

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“Dr. ANTONIO LUACES IRAOLA” CIEGO DE ÁVILA

Título: Variables epidemiológicas y de morbilidad de las conductas sexuales de riesgo con el aborto en adolescentes de Ciego de Ávila.

Tesis en opción al título de especialista en 1er grado en
Obstetricia y Ginecología

Autora: Dra. Beysi Berenguer Reinaldo

2019

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“Dr. ANTONIO LUACES IRAOLA” CIEGO DE ÁVILA

Título: Variables epidemiológicas y de morbilidad de las conductas sexuales de riesgo con el aborto en adolescentes de Ciego de Ávila.

Tesis en opción al título de especialista en 1er grado en
Obstetricia y Ginecología.

Autora: Dra. Beysi Berenguer Reinaldo. Aspirante a especialista de 1er grado en Obstetricia y Ginecología en el Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila.

Tutor: Dr. Blanca Margarita Angulo Peraza. Especialista de 2do grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor auxiliar en el Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila.

ÍNDICE

Contenidos	Páginas
Introducción.....	1
Objetivos.....	3
Marco teórico.....	4
Material y Método.....	13
Resultados y discusión.....	18
Conclusiones.....	30
Referencias Bibliográficas.....	31

DEDICATORIA:

Primeramente, dedicarle no solo esta tesis sino cada uno de los conocimientos que adquirí en estos años a mi madre, que sin sus esfuerzos esto hubiera sido imposible.

A mis abuelos que, desde el cielo, sé que me han acompañado y guiado en este camino.

AGRADECIMIENTOS:

A mi familia por su apoyo incondicional.

A mi tutora Dra. Blanca Margarita Ángulo Peraza por su entrega y dedicación para la culminación de este proyecto.

A mis amigos Lilien Prada y Luis Pereira por estar conmigo en todos los momentos que necesite más que amigos, hermanos.

A mi ahijado que con una sola de su sonrisa me alegro el alma en aquellos momentos en que pensé que no podía más.

A mi hermana que, aunque lejos me brinda su amor y apoyo.

A cada uno de mis profesores y compañeros que contribuyeron con sus conocimientos a formarme en la especialidad, así como crecer como persona y ser humano.

RESUMEN

Introducción: Hoy en el Mundo se calcula entre 4 y 5 millones del total de abortos que ocurren anualmente son en adolescentes. Estas jóvenes están expuestas a considerables riesgos por el temprano comienzo de las relaciones sexuales, siendo una de ellas el embarazo no deseado con resultados desastrosos para la salud sexual y reproductiva. **Objetivo:** Describir algunas variables epidemiológicas y de morbilidad de las conductas sexuales de riesgo con el aborto en adolescentes pertenecientes al área de salud del municipio de Ciego de Ávila. **Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo en en pacientes atendidas en Departamento Legrado Hospital General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” Ciego de Ávila, durante el periodo comprendido de mayo 2016 a marzo 2019 diciembre. La muestra 356 adolescentes con edad gestacional 6-10 semanas. **Resultados:** el 56,7% de las adolescentes inician relaciones sexuales entre 12 y 14 predominando el cambio de pareja 14%, y la promiscuidad en el grupo de 15-19 años 33.7%. Son madres solteras 60.1%, estudiantes 51.9%. El 59% no utilizó métodos para protección de las relaciones sexuales. El 81.7% de los abortos ocurrieron una vez. La calidad en información sexual fue buena en 41 %. En el 74% la decisión fue tomada por el familiar y el método que se utiliza es el medicamentoso; no presentándose complicaciones en el 87,9% de las pacientes, **Conclusiones:** En el estudio predominaron iniciación temprana de las relaciones sexuales, calidad de la información buena, y decisión de la adolescente; sin embargo, existe poco empleo de métodos anticonceptivos. Se utiliza el método medicamentoso no presentándose complicaciones.

Palabras clave: Adolescencia, Sexualidad, Aborto.

INTRODUCCIÓN

Hoy día las personas se inician sexualmente en la adolescencia, el sexo perdió todo lo que para sus padres tuvo de prohibido; la actividad sexual no está asociada al matrimonio, pero sí a comportamientos como la aparición de embarazos no deseados y sobre todo al aborto con resultados desastrosos para la salud sexual y reproductiva. Los acuerdos y convenios internacionales que abarcaron la temática de los derechos humanos en los últimos 15 años, defienden con firmeza la salud reproductiva de adolescentes y jóvenes (1-3).

La situación del embarazo en la adolescencia es una problemática de salud para cualquier país, ya sea desarrollado o en vías de lograrlo por ser la mayor amenaza para la vida de la mujer, pues cada minuto 380 mujeres quedan embarazadas, 190 se enfrentan a un embarazo no deseado, 110 sufren complicaciones relacionadas con el embarazo, 40 tienen un aborto en condiciones de riesgo (3 y 4).

Hoy en el Mundo se calcula entre 4 y 5 millones del total de abortos que ocurren anualmente son en adolescentes. En los países en desarrollo alrededor de 2 000 000 de adolescentes son sometidas anualmente a un aborto, casi siempre en condiciones de riesgo, y se ha informado que una de cada tres mujeres que acuden al hospital solicitando asistencia por complicaciones de un aborto son menores de 20 años (3-6).

Estas jóvenes están expuestas a considerables riesgos por el temprano comienzo de las relaciones sexuales, siendo una de ellas el embarazo no deseado, tienden a tronchar sus proyectos de vida, abandono escolar, rechazo de su pareja y de la familia, se convierten en una sobrecarga económica para ésta. Además, los servicios de salud no siempre están a su alcance, por tanto, las complicaciones del embarazo y el parto las asedian constantemente. En Cuba 1 de cada 3,8 abortos tiene lugar en una menor de 20 años, las que tienen 3,7 veces más probabilidad de acudir a un aborto que sus pares entre 20 y 25 años (3,6-9).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estado de bienestar sexual: como la ausencia de temores, vergüenza, culpa, creencias erróneas y otros factores que puedan inhibir las respuestas sexuales. El aborto se ha relacionado

con esa perspectiva de bienestar sexual y las consecuencias de su despenalización legal y la flexibilización de su enjuiciamiento moral, en la actualidad han devenido en un agudo problema de salud. Son muchos los abortos que se realizan cada año a escala global y muchos los factores que entran en juego: criterios médicos, datos científicos, aspectos éticos, análisis sociológicos, valoraciones religiosas, interpretaciones jurídicas y hasta intereses políticos, que hacen de esta realidad un fenómeno bastante complejo (10).

Siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera que este es un período de cambios profundos entre la infancia y la edad adulta, donde se desarrollan los caracteres sexuales secundarios hasta lograr el fenotipo de adulto, en el que se hace la transición desde un estado de dependencia socioeconómica total a otro de relativa independencia. Los adolescentes son vulnerables a los riesgos de la vida sexual (11,12).

Cada día disminuyen las edades de las adolescentes que se someten a esta práctica, se incrementa el número de jóvenes que acuden a la consulta de infertilidad, ascienden las enfermedades de transmisión sexual, se evidencia promiscuidad. Las adolescentes y sus familiares solicitando interrupción de la gestación por los diferentes métodos abortivos, la disminución cada día de las edades en que se inician en esta práctica evidencia una baja percepción de riesgo y una educación deficiente (13).

Problema: ¿Cuáles serían las variables epidemiológicas y de morbilidad de las conductas sexuales de riesgo con el aborto en adolescentes perteneciente al área de salud del municipio de Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

Objetivo general: Describir algunas variables epidemiológicas y de morbilidad de las conductas sexuales de riesgo con el aborto en adolescentes pertenecientes al área de salud del municipio de Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a las féminas con aborto teniendo en cuenta algunas variables socio-demográficas y epidemiológicas.
2. Identificar la conducta sexual, cantidad de embarazos, y métodos anticonceptivos usados en la población estudio.
3. Describir el tipo de aborto, método de interrupción y complicaciones presentes.

MARCO TEÓRICO

El aborto ha sido una práctica, que ha sido controversial desde que se tiene registro; su definición, la legislación y moral relacionadas con esta práctica ha cambiado de acuerdo al lugar y la cultura. La etimología de la palabra aborto es de origen latino y se deriva de dos palabras: ab, que quiere decir privación y ortus que quiere decir nacimiento (14,15).

En la Edad Media el término aborto se pierde y surgen otros términos; por ejemplo, en Inglaterra surge el término miscarriage que quiere decir: mal parto. Este término es utilizado posteriormente para referirse a las expulsiones ocurridas en el segundo trimestre del embarazo, y el término aborto resurge, a principios del siglo XX para las expulsiones precoces (14).

Han existido grandes cambios en las técnicas para realizar el aborto; como primera referencia conocida sobre algún abortivo se encuentra un trabajo chino (2737-2696 a.c.), que perteneció al emperador Shen-Nang y se consideraba como una receta en la que se empleaba Mercurio (15).

Posteriormente hacia el 1550 a. C. se encuentran referencias en El papiro de Ebers donde se describe métodos para inducir el aborto. Hay escritos sobre los abortivos empleados por los griegos; métodos como inyecciones intrauterinas y pesarios. En la Roma imperial muchos de los abortos eran efectuados mediante legrado y entonces como ahora, las complicaciones (perforación y sepsis) eran las responsables de la mayoría de las muertes. Además, se emplearon agentes orales y duchas con agua caliente (15).

En épocas más modernas, existen revisiones acerca del aborto que demuestran que casi cada tribu poseía algún método para provocar el aborto, variando desde agentes orales y traumas abdominales, hasta la introducción de cuerpos extraños (15).

A nivel de la discusión ética, religiosa y legal, el aborto se ha caracterizado por ser un tema que hasta la actualidad no ha podido encontrar un consenso, por ejemplo

"en la India existía una facultad tácita en el aborto por cuanto no estaba penado por ley" (15).

Hipócrates en su juramento dice: "No dar a una mujer preñada, medicamento alguno que pueda hacerla abortar". En este mismo período hay escritos que describen perfectamente el cuadro clínico de una paciente con aborto séptico, así como su tratamiento. En general, estos escritos describen el aborto criminal en términos algo despreocupados. Así mismo las actitudes hacia el aborto varían en las distintas partes del mundo; las razones oscilan desde la vanidad y el miedo, hasta las consideraciones económicas más corrientes (15,16).

Durante la pubertad temprana (10-13 años), los genitales externos toman aspecto adulto. El crecimiento del vello púbico parece obedecer a un control hormonal de andrógenos suprarrenales. En un inicio el vello es escaso, largo, ligeramente rizado, y pigmentado sobre el área púbica. Con el transcurso del tiempo es mayor la cantidad de vello rizado, pigmentado y áspero. El patrón del vello púbico toma la forma característica de triángulo, con la base sobre el monte de Venus. El crecimiento del vello axilar aparece después, en consecuencia, de la estimulación de las hormonas adrenocorticosteroides (17,18).

La proporción de recién nacidos de madres menores de 19 años ha continuado aumentando o bien se mantiene estable, en la mayoría de los países de América Latina, con consecuencias negativas tanto para las adolescentes que asumen precozmente la maternidad sin la debida preparación, como para toda la sociedad. La adolescencia al estar condicionada por características sociales, culturales y económicas bajo las cuales se va formando la joven, no implica únicamente cambios fisiológicos y psicológicos, sino que también puede considerarse como un fenómeno social (19).

La OMS define como adolescencia, a la etapa de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los cambios psicológicos de la niñez a la adultez. Considera que se inicia a los 10 años y culmina a los 19 años aproximadamente (19).

Durante los cambios psicológicos, se encuentra el desarrollo de la propia identidad, el cual va a propiciar una primera fase centrada en las actitudes egocéntricas, también se producen los enamoramientos intensos y apasionados, pero de corta duración. Estas conductas en los adolescentes se dan porque tienen como características propias la falta de control de los impulsos, ambivalencia emocional y los cambios emotivos y de conducta. (19)

Las conductas sexuales de riesgo están definidas como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud y a la salud de otra persona. Las ITS y los embarazos no deseados constituyen los dos principales problemas asociados con la conducta sexual de riesgo. Por tanto, podemos decir que dentro de ellas se encuentran el cambio de pareja; periodos breves de tiempo con un compañero sexual y la promiscuidad, varias al mismo tiempo (19).

Las carencias nutricionales, el mal manejo de la sexualidad y la escasa integridad o continencia de los roles familiares, son factores predominantes sobre todo en los grupos de bajos recursos económicos o marginados. También lo son las curvas prevalencia de tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, embarazos no deseados, adicciones, prostitución, delincuencia y consecuencias en la marginación (19).

Para el hijo de la madre adolescente existe mayor riesgo de muerte, bajo peso al nacer, retardo del crecimiento y desarrollo, y maltrato físico. Se ha observado mayor el índice de prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino, hipertensión arterial y pre eclampsia, al comparar estas madres con embarazadas de más edad (20).

Para la madre adolescente, las consecuencias de un embarazo no deseado se está el aborto ilegal, el aumento de la mortalidad materna, la deserción escolar, el desempleo, y un mayor riesgo de divorcio y trastornos mentales. Algunos autores, señalan la necesidad de encaminar acciones hacia un modelo más integral, que privilegie la promoción y educación para la salud y la prevención de la enfermedad, que les permita a las jóvenes asumir el cuidado de su salud y limitar situaciones o factores que favorezcan o condicionen patologías para ella misma o

para su hijo. Esto es importante cuando la gestación y el parto ocurren en jóvenes incluidas en el grupo de adolescentes tempranas (<15 años) (20).

De todos los embarazos diagnosticados terminan en abortos espontáneos cerca del 15%, por lo general dentro de las primeras 12 semanas. Debido a que en el período inicial la mayoría de las mujeres desconocen estar embarazadas; este porcentaje puede ser más alto (21).

Por lo general, consultan al médico por un retraso una o más semanas en el último período menstrual y que la hemorragia menstrual fue más profusa de lo normal, siendo probable que haya tenido un aborto espontáneo. El aborto según el punto de vista médico se divide en dos grandes grupos: Abortos espontáneos. los que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación y cuya frecuencia se estima en alrededor del 15% de los embarazos (21).

Este a su vez se puede dividir en diferentes cuadros como son amenaza de aborto: se presume amenaza de aborto cuando aparece flujo vaginal sanguinolento o una franca hemorragia durante la primera mitad del embarazo, se presenta en un 30%. De las mujeres que sangran al comienzo del embarazo aproximadamente la mitad aborta (20, 21).

El Aborto inevitable presenta dolor y la hemorragia con dilatación cervical indican un aborto inminente y la expulsión del contenido uterino es inevitable, en estos casos se observan dos o más de las siguientes alteraciones: borramiento moderado del cuello uterino, dilatación cervical mayor de 3 cm, ruptura de las membranas, hemorragia durante más de 7 días, persistencia de cólicos a pesar de analgésicos narcóticos, otros signos de terminación del embarazo; como por ejemplo, expulsión parcial de productos de la concepción (20,21).

El Aborto incompleto presenta restos ovulares que no han podido ser expulsados de la cavidad uterina, por lo que aún permanece parcialmente ocupada, el útero entonces está blanduzco, grande y no se retrae totalmente; el cuello permanece dilatado la hemorragia es profusa y persistente y el aborto completo, en este caso el huevo es expulsado espontánea y completamente del útero, luego de una acmé

dolorosa todo entra en regresión. Se distingue por el cese del dolor, así como la hemorragia viva (20,21).

El aborto diferido el huevo muerto in útero por diversas razones no es expulsado al exterior y no se ha dilatado ni contraído totalmente el cuello para expulsar el verdadero "cuerpo extraño" que es el huevo muerto en su interior. En caso aborto séptico es cuando el cuadro de aborto incompleto no es solucionado completamente son factibles las infecciones ascendentes, desde la porción séptica del tracto genital. También pueden arrastrarse gérmenes patógenos hacia la cavidad uterina por la realización de maniobras quirúrgicas no asépticas destinadas a evacuar completamente el huevo (20,21).

El aborto en curso es similar a un aborto diferido más la pérdida de líquido amniótico en forma de hidrorrea clara o con emisión sanguínea genital y aparición de trozos parciales o de la totalidad del huevo expulsado hacia el exterior (20, 21).

Los abortos provocados son aquellos en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo. Según la época de la gestación el aborto puede ser precoz, antes de las 12 semanas y tardío a las 12 semanas o más. Este se puede dividir en dos subgrupos (20,21).

El aborto eugenésico es el que se hace con el fin de evitar la transmisión de taras. No es recomendable, ese tipo de aborto, sino más bien la esterilización de uno de los cónyuges. Eugenesia proviene de dos voces griegas: eu que significa bueno y genesia, derivado de genes, por lo tanto, es engendrar bien y el terapéutico se entiende como la interrupción del embarazo cuando así lo exige la ciencia porque la mujer es incapaz de dar a luz un hijo sin poner en peligro su vida o su salud. En estas condiciones el aborto es permitido y constituye una indicación justificada para que el médico proceda en bien de la mujer embarazada (20,21).

El uso de la oxitocina intravenosa durante el segundo trimestre, rara vez resulta eficaz en la interrupción del embarazo de una mujer sana. Sin embargo, en circunstancias de enfermedad materna grave, es mucho más probable, que la oxitocina intravenosa produzca contracciones eficaces que consigan la evacuación del útero (22).

Las prostaglandinas E. F y derivados son sustancias de uso más habitual son las prostaglandinas E2, F2 alfa y otras análogas y, sobre todo el éster de metilo de la 15-metil- prostaglandina- F2 alfa. Las prostaglandinas pueden actuar con eficacia sobre el cuello y el útero cuando. Se colocan en la vagina en forma de óvulos adyacentes al orificio cervical externo (22).

Se administran en forma de gel a través de una sonda que se introduce en el canal cervical y en la parte inferior y extra ovular del útero Inyectadas en el saco amniótico durante una amniocentesis. Por estas tres vías de administración se produce al mismo tiempo, ablandamiento cervical, contracciones uterinas, dilatación cervical y expulsión del contenido uterino, en la inmensa mayoría de los casos, aunque a veces son necesarias dosis repetidas del fármaco (22).

El Mifepristone: (RU 486) la antiprogesterona oral se usa para efectuar abortos al principio del embarazo. Puede usarse sola. o combinada con prostaglandinas orales. Este fármaco tiene una alta afinidad por los receptores de progesterona. Con dosis de 600 mg administrada antes de las 6 semanas produce una tasa de 85% de abortos. Entre los efectos colaterales se encuentran náuseas, vómitos y cólicos gastrointestinales. La hemorragia por expulsión parcial del embarazo constituye el mayor riesgo asociado (22).

Dentro de los métodos quirúrgicas: se encuentra el legrado instrumental o curetaje el realizar bajo anestesia general o local regional. Se coloca un espéculo o valvas y se prende al labio anterior del cuello con una pinza de garfio. A veces la dilatación cervical es suficiente para la introducción de la careta (22).

En caso contrario, se procederá a la dilatación artificial preferentemente con bujías de Hegar. Previamente se explora con un histerómetro el útero, esto orienta respecto a la dirección y longitud del canal cervical y de la cavidad uterina, después se introduce suavemente el número de la bujía cuyo tamaño corresponde al calibre del canal cervical, pasando siempre el orificio interno, donde se percibirá un ligero resalto. Sucesivamente se utilizarán calibres superiores hasta corregir la dilatación suficiente para el libre pasaje de la cureta apropiada (22).

La aspiración es el método más eficaz para interrumpir embarazos menores de 12 semanas. Previa anestesia, se dilata el cuello con bujías de Hegar, pero sin sobrepasar los números 10 a 12 o con una sonda de laminaria. Se introduce en el útero una cánula especial de plástico o metal (número 8 a 12) de punta roma o cerrada, ligeramente angulada y con un amplio orificio lateral a través del cual se lleva a cabo la aspiración. Una bomba aspirante eléctrica conectada a la cánula provee un vacío regulable. Introducida en la cánula hasta el fondo uterino, se inicia la aspiración las presiones negativas estándar que se usan están en el rango de 30 y 50 mmHg (22).

El contenido uterino, es evacuado por movimientos de introducción y retroceso y de rotación sobre el eje de la cánula, que ponen su extremo en contacto con la pared uterina, desprendiéndose el huevo y la decidua en su totalidad. Muchos médicos practican raspado instrumental superficial después de a la aspiración. Sus ventajas son mayor rapidez de vaciamiento, pérdida sanguínea mínima y menor posibilidad de perforación (22).

La aspiración menstrual se realiza aspiración de la cavidad endometrial utilizando una cánula de Karman flexible de 5 o 6 mm fija a una fuente de aspiración de baja presión como una jeringa, en el intervalo comprendido entre la primera y la tercera semana después de la primera falta. Es un procedimiento seguro y simple que se puede realizar en un consultorio, y sin anestésico. Esto ha recibido diferentes denominaciones: extracción menstrual, inducción menstrual, período instantáneo, aborto atraumático o miniaborto (22).

La histerotomía e histerectomía son técnicas empleadas para la histerotomía son semejantes a las empleadas para la cesárea. Después del aborto por histerotomía abdominal es notable el potencial de rotura durante los embarazos subsiguientes como en especial durante el parto (22).

Dentro de las complicaciones mortalidad materna: Riesgo de muerte realizado mediante dilatación y evacuación los dos primeros meses es de alrededor de 0.6 por cada cien mil. El riesgo relativo de muerte aumenta aproximadamente al doble por cada dos semanas que el embarazo sobrepase la octava semana (22).

La infección se produce cuando permanece mucho tiempo abierto el orificio cervical interno son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital. (Exocervix, vulva, vagina) hacia la cavidad uterina, hasta donde también puede arrastrarse patógenos por realización de maniobras quirúrgicas no asépticas destinadas a la evacuación del huevo (22).

Se puede producir: Endocervicitis, endometritis, miometritis aguda; que a su vez por vía hematógena puede originar cuadros sépticos generales y por vía linfática para metritis agudas bilaterales que pueden llevar a supuración y participación del peritoneo en el cuadro reactivo agudo (pelvipertonitis posparto, supurado o no que puede llegar a constituir un absceso del fondo de saco de Douglas). Menos frecuente la endometritis puede extenderse vía canalicular y generar salpingitis aguda o piosalpinx (22).

La hemorragia puede aparecer horas o días después. Puede aparecer complicaciones anestesia como son complicaciones respiratorias, obstrucción de vías respiratorias con laringoespasma, cefalea por punción subaracnoidea, atelectasia, disfunción renal o hepática y secuelas neurológicas. El shock neurogénico es una rara complicación derivada de manipulación inadecuada en cérvix (22).

Si una mujer tiene una hemorragia durante un aborto rara vez necesitará una sola transfusión, generalmente le harán falta litro y medio, 2 litro o más. Entonces si se toma como promedio 2 L es evidente que de cada 250 pacientes una morirá en los meses siguientes por hepatitis infecciosa. La causa de muerte se registrará entonces por esta enfermedad y no debida al aborto. Dentro de las consecuencias del aborto se encuentra la esterilidad, los embarazos extrauterinos, la placenta accreta, síndrome de Asherman y suicidios (22).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo con el objetivo de describir algunas variables epidemiológicas y de morbilidad de las conductas sexuales de riesgo con el aborto en adolescentes pertenecientes al municipio de Ciego de Ávila, durante el periodo comprendido de mayo 2016 a marzo 2019.

Universo y muestra

El universo de estudio quedó constituido por 356 féminas con las edades comprendidas entre 10 y 19 años que acudan a consulta de interrupción de embarazo con una gestación de 6 a 10 semanas según criterio diagnóstico a través del ultrasonido abdominal, pertenecientes al área de salud en cuestión en el periodo de estudio antes comprendido. El universo de estudio quedará constituido con aquellas féminas que cumplan los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Padre o tutor que de acuerdo con el estudio firme el acta de consentimiento informado sea o no menor de edad.

Criterios de exclusión:

1. Féminas que no pertenezcan al área de salud o se trasladen a otro hospital a realizar la interrupción del embarazo.
2. Féminas con historias clínicas incompletas.

Definición operacional de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad ^(*)	Cuantitativa continua	De 10 a 11 años De 12 a 15 años De 16 a 19 años	Según años cumplidos.	Número y porcentaje según grupos de edades
Nivel de escolaridad.	Cualitativa nominal politómica	Primaria sin terminar. Primaria. Secundaria. Preuniversitario. Técnico medio.	Según el nivel de escolaridad alcanzado.	Número y porcentaje según grupos de edades
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Casada. Concubinato. Soltera.	Según el estado civil actual.	Número y porcentaje según grupos de edades
Educación sexual ^(**)	Cualitativa ordinal	Buena Regular Deficiente	Según la versatilidad de la información adquirida sobre educación sexual.	Número y porcentaje según grupos de edades
Conducta sexual ^(***)	Cuantitativa discreta	Promiscuidad Cambio de pareja	Según la frecuencia de parejas tenidas en un año.	Número y porcentaje según grupos de edades

Métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal politómica	DIU. Anticonceptivos orales. Anticoncepción (AC) de Emergencia. Inyectables. Ninguno de los anteriores.	Según los métodos anticonceptivos utilizados.	Número y porcentaje según grupos de edades
Cantidad de embarazos	Cuantitativa discreta	De 1 a 2 Mayor de 2	Según la cantidad de abortos en un año.	Número y porcentaje según grupos de edades
Método de interrupción utilizado.	Cualitativa nominal dicotómica	Métodos quirúrgicos Método medicamentoso.	Según el método utilizado para la interrupción del aborto.	Número y porcentaje según grupos de edades
Complicaciones	Cualitativa nominal politómica	Perforación de útero. Desgarros cervicales. Endometritis. "shock" endotóxico. Infección. Efusión excesiva de sangre. Embolia. Complicaciones de la anestesia.	Según las complicaciones presentes durante el proceso abortivo.	Número y porcentaje según grupos de edades

		Restos post legrados. Operadas de EE durante el proceder. Mortalidad materna.		
--	--	---	--	--

*Grupo de edad: Se realiza la distribución antes descrita teniendo en cuenta la necesidad que tiene el estudio de mostrar edad mínima para operacionalizar las variables.

**Calidad de la información sexual:

Buena: Si más del 50% afirma que la reciben a través de los medios de difusión masiva la familia y la escuela.

Regular: Si menos del 50% la reciben a través de los medios de difusión masiva.

Deficiente: Si no la reciben de ninguno de las anteriores.

***Conducta sexual:

Promiscuidad: Personas que presentan varios compañeros sexuales.

Cambio de pareja: Periodos breves de tiempo con diferentes parejas.

Parámetros éticos:

La ética médica fue un principio que siempre mantuvimos en la investigación realizada. Se trató de un estudio que no supone intervención sobre los sujetos y solo empleó información recogida sobre los mismos a través de historias clínicas. Esta investigación se guio por los principios éticos de la investigación biomédica, lo establecido en la Declaración de Helsinki, promulgada en 1964 y enmendada en 1975, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la última versión correspondiente a la 52ª Asamblea General de Edimburgo, Escocia, octubre del 2000. Además, se condujo por las regulaciones estatales del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), vigentes en la República de Cuba.

Métodos empíricos e instrumentos para la recolección de datos:

La información se obtuvo a través de la revisión y análisis de las historias clínicas de las adolescentes que fueron atendidas en el Departamento de Aborto Inducido del Hospital Docente Provincial “Dr. Antonio Luaces Iraola” Ciego de Ávila. Como fuente primaria para la recolección de la información se utilizó la historia clínica, aportándonos los datos necesarios para el desarrollo de cada una de las variables en estudio. Los resultados obtenidos se analizaron a través de diferentes pruebas estadísticas, como: frecuencia absoluta y porcentaje como medida resumen para todas las variables.

Técnicas y procedimientos para dar salida a los objetivos:

Para el análisis y procesamiento de esta se creó una base de datos, mediante la utilización del programa SPSS, versión 11,5. Los resultados se reflejaron en tablas de contingencia creadas al efecto y se expresaron por medio de porcentajes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla No.1 Edad de la menarquia de las adolescentes que fueron atendidas en el Departamento de Aborto Inducido del Hospital General Docente Provincial “Dr. Antonio Luaces Iraola” Ciego de Ávila durante el periodo comprendido de mayo 2016 a marzo 2019.

Edad de la menarquia	no	%
10 - 11	28	7.8
12- 14	123	34.5
15 - 19	205	57.5
Total	356	100

Fuente: Historias Clínicas

Los resultados que aquí se muestra se aprecia el inicio de la menarquia entre las edades de 15-19 años donde se encontró un total de 205 pacientes los cuales representaron un 57.5 %, seguidos de las edades de 12 – 14 para 34.5 %. En investigaciones realizadas en las últimas décadas en países europeos, Inglaterra reportó la edad promedio de la menarquia en 12.5 años, Portugal 12.44 y España 12.73 años (22,25).

La población estadounidense encontró un valor mediano de 12.43 años. En países latinoamericanos como Argentina se reportó una edad mediana de la menarquia de 12.5 años, en Chile 12.7, en México 12.06, y en Colombia alrededor de los 12 años”. Peláez JO, por su parte, plantea que la edad de la menarquia está dada por factores genéticos que determinan un crecimiento potencial, pero el medio ambiente puede acelerar el proceso. En estudios realizados con las adolescentes cubanas residentes en zonas urbanas se comprobó que inician más temprano el desarrollo sexual. La edad promedio de la menarquia en nuestro país oscila entre 12.5 a 13 años, mientras que en La Habana, la edad promedio es de 12.4 (23,24,25).

Tabla No 2. Edad de inicio de las relaciones sexuales

Edad inicio de las relaciones sexuales	No	%
10 - 11	139	39.04
12- 14	202	56.7
15 - 19	15	4.2
Total	356	100

Fuente: Historias Clínicas

Con relación de las edades del inicio de las primeras relaciones sexuales de las adolescentes encuestadas, se observa que la muestra más representativas fueron en primer lugar el grupo de 12 a 14 años con un 56.7%, pero llama la atención que en edades tan precoces como son de 10 a 11 años hallan tenido su primera experiencia sexual y que en las edades de 15 – 19 se presentó la muestra mínima.

En los estudios realizados sobre la temática es común encontrar que los adolescentes inician sus relaciones sexuales en edades tempranas de la vida, en las que generalmente no se emplean de manera adecuada los métodos de protección o no se hace uso de ellos. Se establecen relaciones sexuales bajo el consumo de alcohol y otras drogas, las que tienden a ser generalmente promiscuas por el cambio frecuente de pareja en esta etapa (24,25).

Esta temática también se hace visible en Cuba, si tenemos en cuenta que existe un comienzo temprano en la práctica de las relaciones sexuales en adolescentes en edades comprendidas entre los 14 y 15 años. Se plantea una tendencia a la disminución, ya que la edad promedio es cada vez más baja. Mientras más precoz ocurre el primer coito, mayores son los riesgos de embarazos en esta etapa, la utilización del aborto con fines de culminar un embarazo no planificado o la llegada de un hijo no deseado, y el contagio de ITS (24,25).

En estudio de la Dra. Aida Gisela González Aguiar se mostró que el promedio de edad de la primera relación sexual coital fue de 15.1 años, considerado por el

Grupo Nacional de Ginecología Infanto-Juvenil como inicio sexual precoz. Estos resultados coinciden con los encontrados en la Encuesta Nacional de Fecundidad en Cuba. Según esta encuesta, la iniciación de las relaciones sexuales de las mujeres en nuestro país es de 2.2 años antes que las mujeres de hace 30 años. Estos hallazgos indican correspondencia con la tendencia al adelantamiento observada en la región de América Latina y el Caribe: “Si bien los niveles de la región en los dos indicadores de iniciación sexual están por debajo de los promedios africanos, el factor de distinción es su tendencia (24,25). El inicio cada vez más temprano de la iniciación de las relaciones sexuales de las cohortes más jóvenes se asocia, además, a la exposición a condiciones riesgosas para la salud de las adolescentes, dada la insuficiente preparación y capacidad para evaluar con pertinencia las complejidades de las situaciones a las que se exponen y, en consecuencia, para tomar de decisiones responsables y autónomas” (24,25).

Tabla No. 3. Distribución de las pacientes según ocupación y estado civil.

Ocupación	Estado civil				Total	
	Solteras		Unión consensual			
	No.	%	No.	%	No.	%
Estudiantes	113	60.1	72	42	185	51.9
Trabajadoras	32	17	53	31.5	85	23.8
Ama de casa	43	22	60	35.7	103	28.9
Total	188	100	168	100	356	100

Fuente: Historias Clínicas

En la distribución de las pacientes según ocupación y estado civil se aprecia que del total de las pacientes encuestadas 113 eran estudiantes para 60.1% y solteras, seguidas por 72 de ellas que se encuentra en unión consensual para 42 %. En

nuestra tabla además llama la atención el número de adolescentes las cuales no se encuentran vinculados ni al estudio ni al trabajo coincidiendo con Cecilio Isaac Ríos el que muestra en su estudio realizado en Perú, el estado civil de las adolescentes con aborto, predominando 7(70%) en las solteras y 11(61.11%). En menor proporción convivientes 3(30%) y 6(33.33%) (2016) y (2017), respectivamente. Solo una adolescente era casada (5.55%) (2017) (27).

Coinciden además con el de Arequipa (2014) donde la mayoría de las adolescentes con aborto fueron solteras (56,4%), convivientes (43,6%). Difieren con los hallazgos de otros estudios, el aborto en adolescentes fue menor (6,0%) (2013), predominó en las convivientes (66.1%), solteras (30.1%) y pocas en las casadas (0.7%). Modesto Díaz en su estudio representa la categoría ocupacional de las adolescentes donde 126 adolescentes fueron amas de casa (56,6%), predominando las estudiantes con 265 pacientes (56,6%) (28).

Tabla No. 4. Distribución de las pacientes según conducta sexual

Conducta sexual	Grupo de edad							
	10 -11	%	12- 14	%	15-19	%	total	%
Cambio de pareja	35	9.8	50	14	24	6.7	109	30.5
Promiscuidad	32	9	95	26.7	120	33.7	247	69.4
Total	67	18.8	145	40.7	144	40.4	356	100

Fuente: Historias Clínicas

Los análisis de los resultados aquí mostrados permiten apreciar como predomino la promiscuidad en las edades de 15 -19 años con 120 pacientes representando el 33.7% y el cambio de pareja en el grupo de 12 – 14 años con 50 adolescentes para el 14%, demostrando las características de comportamiento sexual según edad.

Este cambio frecuente de pareja al parecer obedece a características propias de la adolescencia, periodo de inestabilidad que se caracteriza por el deseo de experimentar sin percibir los riesgos, conflictos y fluctuaciones en las esferas motivacionales e intereses, además no siempre ocurre una adecuada elección de la pareja, en ocasiones ocurre una motivación errada por la que deciden tener relaciones sexuales, muchas veces es por experimentar placer y cuando logran su objetivo la relación se disuelve (29).

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. Estudio realizado en adolescentes de un consultorio médico de la familia de la Policlínica Manuel Díaz Legrá, provincia Holguín, sobre aspectos de la educación sexual y conductas sexuales se obtuvo que del 40% al 50% de ellas, tuvieron varias parejas sexuales (29).

Anabel Geroy Fernández 2018 represento la distribución de las estudiantes según número de parejas referidas con un resultado mayor enmarcado en más de tres parejas (64 casos, para un 43.5 %); el 32.7 (48) refirió haber tenido dos parejas sexuales y el 23.8% refirió una pareja. No se puede descartar que algunas hayan sido conservadoras en la cifra referida por vergüenza ante el personal de salud. Ramírez Fernández en su trabajo el 55% de los casos estudiados tuvieron un comportamiento sexual inadecuado, donde la promiscuidad predominó en relación a los controles que solo representaron el 12.5%, por lo que el control de este factor de riesgo conduciría a disminuir la realización de las regulaciones menstruales en el 88% (29).

Tabla No. 5. Frecuencia de interrupción del embarazo según grupo estudio. (FIE)

FIE	Grupo de edad							
	10 -11	%	12 -14	%	15-19	%	total	%
Una vez	42	11.8	97	27.2	130	36.5	269	75.6
Dos o más	2	0.56	45	12.6	40	11.2	87	24.4
Total	44	12.4	142	39.9	170	47.7	356	100

Fuente: Historias Clínicas

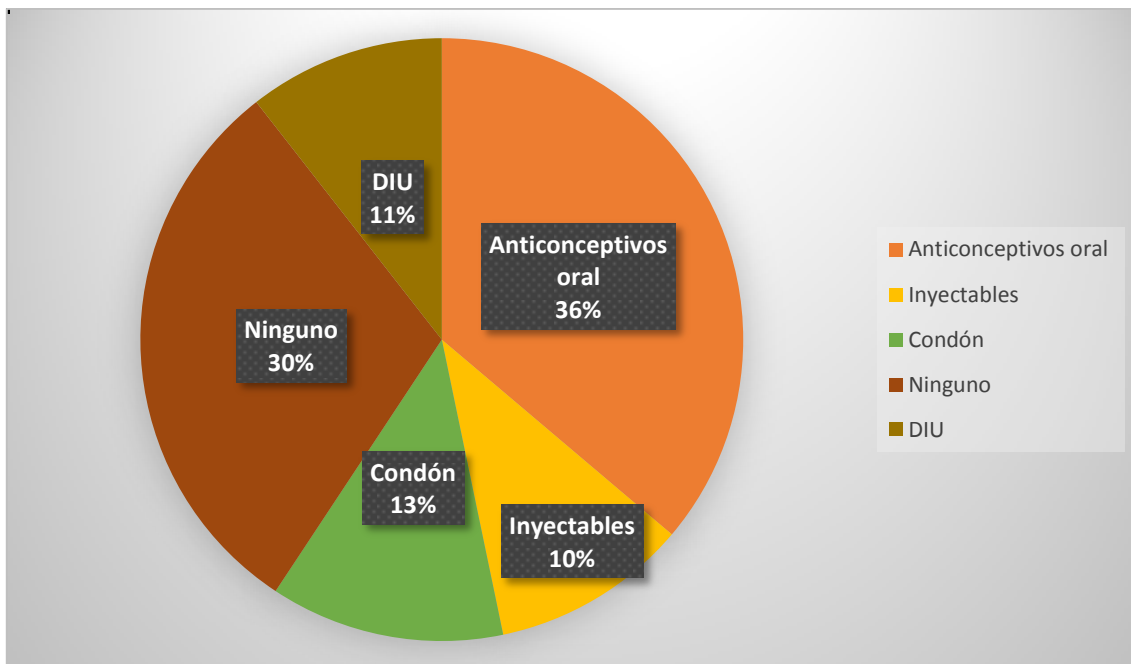
En el análisis sobre la frecuencia de interrupción de embarazo se mostró que en las edades de 15 -19 hubo un total de 130 pacientes que se interrumpieron en una ocasión un embarazo representando un 36.5%, seguido por el grupo de 12 -14 años con 97 adolescentes para un 27.2%, llama la atención que en este mismo grupo de frecuencia de interrupción de embarazo con dos o más se presentaron 45 para un 12.6%.

Modesto Díaz Sebasco (2015) en su estudio “Frecuencia del aborto en las adolescentes por el método Misoprostol”, según Historia obstétrica de adolescentes asistidas en la consulta de interrupción de embarazo por método Misoprostol se observa que 298 adolescentes (63.5%) se realizaron de 0-1 aborto, seguido de 143 pacientes que se efectuaron de 2-3 abortos (30.5%). Los autores coinciden con otros estudios por ejemplo Souza Vera y otros, encontraron que el 72.5 % de los adolescentes entre 17-19 años ya tenían este antecedente positivo, y el 52 % se habían practicado dos interrupciones de embarazo (30).

En el estudio sobre el comportamiento sexual, embarazo y aborto en adolescentes de tecnológicos de Ciudad de la Habana realizado por Cortés y otros, encontraron

una frecuencia de abortos de 41.9 % en edades entre 15-17 años. En Chile un estudio realizado en tres comunidades de la capital, se pudo comprobar que las mujeres una vez que recurren por primera vez al aborto tienden a repetir el proceso. La explicación de este hecho no es otra que las adolescentes fueron a su primera relación sexual sin usar método anticonceptivo y toman la interrupción del embarazo como un método de contracepción, aún en el momento del aborto seguían sin utilizarlo, por lo tanto, no era raro la repetición de un embarazo (31).

Gráfico No. 1. Métodos anticonceptivos utilizados



Sobre la utilización de los métodos anticonceptivos utilizados se encontró que el 36% de las pacientes utilizaron anticoncepción hormonal, seguidas por el 30% las cuales no utilizaron ningún método. Solo el 13% de las pacientes utilizaron el condón, dato llamativo para el estudio ya que corresponde con el método anticonceptivo de elección en ellas ya que no solo previene de embarazos no deseados sino de también de contraer una enfermedad de trasmisión sexual.

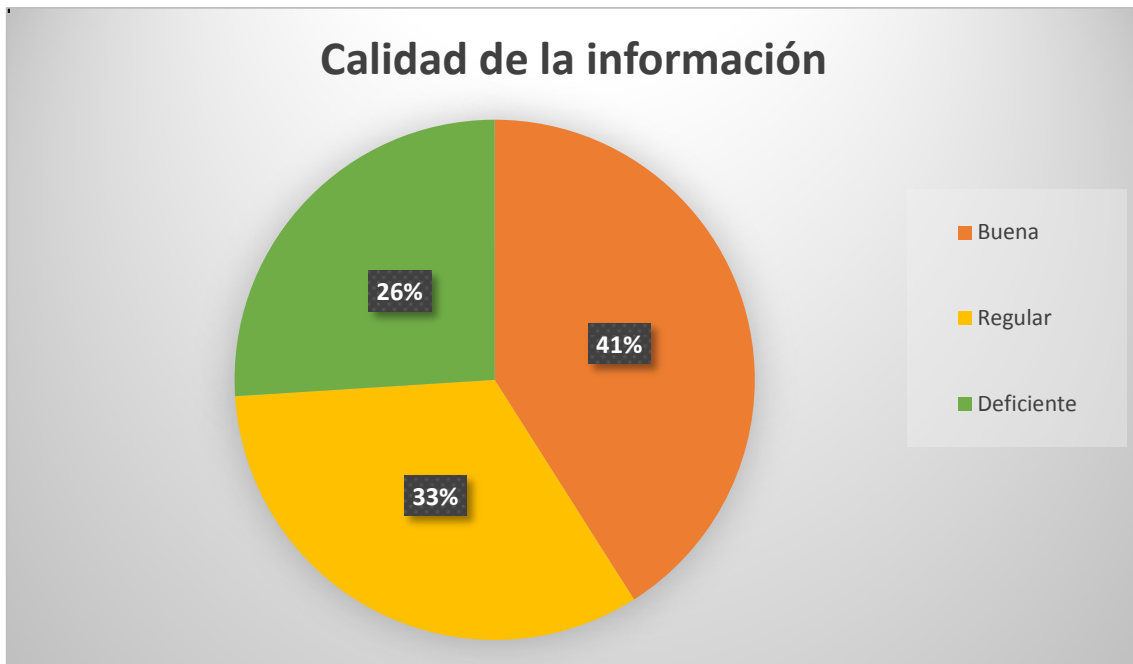
En la adolescencia son frecuentes los comportamientos sexuales de riesgo al no tener una adecuada información sobre los métodos anticonceptivos y actuarán

basados en las opiniones y conceptos que pueden estar plagados de mitos y criterios erróneos en la mayoría de las ocasiones. También es posible que no utilicen de forma sistemática y correcta los métodos anticonceptivos, las relaciones sexuales no son planificadas y esporádicas, y es probable que no se protejan. Muchos no conocen sobre la anticoncepción de emergencia o no tienen acceso a ella. Finalmente, dada la alta incidencia de las ITS en los adolescentes, estos deben recibir asesoramiento sobre los anticonceptivos que poseen acción protectora ante estas (32).

Los preservativos y los anticonceptivos orales son los dos métodos más utilizados por las mujeres jóvenes en la Argentina (76% y 47%, respectivamente). Si bien el preservativo es el único método que además de prevenir un embarazo no planificado evita el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), son los llamados anticonceptivos reversibles de larga duración los que se recomiendan especialmente para las mujeres jóvenes y las adolescentes como herramienta de primera elección para la prevención del embarazo no intencional (32).

A diferencia de los anticonceptivos orales, cuya efectividad en su uso habitual es sensiblemente menor a cuando son utilizadas en la forma recomendada (92% versus 99%), la efectividad de los LARCs es siempre mayor al 99%, ya que una vez colocados sus efectos en la prevención del embarazo se mantienen independientemente de su usuaria. En la encuesta antes citada, el 36% de las encuestadas en Argentina dijo no conocer el implante subdérmico, mientras que el 62% dijo conocerlo, pero no usarlo (32).

Gráfico No. 2 Criterio sobre calidad de la información sexual



Aquí se representa la calidad de la información donde el 41% recibieron buena información sobre los métodos y consecuencia del aborto por los medios evaluados televisión, la escuela y la familia. El 33% correspondió a pacientes que presentaron una información regular. El estudio discrepa con el realizado de Grover Eyden Trujillo Mamani y Efraín Sembrera Farceque, Perú, año 2015, sobre “Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Gran Unidad Escolar Las Mercedes, Juliaca 2015”, quienes concluyeron la mayoría de los de nivel medio de conocimientos (53.9%), seguido de los niveles bajo (23.4%) y alto (22.7%) (33).

A su vez Rojas, Perú, año 2017 en su investigación sobre “Nivel de Conocimiento sobre el Aborto en adolescentes del 5° secundaria del Colegio Nacional de Iquitos”, con una muestra de 85 alumnos de diferentes secciones del colegio el 70.6% de los alumnos encuestados tuvieron un nivel de conocimiento eficiente; sin embargo, el 29.4% tuvieron un nivel de conocimiento deficiente sobre el aborto, resultado que se corresponde con el de nuestro estudio (34).

Desafortunadamente la actividad sexual en los adolescentes no va aparejada con información y educación científica oportuna en temas de sexualidad y salud reproductiva, por lo que la percepción que tienen sobre los riesgos y las posibles amenazas es baja. De igual manera, la reflexión sobre las implicaciones morales de las decisiones relacionadas con la conducta sexual y reproductiva ha adolecido históricamente de enfoques extremos hacia el fundamentalismo o la relajación en el discernimiento de lo que se considera bueno o correcto (34).

Tabla No. 6. Complicaciones maternas.

Complicaciones Maternas	No	%
Restos post-legrado	32	8,9
Endometritis	11	3,08
No Complicaciones	313	87,9
Total	356	100

Fuente: Historias Clínicas

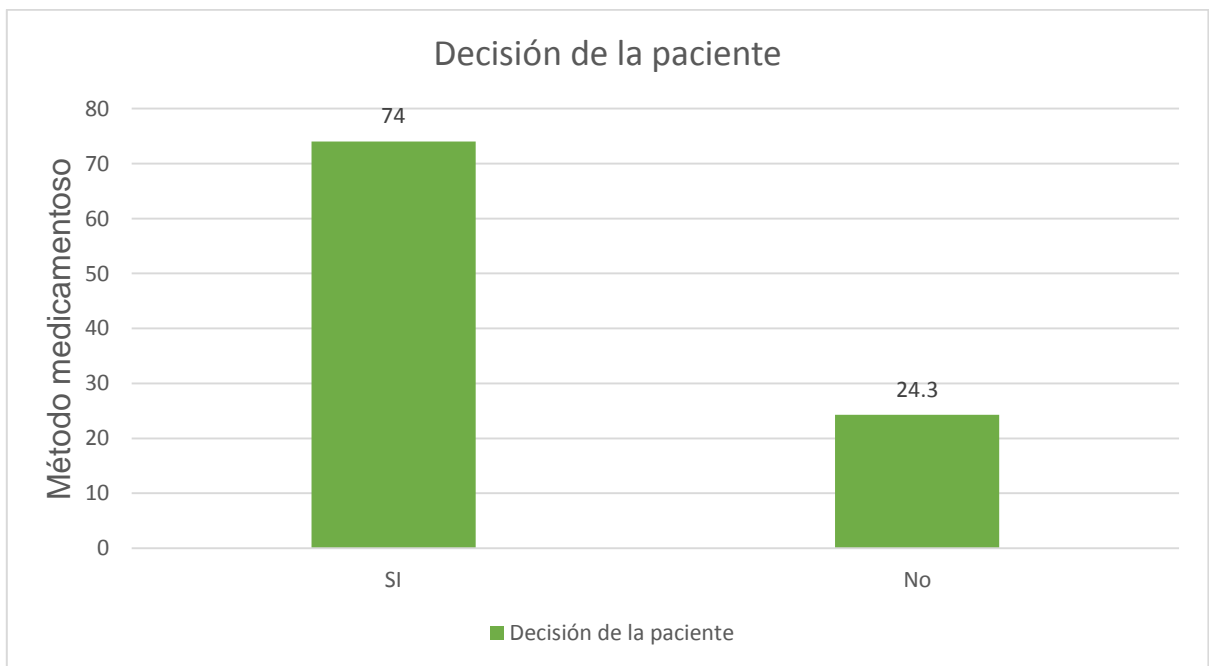
En el análisis se encontró que 313 pacientes no presentaron complicaciones asociadas al aborto para 87.9%, siendo una cifra alentadora que muestra que a pesar del riesgo que se someten estas pacientes no se encuentran cifras alarmantes. Pero no así en el resto del mundo ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en un registro de enero del 2016 a diciembre 2017 la complicación más severa del aborto en las adolescentes, fue: Pelvipерitonitis, que terminó en histerectomía. Aparicio y cols., 17 reportó en Arequipa, solo Infección del tracto uterino (16,4%) (35).

Cecilio Isaac Ríos Canales su estudio de Morbilidad (Complicaciones) en las adolescentes con aborto fue: Trauma abdominal y anemia post legrado uterino 1(10%) (año 2016). En el año 2017, hubo mayor porcentaje de Anemia post-

legrado uterino 5(27.78%), Infección de vías urinarias 3(16.67%); en menor proporción ruptura prematura de membranas 1(5.55%) y la más severa fue perforación uterina en aborto provocado e infectado 1(5.55%), que terminó en histerectomía (35).

El aborto se ha convertido en una práctica para evitar los hijos, cada día se incrementan sin tener en cuenta los peligros que acarrea este método no concebido para regular la fecundidad y cuyos riesgos son mayores cuando se trata de adolescentes y muchachas muy jóvenes. Todo aborto electivo o por «causas sociales», debe ser considerado como un «fallo de la educación moral». La adolescencia no es una enfermedad, ni un trastorno, es una etapa bien definida, con sus propias características (35).

Gráfico No. 3 Método de interrupción utilizado y decisión propia de la paciente.



Según el método de interrupción de embarazo y la decisión de la paciente, solo se representa el método medicamentoso ya que es el único que presentó historia clínica, la que constituyó nuestra principal fuente de información. Con respecto a la

decisión de la paciente se apreció que el 74% estuvo de acuerdo con someterse a la interrupción y solo un 24.3 se negaba a su realización.

Guzmán Lojas en su investigación, la actitud sobre el aborto inducido se caracterizó porque la principal actitud fue de indiferencia 54.3%, seguido de aceptación 23.5 % y rechazo en un 22.3%. Cifras que discrepan a las presentadas en la investigación de Alvar González, España, en el 2015, donde concluyó en su estudio con 1025 estudiantes de pregrado de la Universidad de Oviedo sobre "Conocimientos y actitudes sobre el aborto entre estudiantes de pregrado", que los estudiantes de medicina, psicología y enfermería presentaron una actitud de rechazo al aborto con un 55.93%, 54.19% y 53.62%, respectivamente, mientras que los estudiantes de historia, filología y físicas presentaron una actitud de aceptación con un 48.44%, 48.49% y 50.12%, respectivamente (36).

CONCLUSIONES:

En el estudio realizado la edad que predominó en relación con la menarquia estuvo entre 15-19 años, el inicio de las relaciones sexuales en la edad de 12-14 años por lo que se pudo inferir que las adolescentes iniciaron su primera relación sexual antes de su primera menstruación, donde las estudiantes solteras fueron las que con mayor frecuencia se interrumpieron embarazos. La promiscuidad y el cambio de pareja continuó siendo una conducta sexual de riesgo en el estudio. La calidad de la información fue buena, así como la decisión de la adolescente; sin embargo, existe poco empleo de métodos anticonceptivos. Se utiliza el método medicamentoso no presentándose complicaciones.

RECOMENDACIONES:

Realizar otros estudios de investigación con las mismas variables o con otras variables relacionadas, con el fin de ampliar los conocimientos sobre el tema con el fin de ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad y prevenir los abortos peligrosos.

Dar a conocer los resultados obtenidos, como una forma de favorecer a los adolescentes, el fortalecimiento de su desarrollo en la sexualidad mediante talleres e intervenciones educativas por parte de profesionales a fin de contribuir para que sean capaces de asumir de forma responsable su sexualidad, auto valorándose como seres humanos dignos y libres en el ejercicio responsable de su salud sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Villalobos A, Campero L, Suárez L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Sal públ Méx [Internet]. 2015 [citado 15 Jul 2017]; 57(2): [aprox. 9p]. Disponible en: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0036-36342015000200008&script=sci_arttext&lng=pt
2. Quintero AP, Rojas HM. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Rev Virt Univer Cat Nort [Internet] 2015 [citado 20 Feb 2018]; 68(44) 222-237. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194238608016.pdf>
3. Colectivo de autores. Salud sexual y reproductiva. Manual de procedimientos. 2da ed [Internet]. La Habana, Cuba: ECIMED; 2017 [citado 20 Feb 2018]. 169 p. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/libros/salud_reproductiva/salud_reproductiva_reducido.pdf
4. Mora AM, Hernández M. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2015 [citado 15 Nov 2017]; 29(2): [aprox. 7p]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000175>
- 5 Gálvez Espinosa M, Rodríguez Arévalo L, Rodríguez Sánchez CO. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Jun 2016 [citado 15 Sep 2019]; 32(2): 280-289. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200015&lng=es

6. Bouzas ICS, Cader SA, Leão L. Embarazo en la adolescencia: una revisión sistemática del impacto de la edad materna en las complicaciones clínicas, obstétricas y neonatales en la primera fase de la adolescencia. *Adolesc Saude*. [Internet]. 2015 [citado 15 Feb 2016]; 12(2): 58-72. Disponible en: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=515&idioma=Espanho
7. Alfonso Figueroa L, Figueroa Pérez L. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Rev Ciencias Méd* [Internet]. Abr 2017 [citado 27 Ago 2019]; 21(2): 143-151. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020&lng=es.
8. González Broche M, Martínez Barreiro LA, Roig Castro I, Zamora León I, García Espinosa C, Piquet Roca N. Trayectoria reproductiva de mujeres adolescentes en Consultorio No 8 Policlínico No. 2 de Manzanillo. *Multimed* [Internet]. 2018 [citado 21 Nov 2018]; 22(6):1221-1231. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1048>
9. Gil AS. Los sentidos de la violencia de género en la prensa argentina 2010-2013(Tesis doctoral inédita. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo. Secretaría de Ciencia, Técnica y Posgrado) [Internet]. 2016[citado 21 Nov 2018]. 280. p. Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/7427/tesis-soledadgil.pdf
10. Perea Ozerin I. Acción colectiva de las mujeres y procesos emancipadores en América Latina y el Caribe. Una aproximación desde los casos de Cuba, Bolivia y Ecuador. *Foro internacional*. [Internet]. 2017 [citado 27 Ago 2019]; 57(4): 915-950. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-013X2017000400915&lng=es&tlng=es.
11. Alvarez Cortés JT, Revé Sigler LE, Leblanch Hernández I, Torres Alvarado M, Monet Alvarez DE. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de un consultorio

médico. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 27 Ago 2019]; 21(12): [aprox. 9. p.]. Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1696>.

12. Viada Pupo E, Batista Faraldo JR. Caracterización de la salud reproductiva de adolescentes. CCM. 2015 [citado 27 Ago 2019]; 19(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000100008&lng=es

13. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Cuba 2016 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2017 [citado 27 Ago 2019]. [aprox. 96 p.]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf

14. Gálvez Espinosa M, Rodríguez Arévalo L, Rodríguez Sánchez CO. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Jun 2016 [citado 27 Ago 2019]; 32(2): 280-289. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200015&lng=es.

15. Urdaneta González ES, Villalobos Antúnez JV. Bioética como marco de la responsabilidad social en hospitales públicos. Opción Rev Cien Hum Soc [Internet]. 2016 [citado 23 Sep 2018]; 32(12):830-85. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31048903040>

16. Saeteros Hernández RC, Pérez Piñero J, Sanabria Ramos G. Conducta de riesgo y problemas sexuales y reproductivos de estudiantes universitarios ecuatorianos. Human Méd [Internet]. 2015 [citado 14 Feb 2016]; 15(3):421-439. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202015000300003

17. Rodríguez Javiqué D, Molina Cintra MC. Fecundidad adolescente en Cuba: algunas reflexiones sobre su comportamiento por provincias y zonas de residencia. Rev Nov Pob [Internet]. Jun 2016 [citado 3 Oct 2016]; 12(23):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782016000100008
18. DeCherney AH, Pemoll ML. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. 7ma ed. México: Manual Moderno; 1997.
19. Luces Lago AM, Porto Esteiro M, Mosquera Pan L, Tizón Bouza E. Una manera diferente de abordar la sexualidad, la contracepción y la prevención de infecciones de transmisión sexual desde la escuela en la Costa da Morte. Enf Global [Internet]. 2015 [citado 28 Ago 2019]; 14(3):137-54. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/199371>
20. Piedra Arias TM, Velásquez Acosta A. Infecciones de trasmisión sexual en pacientes de la unidad pública de salud Siteki, Suazilandia. Rev Electrón Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2016 [citado 27 Ago 2019];41(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/770>
21. Malcon Suárez AL, Rodríguez Cañete AR, Rondón Cedeño R. Aborto provocado en la adolescencia. Médico Fam[Internet].2015[citado 12 Mar 2016]; 19(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2015/v19-4/02.html>
22. Organización Panamericana de la Salud. Atención a niñas y adolescentes. Las Américas [Internet]. Estados Unidos: Columbia; 2012 [citado 18 Jun 2016]. Disponible en: http://new.paho.org/arg/images/Gallery/NNA_VIH_Web.pdf
23. Ministerio de la Protección Social Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Colombia. Consultoría para la evaluación de los Servicios Amigables de

Salud para Adolescentes y Jóvenes en Colombia. Producto 5: Informe de Resultados Noviembre 12 de 2013 [Internet]. 2013[citado 23 Jun 2016]. p.153. Disponible en: https://www.unicef.org/evaldatabase/files/Colombia_2013-002_Informe_Final.pdf

24. Rodríguez Vignoli J. Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción. Madrid: Organización Iberoamericana de Juventud; 2009.

25. González Aguiar Aida Gisela, Quintana Llanio Livia, Caravia Bernaldo Frank. Menarquia y primeras relaciones sexuales coitales en adolescentes del municipio Plaza de la Revolución, La Habana. 1996-2011. Rev Med Electrón [Internet]. Abr 2016 [citado 11 Jun 2019]; 38(2):156-165. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000200005&lng=es.

26. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2014 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2015 [citado 25 Jun 2015]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>

27. Ríos Canales CI, Vera Véliz RC, Mantilla Cruzado V. Aborto en adolescentes atendido en el Hospital I. Florencia de Mora. enero 2016 – diciembre 2017. Rev Méd Trujillo [Internet]. 2018[citado 11 Jun 2019]; 13(3):140-56 153. Disponible en: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/download/2097/1999>

28. Díaz Sebasco M, Méndez Reyes V, Mederos Dueñas O, Díaz Aguilar MB. Frecuencia del aborto en las adolescentes por el método Misoprostol. Hospital Docente Ginecobstétrico Guanabacoa. 2015 XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba 2018[Internet].2018 [citado 11 Jun 2019].

Disponible

en:<http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/download/66/614>.

29. Fernández Vidal Ana, Geroy Fernández Anabel, Pérez Rumbaut Galia, Naranjo Hernández Laura, Villafuerte Reinante Yanet. Comportamiento sexual de estudiantes de primer año de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Influencia del rol de género en las conductas de riesgo. Medisur [Internet]. Abr 2018 [citado 12 Jun 2019]; 16(2): 280-288. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2018000200011&script=sci_arttext&tlng=pt

30. Gustavo GBL, López BL, Alonso SM. La bioética y el derecho de las adolescentes en el aborto. Rev Cub de Obst y Gineco. [Internet] 2015 [citado 2 Abr 2016]; 39(4): [aprox 8 p]. [Disponible en: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d11ca135-02b9-45ac-8dd5-7f2d97ec6420%40sessionmgr114&vid=0&hid=105](http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d11ca135-02b9-45ac-8dd5-7f2d97ec6420%40sessionmgr114&vid=0&hid=105)

31. Peláez Mendoza JO. Importancia del conocimiento y promoción de la anticoncepción de emergencia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. Sep 2011 [citado 8 Abr 2016]; 37(3):399-408. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2011000300012&lng=es

32. Peláez Mendoza J. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. Mar 2016 [citado 20 Sep 2019]; 42(1): [aprox. 9]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011&lng=es

33. Mamani GET, Farceque ES. Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del 5to año de secundaria de una institución educativa. Apunt Univ Rev Investig[Internet].2016[citado 11 Jun 2019];VI(1):47-60. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4676/467646131005.pdf>

34. Rojas E. Nivel de Conocimiento sobre el Aborto en adolescentes del 5° secundaria del Colegio Nacional de Iquitos: Noviembre 2017 [Internet]. Paidós; 2017[citado 23 jun 2018]. [aprox. 98 p.]. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/346/ROJAS-1-TrabajoNivel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

35. Ríos Canales CI, Vera Véliz RC, Mantilla Cruzado V. Aborto en adolescentes atendido en el Hospital I. Florencia de Mora. enero 2016 – diciembre 2017. Rev Méd Trujillo [Internet]. 2018[citado 11 Jun 2019]; 13(3):140-56. Disponible en: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/download/2097/1999>

36. Alvargonzález D. Knowledge and attitudes about abortion among undergraduate students. Psicothema [Internet]. nov 2017[citado 23 Jun 2018];(29.4):520–526. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72753218014.pdf>