

El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente

Pregnancy and its complications in adolescent mothers

MSc. Gilberto Enrique Menéndez Guerrero¹, MSc. Inocencia Navas Cabrera¹,
MSc. Yusleidy Hidalgo Rodríguez¹ MSc. José Espert Castellanos¹

¹ Policlínico "Arturo Puig Ruiz de Villa". Minas. Camagüey, Cuba.

¹ Dirección Municipal de Salud, Minas. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Introducción: el embarazo en adolescentes puede tener consecuencias adversas para la salud.

Objetivo: disminuir la incidencia del embarazo y sus riesgos en adolescentes.

Métodos: se realizó un estudio de intervención educativa para modificar los criterios sobre el embarazo y sus riesgos en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico "Arturo Puig Ruiz de Villa", municipio Minas, Camagüey, durante el período de enero de 2009 a enero de 2010. El universo estuvo constituido por 72 embarazadas, se realizó un muestreo probabilístico al azar simple, la muestra quedó conformada por 32 embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión, se aplicó un cuestionario creado al efecto, según literatura revisada, este se convirtió en el registro primario de la información e incluyó variables como: concepto de adolescencia, edad de las primeras relaciones sexuales, conocimiento de métodos anticonceptivos, motivos por los que continuaron con el embarazo y complicaciones fundamentales en la adolescente embarazada.

Resultados: el 56,2 % desconocía conceptualmente el embarazo en la adolescencia, esto mejoró notablemente después de aplicado el programa, persistió solo el 12,5 % con este criterio, el 31,2 % manifestó que la primera relación sexual debe ser al cumplir los 14 años o tener la primera menstruación. El 59,3 % conocía los dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo, el 68,7 % continuó el embarazo oculto por temor a los padres, el 31,2 % señaló como complicación fundamental la cesárea y los desgarros del tracto vaginal. Una vez finalizado el programa el 87,5 % expresó respuestas correctas.

Conclusiones: se lograron transformaciones positivas en el conocimiento de cada uno de los temas impartidos.

Palabras clave: embarazo, adolescencia, riesgos.

ABSTRACT

Introduction: adolescent pregnancy can have adverse health consequences.

Objective: to reduce the incidence of pregnancy and its risks in adolescents.

Method: a study of educational intervention was carried out to modify the criteria on pregnancy and its risks for pregnant adolescents, who were assisted at the Polyclinic Arturo Ruiz de Villa Puig, Minas municipality, Camagüey, from January 2009 to January 2010. The sample consisted of 72 pregnant women. A simple random probability sampling was conducted. The final sample consisted of 32 pregnant women who met the inclusion criteria. A questionnaire was created for this purpose, according to the literature reviewed; it became the parent record of information and it included variables such as: concept of adolescence, age of first sexual intercourse, knowledge of contraceptive of methods, reasons for continuing pregnancy, and fundamental complications in pregnant adolescents,

Results: 56.2 % conceptually unknown teenage pregnancy. This situation improved significantly after applying the program, only 12.5 % persisted with this criterion, 31.2 % said that the first sexual intercourse must be at age 14 or at the first menstrual period. 59.3 % knew about IUDs as a contraceptive method, 68.7 % continued the hidden pregnancy due to fear of their parents, 31.2% identified as critical complication caesarean section and tear of the vaginal tract. After the program, 87.5 % said right answers.

Conclusions: positive changes were achieved in the knowledge of each of the topics covered

Key words: pregnancy, adolescence, risks.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.^{1,2}

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.³

La edad media del periodo de la menarquía (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquía ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende

por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales. Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse, *a priori*, a una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social.⁴

La atención obstétrica a la embarazada adolescente más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia. Por lo general acarrea serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la adolescente embarazada. De tal modo los cuidados prenatales están determinados por factores como: el estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo haciendo énfasis en el estado nutricional, mayor riesgo de anemia, toxemia, diabetes parto distócico, hemorragias, recién nacido bajo peso, y enfermedades genéticas sin dejar de mencionar las alteraciones psicosociales y crisis familiares no transitorias por desorganización.^{5,6}

La OMS y la ONU informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado. Las adolescentes son, además, las primeras víctimas de las enfermedades sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año, al tiempo que en los países en desarrollo, entre 1 y 2/3 de las jóvenes reciben menos de 7 años de educación escolar.^{7,8}

Según la organización *Save the Children* cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90 % (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10 % (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas. La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana. En Níger, por ejemplo, el 87 % de las mujeres encuestadas estaban casadas y el 53 % había parido antes de los 18 años.⁹

En países considerados en vías de desarrollo o subdesarrollados y en particular en ciertas culturas, el embarazo adolescente se produce generalmente dentro del matrimonio y no implica un estigma social. La percepción social del embarazo adolescente varía de unas sociedades a otras e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo.¹⁰

En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con la tasas de las ciudades.^{11,12}

En las adolescentes más del 80 % de los embarazos no son deseados. Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos. El 23 % de las mujeres jóvenes sexualmente

activas admitió haber tenido relaciones sexuales sin protección, mientras que el 70 % de las adolescentes manifestaron que les daba vergüenza comprar preservativos o cualquier otro anticonceptivo y también solicitar información a un médico.¹³

Esta temática se ha convertido en un problema de salud de todo el mundo debido a la alta incidencia de este fenómeno y la elevada morbimortalidad que trae en esta etapa de la vida, lo que constituyó la motivación para la realización de este proyecto de intervención.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención educativa para modificar los criterios sobre el embarazo precoz y sus riesgos en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico Comunitario Docente "Arturo Puig Ruiz de Villa", municipio Minas, provincia Camagüey, durante el período de enero de 2009 a enero de 2010.

De un universo de 72 adolescentes embarazadas, se seleccionó una muestra de 32 embarazadas, se aplicó un muestreo probabilístico al azar simple. Para la obtención de los datos se confeccionó un cuestionario creado al efecto, teniendo en cuenta la literatura revisada y criterios de expertos, que una vez llenado, se convirtió en el registro primario de la información. A las adolescentes embarazadas que de forma voluntaria y con su consentimiento informado desearon participar en el estudio se les consideró para su inclusión

El estudio tuvo tres etapas: diagnóstica, intervención y evaluación:

Etapa diagnóstica

Se explicaron las características del estudio a las adolescentes embarazadas con el objetivo de motivarlas con el tema. Se confeccionó un cuestionario que fue validado mediante su aplicación a un grupo piloto de 20 adolescentes embarazadas anónimas de una comunidad no participante en el estudio, pero con características comparables a la de la población investigada, se perfeccionó el cuestionario en varios aspectos, fundamentalmente en cuanto a la redacción de las preguntas. Esta última versión fue aplicada a las adolescentes embarazadas que conformaron la muestra de estudio, en un tiempo de una hora en presencia del investigador, que aclaró las dudas de las embarazadas en relación con el cuestionario. Todo esto permitió realizar el estudio diagnóstico teniendo en cuenta las variables utilizadas.

Etapa de intervención

La segunda etapa correspondió a la elaboración de la respuesta educativa de intervención, incorporando los resultados del cuestionario sobre los conocimientos acerca del embarazo precoz y sus riesgos, se elaboraron 6 módulos de capacitación que incluyeron técnicas participativas (juegos didácticos) con una hora de duración con cada grupo y una frecuencia semanal, por un periodo de 3 meses: los módulos fueron elaborados a partir de los desconocimientos detectados en el sondeo inicial. Las 32 adolescentes embarazadas seleccionadas participaron bajo la tutoría de los investigadores. Se escogió el Hogar Materno como lugar para dichos encuentros, en el horario de la mañana. La muestra se dividió en dos grupos de 16 adolescentes cada uno, se logró un mejor trabajo por tratarse de grupos pequeños, en los que se pudo trabajar de forma más directa.

Etapa de evaluación

En la tercera etapa, se aplicó por 2da. vez el cuestionario, el procedimiento de aplicación fue igual al del primer cuestionario. El intervalo de aplicación del cuestionario sobre conocimientos acerca del embarazo precoz y sus riesgos, inicial y final fue de tres meses. Esta fase correspondió a la evaluación del aprendizaje.

En el programa de capacitación fueron insertados los siguientes temas:

- Definición de embarazo en la adolescencia.
- Primeras relaciones sexuales.
- Métodos anticonceptivos.
- Motivación para continuar el embarazo una vez diagnosticado.
- Complicaciones fundamentales del embarazo en la adolescencia.

RESULTADOS

En cuanto al nivel de información inicial y el logrado respecto a la definición del embarazo en la adolescencia (tabla 1), se observó que había desconocimiento sobre el tema, pues un 56,2 %, respondió de forma incorrecta la pregunta. La capacitación permitió desarrollar aprendizaje significativo sobre el tema, se logró elevar después de la intervención, el nivel de conocimiento a un 87,5 %.

Tabla 1. Conocimientos acerca de la definición de embarazo en la adolescencia antes y después de la aplicación del Programa Educativo

Definición de embarazo en la adolescencia	Antes (n= 32)		Después (n= 32)	
	No.	%	No.	%
Es aquella gestación que ocurre en mujeres desde la menarquia hasta los 19 años de edad	9	28,1	28	87,5
La pubertad es la época de la vida en que ocurre la transición de niña a adulta	5	15,6	-	-
Es aquella gestación que ocurre cuando la adolescente mantiene una dependencia económica total	18	56,2	4	12,5

En la tabla 2 de las edades presentadas para iniciar las relaciones sexuales solo el 31,2 % de las respuestas fueron acertadas, por lo que en el proyecto de intervención se enfatizó en este tema, con lo cual se logró que las adolescentes elevaran su nivel de conocimientos y con posterioridad respondieran afirmativamente a la respuesta correcta un 59,3 % y 40,6 % respectivamente, al aplicarse la encuesta en la segunda oportunidad.

Tabla 2. Conocimientos acerca de la edad de comienzo de las primeras relaciones sexuales entre adolescentes embarazadas antes y después de la aplicación del Programa Educativo

Edad de comienzo de las primeras relaciones sexuales	Antes (n= 32)		Después (n= 32)	
	No.	%	No.	%
La edad para iniciar las primeras relaciones sexuales es a los 12 años.	3	9,3	-	-
La joven alcanza su madurez reproductiva después de los 16 años, por lo que se considera que se debe comenzar las relaciones sexuales en esta etapa.	6	18,7	13	40,6
Comienzo de las relaciones sexuales después de los 18 años de edad.	3	9,3	19	59,3
Las relaciones sexuales se deben iniciar a los 14 años.	10	31,2	-	-
Cuando la muchacha menstrúa por vez primera debe comenzar las relaciones sexuales.	10	31,2	-	-

En la tabla 3 se puede observar que de los 6 métodos anticonceptivos presentados a las embarazadas, tuvieron dificultad en identificar el coito interrupto y el método del ritmo, lo que se evidenció con el resultado de la encuesta inicial donde solo un 59,3 % conocía los dispositivos intrauterinos como modo de evitar el embarazo, todo lo cual coincide con la bibliografía consultada, donde uno de los problemas que con mayor frecuencia se observa son las relaciones sexuales precoces sin protección anticonceptiva, lo cual obligó a profundizar durante la aplicación del Programa Educativo y elevar el conocimiento de estos métodos en un 87,5 % para el uso de preservativo, un 81,2 % para la utilización de tabletas, lo que se patentizó en los resultados de la encuesta final.

Tabla 3. Conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos entre adolescentes embarazadas antes y después de la aplicación del Programa Educativo

Métodos anticonceptivos	Antes (n=32)		Después (n=32)	
	No.	%	No.	%
Tabletas	6	18,7	26	81,2
Dispositivos intrauterinos	19	59,3	15	46,8
Inyectables	2	6,2	9	28,1
Coito interrupto	-	-	8	25
Preservativos	5	15,6	32	100
Método del ritmo	-	-	28	87,5

De las múltiples causas representadas predominó el diagnóstico tardío del embarazo por desconocimiento de los síntomas en un 87,5 %, el embarazo oculto por temor a los padres en un 68,7 % y el temor a la interrupción en un 56,2 %, lo cual se modificó después de la intervención partiendo de sus propias vivencias, que llevó a la reflexión y a la adquisición de nuevos conocimientos, lo que se reflejó en el resultado final al alcanzarse un 87,5 % de que el embarazo debe ser deseado por la pareja (tabla 4).

Tabla 4. Conocimientos acerca de los motivos por los cuales las adolescentes continuaron con su embarazo antes y después de la aplicación del Programa Educativo

Motivos para continuar con el embarazo	Antes (n= 32)		Después (n= 32)	
	No.	%	No.	%
Diagnóstico tardío del embarazo por desconocimiento de los síntomas.	28	87,5	-	-
Deseado por la pareja.	2	6,2	28	87,5
Por temor a la interrupción del embarazo.	18	56,2	4	12,5
Por decisión de la madre.	9	28,1	3	9,3
Embarazo oculto por temor a los padres.	22	68,7	3	9,3
Su esposo desea tener un hijo.	15	46,8	5	15,6
Decisión de la familia.	10	31,2	5	15,6

En la tabla 5 se muestra el conocimiento sobre las complicaciones del embarazo en la adolescencia, inicialmente el mayor número hizo referencia a la cesárea y desgarro del tracto vaginal en un 31,2 % respectivamente, y solo una minoría de ellas señalaron la rotura prematura de membranas y el parto pretérmino como complicaciones, representaron el 21,8 y 18,7 % respectivamente. Después del programa aumentó considerablemente su conocimiento ya que fueron capaces de señalar complicaciones que desconocían al inicio.

Tabla 5. Conocimientos acerca de las complicaciones del embarazo en la adolescencia entre adolescentes antes y después de la aplicación del Programa Educativo

Complicaciones	Antes (n= 32)		Después (n= 32)	
	No.	%	No.	%
Aborto	5	15,6	28	87,5
Anemia	2	6,2	26	81,2
Infecciones urinarias	-	-	27	84,3
Cuadros hipertensivos	-	-	32	100
Hemorragias asociadas a patologías placentarias	-	-	28	87,5
Escasa ganancia de peso con malnutrición asociada	3	9,3	32	100
Parto pretérmino	6	18,7	32	100
Cesáreas	10	31,2	32	100
Desgarro del tracto vaginal	10	31,2	29	90,6
Rotura prematura de membrana	7	21,8	28	87,5

Al realizar una evaluación cualitativa del Programa Educativo, antes y después de su aplicación (tabla 6) se observó que un 31,3 % de adolescentes embarazadas tenían conocimiento sobre estos temas al inicio de la encuesta, porcentaje que se pudo elevar después de aplicado el Programa Educativo al alcanzarse un 87,5 %, se logró que un 56,2 % de adolescentes embarazadas aumentaran sus conocimientos acerca de estos temas, que reafirma la eficacia de este tipo de programa y la necesidad de su implementación, para lograr reducir su incidencia, lo que coincide con trabajos realizados en Cuba y otros países del mundo, donde se refleja que existirá una disminución de la morbilidad en la madre adolescente cuanto más se logre elevar el conocimiento acerca del embarazo precoz y sus riesgos.

Tabla 6. Evaluación cualitativa de la encuesta antes y después de la aplicación del Programa Educativo

Evaluación cualitativa	Antes (n= 32)		Después (n= 32)	
	No.	%	No.	%
Correcta	10	31,3	28	87,5
Incorrecta	22	68,7	4	12,5
Total	32	100	32	100

DISCUSIÓN

Resultados similares a los arrojados en la tabla 1 se recogieron por otros autores en estudios realizados donde las pacientes tenían un bajo nivel de conocimiento al respecto. Es por ello que es necesario enfatizar en la educación sexual en los adolescentes y su familia.¹⁴

El conocimiento por parte de las adolescentes sobre la edad de comienzo de las primeras relaciones sexuales es de gran importancia porque cuando la iniciación y el descubrimiento sexual es prematuro y apresurado, quemando etapas, ya sea por una preparación insuficiente u otros motivos, como presiones externas a la pareja, de los amigos, o simplemente por curiosidad, esto suele traerles serias consecuencias en su desarrollo psicosexual, que se traduce en embarazos, matrimonios precoces, abortos o disfunciones sexuales entre las más frecuentes, esto coincide con otros estudios realizados.¹⁵

Los resultados de algunos estudios sobrepasan la cifra de preferencia reportada en los últimos años para el uso de los métodos modernos en comparación con los naturales, de ellos el método del ritmo requiere gran conocimiento del ciclo menstrual y una correcta interpretación de los resultados por lo cual se utiliza por un porcentaje reducido de mujeres. *Garrido* y otros plantean que los dispositivos intrauterinos (DIU) son los métodos anticonceptivos más difundidos en el mundo seguido de las píldoras.¹⁶

Los sistemas de prevención de embarazo en la adolescencia vigentes en Holanda han servido de modelo para muchos países europeos y lo son para otros muchos. En los estudios obligatorios y especificados en los programas y planes de estudios se incluyen valores, actitudes, habilidades de comunicación y negociación, así como los aspectos biológicos de la reproducción. Los medios de comunicación han alentado el diálogo abierto y claro sobre las relaciones sexuales y el sistema de salud garantiza el acceso a los métodos anticonceptivos, así como la absoluta confidencialidad.¹⁷

Los motivos por los cuales las adolescentes, decidieron continuar con su embarazo fue otro indicador importante evaluado (tabla 4). Al inicio de esta etapa la adolescente se encuentra bajo la autoridad y el control absoluto de los mayores, minada de angustias, conflictos y contradicciones generadas por la incomprensión y el mal manejo de las personas encargadas de su educación, sumado a que existen tabúes, temores, e inseguridades que los conducen a imponer regulaciones represivas a los adolescentes, convirtiéndose en un freno que ocasiona trastornos en su desarrollo.¹⁸

Los riesgos médicos asociados al embarazo en madres adolescentes, determinan una elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20 y 29 años, recogida en la bibliografía consultada. Las patologías maternas, perinatales y de recién nacidos son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquia, menores de 15 años.¹⁹

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, entre las que podemos citar la toxemia, la eclampsia y las anemias. Son más proclives también a los partos pretérminos, que pueden llevar incluso a la muerte, o a recién nacidos de bajo peso, prematuridad, traumas obstétricos y un riesgo elevado de muerte prenatal en el transcurso del primer año de vida. Además, en la embarazada adolescente se suma el riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra.²⁰

Se concluye que se lograron transformaciones positivas en el conocimiento de cada uno de los temas impartidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Rigual M. Mesa redonda: Adolescencia. Necesidad de creación de unidades de adolescencia. An Pediatr. 2003;58:104-6.
2. Salud reproductiva de las adolescentes. MMWR [en línea]. 2005 [acceso 14 May 2006]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3822281>
3. Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Mortality. Obstet Gynecol. 1987; march:333-7.
4. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina. 2001 Agosto;107:11-23.
5. Álvarez Sintés. Medicina General Integral. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 250.
6. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Obstetrics-Normal and Problem Pregnancies. 5ta. ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2007. Disponible en: <http://www.amazon.com/Obstetrics-Pregnancies-Sтивен-G-Gabbe/dp/0443065721>
7. Organización Panamericana de la Salud. Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones. Cuaderno Técnico No. 12. Washington: OPS; 1998.
8. Bernal Martínez S, Olivares Valencia C. Embarazo en la adolescencia. México: Nueva Síntesis; 2001.
9. Kumbi S, Isehak A. Obstetris outcome of teenage pregnancy in northwestern Ethiopia. East Afr Med J. 2007;76(3):138-40.
10. Makinson C. The health consequences of teenage fertility. Fam Plann Perspect; 1985;17(3):1329.

11. Harrison KA. African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive. 1997. Published by: Women's Health and Action Research Centre (WHARC). [consultado Enero 2010]; 1(1): 7-13. Available from: <http://www.jstor.org/stable/3583270>
12. Mehta S, Groenen R, Roque F. United Nations Social and Economic Commission for Asia and the Pacific. Adolescents in Changing Times: Issues and Perspectives for Adolescent Reproductive Health in The ESCAP Region. 1998 [consultado Enero 2010]. Available from: <http://www.unescap.org>
13. Speidel J, Harper CC, Shields WC. The Potential of Long-acting Reversible Contraception to Decrease Unintended Pregnancy. Contraception; 2008. Disponible en: <http://www.arhp.org/publications-and-resources/contraception-journal/september-2008>
14. Escobedo E, Fleites U, Velásquez L. Embarazo en adolescentes: seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida. Bol Med Hosp Inf Méx. 2000;52:415-9.
15. González Galván H. El embarazo adolescente. Un fenómeno de gran magnitud en Cuba. Sexología y Sociedad. 2000;6(15):22-6.
16. Garrido Rodríguez L. Planificación familiar y contracepción. En: Álvarez Síntes. Temas de Medicina General Integral. 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2001; p. 256-257.
17. Valk G. The mass media are an important context for adolescents' sexual behavior. Journal of Adolescent Health. 2000;38:186-92.
18. Peláez Mendoza J, Salomón Avich N, Machado H, Rodríguez O, Vanegas R. Salud Sexual y Reproductiva. En: Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia. La Habana: MINSAP; 1999. p. 182-253.
19. Laffita Batista A, Ariosa JM, Cutié Sánchez JR. Adolescencia e interrupciones de embarazos. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2004;30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000100004&lng=es&nrm=iso&tIng=es
20. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales J, Saavedra MD, Bardales E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2002;28(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200004&lng=es&nrm=iso&tIng=es

Recibido: 2 de febrero de 2012.

Aprobado: 17 de febrero de 2012.

Gilberto Enrique Menéndez Guerrero. Policlínico "Arturo Puig Ruiz de Villa". Ingreso No. 10 entre Aguilera y Gómez Toro, Minas. Camagüey, Cuba. Correo electrónico: gilber@finlay.cmw.sld.cu