo que hace pensar que este pudiera ser uno de los aspectos a tener en cuenta como posible factor causal del aborto provocado en este estudio pues las dificultades que enfrenta una madre soltera, además de los conflictos familiares y los tabúes que aun existen hacen que al final se decidan por el aborto provocado como un método anticonceptivo mas en estas circunstancias.

Estos resultados coinciden con los hallazgos de Claravino ⁽³²⁾ donde el 58% de las estudiadas eran solteras y con el estudio realizado en Matanzas y el de Bahía Honda donde el 71 % y el 72.8 % respectivamente eran solteras ^(28, 30) y difiere a los obtenidos por Aparicio ⁽²⁶⁾ quien en su estudio encontró que solo un 36.7% de las adolescentes eran solteras y el resto se encontraban casadas. Urbina encontró que generalmente las adolescentes con abortos provocados en su estudio eran casadas

⁽³³⁾

TABLA 4: Distribución de las adolescentes según Nivel Ocupacional.

NIVEL OCUPACIONAL	Nº	%
AMA DE CASA	10	5,9
TECNICOS	29	17,2
TRABAJADOR DE		
SERVICIOS	12	7,1
ESTUDIANTES	116	68,6
DIRIGENTES	2	1,2
TOTAL	169	100.00

Fuente: Historia Clínica.

La distribución según el nivel de ocupación se muestra en la Tabla 4 donde 116 adolescentes (68,6%) eran estudiantes, lo que al analizar los resultados de la Tabla 1 tiene su explicación pues el mayor porcentaje se encuentra entre los 18 y 19 años de edad, grupo este que en la actualidad en su mayoría esta estudiando en el Pre Universitario o un perfil Técnico. Este resultado coincide con el estudio realizado en Matanzas ⁽²⁸⁾

En otros estudios revisados ⁽²⁶⁾ encontramos que en su mayoría las adolescentes eran ama de casa (49.7%) seguida por el grupo de estudiantes con un 27.5%.

TABLA 5: Distribución según los antecedentes del número de abortos anteriores.

NUMERO DE ABORTOS	Nº	%
NINGUNO	113	66,9
1	33	19,5
2	18	10,7
3 Y MAS	5	2,9
TOTAL	169	100.00

Fuente: Historia Clínica

Como se observa en la tabla 5 la mayoría de las adolescentes no tenían antecedentes de abortos anteriores (66,9%), seguidas por las que tenían un aborto anterior para un 19,5%

Estos resultados no coinciden con el estudio realizado en el Hospital Dos de Mayo ⁽²⁶⁾ donde solo el 10% de la misma tenían el antecedente de 1 aborto anterior y el 39.47 % tenían 2 abortos anteriores.

En otro estudio revisado ⁽²⁷⁾ el 27 % ya tenían un aborto realizado antes de la interrupción.

TABLA 6: Distribución según el tiempo de gestación al momento de la Interrupción del embarazo.

TIEMPO DE GESTACION	Nº	%
MENOS DE 7 SEMANAS	19	11,2
7 A 12 SEMANAS	52	30,8
MÁS DE 12 SEMANAS	98	58,0
TOTAL	169	100.00

Fuente: Historia Clínica.

En relación al tiempo de gestación de las adolescentes en el momento de la interrupción (Tabla 6) el 58,0 % (más de la mitad de los casos) tenían más de 12 semanas de gestación y el 30,8 % entre 7 y 12 semanas.

Esto confirma que las adolescentes esperan mucho tiempo para decidir la interrupción por miedo al proceder o por las razones explicadas en la tabla 3 (conflictos familiares, estigma social, etc)

En bibliografías revisadas ^(21,28) sobre aborto séptico en adolescentes el 42 % de los casos se realizaron la interrupción con más de 12 semanas de gestación lo que coincide con el resultado de este estudio y en el hospital Berta Calderón de Nicaragua el 53 % asistieron a realizarse el proceder con más de 12 semanas de gestación⁽³⁴⁾

No obstante en otro estudio ⁽²⁶⁾ resultó que la mayor proporción de aborto estuvo entre las 9 y 12 semanas con un 41%.

TABLA 7: Distribución de las adolescentes según los tipos de anticonceptivos usados antes de la interrupción.

TIPO DE ANTICONCEPTIVO	Nº	%
PÍLDORAS	5	2,9
DIU	21	12,4
DIAFRAGMA	5	2,9
CONDÓN	35	20,7
LAVADO VAGINAL	2	1,3
MÉTODO DEL RITMO	-	-
MÉTODO QUÍMICO	-	-
OTROS	12	7,1
NINGUNO	89	52,7
TOTAL	169	100.00

Fuente: Historia Clínica

El 52,7 % de las adolescentes no usaban ningún método anticonceptivo y 20,7 % utilizaban el preservativo o condón.

Teniendo en cuenta estos datos de la tabla anterior se infiere que a pesar del esfuerzo realizado por el país y el Ministerio de Salud pública a través de los medios de difusión masiva sobre la anticoncepción en la prevención del embarazo en la adolescencia y la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) las adolescentes estudiadas tenían un bajo conocimiento de los métodos anticonceptivos y utilizaron el aborto como un método anticonceptivo más.

Este resultado coincide con varios estudios revisados como el del Hospital Dos de Mayo donde el 40.6 % de las adolescentes que se realizaron la interrupción no usaban ningún anticonceptivo ⁽²⁶⁾ y en un estudio realizado en el hospital “América Arias” se encontró que la mayoría de las adolescentes utilizaban el aborto como un

método anticonceptivo al comenzar las relaciones sexuales precoces y desprotegidas. ⁽²²⁾

En el estudio realizado en Matanzas ⁽²⁸⁾ se mostró que el 76,5 % declararon no haber utilizado ningún método anticonceptivo y en una Secundaria Básica de Alamar el 58,5 % no usaban ningún método anticonceptivo ⁽³⁵⁾ y en el estudio realizado en el municipio Morón predominaron las adolescentes que utilizaron este método por no usar otro tipo de anticonceptivo ⁽³¹⁾

TABLA 8: Distribución de las adolescentes según causa de la interrupción

CAUSAS	Nº	%
FALLO DE ANTICONCEPTIVOS	34	20,1
PROBLEMAS PERSONALES	107	63,3
CONSIDERACIONES SOCIALES	28	16,6
TOTAL	169	100.00

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 8 se muestra las adolescentes según causa de la interrupción donde el 63,3 % de ellas se realizaron este proceder por problemas personales manifestando que estaban estudiando y no podían interrumpir estos y otra minoría referían que no estaban aptas para criar un hijo.

Este resultado coincide con un estudio realizado en el municipio Cotorro de la Ciudad de La Habana que la principal motivación para la interrupción fue continuar los estudios ⁽³⁶⁾ y con el estudio del municipio Morón que también resultó ser la misma causa para la interrupción del embarazo ⁽³¹⁾. Estos resultados difieren a los obtenidos por otros autores donde se refiere que el mayor porcentaje de las adolescentes no tenían independencia económica ^(23,34)

TABLA 9: Distribución de las adolescentes según las complicaciones post aborto.

COMPLICACIONES	Nº	%
ANEMIA	54	31,9
SHOCK SEPTICO	15	8,6
PERFORACION UTERINA	1	0,5
PERITONITIS	2	1,8
ENDOMETRITIS	5	3,0
NINGUNA	92	54,2
TOTAL	169	100.00

Fuente: Historia Clínica

A pesar que el 54,2 % de las adolescentes no tuvieron ninguna complicación después de la interrupción, la anemia fue la complicación mas frecuente con un 31,9 % de las adolescentes que participaron en esta investigación (tabla 9)

Este resultado coincide con estudios revisados ^(22,32) donde las complicaciones más frecuentes fueron la anemia y el shock séptico.

En otras bibliografías revisadas las complicaciones más frecuentes además de la anemia y el shock séptico se mencionan la endometritis, la pelviperitonitis, la perforación uterina, la sepsis y en menor grado la coagulación intravascular diseminada e incluso hasta la muerte. ^(26, 28,32)

CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados de este trabajo, se pudo concluir que las adolescentes de 18 y 19 años y las estudiantes solteras son las que con más frecuencia acuden a la práctica del aborto a pesar de predominar el nivel de escolaridad preuniversitaria. La mayoría asistieron con más de 12 semanas de gestación y no usaban anticonceptivos antes de la interrupción. La causa por la que decidieron la interrupción del embarazo fue por problemas personales como fueron el estar estudiando y no poder abandonar sus estudios y no encontrarse apta para la crianza de un hijo.

RECOMENDACIONES

Realizar un estudio sobre los factores o condiciones que obligan a las adolescentes a decidir este proceder tan riesgoso en todo el municipio y continuar este trabajo en otra etapa donde se realice una intervención educativa con todas las adolescentes del municipio Morón con vista a promover cambios en los niveles individual, grupal y social para motivar el uso de anticonceptivos y evitar que se utilice este proceder (el aborto) como un método anticonceptivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Peláez Mendoza J. Adolescencia y anticoncepción. Sexología y sociedad 1995; 1 (3): 12-3
- 2.- Ortiz Lee C. Consulta médica. Periódico Granma 2001. Sept; p. 8
- 3.- Álvarez Lajonchere C. Embarazo en la adolescencia. Editorial Científico Técnica, 2da Ed; La Habana, 2001; p 1,2
- 4.- Krauser Peter Monika. Algunos aspectos relacionados con la interrupción del embarazo. Orientaciones Metodológicas para el personal de Salud. Ciudad de la Habana: Científico Técnica 1998. 102-103
- 5.- Manzano B R. Aborto del primer trimestre con prostaglandina intravaginal. Rev Cub Obst Ginec. 1999; 15 (3): 141-155
- 6.- Cutié León F. Algunas complicaciones de las interrupciones del embarazo. Rev Cub Obst Ginec. 1989; Jul-Sep; (5) p 219-22
- 7.- Pagola Prado M. El aborto institucional. Su importancia. Rev Cub Obst Ginec. 1989; Jul-Sep; 10(3) p 395-403
- 8.- Rodríguez Fernández J M. Morbilidad de la interrupción. Rev Cub Obst Ginec. 1990; Jul-Sep; 12(3) p 285-91
- 9.- Herrera Guerra G R. Resultados obstétrico de la interrupción de la gestación en el Hospital Gineco-obstétrico Docente Mariana Grajales durante los años 1987 y 1990. Rev Cub Obst Ginec. 1991; Oct-Dic; 12(4) p 457-62
- 10.- Gaona Chavez María, Namile Concepción Ana. Aborto en adolescentes en un hospital de alta complejidad [Tesis]. Facultad de Enfermería. Universidad Evangélica de Paraguay. 2005
- 11.- Cabral BE. Ecología de la Sexualidad. Rev Sex Soc 1995; 1 (3): 4-17
- 12.- Amarillo M, González U. Consideraciones sociológicas y éticas sobre aspectos del aborto demandado. La Habana, Instituto Superior de Ciencias Médicas; 1997
- 13.- Castro Espin M. Crecer en la Adolescencia. Rev Sex Soc 1996; 2 (4): 2-6
- 14.- Ramirez Valle J, Zimmerman M. Sexual risk behavior among youth: Modeling the influence of prosocial activities and socioeconomic factors. Health soc behave 1998; 39: 237-53.

- 15.- Pelaez J. Problemàtica del aborto y el embarazo en las adolescente. Temas para el màdico de la familia. La Habana; Editorial Cientifico Tècnica; 2007, p271-87
- 16.- Ruoti M, Ruoti A. Sexualidad y Embarazo en Adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Asunciòn: Ediciòn Universitaria de Paraguay, 1992: 10-42.
- 17.- Navarro Gonzalez M, Ramos Planco M. El aborto provocadop desde una perspectiva sociològica. Rev Sex Soc 2006; 6(9: 2-5)
- 18.- Magallanes M L, Maltar R, Furtado F M, Francisco H C, Nogueira M B. Características epidemiològicas del embarazo en la adolescencia en la Maternidad Escuela de Forlataza/Brasil. Rev. Soc. Chil. Obst-Ginec Infant Adolesc, 2005; 12(2). p 49-70
- 19- Toledo Virginia, Molina Cartes Ramiro, Gonzàlez Electra Mirta, Martín Yanssens Ana, Molina Gonzàlez Temistocles, Luengo Charat Xiomara. Perfil psicosocial de adolescentes que interrumpen su embarazo con un aborto inducido. Rev. Soc. Chil. Obst-Ginec Infant Adolesc, 1998; 5(1). p 7-16
- 20.- Calderòn Jully, Alzamora de los Godos Luis. Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en los adolescentes. Rev. Perù. Med. Exp. Salud Pùblica. 2006; 23(4). p 247-252
- 21.- Rodríguez Cabrera Aida, Alvarez Vazquez Luisa. Percepciones y comportamiento de riesgo en la vida sexual y reproductiva de las adolescentes. Rev. Cub. Salud Publica. 2008; (32)1. ene-mar.
- 22.- Laffita Batista Alfredo, Ariosa Juan Manuel, Cutiè Sánchez Josè Ramòn. Adolescencia e interrupciones del embarazo. Rev Cub. Obst Ginec. 30 (1). 2004; p 68-81
- 23.- Soto Martínez Iscar, Franco Bonal Anelys, Franco Bonal Arlene, Silva Valido Jorge, Velásquez Zuñiga George. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. Rev. Cub Med. Gen. Integr. 2003; 19(6), Nov-Dic.
- 24.- Martín Alonso Libertad, Reyes Diaz Zuñidla. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Rev. Cub. Salud Pùblica. 2003; p 183-187

- 25.- Petrovsky A.V. Psicología Evolutiva y Pedagógica. Editorial Progreso. Moscú, 2da edición 1985.
- 26.- Aparicio Jorge, Aval Jorge, Ascarruz Alexander, Casquero José. Características del aborto en las adolescentes en el Hospital Dos de Mayo. Rev Cub Obst Ginec. 1996; 42(3) p 67-71
- 27.- Chumbe Ovidio, Novoa Álvaro, Alejos Hugo, Rodríguez Carlos, Espinosa Kelvin, Parra Jorge. Aborto séptico en adolescentes. Rev Cub Obst Ginec. 1998; 44(2) p 102-109
- 28.- Menéndez Alfonso E. M. Estrategia de trabajo para el aborto en la adolescencia. [Trabajo para optar por el título de Master en Atención Integral a la Mujer]. Matanzas: Hospital Gineco-obstétrico Docente Julio R. Alfonso Medina; 2008
- 29.- Sarduy Roque M, Santana Ortiz L. Aborto en la Adolescencia un problema de Salud, Rev Cubana Salud Pública, Ciudad de la Habana 2006. V 33. n 1
- 30.- Corrales Álvarez S, Gómez González R. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana de Enfermería. Ciudad de la Habana, Sep-Dic, 2002. V 18.n 3
- 31.- López Vela S, Guillén Ravelo L. Factores asociados al aborto en la adolescencia. Hospital Roberto Rodríguez de Morón. Rev. Electrón Mediciego Vol 11 supl 2-05
- 32.- Clavarino Hugo, Martínez Ana, Bienvenido Silvia, Gómez Ponce de León Rodolfo, Torres Silvana, Robles Cecilia. Aborto en adolescentes menores de 16 años. Rev. Hosp.. Matern. Infant. Ramón Sarda. 2006; 25(4): 167-171
- 33.- Urbina Christian J, Sosa Jeuling Eli, Còrdova González Bayardo. Eficacia del legrado por aspiración en el tratamiento del aborto incompleto. Masaya; s,n; 1991. p 69.
- 34.- Pizarro Jiménez Ana María. Comportamiento del problema del aborto inducido en el Hospital Berta Calderón el 1ro de Julio de 1985 al 31 de Agosto de 1988. [Trabajo para optar por el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 1998

35.- Torriente Barzaga N W. Conocimiento sobre la sexualidad en adolescentes de una Secundaria Básica de Alamar [Trabajo para optar por el título de Master en Atención Integral al Niño] La Habana. Instituto Superior de Ciencias Mèdicas de la Habana 2006-2007.

36.- Álvarez Hernández Z, Martínez Urra L, Cepero Ortiz Y. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Rev. Cubana Med Gen Integr. Ciudad de La Habana. 2005; V 21, n 3-4.

ANEXOS

ANEXO 1

MODELO 66-24 MINISTERIO SALUD PUBLICA		HISTORIA CLINICA DE LEGRADO		Nro Hist. Clínica	Tipo de Legrado __Induc __ Diag __ D/T __ Esp __Terap __Otro		
1er Apellido		2do Apellido		Nombre		Num. Identidad	
Dirección (Calle Nro, entre calles y pueblo)						Edad:	
Área de Salud		Medico Familia Si__ No__		Municipio		Provincia	
Escolaridad: Ninguna__ Secundaria__ Primaria__ Preuniv Tecn.__ Universitaria__			Estado Conyugal Soltera__ Casada__ No unida__			Ocupación: Estudia__ Trabaja__ Ama de casa__ Otra__	
OBSTETRICIA							
Menarquia	Edad 1ra rel sexual	Parto s	Nacidos Vivos	Abort os espont .	Abort os provoc .	Fecha Última menstr.	Semanas de Gestación
Fecha de Examen		Semana Gestacional. al tacto vaginal:			Examen realizado por:		
Hemoglobina	Hematocrito	Serología	Gram				
Usa actualmente algún método anticonceptivo __ Si __ No Cual? Píldoras __ Diafragma __ Método Quím. __ DIU __ Lavado vaginal __ Otro __ Condón __ Ritmo __					Por qué lo usa __ por prescripción facultativa __ por elección de la pareja __ Otro.Cuál _____		

	<p>Por qué no lo usa</p> <p><input type="checkbox"/> Puede causar problemas de salud</p> <p><input type="checkbox"/> No ser efectivo</p> <p><input type="checkbox"/> No agrada a ella o al compañero.</p> <p><input type="checkbox"/> Es difícil de conseguir</p> <p><input type="checkbox"/> Resta valor al acto sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Se le olvida utilizarlo</p> <p><input type="checkbox"/> Por desconocimiento</p> <p><input type="checkbox"/> No quiere usarlo</p> <p><input type="checkbox"/> Se tiene temor</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, Cuál?</p>	<p>Conoció este método a través de:</p> <p><input type="checkbox"/> Radio, TV,</p> <p><input type="checkbox"/> Revista o publ.</p> <p><input type="checkbox"/> Médico</p> <p><input type="checkbox"/> Esposo o compañero.</p> <p><input type="checkbox"/> Amiga/amigo</p> <p><input type="checkbox"/> Familiares</p> <p><input type="checkbox"/> No recuerda</p>	<p>Motivo de la Interrupción.</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de salud</p> <p><input type="checkbox"/> Fallo anticonceptivo</p> <p><input type="checkbox"/> Consideraciones sociales</p> <p><input type="checkbox"/> Continuar estudio</p> <p><input type="checkbox"/> No desea más hijos</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultades económicas</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad de viviendas</p> <p><input type="checkbox"/> Edad de la mujer o del hijo</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, Cuál?</p>	
<p>NOMBRE DEL MÉDICO</p>	<p>FIRMA</p>	<p>FECHA INGRESO:</p>	<p>HORA:</p>	

ANEXO 2

Vaciamiento de la información.

Nombre y apellidos _____

No. Historia clínica _____

Fecha de interrupción _____

Grupos de edad:

Menor 15 años _____

De 15 a 19 años _____

De 20 a 24 años _____

De 25 a 29 años _____

De 30 a 34 años _____

De 35 o más _____

Nivel de escolaridad:

Menos de 3er grado _____

De 3er a 6to grado _____

De 7mo a 9no grado _____

Pre-Universitario _____

Universitario _____

Estado civil:

Soltera _____

Casada _____

Paridad:

Gestación _____

Parto _____

Aborto _____

Cesárea _____

Interrupciones previas:

Número _____

Tiempo _____

Nivel ocupacional:

Ama de casa _____

Técnico _____

Trabajador de servicio _____

Obrero _____

Estudiante _____

Dirigente administrativo _____

Contracepción dirigida post
interrupción:

Anillo _____

Asa _____

T con cobre _____

Píldoras _____

Otros _____

Complicaciones inmediatas:

SI _____ NO _____

Complicaciones mediatas:

SI _____ NO _____

Causas de la interrupción:

Método de interrupción:

¿Conoce las complicaciones del aborto inducido?

SI _____ NO _____

¿Conoce los diferentes métodos anticonceptivos que existe?

SI _____ NO _____

ANEXO 3

Visita a los 7 días después de realizarse el aborto provocado.

1er Apellido	2do Apellido	
Nombre		
Dirección (Calle Nro, entre calles y pueblo)		
Área de Salud	Municipio	
Provincia		
Después del aborto ha tenido algún síntoma:		
Fiebre_____	Dolor Abdominal _____	Sangramiento_____
Ninguno_____		
De haber tenido algún síntoma o signo, ha asistido al médico:		
Si_____ No_____		
De ser afirmativo, qué diagnostico le dieron?		
Anemia_____	Shock séptico_____	Peritonitis_____
Endometritis_____		
Perforación uterina_____	Coagulación intravascular_____	
Ninguna_____		
Otra_____	Cual? _____	
Qué conducta médica fue seguida?		
Ingreso hospitalario _____	Ingreso domiciliario _____	
Tratamiento médico _____		
Tratamiento quirúrgico _____		

ANEXO 4

Consentimiento Informado

Estimada participante, usted ha sido seleccionada para tomar parte de esta encuesta. La misma es realizada por la Dra. Zilka María Peralta Sardiña como autora de una investigación científica que está llevando a cabo con las adolescentes que acuden al Departamento de Legrados del Hospital Roberto Rodríguez de Morón y que pertenecen al área de salud sur.

La información que Ud proporcione será completamente confidencial, sólo se usará con fines investigativos.

Su participación es voluntaria y está en libertad de negarse a responder cualquier pregunta que se haga en el cuestionario en la visita a su domicilio en los primeros 7 días después de realizarse el aborto provocado.

Nombre:

Firma:

Padre o Tutor:

Firma: