



**Universidad de Ciencias Médicas de Holguín.**

**Mariana Grajales Coello**

**Policlínico Comunitario Docente**

**Jorge Fernández Arderí**

***Sagua de Tánamo***

**Holguín**

**Título:** *Intervención educativa para disminuir el aborto en la adolescencia en el CMF: Arenera de Bazán. Octubre del 2016 a junio del 2018.*

**Autora:** Dra. Daimí Legrá Gómez

Doctora en Medicina.

Residente de 2do año de Medicina General Integral.

**Tutor:** Dra. Yanelis Katia Durán Matos.

Especialista en Primer Grado de Medicina General Integral.

Profesora Asistente

**Asesor:** Lic. Wilsier Llorente Mellina.

Licenciado en Ciencias Informáticas.

Profesor Asistente.

Tesis para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

2018

**PENSAMIENTO**

***El mayor pago que se puede recibir, es saber que hay un ser humano que no sufre, una familia que sonríe, y una sociedad que recupera a uno de sus integrantes.***

***José Martí Pérez.***

## **DEDICATORIA**

A mi tutora por todo el apoyo y conocimientos brindados en esta investigación.

A Dios por permitirme ver un día más cada mañana.

A mis profesores por todo el apoyo a lo largo de la carrera contribuyendo a mi formación profesional.

A mis padres, por enseñarme a ser una mujer con valores y principios.

A mis hermanos, por su apoyo incondicional en todos estos años.

A mi hijo por ser la razón de mi vivir.

Y a todas aquellas personas que contribuyeron a la realización de esta investigación.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres, por transmitirme la energía de continuar adelante.

A mi directora y al equipo de profesores docentes del policlínico, por su gran apoyo en mi trabajo.

A nuestra Revolución por darme la oportunidad de ser médico y servirle hoy a nuestro pueblo.

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio cuasi-experimental de un grupo de estudio (antes–después) con el objetivo de desarrollar un Programa de Intervención Educativa para disminuir el aborto en la adolescencia, pertenecientes al consultorio del médico y la enfermera de familia” Arenera de Bazán” del Policlínico Universitario “Jorge Fernández Arderí”, de octubre del 2016 a junio del 2018 en el municipio de Sagua de Tánamo. El universo de estudio lo constituyeron las pacientes adolescentes, con antecedentes de abortos del área de salud en estudio. Se les aplicó una encuesta diseñada al efecto, permitiendo la recopilación de datos, y el seguimiento después de la aplicación del aporte práctico de la investigación. En los resultados se evidenció que el grupo de edad predominante estuvo entre 15-19 años, un grupo importante ya tenían antecedentes de aborto, la mayor parte de las adolescentes tuvo la primera relación sexual entre los 15-16 años, un gran número ya había tenido 3 ó más parejas sexuales, la información sobre temas de sexualidad lo obtuvieron en su mayoría de los medios de comunicación, el método de interrupción más utilizado fue el medicamentoso, la mayor parte no se protegió en su primera relación sexual y continuaba sin protección en la actualidad, en la toma de decisión del aborto la madre tiene el papel relevante y la mayoría viven con ambos conyugues. Recomendando profundizar sobre los temas de educación sexual en los círculos de adolescentes.

## **INDICE**

Resumen	
Introducción	1
Objetivos	7
Marco teórico	8
Metodología	35
Análisis y discusión de los resultados.	45
Conclusiones	60
Recomendaciones	61
Referencias Bibliográficas	62
Anexos	

## **INTRODUCCIÓN**

El embarazo en la adolescencia data desde tiempos ancestrales, pero después de la década del 70 se ha experimentado en este indicador un indiscriminado incremento y en estos momentos presenta cifras que preocupan.<sup>1</sup>

A través de la historia, el aborto inducido ha resultado materia de controversia por sus implicaciones éticas, morales, sociales y religiosas, ha sido prohibido o limitado en diversas sociedades y permitido en otras, aunque los abortos continúan siendo comunes incluso donde la presión social o la ley se oponen a ellos.<sup>1</sup>

Se estima que en el mundo se realizan entre 42 y 46 millones de abortos anuales (entre el 20 y el 22 % de los 210 millones de embarazos que se producen en el mundo al año. De esos abortos practicados anualmente, al menos 19 millones se consideran abortos inseguros.<sup>2</sup>

En el año 2007 en América Latina se realizaron 66 008 abortos inducidos, de ellos el 29,2 % fueron realizados en adolescentes, sin mencionar las regulaciones menstruales que se realizan en las áreas de salud y que en muchas ocasiones no se cuantifican como abortos, en ese mismo año fueron 118 151 los realizados en mujeres de todas las edades y 35 445 fueron en adolescentes. En Cuba se cuenta con las cifras oficiales, según la definición internacional de aborto y de edad fértil, desde la década del 70.<sup>2</sup>

Antes de 1960 a pesar de las restricciones legales, el aborto se practicaba clandestinamente, donde el poder económico, condicionaba el confort y la seguridad en su práctica, pero en general no existían registros de esta. Entre 1975 y 1990, las tasas variaron entre más de 40 y menos de 60 abortos por cada mil mujeres en edad fértil.<sup>2</sup> Entre 1993-2010, la relación de aborto por 100 partos descendió a menos de 60 %, pero en el año 2009 llega a 64,9 x 100 partos. Desde el 1980 se observa que más de un tercio de los embarazos terminan en aborto<sup>2</sup>

En Cuba la fecundidad adolescente es alta, al igual que el aborto. Las tasas de aborto predominaron en las primeras edades. En el año 1990 la mayor proporción de

abortos estuvo en los dos primeros grupos de edad (15-19 años y 20-24 años). La tasa disminuyó de manera drástica en los grupos de edades restantes.<sup>2</sup>

En Cuba, 1 de cada 4 abortos tiene lugar en mujeres menores de 19 años, proporción similar a la de todos los nacimientos vivos que ocurren entre las adolescentes.<sup>3</sup>

El inicio de la actividad sexual expone a las adolescentes a una serie de riesgos que comprometen su salud sexual y reproductiva, además de su desarrollo psicológico y social, pues esta se comienza sin una adecuada orientación y sin conocimiento pleno de las complicaciones que les puede conllevar esa actividad sexual precoz sin la debida protección.<sup>3</sup>

Al inicio sexual en edades tempranas se relacionan diferentes factores favorecedores, dentro de ellos se citan: la ignorancia sobre la reproducción humana que tienen los adolescentes, la mala comunicación con los padres, el desconocimiento de los padres sobre sexualidad, vivir con uno solo de los progenitores, ser hija o hijo de padres adolescentes, la influencia de los grupos de amigos, televisión, periódicos y revistas. Son miles las adolescentes que por distintos motivos y circunstancias conciben un embarazo sin haberlo planificado, ya que en sus prioridades no se encuentra planificar un embarazo, y la decisión que tome la adolescente de abortar o de continuarlo siempre va a repercutir en su vida futura.<sup>4</sup>

El aborto en la adolescencia constituye un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad y aunque contrariamente a lo que ocurre en otros países, en Cuba no está penalizado, se realiza de forma institucionalizada y en las adolescentes de forma diferenciada con las mayores garantías posibles, aun así, 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.<sup>4</sup>



Estas complicaciones se agravan ya que al tener poca experiencia para reconocer los síntomas del embarazo, ser renuentes a aceptar la realidad de su situación y/o no saber a quién acudir para obtener ayuda, muchas veces llegan a solicitar el aborto con mayor tiempo de gestación, lo que aumenta los riesgos. Si bien la mortalidad e infecciones se han reducido con el uso de los métodos farmacológicos; los sentimientos de culpa, depresión, ansiedad, trastornos de estrés postraumático en su vida adulta, son un problema trascendente para tener en cuenta; no obstante, es importante señalar que la continuación de un embarazo no deseado y la experiencia de ser madre contra su voluntad, también suele tener consecuencias emocionales graves.<sup>5</sup> El aborto, en cualquier momento de la vida de una mujer, es una situación que conlleva a estrés y tensión psicológica. Este hecho ocurre en cualquier nivel o estrato social, por lo que es necesario concientizar sobre la adecuada educación sexual y evitar así embarazos no deseados y orientar sobre el riesgo preconcepcional.<sup>5</sup>

Las principales razones por las que una adolescente optan por el aborto, es que tener un hijo dificultaría su educación o su trabajo, además de no sentirse preparadas para ser madres en ese momento, no querer ser madre soltera o tener problemas de pareja,<sup>6</sup> ser el embarazo fruto de una relación sexual ocasional, por falta de apoyo de la pareja. También se plantea que la decisión de abortar en la adolescencia se encuentra vinculada con las opiniones y el apoyo o no de los padres, principalmente de la madre y también de la pareja; es así que la red social es la que determina, en la mayoría de los casos. Sin embargo, pocos son los estudios donde se exploran las relaciones de las adolescentes con los padres.<sup>7</sup>

Algunos aspectos que caracterizan los embarazos no deseados en adolescentes son las relaciones sexuales particularmente precoces, sin protección y con múltiples parejas y también por violencia. Por otro lado, se señala que las conductas de alto riesgo ocurren con más frecuencia en adolescentes con un perfil psicológico caracterizado por agresividad, excesivo énfasis en su independencia personal y tendencia a actividades desviantes.<sup>8</sup>

En Cuba, la fecundidad ha evolucionado desde hace varios años a niveles que no garantizan el remplazo de las generaciones, lo que se une a una estructura de fecundidad temprana.<sup>8</sup> Derivado de la anterior y frente a la necesidad de incrementar el nivel de la fecundidad, se llega a contradicciones sobre acciones a realizar para reducir su nivel relativamente alto en las adolescentes.<sup>8</sup>

Es sabido que el embarazo en adolescentes tiene especial connotación y los resultados derivados de ello, como el aborto, ha hecho tomar medidas para su disminución; el hecho de que sea difícil lograrlo indica la existencia de factores diversos vinculados con esta práctica y mucho de sus determinantes, por lo que es fundamental estudiarlos y llegar a ellos considerando la valoración de la forma de pensar de personas que pueden estar relacionadas con él.<sup>8</sup>

Entre los participantes a quienes les concierne el aborto es necesario considerar en primer lugar a las propias embarazadas, entre ellas las practicantes del aborto, el compañero sexual, los familiares, otras personas del contexto social y los prestadores de servicio de salud y educación, que pueden brindar luz sobre factores intrínsecos que es necesario considerar.<sup>9</sup>

La existencia en Cuba de cifras de abortos de indiscutible calidad y que permite conocer su comportamiento en los diferentes grupos de mujeres, facilita saber que ellas recurren a esta práctica en gran magnitud. La interrupción del embarazo, en todas las mujeres cubanas, se realiza por profesionales de alto nivel científico y tiene como condición la voluntariedad.<sup>10</sup>

En consecuencia, el uso de métodos anticonceptivos y el aborto provocado o inducido, son acciones cuya finalidad conduce, inevitablemente, a un control de la natalidad y repercuten en el reemplazo de las generaciones. En este contexto, el problema de investigación del presente trabajo es el aborto provocado o inducido, un método que sigue colocado en una posición bastante alta en la jerarquía de los métodos anticonceptivos que utilizan las cubanas para regular su procreación.

Al respecto, los datos disponibles para Cuba muestran que la primera relación sexual, generalmente, ocurre en edades muy tempranas, con parejas ocasionales o de corta duración, y, sin la debida protección, comportamiento que es visto con preocupación por los expertos.<sup>11</sup>

El inicio de la actividad sexual expone a las adolescentes a una serie de riesgos que comprometen su salud sexual y reproductiva, además de su desarrollo psicológico y social, pues esta se comienza sin una adecuada orientación y sin conocimiento pleno de las complicaciones que les puede conllevar esa actividad sexual precoz sin la debida protección.<sup>12</sup>

Al inicio sexual en edades tempranas se relacionan diferentes factores favorecedores, dentro de ellos se citan: la ignorancia sobre la reproducción humana que tienen los adolescentes, la mala comunicación con los padres, el desconocimiento de los padres sobre sexualidad, vivir con uno solo de los progenitores, ser hija o hijo de padres adolescentes, la influencia de los grupos de amigos, televisión, periódicos y revistas. Son miles las adolescentes que por distintos motivos y circunstancias conciben un embarazo sin haberlo planificado, ya que en sus prioridades no se encuentra planificar un embarazo, y la decisión que tome la adolescente de abortar o de continuarlo siempre va a repercutir en su vida futura.<sup>12</sup>

Este hecho ocurre en cualquier nivel o estrato social, por lo que es necesario concientizar sobre la adecuada educación sexual y evitar así embarazos no deseados y orientar sobre el riesgo preconcepcional.<sup>12</sup>

Las principales razones por las que una adolescente optan por el aborto, es que tener un hijo dificultaría su educación o su trabajo, además de no sentirse preparadas para ser madres en ese momento, no querer ser madre soltera o tener problemas de pareja, ser el embarazo fruto de una relación sexual ocasional, por falta de apoyo de la pareja.<sup>13</sup> También se plantea que la decisión de abortar en la adolescencia se encuentra vinculada con las opiniones y el apoyo o no de los padres, principalmente de la madre y también de la pareja; es así que la red social es

la que determina, en la mayoría de los casos. Sin embargo, pocos son los estudios donde se exploran las relaciones de las adolescentes con los padres.<sup>14,15</sup> De ahí parte la importancia de ejecutar estrategias poblacionales con medidas de promoción y educación, dirigidas a la disminución del aborto en la adolescencia.<sup>16, 17,18</sup>. Por las razones antes explicadas, en el proceso de evaluación de la reorganización de los servicios de salud y con el propósito de hacer una intervención educativa entre las pacientes adolescentes, con previo estudio de la línea de base, nos sentimos motivados como investigadores a la elaboración de una estrategia intervencionista encaminada con medidas de educación y promoción a elevar los conocimientos sobre esta epidemia que es hoy en día el aborto en la adolescencia, lo cual planeamos hacer dando respuesta al siguiente **problema científico**:

¿Qué efecto producirá una intervención educativa para disminuir el aborto en la adolescencia en el CMF Arenera de Bazán perteneciente al Policlínico Jorge Fernández Arderí . Octubre 2016 – Junio 2018?

## **OBJETIVOS**

### **General:**

Evaluar la efectividad de una intervención educativa para disminuir el aborto en las adolescentes, pertenecientes al CMF Arenera de Bazán del Policlínico Jorge Fernández Arderí del Municipio Sagua de Tánamo de la Provincia de Holguín en el período comprendido de octubre del 2016 – junio del 2018.

### **Específicos:**

- 1 - Caracterizar las adolescentes estudiadas según: edad y antecedentes de aborto, edad de primera relación sexual, cantidad de compañeros sexuales; vías por donde adquieren los conocimientos sobre la sexualidad, actitud ante el aborto y quien decidió el aborto.
- 2 - Evaluar el nivel de conocimientos sobre el aborto antes y después de la intervención educativa.
- 3 - Implementar un conjunto de acciones que contribuyan al fortalecimiento de las adolescentes relacionado al conocimiento de las complicaciones del aborto.
- 4 - Fomentar el uso de métodos anticonceptivos antes y después de la primera relación sexual.

## **MARCO TEÓRICO**

### Contextualización histórica

Por sus implicaciones éticas, morales, legales, médicas, políticas, religiosas y sociales, el aborto ha sido -a lo largo de la historia- un tema generador de una amplia y acalorada polémica. A su alrededor la neutralidad parece no existir al estar permeado por posturas que terminan polarizando todo debate: se está a favor de la vida o se está en contra. Y no es que deba existir, necesariamente, un punto medio; pero sí hay voces que se alzan y dicen diferente, pensamientos que, aunque estemos o no de acuerdo con ellos se deben respetar. Por eso, la importancia de que sea tratado según las circunstancias de cada momento histórico y de los valores socioculturales vigentes en cada sociedad.<sup>1,4</sup>

Se conoce desde tiempos inmemoriales y su práctica se ha observado en todos los países, aunque cabe destacar que, antes de la transición de las altas tasas de natalidad a las más bajas, su práctica -desconocida en su magnitud- posiblemente haya sido menos frecuente que la que se observa en la actualidad, cuando se dispone de datos procedentes de países que han liberalizado la legislación al respecto o de estimaciones indirectas de su frecuencia derivadas, lamentablemente, de la considerable morbilidad y mortalidad materna que se registra como resultado de complicaciones de este proceder.<sup>5,6</sup>

### **CONCEPTO DE ABORTO:**

El aborto se define como la interrupción espontánea o provocada del embarazo, antes de que se cumplan 20 semanas de gestación o el producto fetal alcance los 500 gramos.<sup>7</sup>

### EPIDEMIOLOGÍA

La OMS estima que en las últimas tres décadas cerca de 40 a 50 millones de abortos ocurren anualmente, cerca de la mitad de abortos es decir 20 millones se realizan en

circunstancias inseguras. Cada año en el mundo mueren 585.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, alrededor del 13 % (aproximadamente 70000) de todas las muertes maternas se deben a complicaciones de abortos. Además de las mujeres que mueren por esta causa, miles de mujeres sufren consecuencias a largo plazo incluyendo infertilidad.<sup>7</sup>

En países en desarrollo, el riesgo de muerte secundario a complicaciones de procedimientos de abortos inseguros es varios cientos de veces mayor que aquel de un aborto realizado profesionalmente y bajo condiciones seguras.<sup>8</sup>

En el Ecuador cerca del 30 al 50 % de la mortalidad materna durante el embarazo es producida por abortos provocados. Las causas fetales del aborto corresponden a un 50 a 60 % de los casos y de ellas las más frecuentes son la trisomía autonómica y la monosomía X. La presencia de ácido antifosfolipídicos se asocia con un 90 % de abortos. El promedio en que las adolescentes se convierten en madres es de 16,6 años; además 1 de cada 5 mujeres que cursan entre 15 y 19 años han tenido al menos 1 embarazo.<sup>8</sup>

La frecuencia de aborto es mayor en las mujeres multíparas que en las primíparas, las cifras son un 14% y un 5% respectivamente. El antecedente de uno o más abortos previos aumenta el riesgo de aborto en embarazos sucesivos en un 24% y 32%. La edad materna influye en la incidencia del aborto puesto que el riesgo de aborto en adolescentes de 15 a 19 años es de 31% y en mujeres mayores el riesgo es de 42%, esto, debido a que conforme la edad avanza, se magnifica la posibilidad de que se presente cualquiera de las causas de aborto espontáneo, más adelante señaladas. El aborto recurrente se presenta del 2 al 5 % en mujeres que desean un embarazo, y un 3 al 5 % de abortos recurrentes se presentan por problemas genéticos. Cabe recalcar que las mujeres que han sido sometidas a un aborto provocado con frecuencia tienen conflictos psicológicos, emocionales y sociales.<sup>8</sup>

## CLASIFICACIÓN DEL ABORTO

En términos generales se clasifica al aborto en dos tipos: espontáneo y provocado.

## ABORTO PROVOCADO

Se define como aborto provocado a la interrupción del embarazo, a través de medicación o cirugía, luego de la implantación fetal, antes de que exista viabilidad.<sup>8</sup>

## ABORTO ESPONTÁNEO

Se conoce como aborto espontáneo al que se produce sin la intervención de sustancia ni técnica quirúrgica alguna que interfieran con el desarrollo de la gestación. Los siguientes tipos de aborto son subclasificaciones de éste.<sup>8</sup>

## ABORTO COMPLETO

Se llama aborto completo, a aquel en el cual los productos de la gestación han sido eliminados totalmente del útero.<sup>8</sup>

## ABORTO INCOMPLETO

Se conoce como aborto incompleto cuando se produce la expulsión del feto y la placenta, pero con retención sea parcial o total de ésta.<sup>8</sup>

## ABORTO INEVITABLE

El aborto inevitable consiste en la dilatación del cérvix, ruptura de las membranas, y a presencia de contracciones uterinas en veces intensas, esperándose que se produzca el aborto en poco tiempo.<sup>8, 10</sup>

## ABORTO DIFERIDO

Se conoce como aborto diferido a la retención de un embarazo no viable durante varias semanas, pudiendo o no cursar con hemorragia vaginal, se observa que el útero no desarrolla un tamaño que se corresponda con la edad gestacional, sino por el contrario en muchas veces involuciona, no suelen observarse modificaciones cervicales.<sup>9, 10, 12</sup>

## CAUSAS DEL ABORTO



Las causas del aborto se pueden clasificar en maternas y fetales o genéticas.

#### CAUSAS FETALES O GENETICAS.

Desarrollo anómalo del cigoto.

La mayor parte de estos abortos suele producirse antes de que se cumplan 8 semanas de gestación, y puede producirse por una disyunción cromosómica durante la meiosis o una superfecundación de un óvulo por dos espermatozoides.<sup>9</sup>

Trisomía Autonómica.

Es la anomalía que más usualmente se observa en los abortos del primer trimestre; en este acápite se incluyen las trisomías.

Monosomía X.

Se debe a la pérdida de uno de los cromosomas X durante la fertilización, o a la no disyunción durante la meiosis.

Triploidía.

El gameto contiene 69 cromosomas, usualmente se encuentra asociada a la degeneración hidrópica de la placenta.

Tetraploidia

El gameto contiene 92 cromosomas.

Anomalías cromosómicas estructurales.

Aquí se incluyen translocaciones e inversiones cromosómicas, no es muy frecuente su presentación.

#### CAUSAS MATERNAS

Anomalías uterinas congénitas.

Se debe a la presencia de anomalías en la formación o fusión del conducto mülleriano, aquí se encuentran contemplados los casos de útero septado o tabicado, y el útero bicornue. El tratamiento de estas malformaciones a través de técnicas mioplasticas transfundicas o resección histeroscópica transcervical disminuye de forma importante la incidencia de abortos.<sup>9</sup>

#### ANOMALÍAS UTERINAS ADQUIRIDAS.

Aquí podemos nombrar:

Uso de dietilestilbestrol.

Al utilizar la paciente este fármaco durante el embarazo, se presenta una superficie endometrial más pequeña que las normales, y no existe una terapia eficaz desarrollada.<sup>9</sup>

Sinéquias intrauterinas.

Consiste en la presencia de bandas fibrosas entre las paredes del útero como consecuencia de una infección, o de un trauma quirúrgico. Se realiza su tratamiento mediante lisis histeroscópica, y luego se coloca en la cavidad intrauterina un DIU o un catéter de Foley, y se finaliza la terapéutica administrando dosis elevadas de estrógenos durante el embarazo.<sup>9</sup>

Los leiomioma

Son infrecuentes como causa de aborto, sin embargo si su localización es a nivel submucoso, se asocian de manera importante con abortos repetidos.

La Incompetencia Cervical.

Consiste en la dilatación asintomática del orificio cervical interno, permitiendo así la salida del feto, cerca de la semana 20 de gestación, puede deberse a una dilatación cervical forzada o cervical.<sup>9</sup>

## FACTORES ENDÓCRINOS.

Entre los cuales tenemos

### Déficit de Progesterona.

A un defecto congénito en el tejido Al existir una deficiencia del cuerpo lúteo, que es el que se encarga de mantener el endometrio durante las siete semanas primeras de gestación, los niveles de progesterona son suficientemente bajos a mitad de la fase lumínica, como para no permitir el adecuado desarrollo del endometrio, por lo que no se puede mantener el blastocisto y desemboca en un aborto espontáneo. En su tratamiento, se suele utilizar la administración de progesterona por vía vaginal o muscular, obteniendo mejores resultados.<sup>9</sup>

### Enfermedades de la Tiroides.

Se habla de que la identificación de anticuerpos antitiroideos, representan un factor de riesgo de aborto espontáneo.

### Diabetes Mellitus.

En pacientes diabéticas con un control metabólico inadecuado, se ha presentado un mayor riesgo de embriopatía, malformaciones congénitas y por ende, abortos espontáneos.

### Síndrome de Ovario Poliquístico.

El riesgo de aborto espontáneo se duplica en las pacientes que padecen este síndrome y han recibido terapia con inducción ovulatoria; posiblemente se explica por los altos niveles de LH que podrían afectar al cuerpo lúteo o al endometrio, ocasionando in envejecimiento prematuro del ovocito en el primer caso, o afectando a la implantación en el segundo.<sup>9</sup>

## FACTORES INMUNOLÓGICOS.

Se está tratando de justificar con estos factores la etiología del aborto espontáneo de causa desconocida. Posiblemente se deba a la presencia de antígenos alotípicos en las membranas fetales, que son llamados antígenos de reacción cruzada, los mismos que al no ser bloqueados por los IgG de la madre, podrían ser reconocidos por los anticuerpos asesinos de la madre, que rechazan al embrión y desencadenan un aborto espontáneo.<sup>9</sup>

## CAUSAS INFECCIOSAS.

A menudo no se identifica la infección como causa de abortos, sin embargo cuando ocurren abortos espontáneos inexplicables sobretodo en el segundo trimestre del embarazo se debe pensar en esta patología como la principal etiología. Infecciones asintomáticas del tracto genital podrían desempeñar un papel importante en los abortos espontáneos recurrentes. Las enfermedades de transmisión sexual representan un riesgo importante como causa de aborto espontáneo.<sup>9</sup>

Entre los principales microorganismos que producen aborto se encuentran:

**BACTERIAS:** streptococo B hemolítico, listeria, campylobacter, salmonella, brucella, clamidia, treponema.

**PARASITOS:** toxoplasma y plasmodium.

**MICOPLASMAS:** urealiticum, hominis.

**VIRUS:** citomegalo, rubeola, herpes, HIV, varicela y viruela

Hay que tener presente que la infección intrauterina como causa de aborto puede manifestarse sin signos clínicos y con membranas intactas. Para el diagnóstico preciso es esencial obtener un número adecuado de muestras y realizar cultivos microbiológicos completos de los tejidos corioamnióticos y de los órganos fetales.<sup>10</sup>

## USO DE DROGAS.

El consumo de cocaína y tabaco pueden desembocar en un aborto espontáneo principalmente por el hecho de que provocan disminución del flujo sanguíneo uterino y placentario, debido a una vasoconstricción arterial originada por la inhibición de la recaptación de la norepinefrina.<sup>10</sup>

## FACTORES DE RIESGO DEL ABORTO

Tomando en cuenta los diferentes estudios estadísticos se puede concluir que el embarazo se encuentra afectado de manera multifactorial, y en cualquiera de esas circunstancias el resultado puede ser un aborto espontáneo, es así, que entre los condicionantes que pueden inducir el fracaso del embarazo se puede incluir los de índole geográfico, racial, étnicos y ambientales, cada uno de los cuales se encuentra circunscrito a las características, antecedentes, y entorno de cada paciente.<sup>10</sup>

Ejemplo: en el Ecuador, la cobertura de atención médica prenatal en el área rural, alcanza solamente entre el 40 y el 60%; disminuyendo esta realidad por si sola, las posibilidades del desarrollo normal de la gestación en las mujeres que se encuentran fuera de este rango.<sup>10</sup>

Como ya se ha manifestado, el consumo de fármacos, tabaco, cocaína y otras drogas; pueden influir directa o indirectamente en el curso del embarazo y aumentar el riesgo de su frustración. De igual forma la presencia de enfermedades maternas magnifican el riesgo de la pérdida del embarazo, y entre los padecimientos podemos nombrar:

Rubéola, Herpes genital, Sífilis, Malaria, Brucelosis, Toxoplasmosis, Citomegalovirus y Listeriosis. En el ámbito biológico ya se han citado los factores genéticos, inmunológicos, estructurales, patológicos etc. Los cuales se contabilizan entre los mecanismos etiológicos. No debemos dejar de considerar el hecho de que la mujeres primíparas presentan un riesgo menor de aborto espontáneo, mientras que en las mujeres multíparas el riesgo casi se triplica; de igual manera con respecto a la edad, mientras que en las mujeres de los 35 a los 40 años el riesgo representa el 21%, en

las mujeres mayores de 40 años, el riesgo prácticamente se duplica (42%). Así también, en las pacientes que han sufrido uno o más abortos previos, el riesgo de un nuevo aborto aumenta en entre el 24 y el 32%.<sup>10-11</sup>

## SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL ABORTO

En el aborto para hablar de signos y síntomas tenemos que conocer de antemano que la mujer cursó con un embarazo y en qué semana de gestación se encontraba o por lo menos aproximarnos a la misma por la fecha de la última menstruación, debemos conocer si expulsó parte del embrión y tratar de identificar una causa. En el examen físico el útero es de tamaño más pequeño que el esperado, el cuello está abierto y hay presencia de sangrado vaginal el cual puede ir desde muy leve hasta muy intenso, inclusive al punto de atender con la vida del paciente, es el llamado aborto incompleto hemorrágico.<sup>11</sup>

## EXÁMENES COMPLEMENTARIOS EN EL ABORTO

En los exámenes complementarios encontramos estudios de imagen o radiológicos y pruebas hormonales. Dentro de los estudios radiológicos tenemos al ultrasonido, con el ultrasonido transvaginal es posible la visualización del saco gestacional desde las 4,5 semanas, con la ecografía abdominal o ultrasonido abdominal se puede observar el saco gestacional desde las 5,5 semanas. Existen criterios mayores para la interpretación del ultrasonido, como la ausencia del embrión en el saco de al menos 25 mm, con una sensibilidad del 29% y una especificidad del 99%. Y existen criterios menores como una reacción decidual menor a 2 mm, con una sensibilidad del 28% y especificidad de 99%. Las pruebas hormonales son la Beta hCG (Gonadotropina Coriónica Humana), la progesterona, el estradiol, estas son muy útiles en los embarazos de menos de seis semanas.<sup>12</sup>

## DIAGNÓSTICO DEL ABORTO

Para la realización del diagnóstico nos basamos en los síntomas y signos y si es necesario en los exámenes complementarios que nos van a confirmar el diagnóstico clínico para proceder a un tratamiento adecuado.<sup>13</sup>

## TRATAMIENTO DEL ABORTO

El sangrado y una infección son los dos riesgos fundamentales de la retención de productos de la concepción, por lo tanto en ese sentido debe dirigirse el tratamiento. El manejo de la paciente puede ser de corta estancia dependiendo de las condiciones de la misma, se incluye actividades como: Realizar control de signos vitales, suspender ingesta de alimentos por 6 horas, suministrar líquidos vía venosa, suministrar analgésicos, el grado de dolor varía con la edad, la duración del embarazo, la cantidad de dilataciones cervicales y el temor de la mujer. La administración de útero tónico para disminuir el sangrado. Uso de antibióticos de acuerdo a criterio clínico, la realización de una Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o un legrado quirúrgico dependiendo de la valoración.<sup>13, 14</sup>

### AMEU (ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA)

La AMEU es la aspiración manual endouterina que se utiliza para el tratamiento del aborto con muy buenos resultados y con bajo riesgo del paciente, consiste en la utilización de cánulas de Karman las cuales son estériles que se introducen en la cavidad uterina, las mismas se conectan a una jeringa de Karman, la cual permite realizar un raspado en la cavidad uterina evacuando el contenido al vacío sin mayores riesgos, este procedimiento puede como no realizarse con anestesia local, cabe recalcar que si bien la AMEU no se realiza en quirófano se debe realizar en un área adecuada y correctamente determinada, en el Hospital Vicente Corral Moscoso existe una área determina solo para la realización de este procedimiento. Las ventajas de la realización del AMEU es que es una técnica más segura, con menos complicaciones, de bajo costo, un servicio de alta calidad, el uso de anestesia local, no se necesita de un quirófano pero si de un área predeterminada y la recuperación es más rápida que en la realización de un legrado.<sup>13</sup>

### LEGRADO UTERINO

El LUI o legrado uterino instrumental implica la dilatación del cuello uterino y el uso de un instrumento de metal afilado para raspar las paredes uterinas. Durante el

procedimiento, la mujer generalmente recibe anestesia general. Debido a un mayor riesgo de complicaciones, el LUI debe efectuarse únicamente cuando no sea posible practicar la AMEU o el aborto con medicamentos.<sup>13</sup>

El legrado uterino instrumental por lo general tiene tasas más altas de complicaciones mayores que la AMEU, por ejemplo: más pérdida de sangre, estancia hospitalaria más larga y mayor necesidad de administrar anestésicos. Es eficaz en el 99 al 100 % de los casos, al igual que la aspiración endouterina. Los efectos secundarios del legrado es que las pacientes a menudo presentan cólicos abdominales, náuseas que varían de leves a moderadas, vómito, dolor y sangrado parecido al de la menstruación.<sup>14</sup>

## PREVENCIÓN DEL ABORTO

Naturalmente, la prevención se corresponde con la exposición anterior sobre las causas y factores de riesgo, por lo tanto, se podría decir que al detectar y tratar tempranamente las enfermedades maternas; realizar un cuidado prenatal temprano completo, y evitar la exposición a las amenazas ambientales y otras ya señaladas; se abre la posibilidad de disminuir en importante medida la incidencia de abortos espontáneos, a través del mecanismo preventivo.<sup>15</sup>

## COMPLICACIONES DEL ABORTO

Cuando el aborto es llevado a cabo por personal adecuadamente capacitado, las complicaciones son infrecuentes, sin embargo existen complicaciones que se realizan tanto en el centro de salud como fuera de él, dentro de las mismas encontramos a la hemorragia, la cual puede ser producto de la retención del producto de la concepción, traumatismo o daño del cuello uterino ocasionalmente, perforación uterina. Las infecciones, las mismas que raramente ocurren si el aborto se realizó apropiadamente. La anestesia puede causar algún tipo de complicación, la anestesia local es más segura que la anestesia general por lo que la AMEU es más seguro que el LUI. La mayoría de las mujeres que tienen un aborto bien realizado no sufrirá



ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general ni reproductiva. La excepción la constituye una proporción baja de mujeres que tienen complicaciones.<sup>15</sup>

#### COMPLICACIONES DEL ABORTO ESPONTÁNEO.

No se conocen bien las causas de la mayoría de los abortos espontáneos. Tienen lugar durante el primer trimestre del embarazo y se producen normalmente debido a defectos o anomalías cromosómicas.<sup>16</sup>

En muchos casos se resuelven sin producir ningún síntoma, apenas un retraso en la aparición de la menstruación. Entre otros los síntomas son debidos a la una evacuación incompleta que en casos ha de ser terminada por métodos quirúrgicos, a sangrados más o menos abundantes producidos normalmente por dicha evacuación incompleta y en un menor número a infecciones por retención.<sup>15,16</sup>

#### COMPLICACIONES DEL ABORTO INDUCIDO.

Estas pueden considerarse las complicaciones más frecuentes:

*Evacuación incompleta:* en algunos casos puede ser necesaria una nueva intervención para evacuar el útero.<sup>16</sup>

*Sangrados abundantes:* normalmente se deben a evacuaciones incompletas.

*Infecciones:* muy poco habituales debido entre otras cosas a la técnica y a la protección antibiótica.<sup>16</sup>

*Perforación de útero:* la manipulación de la cureta puede provocar la perforación del útero, causando inflamación (peritonitis), que a su vez exigirá, en algunos casos, la propia extracción del útero, dejando en consecuencia a la mujer con incapacidad de tener hijos.<sup>16</sup>

*Perforación de intestino:* si se perfora el útero, se corre el riesgo de que el intestino también sea alcanzado por algún instrumento de aborto, requiriéndose entonces la extracción quirúrgica de la parte lesionada.<sup>16</sup>

## EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES:

Dolor pélvico crónico.

Sangrado: en los días posteriores a la intervención se puede producir pérdidas que es generalmente son menos abundantes que en una regla normal.<sup>16</sup>

Nauseas: pueden sufrirse en los momentos siguientes a la intervención náuseas y vómitos en algunos de los casos. Generalmente, dado la prohibición de tomar alimento líquido o sólido alguno, el estómago esté vacío y son de muy escaso contenido.<sup>16</sup>

## COMPLICACIONES TARDÍAS DEL ABORTO.

Iso Rh que nacen muertas o defectuosas, las mujeres con sangre Rh-negativa que no recibieron el antídoto (inmunoglobulina anti-Rh) quedan expuestas a reacciones a la sangre Rh-positiva y sus futuros hijos corren el riesgo de sufrir una excesiva destrucción de glóbulos rojos (hemólisis), lo cual puede provocarle al recién nacido la grave enfermedad hemolítica.<sup>17</sup>

Predisposición a abortos espontáneos, las mujeres que abortan corren el riesgo de sufrir abortos espontáneos en una proporción 35% mayor al de aquellas que nunca abortaron.<sup>17</sup>

Enfermedad Inflamatoria Pélvica, es una complicación muy común de los abortos provocados. Puede, a su vez, causar abortos espontáneos, esterilidad.

Problemas gestacionales, las mujeres que han abortado experimentan con frecuencia complicaciones en partos posteriores.<sup>17</sup>

Partos prematuros, después de varios abortos, aumentan dos o tres veces los riesgos de partos prematuros.<sup>17</sup>

Cáncer de mama, según un estudio publicado por el Journal of Epidemiology and Community Health, de los EE.UU., el aborto aumenta en 30 % el riesgo de que una mujer desarrolle cáncer de mama. El aumento de ese riesgo es atribuido al

crecimiento anormal de células en las mamas que, en la gravidez, se convierten en productoras de leche o mueren. Como la mayoría de los abortos ocurren antes que dicha muerte celular, esas células pueden convertirse en cancerosas. Los científicos de Penn State University y del Baruch College que realizaron ese estudio revisaron 23 trabajos ya publicados sobre el tema, en los que se analizan 26000 casos de mujeres con tumor y cerca de 35000 mujeres sanas.<sup>17,18</sup>

Los investigadores estiman que el aborto es responsable por cerca de 5000 casos de cáncer de mama por año en los Estados Unidos. Embarazos ectópicos, las mujeres que se someten a abortos adquieren la predisposición a los embarazos ectópicos. En este tipo de embarazos, el feto se desarrolla en las trompas de Falopio y no en el útero, lugar apropiado. Esta es una situación muy peligrosa que aumenta significativamente el riesgo de vida de la madre y que puede provocar la perforación de la trompa. Los estudios científicos están indicando que el riesgo del embarazo ectópico se duplica después del primer aborto provocado y puede cuadruplicarse después del segundo. Evolución del aborto el aborto provocado en Cuba, antes de 1959, solo era legal en caso de peligro para la vida de la mujer embarazada, por violación o por razones de transmisión de enfermedades hereditarias,<sup>10</sup> pero de forma ilegal era extensamente practicado como principal método de regulación de la fecundidad.<sup>18</sup>

## CONCEPCIÓN SOBRE EL ABORTO

A pesar de los cambios experimentados, con el aumento del papel de la mujer en la sociedad, las interrelaciones de las parejas manifiestan todavía tendencias que están fuertemente asociadas con el comportamiento social tradicional.<sup>19</sup> En las tradiciones cubanas, como un rasgo cultural de cualquier comunidad, se mantiene el papel de sumisión de la mujer en lo sexual y el imponente reservado para el hombre, a partir de ello, el embarazo no deseado es considerado por la mujer y por su familia como un problema de ella y no de su pareja, aunque todos coinciden que cuando una mujer sale embarazada es el resultado de una relación sexual generalmente

desprotegida, por lo que el futuro del referido embarazo atañe a ambos miembros de la pareja.<sup>19</sup>

El estudio sobre el papel del hombre en la reproducción permite considerar que la percepción de este sobre la práctica del aborto, es que ellos no se sienten responsables de esta situación que es solo responsabilidad de la mujer. En general para las adolescentes con embarazos no deseados, no es la pareja la que acompaña sus acciones en relación con esta práctica y aunque las leyes cubanas consideran que la fecundidad es deber de ambos miembros de la pareja, para la sociedad, la familia de la mujer es quién debe asumir no solo la responsabilidad de la decisión de ella, sino que la apoya incondicionalmente, mientras la pareja y su familia no la percibe como suya.<sup>19</sup>

En general se conoce muy poco respecto al papel jugado en la práctica del aborto por el compañero varón de la pareja y los indicios llevan a que solo participan la mujer y su familia. Según el anterior y otros estudios realizados en La Habana mediante discusiones de GF, <sup>19,20</sup> se llegó a concluir que el hombre en general no participa en la toma de decisión, la mujer le adjudica y él asume un rol pasivo en todo el proceso. Los amigos tampoco influyen de manera importante.<sup>19</sup>

Los adolescentes perciben la práctica, los riesgos y las peculiaridades de la técnica según el sexo, estas se subordinan a la cultura y tradiciones de la sociedad sobre la masculinidad. Por lo general para el varón ser viril y mantener relaciones heterosexuales, los adentra en el mundo adulto y por tanto, reproducirlos a ellos, marcan el género masculino.<sup>20</sup>

## EL ABORTO SEGÚN LOS ACTORES SOCIALES

La intervención de la familia en relación con la decisión respecto a un embarazo, varía entre la familia de la mujer y la de su pareja, pero la mujer en la mayoría de los casos considera que es ella la que decide. Un ejemplo de ello lo da una adolescente 19 de años, unida y que había tenido 2 abortos espontáneos, explicó: <sup>19, 20, 21</sup>

Bueno, me doy cuenta (embarazo) porque me falta la menstruación, lo comenté con mi mamá y metió el grito en el cielo, también lo comenté con él (pareja sexual) y se puso muy contento, muy de acuerdo, ... mi mamá se puso muy mal, porque ella no quería que yo lo tuviera, decía que no había condiciones, que él (pareja sexual) no era el hombre adecuado... se alteró, apoyo tuve de mi papá y ella se puso muy mal y de cierto modo me provocó a mi que estuviera más tensa, más alterada, pero de mi pareja si tuve todo el apoyo. En cuanto me di cuenta (embarazo) fui al médico y tenía siete o seis semanas, fui al médico allí me mandaron un ultrasonido, me confirman que estoy embarazada y voy al consultorio para hacerme la captación.<sup>21</sup>

Como se puede percibir aquí la mujer tomó su decisión, aunque su familia interviniera a favor o en contra, pero ninguna de las entrevistadas mencionó a la familia de su pareja en relación con la decisión de mantener o interrumpir el embarazo.<sup>21</sup>

Refiriéndose a las relaciones sexuales en los adolescentes y sus consecuencias, una directora de Secundaria Básica, dijo:

...Hay casos que ellos saben lo que les puede provocar una relación sexual si no se cuidan, pero no miden la proporción de ese riesgo, o sea creen que a ellos no les va a ocurrir... ...Ellos ven el problema de lejos, no lo ven como que les pueda pasar a ellos y entonces ya se dan cuenta que si les puede pasar ya cuando se ven con el embarazo, y entonces es cuando tienen que acudir a una persona mayor.<sup>21</sup>

Los resultados de las discusiones grupales de los profesionales de la salud también reflejó la forma de actuar de la mujer ante un posible embarazo:

Mira, antes las pacientes llegaban el médico le hacía un tacto, un reconocimiento clínico y ahí detectaban el embarazo ahora las mujeres vienen directamente solicitando un ultrasonido para que les detecten el embarazo porque no quieren hacerse el tacto. Ya lo piden. Entonces la decisión la toman después que se hacen el ultrasonido, al médico no le queda ni siquiera hacer la pregunta, pero por otra parte llegan directamente diciendo: doctora estoy embarazada y me lo voy a interrumpir.

Aunque es verdad que el médico no está exento de una formación en la cual las mujeres tienen una cultura abortiva [dirigente del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI)].<sup>22</sup>

A pesar de todos los esfuerzos del país (PAMI, CENESEX), los adolescentes empiezan sus actividades sexuales sin una preparación previa. El índice aumentado de embarazos en este grupo, determina la gran cantidad de abortos o el aumento de los niños no deseados. Los estudios sobre anticoncepción demuestran los niveles más bajos de práctica anticonceptiva entre los adolescentes en comparación con otras edades, y además, la escasez de métodos anticonceptivos de selección hacen que los adolescentes usen los que pueden no ser ideales para su edad, lo que lleva a una alta proporción de abandono.<sup>23</sup>

Una de las mayores preocupaciones del Ministerio de Salud Pública en Cuba es actuar sobre la información que debe recibir la población y en particular los adolescentes, lo cual es ejecutado principalmente por el Programa Nacional de Educación Sexual. Los cambios, adaptación y modificación de conductas sobre este tema son complejos, se buscan nuevas estrategias de acción que permitan incidir en ello, y actuar con empoderamiento. La anticoncepción es baja en los adolescentes y está muy limitada en la iniciación sexual, lo que se une a las dificultades con la oferta, gama reducida e irregularidad de medios en el país.<sup>23, 24, 25</sup>

Por todo lo descrito anteriormente se destaca la necesidad de trabajar en nuestras áreas de salud con nuestros adolescentes y promulgar acciones de salud teniendo en cuenta, de manera integral, la responsabilidad compartida entre las organizaciones sociales, el sistema de salud, el sistema educacional, las familias y los individuos, para favorecer un comportamiento sexual que contribuya a disminuir el embarazo y el aborto en las adolescentes.<sup>26</sup> Una intervención educativa que sea permanente y sistemático que armonice lo individual con lo social que sea amplio y rico en opciones de vida, promover el proyecto social más universal y flexible, que no impone modelo alguno: orienta, facilita y ayuda, además de promover el protagonismo humano a partir del ejercicio de la libertad.<sup>26</sup> Responsabilidad para

elegir los límites de su sexualidad. Promover el respeto por los límites ajenos. Sustentar una metodología participativa, personalizada y socializadora. Partir de la evaluación de las necesidades y posibilidades, así como contradicciones del individuo.<sup>26</sup> Promueve la formación de la familia y planificación familiar.

Cifras del Fondo de Población de las Naciones Unidas señalan que: "De los 175 millones de embarazos que se producen cada año, al menos 75 millones (más de un tercio) son embarazos no deseados, que terminan en 45 millones de abortos y 30 millones de niños vivos".<sup>27</sup>

El aborto, por su parte, continuó siendo utilizado por las cubanas que, además, estaban habituadas a su práctica. Conviene subrayar que la cultura y la práctica del aborto son ancestrales en Cuba. La diferencia estuvo marcada por el hecho de que, aunque nunca había dejado de ser considerado ilegal, en el período en que el aborto era practicado por médicos se morían muy pocas mujeres como consecuencia de las complicaciones de este proceder.<sup>28</sup> Sin embargo, esos mismos médicos que hacían abortos en Cuba antes de 1959 y que después emigraron del país, dejaron aquí su instrumental y dieron paso a que personal inepto comenzara a hacer abortos sin las condiciones ni el entrenamiento profesional necesario, ante una muy alta demanda.<sup>28</sup>

## ABORTO SEGURO PARA NO MORIR

Según el Artículo 443 del Código de Defensa Social, Ley sucesoria del Código Español de 1870, que rigió en nuestro país desde 1936 hasta 1979, eran tres las situaciones en las cuales la práctica del aborto estaba exenta de responsabilidad criminal.<sup>29</sup>

Eran estas:

A. El aborto necesario para salvar la vida de la madre o para evitar un grave daño a su salud.

B. El que se provocare o llevarse a cabo con su anuencia cuando la gestación hubiera sido ocasionada por haberse cometido sobre la grávida el delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, o estupro.

C. El que se provocare o llevarse a cabo, con la anuencia de los padres, cuando el propósito sea evitar la transmisión al feto de una enfermedad hereditaria o contagiosa de carácter grave.<sup>28</sup>

Pero, en palabras del prestigioso doctor y profesor Celestino A. Lajonchere, "lo que nunca nadie dijo fue cuando estaba en grave riesgo la salud de la madre o qué era arriesgado y qué no lo era. El aborto se había convertido, en aquel entonces, en una forma de suicidio; se hacían horrores, había mujeres que se practicaban maniobras autoinfligidas como duchas vaginales de solución cáustica, lo que puede ilustrar el nivel de desespero de muchas mujeres que no querían parir y se veían desamparadas (...) tanto era el riesgo para la salud, que incluso muchas mujeres perdían la vida y otras casi se morían, porque de las que presentaban un shock séptico no todas se morían, pero muchas quedaban con el útero extirpado, y así era que se salvaban, aunque, presentando toda una serie de complicaciones en su salud a largo plazo, entre las que sobresalían: una mayor incidencia de embarazo ectópico, infección pélvica crónica e infertilidad".<sup>27-29</sup>

En definitiva, los derechos sexuales y reproductivos del individuo, sea éste hombre o mujer, son una de las bases fundamentales de la prosperidad y la mejor calidad de vida para todos. Por eso, es necesario que los hombres reconozcan que ampliar los medios de acción de la mujer no entraña una amenaza sino, más bien, una manera de mejorar sus familias y sus sociedades.<sup>28</sup>

Educación sexual para decidir.

Hace 20 años, 179 gobiernos aprobaron el Programa de Acción (PoA) de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en la ciudad de El Cairo en 1994. Esta reunión había sido precedida por otras dos



importantes Conferencias Mundiales -Bucarest, 1974; Ciudad de México, 1984-, todas convocadas por las Naciones Unidas.<sup>28</sup>

Uno de los rasgos distintivos que caracterizaron el PoA consistió en que sus principios, objetivos, medidas y bases para la acción estuvieron más enfocados a las necesidades y los derechos individuales, que al logro de metas demográficas. En consecuencia, en el mismo se define: "que los seres humanos son el elemento central del desarrollo", que el empoderamiento de las mujeres, así como, la satisfacción de las necesidades de las personas en educación y salud (incluyendo los derechos y los servicios de salud reproductiva), la salud de la mujer y la maternidad sin riesgo, la reducción de la mortalidad infantil, la familia, entre otros, son asuntos necesarios para el desarrollo integral de los individuos y los países.<sup>29</sup>

¿Cuál es el criterio que tiene la FMC sobre la planificación familiar? Fue una de las preguntas que le fuera formulada a la compañera Vilma -una década antes de la CIPD- durante una Entrevista. Su respuesta: "Para nosotros planificación familiar significa darle a nuestra población la posibilidad de decidir consciente y responsablemente sobre el número de hijos a tener y el momento en qué tenerlos; o sea, planificar en sentido directo de la palabra el tamaño de la familia; no dejar a la casualidad, al descuido, esa cuestión tan importante, de tanta envergadura que es la de tener un niño" <sup>30, 31</sup>

Y seguidamente agregaba: "Para que cada pareja pueda tener uso del derecho humano elemental, que es decidir sobre tener o no tener un niño, estamos obligados a capacitarla, a darle orientación sobre los mecanismos de la reproducción humana y las posibilidades anticonceptivas que permiten evitar un embarazo inoportuno. También es necesario acompañar esta labor educativa y orientadora con una gama amplia de diferentes medios anticonceptivos al alcance de toda la población, pues sólo los conocimientos cabales sobre las posibilidades anticonceptivas y el abastecimiento de toda la población con los medios existentes, puede formar la necesaria conciencia y disposición de la población y hacer uso razonable de la planificación familiar".<sup>31</sup>

Cabe enfatizar en el enfoque sistémico que encierra esta propuesta, donde se conjugan diferentes eslabones como son: el derecho del hombre y la mujer a ser informados, educados y a tener acceso a métodos sin riesgo, eficaces, asequibles y aceptables de su elección. Añádase que cada año arriban nuevas cohortes de población a las edades reproductivas; por tanto, el esfuerzo en los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar tiene que ser continuo en el tiempo, en particular, entre los adolescentes, quienes a esas edades desconocen el funcionamiento de sus propios cuerpos y tampoco tienen capacidad ni formación para analizar las consecuencias que entraña la actividad sexual a una edad temprana, menos si antes no son informados de los riesgos que corren.<sup>32</sup>

Al realizar una mirada del conocimiento que tiene la población cubana de los métodos utilizados para la planificación familiar, habría que comenzar diciendo que no existen datos sobre este particular anteriores a 1959. Las encuestas que permitieron alguna información al respecto comenzaron, con un carácter local, a inicios de la década del setenta del pasado siglo, hasta que, en 1987, se realizó en el país la primera Encuesta Nacional de Fecundidad , que recogió información acerca del conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. En 2009, tuvo lugar la segunda Encuesta Nacional de Fecundidad, con propósitos similares a la de 1987, pero ahora con más justificación y amplitud .<sup>33</sup>

Antes de pasar a presentar algunos resultados, es conveniente subrayar una diferencia muy sensible en este tipo de análisis y que conviene tener presente. Se trata de la referida al conocimiento creído (¿qué métodos conoce o de cuáles ha oído hablar?) y el conocimiento real (¿cuáles ha utilizado, dónde los consigue, cómo se usan, cuál te conviene, quién te orienta?, etcétera) que tienen las personas para retardar o evitar un embarazo; conocimientos estos entre los que no siempre se encuentra la debida correspondencia y entre los cuales, casi siempre, el creído supera al real.<sup>32, 33</sup>

Estos son también, por lo general, los primeros métodos que usan. Ambos comportamientos nos indican que, tanto en los hombres como en las mujeres, son

más elevados los porcentajes de quienes dicen conocer o haber oído hablar de al menos un método anticonceptivo que los que realmente lo han usado alguna vez. Son las mujeres quienes los emplean en una proporción ligeramente mayor, lo que es consecuente con los tipos de métodos más conocidos y utilizados en el país.<sup>34, 35</sup>

La familia es, sin duda, otro componente de gran importancia en estos análisis. Los patrones de formación, ampliación, y disolución de las estructuras familiares de Cuba se han visto fuertemente influidos por el acelerado proceso de transición demográfica de las últimas décadas, y por las modificaciones producidas en el sistema de valores de la sociedad. En este sentido, se puede decir que es alta la tendencia a vivir en pareja entre las mujeres cubanas, ya sea de forma legal o de facto, lo que tiene lugar -como promedio- a edades tempranas.<sup>36</sup> Sé que para la población ha cambiado el significado del matrimonio como el espacio para la iniciación sexual y para la procreación.<sup>37</sup> Es decir, que los límites entre la sexualidad marital y no marital han desaparecido. Se trata de una tendencia que Cuba comparte hoy con la mayoría de los países del mundo y que se considera un resultado de la urbanización y la modernidad.<sup>37, 39</sup>

Frente a este panorama es posible afirmar que las cohortes más jóvenes están iniciando su vida sexual algo más tempranamente a como lo hicieron sus padres 30 años antes. Esto parece estar contribuyendo a la formación más temprana de uniones -probablemente de carácter consensual- que pueden o no implicar convivencia, aunque sí cierta estabilidad y así han sido reconocidas por los jóvenes.<sup>42, 43</sup>

Sin embargo, tal y como ha quedado confirmado, la primera relación sexual por lo general se realiza antes de formalizar, confirmar, o estabilizar la unión, probablemente con parejas ocasionales, o de corta duración. Este resultado confiere singular importancia a la ratificación de que el Programa Nacional de Educación Sexual aborde tanto el tema de la iniciación sexual, como el de la necesaria protección durante estos eventos, y en general en las relaciones sexuales, como vía de preservar la salud sexual y reproductiva de esta población joven.<sup>42</sup>

Otras fuentes consultadas muestran, incluso, edades aún más tempranas para las primeras relaciones sexuales entre adolescentes cubanos de ambos sexos, comportamiento más acentuado entre las muchachas. Para muchos, la adolescencia es la edad de la excitación y la preparación para el futuro. Pero para muchas adolescentes que quedan embarazadas la situación es otra pues, frecuentemente, se presenta como un evento no deseado y no planificado, cuando las condiciones de madurez tanto biológica como social y emocional no están dadas todavía, lo que origina una condición de rechazo u ocultamiento y culmina en muchos casos en una interrupción de embarazo.<sup>42</sup>

Encuestas realizadas en el país indican que "las principales razones que conducen a los jóvenes a la tenencia de relaciones sexuales son: la búsqueda de placer, la curiosidad y el fortalecimiento de la intimidad y el amor, en este último caso, predominantemente en las féminas adultas jóvenes; indicador confirmatorio de las diferencias de género (...)". Por otra parte, la percepción de riesgo es baja en torno a la salud sexual y reproductiva, lo que se evidencia en comportamientos como: "las relaciones sexuales sin protección y al cambio frecuente de pareja, sobre todo en la adolescencia y, por consiguiente, las relacionadas con el embarazo en este grupo etáreo"<sup>43</sup>.

Estadísticas más recientes, sin embargo, muestran de una parte, la disminución registrada en la contribución que hacen las mujeres menores de 20 años a la fecundidad total, de otra, la importancia que han ganado las madres con edades entre los 25 y los 34 años.<sup>43</sup>

Lo anterior, tiene entre sus posibles explicaciones más de una razón. Primero, si bien es un hecho que ha disminuido la fecundidad adolescente, esto no necesariamente significa que hayan disminuido los embarazos adolescentes, pues, los expertos aseveran que uno de cada cuatro abortos practicados en el país, corresponde a una mujer menor de 20 años de edad.<sup>43</sup>

Otra cifra que ilustra lo anterior es que, entre los años 2016 y 2017, la fecundidad adolescente osciló desde una tasa de 49.1 a 53.6 nacimientos, es decir, se logran

descensos pero no se sostienen en el tiempo, de aquí la necesidad de reiterar el enfoque sistémico que demanda una educación sexual responsable y consciente, en particular, entre los adolescentes que cada año arriban a esas edades.<sup>42, 43</sup>

En general, la percepción de riesgos asociados a la práctica de relaciones sexuales sigue siendo baja, por eso se tienen sin protección. Llama la atención el hecho de que, aun cuando la protección en la primera relación sexual fue escasa, el mayor porcentaje de los adolescentes refirió el preservativo o condón como el método de más fácil acceso en su elección. Ello es consecuente con la publicidad que difunden los medios masivos de comunicación donde se reitera el eslogan difundido por el Ministerio de Salud Pública: "Sin condón... ¡Ni pensarlo!", mensaje más orientado a la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el sida, que a prevenir los embarazos no planificados o no deseados.<sup>43-45</sup>

En las respuestas a estas y otras interrogantes pudiera estar la solución a problemáticas que todavía no han sido resueltas en el país. A la lista de retos se suma la expansión de las ITS/VIH/sida, el alcance de la educación sexual y el asesoramiento en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, el embarazo adolescente y las tasas de aborto, entre otros.<sup>44</sup>

## EVITAR ABORTAR

Aunque conceptualmente el aborto no es un método anticonceptivo, la realidad indica que su práctica se ha instalado entre las mujeres cubanas como un método que alterna con los demás métodos anticonceptivos e incluso, en mujeres muy jóvenes, antecede a la utilización de estos en no pocos casos. Ello explica por qué las tasas de aborto constituyen motivo de preocupación entre las autoridades sanitarias del país, y, su uso excesivo, es centro de reflexión y análisis profundo de numerosos especialistas.<sup>44</sup>

La conocida como Regulación Menstrual –o como extracción menstrual o aspiración endometrial- es una variante del legrado por succión, y su uso está limitado a las primeras semanas de la falta de menstruación. El uso de este procedimiento abortivo

no tradicional, empleado ante sospecha de embarazo, ha provocado -al no ser incluido en las estadísticas- una subestimación del nivel de aborto en los años recientes, dado que se considera que el 70% de estas regulaciones menstruales interrumpen un embarazo no deseado.<sup>45, 46, 47</sup>

Este elevado número de abortos se justifica entre las mujeres cubanas por diversas razones, entre las que sobresalen: una edad impropia para la gestación y un embarazo muy próximo al último parto, la difícil situación económica, desconocimiento de los diversos métodos anticonceptivos o su mal uso, poca disponibilidad de anticonceptivos modernos en el país, fallos de algunos métodos, hasta obstáculos a proyectos personales o prejuicios y condiciones materiales y familiares inadecuadas.<sup>46, 48, 49</sup>

Lo anterior permite reafirmar tendencias ya definidas durante la investigación, las cuales indicaban que el primer embarazo es el que más se interrumpe; a veces se acude al aborto más de una vez al año; algunas mujeres acumulan cuatro o más interrupciones antes del primer parto; y el conocimiento universal de los métodos anticonceptivos por parte de las mujeres no significa que se usen con regularidad.<sup>47, 48</sup>

Asimismo, la ENF-2009 investigó la prevalencia de abortos y regulaciones menstruales en la población cubana entrevistada, encontrándose que: "El 21% de las mujeres cubanas de 15 a 49 años refirió haber experimentado al menos un embarazo que terminó en un aborto provocado o una regulación menstrual (...). El número medio de abortos o regulaciones menstruales por personas que han experimentado estos eventos está en el orden de 1.6, sin grandes diferencias entre hombres (su pareja) y mujeres."<sup>49, 50, 51</sup>

Cuando se reflexiona sobre lo que las estadísticas no dicen es imposible no preguntarse ¿Hasta qué punto el aborto seguro y su legitimación social han creado una "cultura del aborto" entre las mujeres cubanas? Se ha convertido en un acto puntual, que no exige ninguna disciplina como sí lo requieren otras alternativas -las píldoras, el preservativo o condón- u otro método anticonceptivo. ¿Conocen

realmente los riesgos que se corren tras un aborto? ¿Saben que la prevención es mejor que la actuación? Esas son, igualmente, otras de las muchas interrogantes en cuyas respuestas pudiera estar la solución a problemáticas que todavía no han sido resueltas.<sup>52</sup>

A juzgar por su alta incidencia, todo indica que esta seguridad y su fácil acceso han provocado, también, una actitud ambivalente entre las mujeres para su práctica. Existe una aceptación social del aborto como medio para limitar la fecundidad. La mujer cubana lo utiliza de manera recurrente como un método más de planificación familiar y no como una opción excepcional y de alto riesgo.<sup>45, 46</sup>

En muy breves palabras consideramos que planificación familiar significa evitar tener hijos cuando las condiciones tanto de madurez biológica como de madurez social no están dadas todavía".

Como fue señalado, aun las mejores condiciones de seguridad no exoneran al aborto de complicaciones sobre la salud ni de los riesgos físicos y psicológicos que tiene implícito, fundamentalmente, cuando se realiza en la etapa de la adolescencia y la juventud temprana.<sup>47</sup> Se sabe que es precisamente en la adolescencia que los programas de planificación familiar encuentran las mayores dificultades para lograr los efectos deseados, dificultades a las que no es ajena la juventud cubana. Hoy las adolescentes paren menos porque interrumpen más sus embarazos, que a su vez aumentan por diversas razones, entre otras: porque el conocimiento que poseen sobre los métodos anticonceptivos y el uso que hacen de ellos es insuficiente, por no relacionar la práctica de relaciones sexuales con la capacidad de dar una nueva vida, una inadecuada comunicación entre progenitores y su descendencia sobre las preocupaciones sexuales y, por último, un pobre desarrollo de los intereses propios de la edad.<sup>47</sup>

Sobre este particular, una investigación realizada en un hospital ginecobstétrico de la capital del país reveló que "en los últimos tres años, fueron registradas 3 811 interrupciones de embarazos en adolescentes. El 70% de ellas eran estudiantes, 88% solteras, 75% cumplían su primera gestación, mientras que un 8 % ya tenían

hijos de partos anteriores. A su vez, de las que ya se habían practicado otras interrupciones de embarazo, 58% se estaba realizando la segunda antes del año y sólo 37% tenía uso previo de métodos anticonceptivos". Asimismo, en otra información reportada por el director de otro de estos hospitales se señalaba que "en el año 2008 se hicieron en ese hospital alrededor de 2 300 abortos, de ellos, 600 en adolescentes".<sup>48-52</sup> Más recientemente, el especialista principal de los servicios de Planificación Familiar en otro hospital ginecobstétrico de La Habana señalaba: "Aunque aparece información en la prensa y en la televisión, algo está fallando cuando, en una semana, tenemos 70 abortos provocados".<sup>52</sup> Todo indica que la planificación familiar no puede abordarse sólo como un problema de salud. El derecho al aborto seguro es parte inseparable del derecho reproductivo y humano, y una conquista importante en la lucha por los derechos de la mujer. Presionarla a tener hijos que no desea, pero que no supo o pudo evitar, sería un claro retroceso en su derecho a la autodeterminación en materia de procreación y eso no admite cambios ni está en discusión.<sup>53-54</sup>

Sin embargo, el aborto no es un método anticonceptivo y no debería usarse como un recurso más para la planificación del tamaño de la familia. Los riesgos para la salud de la mujer existen y los costos médicos posteriores son mayores que los destinados a la prevención. Por ello, las políticas de formación en salud sobre la prevención, y los riesgos de un embarazo no planeado ni deseado, son hoy más necesarias que nunca sobre todo entre los adolescentes.<sup>55-58</sup>



## DISEÑO METODOLÓGICO

### CONTROL SEMÁNTICO

Adolescencia: La OMS define "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose tres fases, la adolescencia precoz 11 a 14 años, la intermedia 15 a 16 años y la adolescencia tardía 17 a 19 años".

Anticoncepción: Todo método destinado a evitar la gestación.

Intervención: La intervención educativa se conceptualiza como "el conjunto de técnicas para informar y facilitar la reflexión acerca del estilo de vida, las relaciones interpersonales y la crianza de los hijos." Dicha intervención va dirigida a la modificación de estilos de pensamientos, creencias y puntos de vistas, que conforman el componente cognitivo de las actitudes.

Programa Educativo: Sistema de actividades diseñadas como instrumentos para el trabajo en grupo con el objetivo de crear un clima Socio – Psicológico que favorezca la realización de una actividad determinada.

Tipo de Estudio Realizado: Se realizó un estudio cuali-cuantitativo con la finalidad de evaluar la intervención educativa sobre el aborto en la adolescencia en adolescentes (entre 11-19 años) pertenecientes al Consultorio Médico de Familia Arenera de Bazán del Policlínico docente "Jorge Fernández Arderí" municipio Sagua de Tánamo de la provincia Holguín, en el período comprendido de octubre 2016 a junio 2018.

El universo estuvo constituido por 121 adolescentes en edades de entre 11-19 años de las cuales se tomó una muestra de 70 adolescentes pertenecientes al área en estudio.

#### **Criterios de inclusión:**

Adolescentes femeninas con vida sexual activa del área de salud de arenera.

Adolescentes con antecedentes de abortos.

Adolescentes que deseen participar en la investigación y sus padres den su consentimiento.

Adolescentes femeninas que tengan entre 11 y 19 años de edad.

**Criterios de exclusión:**

Femeninas menores de 11 años y mayores de 19 años.

Adolescentes que no deseen participar en la investigación y-o sus padres no estén de acuerdo con su participación.

Adolescentes femeninas que refieran no haber iniciado las relaciones sexuales.

Adolescentes del sexo masculino.

Procedimiento:

Operacionalización de las variables.

Variables	Tipos	Operacionalización	
		Descripción	Escala
Edad y antecedentes de aborto.	Cualitativa discreta politómica	11-19 años	11-12 años 13-14 años 15 -16 años 17-19 años
Edad de inicio de las primeras relaciones sexuales	Cuantitativa politómica	11-19 años	11,12,13,14,15, 16,17,18,19 años
Cantidad de compañeros sexuales.	Cuantitativa politómica	1 2 3 o más	No y %
Vías de obtención de la información sobre temas de sexualidad	Cualitativa Politómica ordinal	Padres Escuelas Médico de la familia Otro personal de la salud	No y %

		Medios de comunicación	
Métodos de interrupción del embarazo.	Cualitativa dicotómica ordinal	Medicamentoso Quirúrgico	No y %
Uso de Métodos anticonceptivos en la primera relación sexual y su uso en la actualidad.	Cualitativa Politémica ordinal	T cobre Preservativo o condón Tabletas Anillo Multiload Asa Métodos del ritmo Ninguno	No y %
Persona que influye en la toma de decisión del aborto.	Cualitativa Politémica ordinal	Madre Padre Pareja adolescente	No y %
Convivencia con los progenitores.	Cualitativa Politémica ordinal	Madre Padre Ambos progenitores	No y %
Evaluación sobre los conocimientos básicos sobre el aborto	Cualitativa dicotómica ordinal	Satisfactoria No satisfactoria	No y %
Evaluación de los conocimientos básicos sobre métodos	Cualitativa Dicotómica ordinal	Satisfactoria No satisfactoria	No y %

anticonceptivos			
-----------------	--	--	--

## **Métodos de Recolección de la Información:**

### **1-Teórico**

Analítico-Sintético e Inductivo-Deductivo: Se utilizaron para el trabajo con la bibliografía, valoración de los resultados del diagnóstico y la elaboración de la estrategia de intervención.

Histórico-Lógico: Se aplicó en la sistematización de los antecedentes del problema de salud.

### **2- Análisis documental**

Se utilizó en la etapa diagnóstica para la revisión de los cuestionarios 1 y 2

### **3- Modelación.**

Mediante este se elaboró un Programa Educativo, para dar respuesta a los problemas identificados.

La investigación constó de tres etapas: Diagnóstico, Intervención y Evaluación

Final.

### **Etapas Diagnóstica**

Para la ejecución del estudio en una primera etapa se estableció la comunicación con la dirección del área de salud , además se le pidió la cooperación a los líderes de la comunidad a fin de lograr una mayor participación de estos en la investigación así como también a la enfermera de la familia con el objetivo de lograr la participación de los adolescentes y los padres o tutores del mismo, lo que quedó aprobado a través de un documento que fue firmado como constancia de su aprobación y disposición a participar en el estudio. (Anexo I)

Se explicaron los objetivos de la investigación y se aplicó un cuestionario (Anexo II) por la autora del trabajo de preguntas no evaluables a fin de asegurar la uniformidad

de la recolección de la información que permitió caracterizar la muestra de estudio teniendo en cuenta las variables para dar salida al objetivo 1.

Para dar salida al objetivo 2 se diseñó un cuestionario (Anexo III ) que abarca los conocimientos de los adolescentes sobre el aborto que se recogen en preguntas 1 a la 8, también para desarrollar los objetivos 3 y 4, al brindar la información necesaria sobre el nivel de conocimientos antes de la intervención educativa.

Para evaluar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre estos temas se confeccionó una escala validada por expertos, donde cada bloque poseía un puntaje máximo de 100 puntos y contemplaba las categorías de satisfactorias y no satisfactorias.

Satisfactoria: si obtenía más de 60 puntos.

No satisfactoria: si obtiene menos de 60 puntos.

Las preguntas de la 1 – 6 tienen un valor de 10 puntos y la 7,8 valor de 20 puntos.

Las preguntas se evaluaron, si la diferencia entre el porcentaje de pacientes aprobados en la primera y tercera etapa de la investigación asciende a más del 30 %; la intervención será considerada satisfactoria, de lo contrario se considerará no satisfactoria.

Para aplicar el cuestionario 1, se visitaron los domicilios en horarios en los cuales los adolescentes y padres o tutores estuvieran disponibles los primeros para responder las encuestas y de paso establecer un vínculo con los padres, ponerles al corriente de la investigación y lograr el apoyo necesario en lo que respecta a la necesidad de asistencia de las adolescentes a lo que sería la intervención.

#### Etapa de intervención

Se impartió un Programa Educativo: Por una sexualidad responsable y llena de vida.(anexo IV) prediseñado sobre el tema.

Diseño del programa educativo:

Definición de los objetivos.

Segmentación de la audiencia.

Límites.

Modelo de comunicación.

Contenido.

Los canales y medios de comunicación.

Formulación de los mensajes y materiales educativos.

Recursos.

Metodología.

Estrategia de Comunicación:

Se apoya en el diagnóstico previo durante todo el proceso de planificación. Los resultados del mismo proveen los lineamientos para definir una estrategia de comunicación social, la cual se fundamentará en preguntas básicas: A quién, dónde, qué, porqué, cómo y cuándo; a partir de sus respuestas se plantea el esquema de la estrategia.

#### DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS EDUCACIONALES:

De cambio: los cambios que se esperan en la audiencia en el control del aborto en la adolescencia, teniendo en cuenta elevar el nivel de conocimientos acerca del aborto a fin de disminuir su incidencia.

De comunicación: indica el cambio que se espera en el público respecto a la mejor planificación y control del embarazo en estas edades, mejorar conductas, conocimientos/actitudes o procesos como resultado de la estrategia de comunicación.

Los objetivos fueron planteados en términos concisos, que no dieran lugar a confusiones. Se propusieron acciones concretas y fáciles de realizar, se definió el tiempo y la dimensión del cambio esperado.

#### SEGMENTACIÓN DE LA AUDIENCIA:

De acuerdo al diagnóstico previo se determinaron los grupos hacia los cuales debían dirigirse los mensajes.

En un programa educativo definir el público meta permite delimitar el contenido y seleccionar los canales y medios a utilizar. Así no surgen otros cuestionamientos si se delimitan los públicos o grupos a quienes se dirige el mensaje y se gana efectividad en la comunicación.

#### MODELO DE COMUNICACIÓN:

Existen formas participativas de producir y circular el mensaje. Al decir participativas se hace referencia a las personas involucradas en la gestión del riesgo y en la metodología a utilizar.

La comunicación participativa facilita la educación, motiva a la participación y la creatividad, promueve la reflexión y acción sobre los hechos y genera actitudes para mejorar la calidad de vida y el desarrollo de todos los seres humanos.

En el modelo que se propone la comunicación no es sólo difusión de información, donde hay un emisor que transmite y un receptor que no sólo recibe el mensaje, sino que es el resultado de un proceso de aprendizaje que se comparte y se retroalimenta continuamente. Se trata de despertar la reflexión sobre los asuntos relacionados con la afección y fomentar así la educación e implementación de prácticas preventivas.



## CONTENIDOS:

En la definición de los contenidos se tomaron en cuenta los resultados de nuestra investigación, con el objetivo de incrementar los conocimientos en los adolescentes sobre: el aborto, importancia del uso de métodos anticonceptivos en primera relación sexual, importancia de mantener una pareja estable, a fin de evitar el embarazo no deseado en esta etapa de la vida y así evitar el aborto en la adolescencia, complicaciones del aborto y la regulación menstrual.

## CANALES DE COMUNICACIÓN:

Es sumamente valiosa la participación de medios locales de comunicación comunitaria, por su identificación con los problemas del área, por dirigir los mensajes a públicos más específicos y por lo tanto, tienen mayor disposición de participar en estos proyectos de promoción de salud. En esta estrategia los canales serían: equipo básico de salud, familia y promotores comunitarios.

Las actividades de comunicación directa se introducen como talleres, utilización de los medios audiovisuales, discusión cara a cara, presentación y debate de materiales educativos, socio drama ya que estos espacios permiten el diálogo y la reflexión.

## MEDIOS DE COMUNICACIÓN:

La propuesta es utilizar afiches, plegables, folletos, portafolios, material impreso actualizado.

## RECURSOS:

Inventario de los recursos disponibles: recursos físicos, personal, presupuesto, tiempo disponible.

La coordinación entre los participantes, los diferentes sectores y el aprovechamiento de la capacidad creativa de las personas facilitará la utilización de los recursos existentes: Equipos audiovisuales, materiales de oficina, recursos humanos especializados, información, locales, computadoras.

## METODOLOGÍA:

La metodología de carácter participativo se desarrollará a partir del Taller con técnicas participativas: láminas generadoras de diálogo, discusión de documentos impresos y actualizados, videos debates.

La estrategia tiene en su totalidad un carácter educativo. Los resultados concretos del proceso a que se aspira es Incrementar los conocimientos de los adolescentes sobre el aborto y sus consecuencias en esta etapa de la vida.

La evaluación de un programa de educación en salud incluye tres pasos: monitoreo, supervisión y evaluación.

Evaluación de base

Monitoreo del proceso

Evaluación del impacto

Al programa se le añadieron las necesidades de aprendizajes encontradas luego de la aplicación inicial del cuestionario (Anexo II). Para realizar estas dinámicas se dividió la muestra en grupos de adolescentes que no excedieran de 35. Es decir fueron 2 grupos. Cada uno de estos recibió un tema mensualmente. Se empleó un mes para cada tema y a lo largo del mes se abarcaron los dos grupos. Utilizando las técnicas educativas afectivas y participativas para alcanzar los objetivos propuestos, entre las que se incluyeron: discusión grupal, taller de trabajo por equipos, dramatización, demostración, expectativa motivacional y charlas educativas.

La intervención se llevó a cabo en 8 meses. Se escogieron horarios extraescolares en coordinación con el consultorio no 67 y el resto de las locaciones aulas y policlínico, estando plasmado en el diseño del programa educativo.

## ETAPA EVALUATIVA

Se aplicó un cuestionario 2 (Anexo III), 1 mes después de terminado el Programa Educativo el cual fue evaluado de la misma forma y permitió determinar la variación en el nivel de conocimientos sobre el tema luego de la intervención breve.

## Técnicas y Procedimientos

### Obtención de la Información:

Toda la información necesaria para el trabajo se recogió a partir de la aplicación del cuestionario inicial (Anexo II) donde se recogen los datos generales, un segundo cuestionario (Anexo III) que evalúa los conocimientos básicos de las adolescentes. El cual se evalúa antes y después de la intervención.

### PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS:

La información recopilada en el cuestionario fue procesada en forma computarizada para lo cual se realizó una base de datos en una computadora Toshiba los datos se procesaron en S.P.S.S- 10. Los resultados se expresaron en números y porcentajes a través de tablas y gráficos.

El método estadístico empleado es conocido como Prueba de los Signos.

### Prueba de los signos:

Muestra pareada con variable ordinal estricta. Método no paramétrico.

Unidad de análisis por la cual el adolescente puede ser pareado consigo mismo (antes y después de la intervención).

Los temas tratados fueron: aborto y su evolución histórica, riesgos biológicos, psicológicos y socioeconómicos del aborto, causas que conllevan a un aborto, métodos anticonceptivos, clasificación e importancia de su uso en cada relación sexual, complicaciones del aborto, la planificación familiar y su importancia.

Las variables estudiadas fueron: Edad y antecedentes de aborto, edad de la primera relación sexual, cantidad de compañeros sexuales, método de interrupción del

embarazo, vías por donde adquieren conocimientos sobre la sexualidad, convivencia con los padres, actitud ante el aborto y persona que decide el aborto.

La comparación fue realizada pareando las variables edad y nivel de conocimiento de las adolescentes sobre complicaciones del aborto, nivel de conocimiento de las adolescente con uso de métodos anticonceptivos, teniendo en cuenta el antes y después de la intervención y aceptando como único un error de 5% en la prueba de Hipótesis, por lo que planteamos una Confiabilidad de un 95%.

## **ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

Detallaremos los resultados obtenidos en este trabajo a través de tablas que contienen la información necesaria para la comprensión de la investigación realizada.

Tabla #1: Caracterización de las adolescentes según grupos de edades y antecedentes de abortos.

<b>Edad</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
11-12 años	2	2.9
13-14 años	6	8.5
15-16 años	24	34.3
17-19 años	38	53.3
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario.

Aquí se expone la relación entre el aborto y el grupo etáreo y se evidencia que el grupo más representativo con un 53.3 % de las adolescentes que han acudido al aborto se encuentra entre los 17- 19 años. Es alarmante que de las adolescentes que abortaron estuvieran comprendidas entre los 11-12 años de edad, donde apenas comienza la etapa de la adolescencia evidenciando que el aborto se ha convertido en una práctica para evitar los hijos, 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.

En la presente investigación se demuestra que casi la mitad de los abortos realizados en el centro de salud se ejecutaron en adolescentes. Resultados similares han sido notificados por diferentes autores a escala nacional e internacional. El doctor Jorge Peláez quien ha dedicado gran parte de su vida al trabajo con adolescentes, refiere que “en Cuba uno de cada cuatro abortos tiene lugar en mujeres menores de 19 años”, proporción similar a la de todos los nacimientos vivos que ocurren entre las adolescentes.<sup>28</sup> En Brasil, Colombia y Perú una de cada diez mujeres que ingresan con una complicación de aborto ilegal es adolescente; en

comparación, uno de cada siete nacimientos se produce de madres adolescentes. Acuden al aborto con su representante legal que en la mayoría de los casos son los padres los que asumen la autonomía.<sup>33</sup>

Lo expuesto evidencia el gran fallo de la educación moral que trae aparejado otras complicaciones por ser muchachas muy jóvenes coincidiendo con una investigación realizada en la provincia de Ciego de Ávila, Cuba, por *González Mora*,<sup>2</sup> se destaca el alto número de abortos y regulaciones menstruales en adolescentes entre los 17 y 19 años, rango de edad superior al reportado en el presente estudio.<sup>2</sup> *Gran Álvarez* en su estudio realizado en Cuba encontró una frecuencia de aborto en las edades intermedias de la adolescencia de alrededor del 48,6 %, lo cual coincide con lo encontrado en el actual trabajo.<sup>3</sup>

Sin embargo, algunos realizados en EEUU y Europa occidental por Juárez F. Gayet C, muestran un aumento dramático del porcentaje de mujeres adolescentes entre 15 y 17 años, que mantienen vida sexual activa; así como la disminución de la edad en que se inician las mismas, lo cual pudiera guardar relación con la mayor frecuencia de abortos reiterados en las adolescentes del estudio para este mismo rango de edad.<sup>10</sup>

Tabla # 2. Edad de inicio de la primera relación sexual.

<b>Edad</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
11 años	2	2,9
12 años	3	4,3
13 años	6	8,6
14 años	9	12,9
15 años	17	24,3
16 años	21	30,0
17 años	8	11,4
18 años	1	1,4
19 años	3	4,3
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario.

En esta tabla se observa que el grupo de edad que se encuentra en la cima de inicio de las relaciones sexuales es el de 16 años con una representación de 21 adolescentes, lo que representa 30.0% del total de las adolescentes en estudio. Lo anterior es congruente con la tendencia actual a disminuir la edad del inicio de las primeras relaciones sexuales. Observemos que es preocupante que en edades comprendidas entre los 11-14 años existan adolescentes que han tenido su primera relación sexual en tan temprana edad de la vida.

Coincidiendo con Romero Vázquez, Rodríguez Acosta quienes expresan que algunos de los factores de comportamiento sexual y reproductivo en las adolescentes son semejantes en todas las culturas <sup>54</sup>. En otro estudio, Rodríguez Izquierdo, en Ciudad de La Habana, señala que cada día es más frecuente el inicio precoz de las relaciones sexuales, coincidiendo con el estudio realizado en el que se aprecia que ya en edades tempranas de la adolescencia en un rango de 11-13 años se evidencia que 11 de ellas ya habían tenido su primera relación sexual para un 15.8 % que en la mayoría de los casos no utilizan ningún método anticonceptivo. Los resultados expuestos alertan en relación con la necesidad de implementar acciones inmediatas

con nuestra población joven para garantizar su protección y bienestar considerando que no están preparadas aun para asumir tales retos y tienen baja percepción del riesgo.<sup>54</sup>

Desde la mirada de la Bioética podemos decir que las adolescentes inician su primera relación sexual sin la adecuada orientación del personal capacitado en estos temas coincidiendo con García Mazorra cuando expone que el inicio de la actividad sexual expone a las adolescentes a una serie de riesgos que comprometen su salud sexual y reproductiva, además de su desarrollo psicológico y social, pues esta se comienza sin una adecuada orientación y sin conocimiento pleno de las complicaciones que les puede conllevar esa actividad sexual precoz sin la debida protección.<sup>6</sup>

Al inicio sexual en edades tempranas se relacionan diferentes factores favorecedores, dentro de ellos se citan: la ignorancia sobre la reproducción humana que tienen los adolescentes, la mala comunicación con los padres, el desconocimiento de los padres sobre sexualidad, vivir con uno solo de los progenitores, ser hija o hijo de padres adolescentes, la influencia de los grupos de amigos, televisión, periódicos y revistas. Son miles las adolescentes que por distintos motivos y circunstancias conciben un embarazo sin haberlo planificado, ya que en sus prioridades no se encuentra planificar un embarazo, y la decisión que tome la adolescente de abortar o de continuarlo siempre va a repercutir en su vida futura.<sup>6</sup>

Tabla # 3: Cantidad de compañeros sexuales.

<b>Cantidad de compañeros sexuales</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
1	11	15,7
2	16	22,9
3 o más	43	61,4
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario.



En la tabla # 3 refleja la cantidad de compañeros sexuales de las adolescentes, mostrando que del grupo en estudio 43 adolescentes tuvieron 3 o más compañeros sexuales representando un 61.4 %. Nos llama la atención el gran número de las adolescentes que cambian con frecuencia de pareja aún en tempranas edades de la vida.

Por tanto estos resultados coinciden con los de otros autores. García Mazorra, reportó que el 64,4 % de las adolescentes, tuvieron de tres o más compañeros sexuales. La encuesta demográfica y de salud de las mujeres, llevada a cabo en Centroamérica y Sudamérica, señala que altos porcentajes de adolescentes en México, Guatemala, Quito, Salvador y Brasil, tuvieron sus primeras relaciones sexuales antes de los 15 años, se considera que esta sea la causa de tener un mayor número de parejas sexuales en edades tempranas.<sup>6</sup>

Es probable que la adolescente intente interrumpir su embarazo porque no tiene una pareja estable y si lo tiene no cuenta con su apoyo, por otro lado, se enfrenta al rechazo de la familia, a la censura de las amistades y perciben que han truncado sus planes de vida. El tener tres o más parejas también se asocia con el intento de interrumpir el embarazo, resultados que son concordantes a lo encontrado por Bernabé-Ortiz y colaboradores, quienes reportan un incremento del riesgo con el número de parejas sexuales.<sup>12</sup>

Tabla # 4: Vías de obtención de la información sobre temas de sexualidad.

Vías	No	%
Padres	15	21,4
Escuela	12	17,1
Médico de familia	10	14,3
Otro personal de la salud	9	12,9
Medios de comunicación	24	34,3
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario.

En esta tabla cuando se analizaron las vías de información a través de las cuales las pacientes encuestadas obtuvieron los conocimientos sobre sexualidad, el 34.3% de las pacientes mencionaron los medios de comunicación siendo lo más relevante, se observa que la escuela, el médico de familia y el personal de salud no juegan un rol preponderante como debería ser lo esperado, luego de evaluar el grado de comunicación entre padres e hijos describe que un gran número de las adolescentes, tienen una comunicación regular con sus padres. Estas adolescentes expresaron las dificultades comunicativas que tenían con sus padres, lo que conllevó a la realización del aborto, en muchos casos asisten al centro hospitalario con terceras personas.

No coincidiendo con García CT, Ledón L en su estudio que describe que la escuela y los padres tienen el aporte más importante sobre los temas de sexualidad, describe los medios de comunicación como el segundo eslabón de conocimientos sobre este tema,<sup>51</sup> coincidiendo con el autor en que el médico de la familia u otro personal de la salud que a pesar de que nuestro Sistema Nacional de Educación y de Salud hace énfasis en desarrollar el Programa de Educación Sexual para poder ayudar a mejorar la problemática del aborto y con ella la salud sexual y reproductiva de las adolescentes no juega el papel fundamental en el aporte a los conocimientos de nuestras adolescentes.<sup>51</sup>

Tablas # 5. Métodos de interrupción de embarazos.

<b>Métodos de interrupción del No</b>	<b>%</b>
<b>embarazo.</b>	
Medicamentoso	47 67.1
Quirúrgico	23 32.9
<b>Total</b>	<b>70 100</b>

Fuente: Cuestionario, historias clínicas.

La tabla # 5 Hace referencia a los métodos de interrupción de embarazo que les fue practicado a las adolescentes. En la mayoría de los casos fueron sometidas al método medicamentoso (67.1%), mientras que los quirúrgicos representaron el

32.9%, coincidiendo con Ledón y Colaboradores quienes en estudios realizados reportan que el uso de medicamentos para inducir el aborto suele ser el preferido cuando es posible en un 62.2% de los casos, porque no requiere anestesia ni tampoco una intervención quirúrgica que lleva aparejado el uso de instrumentos.<sup>51</sup> El método quirúrgico tiene el inconveniente que la mujer puede observar el proceso y ver el embrión expulsado, lo que es psicológicamente doloroso para aquellas mujeres que dudan de la moralidad o de la conveniencia del acto.<sup>51</sup>

El aborto mediante la administración de prostaglandinas puede provocar la ruptura del útero, sepsis, hemorragias, paro cardíaco, vómito y aspiración de éste, embolia cerebral y fallo renal agudo. A su vez, el fármaco que se utiliza junto con la RU-486: misoprostol (Cytotec), puede causar sangrado excesivo, calambres.

El procedimiento ve reducida su efectividad después de la séptima semana de desarrollo. A pesar de su relativa sencillez, el proceso requiere una vigilancia profesional continuada para asegurar el éxito, para prevenir posibles complicaciones.<sup>51</sup>

Este método ha alcanzado nuevas perspectivas y los resultados parecen ser mejores en cuanto a riesgos y complicaciones, en nuestro estudio vemos como su práctica ha superado el método tradicional con resultados buenos.<sup>51</sup>

El método quirúrgico más empleado antes de las 7 semanas de embarazo es el aborto por aspiración. Consiste en la remoción del feto o del embrión a través de succión, usando una jeringa manual o una bomba eléctrica de aspiración. La aspiración manual se denomina también minisucción o extracción menstrual. Se aplica sólo durante las primeras semanas y no requiere dilatación cervical (véase también cérvix o cuello uterino).<sup>51</sup>

El método de dilatación y raspado (véase legrado) es un método general que se emplea también durante el examen médico para tomar muestras o para la detección de ciertos tipos de cáncer. Se conoce también con el nombre de nacimiento parcial, y suele hacerse entre la sexta y la decimocuarta semana. El aborto por succión,

legrado, o aspiración, puede causar: infección, trauma de cérvix, peritonitis, endometritis, laceración o perforación del útero, hemorragia, trauma renal, inflamación de la pelvis, embolismo, trombosis, esterilidad, etcétera. El aborto por dilatación y curetaje presenta los mismos riesgos que el método anterior, además de perforación uterina, hemorragia, infección del tracto genital, laceración intestinal, absceso pélvico y tromboembolismo.<sup>51</sup>

El aborto por dilatación y evacuación tiene los riesgos descritos para todos los sistemas anteriores, además de infección pélvica, renal, del cérvix e infección peritoneal. Además, puede provocar que la mujer tenga futuros embarazos ectópicos, o bebés con peso por debajo del normal, o incluso nacidos muertos, o con serias malformaciones.<sup>51</sup>

El aborto no es un método anticonceptivo, aunque se tengan las razones para acudir a él, unas veces justificadas y otras no. Siempre será un riesgo para la mujer y la sociedad en que vive y un fallo de la educación moral.

Algunos autores coinciden con que los métodos quirúrgicos dilatación-curetaje y aspiración son los responsables del mayor número de complicaciones y accidentes y que aún en la actualidad se siguen empleando en muchos centros hospitalarios y clínicas del mundo. Este riesgo puede aumentar dependiendo cuán avanzado este el embarazo. Ledón y Col en los años 1996 y 1997 en un estudio reportaron algunas complicaciones con este método a pesar de los cuidados y la habilidad práctica al realizar el proceder. En el año 2005 se inician un conjunto de acciones para la prevención de las principales complicaciones específicamente con el reingreso hospitalario.<sup>51</sup>

Tabla # 6: Convivencia con los progenitores.

<b>Convivencia con los progenitores</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Madre	26	37,1
Padre	5	7,1
Ambos progenitores	39	55,7
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fuentes: Cuestionario.

En esta tabla con respecto a la convivencia con sus padres, el 55.7 % de las pacientes encuestadas vivían con ambos progenitores, el resto vivía con uno de los dos, coincidiendo con estudios realizados por *Bull Silva* y colaboradores luego de evaluar el grado de comunicación entre padres e hijos describe que el 57,8 % de las adolescentes, tienen una comunicación regular con sus padres. Estas adolescentes expresaron las dificultades comunicativas que tenían con sus padres, lo que conllevó a la realización del aborto, en muchos casos asisten al centro hospitalario con terceras personas.<sup>5</sup>

En opinión del autor es de interés recalcar que hoy nuestros adolescentes buscan apoyo emocional en terceras personas en su gran mayoría ya que muchos refieren que con los padres hablar de estos temas les resulta un poco incómodo, por tanto no reciben la orientación adecuada. Siendo así la convivencia con ambos progenitores es lo que todos los jóvenes desearían tener , y que se les pueda brindar el apoyo emocional deseado en el momento de decidir sobre el aborto.

Tabla # 7 Personal que influye en la toma de decisión del aborto.

Persona Influyente	No	%
Madre	41	58,6
Padre	12	17,1
Pareja	7	10,0
Adolescentes	10	14,3
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fuentes: Cuestionario.

En esta tabla se evidencia el estudio realizado en cuando a la toma de decisión del aborto , donde se aprecia que la persona más influyente para la realización del aborto es la madre donde representando un 58.6 % del total de adolescentes en estudio. El padre que aunque no tienes un roll representativo en la toma de decisión del aborto también influye en la decisión del mismo.

Por otro lado se demuestra que las adolescentes no tienen decisiones propias para decidir sobre este tema y tampoco la familia que si bien es real sus respectivas parejas tampoco deciden coincidiendo con *Bull Silva* y colaboradores en cuanto a la decisión de abortar, donde el papel predominante lo tuvo en primer lugar la opinión de la madre, luego el padre de la adolescente, luego la de la propia adolescente y la pareja, que en muy pocos casos se tiene en cuenta para la toma de decisión, esto provoca que el adolescente varón se coloca fuera del "problema", cuando esta decisión debería contar con la anuencia de ambos miembros de la pareja.<sup>5</sup>

En un estudio sobre la percepción en el varón del aborto en la adolescencia, Gutiérrez Coronado y colaboradores, reportaron que el 74 % de los varones conocían que era el aborto. No obstante, el 66 % tenían una baja percepción del riesgo en cuanto al daño que puede sufrir la mujer que se somete a dicho proceder. Esto pudiera guardar relación con la elevada frecuencia de adolescentes que se muestran desinteresados ante la anticoncepción.<sup>16</sup>

Además, es conocido que el varón por lo general, no se responsabiliza con el embarazo, en especial si su pareja no es estable. Debido a esto ocurre que no siempre el varón acepta el embarazo de su pareja como suyo.

Tabla # 8: Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual y su uso en la actualidad.

<b>Categorías</b>  <b>Métodos anticonceptivos</b>	<b>Uso en la 1ra Relación sexual</b>		<b>Actualidad</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
T . cobre	0	0.0	2	2.9
Preservativo o condón	11	15.7	7	10.0
Tabletas	9	12.9	17	24.2
Anillos	0	0.0	0	0.0
Multiload	3	4.3	13	18.6
Asa	0	0.0	0	0.0
Método del ritmo	16	22.9	10	14.3
Vacunación	0	0.0	18	25.7
Implantes	0	0.0	0	0.0
Ninguno	31	44.2	3	4.3
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fuentes: Cuestionario, Historias clínicas.

Se realiza un análisis sobre los distintos tipos de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual y su uso actualidad; se evidencia que el mayor grupo de adolescente no se protegió en sus primeras relaciones sexuales representado por el 44.2 % del total , quienes desconocen o no usa ningún método anticonceptivo lo cual resulta alarmante porque muchas refieren que nos les gusta usarlo porque se sienten incómodas ,otras porque a su pareja no le gusta usarlo, otras plantean que es una forma de desconfiar de su pareja.

También se observa y no menos representativo el método del ritmo con un 22.9 % ya que refieren que es más cómodo y no le produce daño a su organismo, aunque de igual manera corren el riesgo de tener un embarazo no deseado y por consiguiente terminar en un aborto, el resto de ellas usaron preservativos y toman tabletas anticonceptivas, se evidencia que la Multiload, Asa, Anillo, implantes hormonales,

vacunación y las T.cobre son las menos utilizadas quizás porque para su uso se necesitan aplicar otros procedimientos ginecológicos y o invasivos que a las mujeres les causa inconformidad y o vergüenza.

Se evidencia que en la actualidad hubo un incremento en el uso de otros métodos anticonceptivos que son mucho más eficientes en evitar un embarazo no deseado.

Coincidiendo este estudio con *García Mazorra* en un estudio de 1000 adolescentes demostró que el 79,9 % de las 626 que recibieron educación sexual, no utilizaron ningún método anticonceptivo a pesar de tener conciencia y conocimientos de los riesgos que conlleva tener relaciones coitales sin protección.<sup>6</sup>

No coincidiendo con los resultados, en un estudio sobre percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes realizado por *Rodríguez G* y colaboradores. El preservativo predominó como método anticonceptivo más utilizado y en segundo lugar, pero con una magnitud menor, los dispositivos intrauterino DIU.<sup>50</sup>

En un estudio realizado Doblado Donis el 78 % de las mujeres que se habían sometido al aborto, sabían que existían métodos de planificación familiar, pero solo el 26 % lo había usado, el condón y método del ritmo, pero no de forma sistemática y correcto. Estos resultados son similares a los encontrados en el estudio.<sup>16</sup>

En la investigación de *Rodríguez Cabrera* y colaboradores, de un total de 1110 adolescentes con aborto inducido, el Hospital Materno infantil de 10 de Octubre, no usaron ningún método anticonceptivo el 56,7 %, aplicaron condón el 18,9 % y los métodos menos empleados fueron las píldoras anticonceptivas en el 1,3 % y los biológicos que solo los usaron el 0,3 % del total de los casos.<sup>57</sup>

Es criterio del autor que el mayor porcentaje de nuestras adolescentes desconocen la importancia del uso de los métodos anticonceptivos; que además de proteger contra la enfermedades de transmisión sexual como el preservativo que hoy todos los jóvenes lo tienen a su alcance también libran a nuestras adolescentes de un



embarazo no deseado y como consecuencia en un aborto, poniendo así en riesgo su vida, y que los prejuicios con el uso del condón y de otros métodos anticonceptivos deben sustituirse por la búsqueda de una sexualidad responsable y la información al respecto se puede encontrar en las consultas de planificación familiar y otras vías establecidas por el Ministerio de Salud Pública .

Tabla # 9.Evaluación de los conocimientos básicos sobre el aborto por categorías de satisfactoria y no satisfactoria, antes y después de la Intervención.

<b>Categorías</b>	<b>Antes de la intervención</b>		<b>Después de la intervención</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Satisfactoria	17	24,3	67	95,7
No Satisfactoria	53	75,7	3	4,3
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario.

Para evaluar los conocimientos básicos sobre el aborto nos apoyamos en las categorías de suficientes e insuficientes. Se puede apreciar que antes de la intervención educativa los conocimientos generales o básicos sobre el aborto fueron clasificados como insuficientes 53 adolescentes que representa un 75.7% del total encuestado, solo un 24.3% demostró conocimientos suficientes del tema en cuestión.

Luego de la intervención educativa podemos observar cómo se incrementó el nivel de conocimientos sobre el aborto donde solo 3 adolescentes fueron evaluadas como insuficientes lo cual representa un 4.3% y 67 de ellas demostraron tener conocimientos sobre el tema, representando el mayor porcentaje del estudio para un 95.7% . De esta manera se puede concluir que la evaluación sobre conocimientos básicos sobre el aborto obtuvo una evaluación de suficiente siendo así un buen resultado para nuestra investigación.

Coincidiendo con García Díaz y otros autores, en su estudio quien demuestra que después de impartir los diversos temas de sexualidad y enfatizando en la importancia

que tiene el hecho de estar nuestras adolescentes preparadas, demostró que el 96.2 % de ellas tenía conocimientos suficientes sobre el tema del aborto.<sup>53</sup>

Tabla # 10.Evaluación de los conocimientos básicos sobre los métodos anticonceptivos en satisfactoria y no satisfactoria, antes y después de la Intervención.

<b>Categorías</b>	<b>Antes de la intervención</b>		<b>Después de la intervención</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Satisfactoria	19	27,1	68	97,1
No satisfactoria	51	72,9	2	2,9
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fuentes: Cuestionario.

Se realiza una evaluación sobre los conocimientos básicos de los métodos anticonceptivos antes y después de la a Intervención educativa, la misma se evaluó en dos categorías: satisfactoria y no satisfactoria. Donde se observa que antes de la intervención 51 adolescentes demostraron no tener conocimientos sobre el tema representando un 72.9% del total estudiado siendo evaluado de no satisfactorio. Solo un 27.1 % conocía sobre los métodos anticonceptivos representado por 19 adolescentes.

Luego de la intervención educativa se pone de manifiesto que las adolescentes ya conocían sobre el tema discutido representando el mayor porcentaje en esta categoría con un 97.1% del total cuestionado para una evaluación de satisfactoria, solo un 2.9% demostró no tener conocimientos sobre el tema.

La propuesta de intervención educativa realizada la consideramos válida y fue útil para introducir el tema de prevención del aborto tan necesario a estas edades, todo esto fue bien recibido por nuestros adolescentes.

Luego de la intervención educativa, el nivel de conocimiento por cada método anticonceptivo se incrementó de una forma extraordinaria, ya las adolescentes conocían el condón y las tabletas; el anillo y el Asa con respuestas afirmativas aunque en menor proporción. Lo cual demuestra que después de la intervención

educativa hubo un incremento sobre los conocimientos de los métodos anticonceptivos, siendo evaluada de satisfactoria.

De acuerdo con otros autores como Silver T, en su estudio quienes demuestran que de 224 adolescentes estudiadas después del estudio de intervención realizado demostraron que tenían conocimientos suficientes sobre el uso de métodos anticonceptivos aportando así un 95.1% de conocimientos.<sup>36</sup>

## CONCLUSIONES

El inicio precoz de las relaciones sexuales, el no uso de anticoncepción, la promiscuidad, el alto índice de aborto a temprana edad y la presión ejercida por la familia en la toma de decisión con relación al aborto tuvieron mayor representación. Mucho trabajo queda por realizar para erradicar o disminuir esta práctica que puede socavar la salud reproductiva de las adolescentes.

### RECOMENDACIONES

Recomendamos profundizar sobre los temas de educación sexual en los círculos de adolescentes, y seguir inculcando en nuestra sociedad valores morales de respeto, fidelidad y amor a la familia y a la humanidad que de manera general son los pilares determinantes en la salud reproductiva de cada individuo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Doblado Donis NI, De la Rosa Batista I, Junco Manrique A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev Cubana de Obstet Ginecol. 2010;36 (3)409-21.
- 2 González Mora MC, Hernández Gálvez L, Maldonado Álvarez C. Caracterización de algunas variables en las adolescentes atendidas en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico "Belkis Sotomayor Álvarez". MEDICIEGO. 2011 [citado 23 Jun 2013];17(2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17\\_02\\_2011/pdf/T18.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/pdf/T18.pdf)
- 3 Gran Álvarez MA. Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción; dos métodos de regulación de fecundidad en Cuba, 1995-2000. Temas de estadística de salud. La Habana: Dirección nacional de estadística MINSAP; 2005
- 4 Díaz Curbelo A, Aliño Santiago M, Velasco Boza A, Rodríguez Cárdenas A, Rodríguez Tahuile V. Sexualidad y reproducción en adolescentes. Rev Cubana ObstetGinecol. 2008 [citado 20 May 2010];34(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2008000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2008000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- 5 Bull Silva M, Della Martínez I, PericheZaldivar A. Factores comunicativos desencadenantes del aborto en la adolescencia. Banes. 2011 [citado 10 Jul 2012]. Disponible en: [http://www.eumed.net/rev/cc\\_css/20/snz.pdf](http://www.eumed.net/rev/cc_css/20/snz.pdf)
- 6 García Mazorra M, Fung Pérez M, León Pino H, Sánchez Ima M. Comportamiento sexual de las adolescentes que acuden al aborto voluntario. Rev Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur. 2011;9(5):56-9.
- 7 Navarro González M, Ramos Planco M. El aborto provocado desde una perspectiva sociológica. Rev Sex Soc. 1998;4(9):2-4.
- 8 Guzmán A, Arturo MC, Fuzhtner C. Estado actual del aborto en la región boliviana. Su impacto en la salud reproductiva femenina. Semanario Internacional "Responsabilidad de la Sociedades de Obstetricia y Ginecología frente al manejo del aborto para reducir la mortalidad materna. Rev Ecu GinObst. 2000;7(3):259-61.
- 9 Enríquez Domínguez B, Bermúdez Sánchez R, Puentes Rizo EM, Jiménez Chacón MC. Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. Rev Cubana de Obstet y Ginecol. 2010;36(2):145-59.
- 10 Juárez F, Gayet C. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: Un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. Papeles de la Población. 2005 [citado 20 Ene 2011];45:177-219. Disponible en: <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/112/11204508.pdf>

- 11 Martín L, Reyes Z. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(2):183-7.
- 12 Bernabé-Ortiz A, White P, Carcamo C, Hughes J, Gonzales M, Garcia P, et al. Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American country. CMAJ. 2009;180(3):298-304.
- 13 Salomón Avich N, Álvarez Vázquez L. Enfoque de género y el aborto en Cuba. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. [citado ene 2012]. Disponible en: <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/267/76>
- 14 Díaz M, Barroso A, Hernández C, Romero A, Daroqui P, Novo M, et al. Sexualidad en la adolescencia. [Disertación].Tenerife: Congreso Nacional de Pediatría; 2000.
- 15 Santana Pérez F. Características de la primera relación sexual en adolescentes escolares de Ciudad de la Habana. Rev Cubana Salud Pública. 2006 [citado jun de 2007];32(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_3\\_06/spu13306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm)
- 16 Gutiérrez Coronado T, Safora Enríquez O, Rodríguez Izquierdo O. Percepción en el varón del aborto en la adolescencia. Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2009;35(4):171-7.
- 17 Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Åhman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. The Lancet. 2007;370(9595):1338-45.
- 18 W.H.O. The prevention and management of unsafe abortion: report of a technical working group. Geneva: WHO; 1992.
- 19 Grimes DA. Unsafe abortion: the silent scourge. British Medical Bulletin. 2003;67(1):99-113.
- 20 Fondo de Población de las Naciones Unidas. Adolescencia, oportunidades y riesgos. En: Salud reproductiva: una medida de equidad. UNFPA Cap. 4. Estado de la Población Mundial; 2005.
- 21 Peláez Mendoza J. Aborto en las adolescentes: ¿quién toma la decisión? Rev Sexología y Sociedad. 2007; Año 13, No. 33.
- 22 Menéndez Alfonso CN. Estrategia de trabajo para el aborto en la adolescencia. [Trabajo para opción del título de Máster en Atención integral a la Mujer]. Matanzas: Hospital Ginecoobstétrico Docente Julio R. Alfonso Medina; 2008.
- 23 Doblado Donis NI, De la Rosa Batista I, Pérez Rodríguez E, Jiménez Sánchez C, González Ponce G. Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en estudiantes. Rev Cub ObstetGinecol. 2009;35(4):191-204.
- 24 Della Mora M. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual con

relación a los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la ciudad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-67-1-uso-de-metodos-anticonceptivos-e-informacion-sexual-con-rela.html>

- 25 González Pavón JR. Determinantes de Aborto en adolescentes. Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón. [Tesis para optar al título de Maestro en Salud Pública]. Managua: Centro de Adolescentes. Hospital Berta Calderón; Enero-junio 2005.
- 26 Shah I, Åhman E. Age Patterns of Unsafe Abortion in Developing Country Regions. *Reproductive Health Matters*. 2004;12(24S):9-17.
- 27 Rivera Alvarado S. Embarazo en la adolescencia. Aspectos de tipo social, psicológico y cultural; 2003. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/broch.pdf>
- 28 Peláez J. Aborto y adolescencia. En: Peláez J, editor. *Ginecología infanto/juvenil. Salud reproductiva del adolescente*. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1999. p.178-83.
- 29 Calderón Jully S, Alzamora de los Godos L. Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. *RevPeruMedExp Salud Pública*. 2006; 23(4).
- 30 Romero María I. Embarazo en la adolescencia. Curso salud y desarrollo del adolescente. Módulo 3. Sección 15. Sexualidad y embarazo. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion15/M3L15Leccion2.html>
- 31 Fonseca Fernández de Castro AE. Aborto y adolescencia. *Rev. Sexología y Sociedad*. 1999;5(3):2-4.
- 32 Torriente Barzaga NW. Conocimiento sobre la sexualidad en adolescentes de una secundaria básica. [Trabajo para optar por el título de Máster en Atención Integral al Niño]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2006-2007.
- 33 Peláez J. Problemática del aborto y el embarazo en las adolescentes. En: Peláez J, editor. *Ginecología pediátrica y de la adolescente. Temas para el médico de familia*. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2007. p. 271-87.
- 34 Isla Valdés A, Velasco Boza A, Cruz Hernández J, Díaz Curbelo A, Salas Castillo L. El aborto dentro del contexto social. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2010;26(1).
- 35 Salomón N, Álvarez L. Embarazos en la adolescente: Una mirada biológica, socio demográfico y psicosocial. En: Álvarez L, Cabrera A, Sanabria G, compiladoras. *Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes cubanos*. La Habana: Casa Editora Abril; 2009. p. 66-95.
- 36 Silver T. Prevención y Promoción de la Salud Adolescente. En: Silver T, Munist



- M, Madaleno M, Suárez EN, editores. Manual de Medicina de la Adolescencia. Serie Paltex No. 20., Washington, D.C.: OPS; 1992.
- 37 Catasús S, Rodríguez G. Capítulo III. Fecundidad. En: Colectivo autores, editores. Cuba. Población y Desarrollo. La Habana: Editorial CEDEM; 2009. p. 37-43.
  - 38 Ricart RC, Quintana L. La maternidad en el proyecto personal e imaginario social de adultas profesionales sin hijos. Sexología y Sociedad. 2010;16(42):14.
  - 39 Conceptualización para el registro nacional de estadísticas sanitarias en Cuba. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2003.
  - 40 Sanabria G, Rodríguez A. La Participación social en Salud. En: Sanabria G, Rodríguez A, Rojo N, compiladores. Promoción y educación para la salud sexual y reproductiva. Conceptos básicos y estudio de casos. Republica Dominicana: Editorial Centenario; 2007. p. 10.
  - 41 Álvarez L. Percepciones y comportamientos de la sexualidad y la reproducción según los hombres. La Habana: Publicaciones Azucareras; 2004.
  - 42 Álvarez L, Rodríguez A, coordinadoras. La Investigación en Salud Sexual y Reproductiva. Propuestas metodológicas y experiencias. La Habana: Publicaciones Azucareras; 2004.
  - 43 Álvarez L, Rodríguez A, Sanabria G, coordinadoras. Salud sexual y reproductiva en adolescentes cubanos. La Habana: Casa Editora Abril; 2009.
  - 44 Gran M. Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad. Cuba 1995-2000. La Habana: DNE; 2005.
  - 45 Anuario Demográfico 2006. Indicadores seleccionados sobre abortos inducidos [Internet]. La Habana, MINSAP; 2006 [citado 1 Dic 2011]. Disponible en: <http://www.estudios-economicos-cubanos.org/documentos/anuarios-demograficos/anuario-demografico-2006>
  - 46 Anuario Demográfico 2010. Indicadores seleccionados sobre abortos inducidos [Internet]. La Habana, MINSAP; 2010 [citado 1 Dic 2011]. Disponible en: <http://www.estudios-economicos-cubanos.org/documentos/anuarios-demograficos/anuario-demografico-2006>
  - 47 Estadísticas Sanitarias Mundiales. Documento ES-WHS10. Ginebra: OMS; 2010.
  - 48 Rodríguez G. La fecundidad cubana a partir de 1990. Las perspectivas sociales e individuales [tesis]. La Habana: Universidad de La Habana, Centro de Estudios Demográficos; 2006.
  - 49 Álvarez L. El aborto: ¿Un problema de salud en Cuba? En: Planell E. Silencios, presencias y debates sobre el aborto en Puerto Rico y el Caribe hispano. Puerto Rico: Fundación Atantea; 2003.

- 50 Rodríguez G. El aborto. La fecundidad cubana a partir de 1990. Las perspectivas sociales e individuales [tesis]. La Habana: CEDEM; 2006.
- 51 García CT, Ledón L. Sexualidad y adolescencia: construcciones de género y barrera para el uso del condón. En: Álvarez L, Cabrera A, Sanabria G, compiladoras. Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes cubanos. La Habana: Casa Editora Abril; 2009. p. 101
- 52 Peláez MJ. Métodos anticonceptivos y adolescencia. Ginecología pediátrica y el adolescente. Temas para el Médico de Familia. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2007.
- 53 Díaz G. Empoderamiento una propuesta para las intervenciones de salud de los adolescentes En: Álvarez L, Rodríguez A, Sanabria G, compiladoras. Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes cubanos. La Habana: Casa Editora Abril; 2009. p. 27.
- 54 Álvarez L, Rodríguez A, Salomón N. Investigaciones en salud Sexual y Reproductiva, En: Álvarez L, Rodríguez A, coordinadoras. La Investigación en Salud Sexual y Reproductiva. Propuestas metodológicas y experiencias. La Habana: Publicaciones Azucareras; 2004. p. 19-26.
- 55 Dra. Norma Doblado Donis. Hospital Docente Ginecoobstétrico Dr. Julio R. Alfonso Medina. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: normadoblado.mtz@infomed.sld.cu. 2012.
- 56 Finer LB, Frohvirt LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM. Reason U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. Perspect Sex ReprodHealth. 2005;37(3):110-18.
- 57 Rodríguez Cabrera A, Álvarez Vásquez L. Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. Rev Cubana Salud Pública. 2006;32 (1):23-7.
- 58 Espinosa H. El embarazo no deseado y aborto inseguro, dos problemas de salud persistentes en América Latina. Rev Panamericana de Salud Pública. 2002;11(3):148-50.

## **ANEXO I**

### **Consentimiento informado.**

Yo \_\_\_\_\_, entiendo que se me solicita, tomar parte en un estudio sobre los aspectos relacionados con el aborto provocado en la adolescencia. Reconozco que, con la información obtenida de esta investigación se obtendrán resultados que orienten a la Salud Pública en el diseño de programas y proyectos de intervención familiar, escolar y comunitaria que le permita a la población adolescente favorecer su salud sexual y reproductiva.

Estoy de acuerdo en participar en el presente estudio, además, responderé a las preguntas que se me realicen en la encuesta. Estoy segura que sólo el investigador y el estadístico tendrán acceso a los datos obtenidos en la encuesta. Es voluntaria mi participación y no me ha influido en la decisión el criterio de los profesionales a cargo de la misma; comprendo que todos los descubrimientos de esta investigación pueden ser publicados.

He leído y entiendo este consentimiento informado y todas mis preguntas han sido aclaradas, por lo que estoy de acuerdo en participar en dicho estudio.

\_\_\_\_\_

Firma de la participante

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del investigador

Fecha

-----

Firma del padre o tutor

## ANEXO II

### Cuestionario

(Preguntas no evaluables)

- ✓ Edad-----
- ✓ Escolaridad-----
- ✓ Antecedentes de abortos ---- si ----- no
- ✓ Estado civil

- Casada-----
- Soltera -----
- Acompañada -----
- Viuda -----

Divorciada ----

6 – Marque con una x con quien o quienes vives en casa:

---- Madre

---- Padre

---- Ambos progenitores.

- ✓ Hábitos tóxicos

----- café

----- tabaco

----- drogas

----- alcohol

- ✓ Antecedentes de abortos ----si ----- no
- ✓ Edad en el momento del aborto -----
- ✓ Edad de inicio de la primera relación sexual -----
- ✓ Cantidad de compañeros sexuales:

-----1

----- 2

----- 3 o más

✓ Donde adquieren los conocimientos sobre la sexualidad

- Padres -----
- Escuelas -----
- Médico de la familia-----
- Otro personal de la salud -----
- Medios de comunicación -----

✓ Qué tipo de aborto le fue realizado?

----- Quirúrgico

----- Medicamentoso

✓ Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual

----- SI

-----NO

✓ Marque con una x cual estabas usando en el momento de la primera relación sexual.

---- T .cobre

---- Preservativo o condón

---- Tabletetas

----- Anillos

----- Multiload

----- Asa

----- Vacunas

----- Implantes hormonales

----- Método del ritmo

----- Ninguno

✓ Quien tomó la decisión de abortar?.

----- Madre

----- Padre

----- Adolescente

----- Pareja

✓ Qué opinas sobre el aborto? Marque con una x:

----- Es un método anticonceptivo

----- No es un método anticonceptivo.

✓ Has tenido alguna complicación a corto o mediano plazo producto del aborto

----- si

----- no

¿Asistes a la consulta de planificación familiar?

Si----- No-----

-En caso de que asista diga por qué?

¿Conoces la importancia de la prevención del embarazo en la adolescencia?

Si----- No-----

### **ANEXO III**

#### **PREGUNTAS EVALUABLES.**

1-¿Consideras el aborto un método anticonceptivo?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

- a) Explique en breves palabras ya sea afirmativo o negativo.
- b) Qué es el aborto?

2-Marca con una x los métodos anticonceptivos correctos.

- T. cobre
- Preservativo o condón
- Tabletas
- Aborto
- Anillo
- Multiload
- Asa
- Métodos del ritmo.
- Ninguno
- Esterilización femenina

3 – Conoces la importancia del uso de los métodos anticonceptivos?

- Si
- No

- a) Explique su importancia.

4-Cuál consideras que protege de enfermedades de transmisión sexual?

- T. cobre
- Preservativo o condón
- Tabletas
- Aborto
- Anillo
- Multiload
- Asa
- Métodos del ritmo.

---- Ninguno

---- Esterilización femenina

5-¿Sabes cuáles son las consecuencias de las relaciones sexuales desprotegidas?

a) Mencionalas

6 -¿Conoces cuáles son las complicaciones del aborto? :

Si ----- no-----

a) De las complicaciones que aquí se citan marca V o F según correspondan.

---- perforación uterina

---- infección

---- traumas del cérvix

----laceración

---- peritonitis

----endometritis

----hemorragias

----absceso pélvico

----esterilidad

----inflamación de la pelvis

---- tromboembolismo

7-¿Cuáles son las consecuencias o secuelas de un aborto?

a) Mencione alguna de ellas.

8-¿Lograste aumentar tus conocimientos sobre las complicaciones y sus posibles impactos en la familia, en la esfera social, psicológica y biológica del aborto en la adolescencia?

Si----- No-----

a) Demuestre en un breve párrafo tus conocimientos acerca del aborto.





#### **ANEXO IV**

**La encuesta fue evaluada según la siguiente clave:**

<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta correcta</b>	<b>Puntos</b>
1	Explicar correctamente Es la interrupción del embarazo antes de las 20-22 semanas.	5 pts 5 pts
2	Marcar todos menos : .ninguno y aborto.	-10 pts
3	Sirven para prevenir enfermedades de transmisión sexual y evitar embarazos no deseados.	-10 pts
4	Marcar ---- preservativo o condón	- 10 pts
5	Embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.	-10 pts
6	Marcar todas 11 Marca 8 Marca 6 Marca 4 Marca 2 Marca 0	-10 pts 8 puntos 6 pts 4 pts 2 pts 0 pts
7	Discutibles según respuestas	20pts
8	. Discutibles según respuestas	20 pts

## **ANEXO IV:**

**Programa educativo:** Por una sexualidad responsable y llena de vida.

### **Actividad uno:**

Tema: Presentación del tema, explicación sobre aspectos generales de la intervención.

Objetivos: Presentación de los pacientes y los expositores, precisar aspectos generales de la intervención.

Modalidad: Charla de presentación del proceso de intervención.

Materiales usados: Humanos, pizarra, Tiza.

Lugar: Biblioteca del policlínico.

Duración: 1 hora

Responsable: Autor del trabajo.

### **Actividad dos:**

Tema: Aborto, evolución histórica, diversos conceptos.

Objetivos: Que el paciente conozca como ha evolucionado a través de la historia las técnicas del aborto.

Modalidad: Conferencia.

Materiales usados: Pancartas, Pizarra, Tizas, Computadora.

Lugar: Biblioteca del policlínico.

Duración: 1 hora

Responsable: Autor del trabajo.

**Actividad tres:**

Tema: Riesgos biológicos, psicológicos y socioeconómicos del aborto en la adolescencia.

Objetivos: Exponer los riesgos biológicos, psicológicos y socioeconómicos del embarazo en la adolescencia.

Modalidad: Conferencia participativa.

Materiales usados: Pancartas, Pizarra, Tiza.

Lugar: Biblioteca del policlínico.

Duración: 1 hora

Responsable: Autor del trabajo.

**Actividad cuatro:**

Tema: Causas que conllevan a un aborto.

Objetivos: Que los adolescentes conozcan cuales son las principales causas de un aborto a su edad.

Modalidad: Taller.

Materiales usados: Papel, Lápiz, Pancartas.

Lugar: Biblioteca del policlínico.

Duración: 1 hora

Responsable: Autor del trabajo.

**Actividad cinco:**

Tema: Métodos Anticonceptivos. Clasificación .Ventajas y desventajas.

Objetivos: Detallar los métodos anticonceptivos a utilizar por los adolescentes para evitar un embarazo.

Modalidad: Conferencia participativa.

Materiales usados: Papel, Lápiz y Pancartas.

Lugar: Biblioteca del policlínico.

Duración: 1 hora

Responsable: Autor del trabajo.

**Actividad seis:**

Tema: Importancia sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Objetivos: Que los adolescentes conozcan el papel de los métodos anticonceptivos en la prevención de embarazos y por consiguiente del aborto.

Modalidad: Conferencia

Materiales usados: Pizarra, Tiza.

Lugar: Biblioteca del policlínico.

Duración: 1 hora

Responsable: Autor del trabajo.

**Actividad siete:**

Tema: Complicaciones del aborto.

Objetivos: Que el paciente conozca las complicaciones del aborto.

Modalidad: Conferencia participativa.

Materiales usados: Pancartas, Pizarra, Tizas.

Lugar: Biblioteca del policlínico.

Duración: 1 hora

Responsable: Autor del trabajo.

**Actividad ocho:**

Tema: Consulta de planificación familiar. Objetivos.

Objetivos: Lograr que los adolescentes conozcan que es la consulta de planificación familiar, sus objetivos, importancia y que asistan a la misma para el uso de métodos anticonceptivos correctos.

Modalidad: Conferencia.

Materiales usados: Pizarra, Tiza.

Lugar: Biblioteca del policlínico.

Duración: 1 hora

Responsable: Autor del trabajo.