



ADOLESCENTES E INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

***Un estudio sobre sus experiencias en servicios públicos de salud
en Montevideo, Uruguay***

Tesis para optar por el título de Magíster en Psicología Social

Maestranda: Lic. en Psicología María Luisa Ituarte

Directora de Tesis: Prof. Tit. Dra. Alejandra López Gómez

Setiembre de 2018

Montevideo, Uruguay

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por apoyarme y acompañarme en toda mi vida y en la elección de mi profesión que actualmente ejerzo con felicidad y orgullo, en especial en la maestría y en la escritura de esta tesis.

A Federico, por acompañarme y apoyarme siempre. Por darme una palabra de aliento en el momento justo para poder seguir adelante y estar conmigo en todo momento.

A Carolina, una gran compañera que desde el comienzo de la maestría me brindó ayuda, apoyo, solidaridad y generosidad.

A Graciela, compañera y amiga que me regaló esta maestría, quien siempre estuvo presente para alentarme y apoyarme en todo este camino que recorrimos juntas.

Alejandra, directora de la tesis, quién me alentó y confió en mí para que el Trabajo Final de Grado llegara a transformarse en lo que es hoy esta tesis de maestría. Gracias por tu enorme sabiduría, generosidad y apoyo constante.

A la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) por valorar positivamente el proyecto y brindarme su apoyo a través de la Beca de Posgrado Nacional, fundamental para el desarrollo y culminación de la maestría.

Gracias a todos y todas que de distintas maneras me ayudaron y fueron parte de éste camino recorrido.

RESUMEN

La tesis tuvo como principal objetivo analizar las experiencias subjetivas de las adolescentes que decidieron abortar en el marco de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Montevideo, Uruguay, desde las perspectivas de las propias adolescentes. Los objetivos específicos fueron identificar y analizar los recursos afectivos y cognitivos que las adolescentes han utilizado para dirimir la situación frente a un embarazo no intencional; conocer los motivos de las adolescentes para interrumpir el embarazo; identificar y analizar los recursos de apoyo social que tuvieron para transitar por la experiencia del aborto y qué papel jugaron y, finalmente, explorar acerca del papel del servicio de salud y la percepción de la calidad de atención recibida.

Para ello se diseñó una investigación exploratoria y descriptiva basada en una metodología cualitativa. Se utilizó la entrevista en profundidad de tipo semiestructurada como técnica principal para la recolección de la información. El universo de estudio incluyó a adolescentes montevidéanas comprendidas entre las edades de 17 y 19 años, que hubieran vivido la experiencia personal del aborto voluntario en un contexto de legalidad de la práctica en el Sistema Nacional Integrado de Salud en los últimos 12 meses.

En términos de enfoque teórico-metodológico, la construcción del objeto de estudio y su tratamiento empírico se nutrió de los aportes del feminismo al campo de la salud, en particular mediante el análisis de la experiencia subjetiva de las adolescentes, de tradición fenomenológica. Se incluyeron los desarrollos sobre adolescencia, decisiones y derechos sexuales y reproductivos que se nutren de distintas teorías sociales y psicosociales y su relación con la dimensión subjetiva en salud que proviene de los aportes de la Psicología de la Salud.

El aborto puede ser considerado un proceso, con momentos diferenciados: antes, durante y después. Ello permite una aproximación analítica a cómo las adolescentes han vivido el proceso del aborto. El conocimiento generado permitió describir y analizar los significados, percepciones y emociones de las adolescentes con relación a sus experiencias. Se pudo observar que ante la constatación del embarazo la mayoría de las adolescentes manifestaron sentimientos y reacciones negativas ya que fueron eventos no esperados.

Los principales motivos para interrumpir el embarazo fueron la edad temprana, la imposibilidad económica, la continuidad en los estudios, el no sentirse preparadas

emocional y psicológicamente para tener un hijo, y el embarazo producto de una relación de pareja reciente o no estable.

Las adolescentes manifestaron tomar la decisión de abortar antes de haber concurrido al centro de salud. Los cinco días de espera luego de la segunda consulta con el equipo interdisciplinario que mandata la ley vigente sobre interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay fueron considerados innecesarios por parte de las adolescentes, en la medida que la consulta no incidió en su decisión. Según ellas, estos cinco días podrían evitarse, ya que fueron fuente de angustia y ansiedad, al ser un tiempo innecesario de demora en la concreción del “alivio” que produce terminar el proceso lo antes posible. A pesar que gran parte de las adolescentes manifiestan que fue una decisión tomada de manera autónoma, se observó la influencia de las madres y las parejas. A su vez, se destaca el papel positivo de la existencia de un marco legal que habilita servicios de aborto voluntario.

La mayoría de las adolescentes consideró el aborto como una experiencia desagradable, y resaltaron la importancia de haber estado acompañadas en ese momento por su entorno más cercano. Se observó que el apoyo familiar (principalmente la madre) es un aspecto muy importante para transitar por la experiencia y amortiguar el temor a la sanción moral del resto de la sociedad. En general, las entrevistadas comparten un punto de vista favorable y una experiencia satisfactoria con respecto a la atención brindada en los servicios de salud.

Los resultados del estudio aportan al desarrollo de una agenda nacional y regional de investigación sobre comportamientos reproductivos, aborto y salud mediante el tratamiento específico de la realidad en las experiencias de las adolescentes, quienes por el ciclo vital que viven, presentan particularidades que merecen especial atención.

Palabras claves: aborto, mujeres adolescentes, experiencias

ABSTRACT

The main objective of the thesis was to analyze the subjective experiences of adolescents who decided to have an abortion within the framework of the Voluntary Interruption of Pregnancy (IVE) services in Montevideo, Uruguay, from the perspective of the adolescents themselves. Its specific objectives were to identify and analyze the affective and cognitive resources that adolescents have used to resolve the situation; to know the reasons for adolescents to have an abortion; to identify and analyze the social resources that they have to support the experience and the role that they play and, finally, to explore the role of the health service and the quality of care perceived by the adolescents.

To this end, an exploratory and descriptive research based on a qualitative methodology was designed. The in-depth semi-structured interview was used as the main technique for the data collection. The universe of study included adolescents from Montevideo, between the ages of 17 and 19 years old, who had personally experienced an abortion in the context of legality of that practice in the National Integrated Health System in the last 12 months. In terms of theoretical-methodological approach, the construction of the object of study and its empirical treatment was nourished by the contributions of feminism to the field of health, in particular through the analysis of the subjective experience of adolescents, of phenomenological tradition. Developments were included on adolescence, sexual and reproductive decisions and rights that are nourished by different social and psychosocial theories and their relationship with the subjective dimension in health that comes from the contributions of the Psychology of Health.

Abortion can be considered a process, with different moments: before, during and after. This allows an analytical approach to how the adolescent has experienced the abortion process. The knowledge generated allowed to describe and analyze the meanings, perceptions and emotions of the adolescents in relation to their abortion experiences. It was observed that when faced with the pregnancy, most of the adolescents expressed negative feelings and reactions as they were unexpected events. The main reasons for adolescents to interrupt their pregnancies were early age, economic impossibility, continuity in their studies, not feeling emotionally and psychologically prepared to have a child, and pregnancy resulting from a recent or non-stable relationship. . The adolescents said they decided to abort before going to the health center. The five days of waiting after the second consultation with the interdisciplinary team mandated by the current law on voluntary interruption of pregnancy in Uruguay were experienced, by adolescents, as unnecessary insofar as the consultation did not affect their decision. According to them, these five days could be avoided, insofar as they were a source of

anguish and anxiety. This situation was experienced as a delay in the realization of the "relief" that results from finishing the process as soon as possible. Although most of the adolescents state that it was a decision taken autonomously, the influence of mothers and couples was observed. At the same time, the positive role of the existence of a legal framework that enables voluntary abortion services is highlighted. The majority of the adolescents considered abortion as an unpleasant experience, and stressed the importance of having been accompanied at that time by their immediate surroundings. It was observed that the support of the family environment (mainly the mother) is a very important aspect to go through the experience and to cushion the fear of the moral sanction of the rest of society. In general, the interviewees shared a favorable point of view and a satisfactory experience with respect to the care provided in the health services. The results of the study contribute to the development of a national and regional research agenda about reproductive behaviours, abortion and health through the specific treatment of reality in the experiences of adolescents, who, due to the life cycle they live, have particularities that deserve special attention.

Keywords: abortion, teenagers, experiences

CONTENIDO

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS	8
LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO 1.	13
EL ABORTO EN ADOLESCENTES COMO OBJETO DE INVESTIGACIÓN	13
1.1 Las adolescentes frente a un embarazo no intencional	14
1.2. Las adolescentes y el aborto	21
1.3. La dimensión subjetiva en las decisiones reproductivas	24
1.3.1 La experiencia subjetiva	25
CAPÍTULO 2.	28
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y SU ABORDAJE METODOLÓGICO	28
2.2 Preguntas que orientaron la investigación	30
2.3 Objetivos de estudio	31
2.3.1 Objetivo general	31
2.3.2 Objetivos específicos	31
2.4 Tipo de investigación. Fundamentación de la opción metodológica	32
2.4.1 Diseño	33
2.4.2 Recolección de información	34
2.4.3 Aspectos éticos	35
2.4.4 La realización del trabajo de campo: vicisitudes y desafíos	36
CAPÍTULO 3.	41
RESULTADOS Y ANÁLISIS	41
3.1 EL MOMENTO PREVIO AL ABORTO: LA TOMA DE LA DECISIÓN	42
3.1.1 Las reacciones de las adolescentes frente al embarazo	43
3.1.2 Motivos para interrumpir el embarazo	48
3.1.3 Influencias a la hora de tomar la decisión	52
3.2 DURANTE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO: LA PRÁCTICA DEL ABORTO	60
3.2.1 Experiencias de las adolescentes	60
3.3 EL DESPUÉS DEL ABORTO	63
3.4 ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL SERVICIO DE SALUD	68
3.5 DISCUSIÓN	79
CONCLUSIONES	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

ANEXOS	104
Pauta de entrevista a adolescentes	104
Asentimiento informado	109

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

INAU: Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

RAP: Red de Atención del Primer Nivel

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

UdelaR: Universidad de la República

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Muestra definida para el estudio.

Tabla 2. Características de la población entrevistada.

Tabla 3. Datos de las adolescentes entrevistadas seleccionadas para la investigación.

Tabla 4. El momento previo al aborto: análisis de datos, dimensiones implicadas.

Tabla 5. Principales motivos (motivos porque y motivos para) para interrumpir el embarazo referidos por las adolescentes.

Tabla 6. Momento del aborto: análisis de datos, dimensiones implicadas.

Tabla 7. El momento después del aborto: análisis de datos, dimensiones implicadas.

Gráfico N° 1. Relación entre ley IVE, servicios de salud y experiencias de las adolescentes que abortan.

INTRODUCCIÓN

El aborto es el camino por el cual muchas mujeres han logrado resolver el conflicto que genera un embarazo no deseado, no esperado y/o no aceptado, a pesar de las restricciones legales, las creencias religiosas y los mandatos morales que han prevalecido en las distintas épocas y culturas.

Carril y López (2008), han afirmado que existe directa relación entre las restricciones legales, la clandestinidad y la construcción de las experiencias subjetivas, y que el contexto legal y social se impone como texto donde se procesan estas experiencias.

Si se trata de adolescentes, la decisión de interrumpir un embarazo toma características específicas producto del momento vital que viven. La adolescencia no es un etapa homogénea y la disponibilidad de recursos cognitivos, sociales y afectivos varían según la edad, las condiciones socio-económicas, educativas y familiares de las adolescentes.

La tesis estudia las experiencias subjetivas de las adolescentes que interrumpieron voluntariamente su embarazo en un contexto legal de la práctica en los servicios públicos de salud de Montevideo. Se desarrolló en un momento histórico de importantes cambios normativos en relación a la despenalización del aborto en Uruguay, producto de la lucha de largos años del movimiento feminista por el reconocimiento social de las mujeres como sujetos con derecho a decidir sobre su sexualidad y reproducción.

En nuestro país, el debate social y político sobre la despenalización del aborto comenzó principalmente a partir del año 1985 luego de la recuperación democrática, registrándose en cada legislatura un proyecto que intentó modificar la ley N° 9.763 de 1938 que tipificaba el aborto como delito en toda circunstancia (Abracinskas y López ,2007; Johnson et al, 2011). Durante muchos años, los servicios de salud no atendieron a mujeres en situación de aborto (salvo aquellas que eran hospitalizadas por complicaciones) hasta la aprobación de la normativa N° 369 de atención pre y post aborto (Ministerio de Salud, 2004). Como señalaron Carril y López (2008, 2010), si bien se asistía a mujeres en el post – aborto, las reacciones de los servicios y del personal que estaba a cargo de los casos eran muy variadas, pues no existían normativas sanitarias que orientadas en la práctica de los profesionales.

La aprobación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo – IVE (ley N° 18.987) en octubre del año 2012, colocó a nuestro país en uno de los pocos de América Latina y el Caribe en legalizar la práctica del aborto por sola voluntad de la mujer y en garantizar su

acceso en los servicios de salud. Esta ley fue reglamentada por el Ministerio de Salud (Decreto 375/012) y puesta en marcha en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a partir de enero de 2013. La ley busca favorecer la erradicación de las prácticas operadas en circuitos clandestinos e inseguros, permitiendo que se instale un nuevo escenario en la protección de los derechos y las decisiones reproductivas de las mujeres (López, 2014).

La ley amplía la exclusión de la pena del delito de aborto a toda mujer que lo practique en un prestador de salud del SNIS hasta –inclusive– las 12 semanas de gestación (o 14 semanas para el caso de violación) y que cumpla con los pasos establecidos en el texto legal. No se establece plazo para la interrupción cuando hay riesgo de vida o de salud para la mujer o malformación fetal incompatible con la vida extrauterina. Se define que la mujer debe transitar por tres instancias dentro del servicio de salud: una primer consulta médica manifestando su voluntad de abortar (denominado “IVE 1”), en ese momento la/el profesional debe habilitar la consulta de la usuaria para ese día o el inmediato siguiente, una segunda consulta con un equipo multidisciplinario integrado por profesionales de ginecología, trabajo social y psicología (“IVE 2”), luego de la cual la mujer está obligada a esperar cinco días con el objetivo de “reflexionar sobre la decisión”; una tercera consulta en la que se prescribe la medicación¹ o se realiza el procedimiento quirúrgico (“IVE 3”), en donde la mujer accede al aborto propiamente dicho en consulta con médico ginecólogo/a. La reglamentación dada por el Ministerio de Salud incluyó una cuarta consulta post IVE de control y asesoramiento en anticoncepción (“IVE 4”) (López et al, 2017). En su artículo 11, la ley habilita la objeción de conciencia para lo establecido en el inciso 5° del artículo 3°(IVE 3, el aborto propiamente dicho) y para lo establecido en el artículo 6° (aborto de salud de la mujer, malformaciones incompatibles con la vida extrauterina o violación). Los y las profesionales de la salud que realicen objeción de conciencia deben derivar a la usuaria a otro profesional no objetor, asegurando con ello la continuidad de la atención en salud. El fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo que tuvo lugar en el año 2014, a partir de un recurso interpuesto por médicos objetores, amplió la objeción de conciencia a todo el proceso y no sólo a IVE 3.

Por otra parte, en el artículo 7°, establece la forma en que se recabará el consentimiento de las adolescentes para realizar la interrupción voluntaria del embarazo. En los casos de mujeres menores de 18 años no habilitadas, el médico ginecólogo/a tratante recabará el consentimiento para realizar la interrupción del embarazo, de acuerdo a lo establecido en el

¹ La medicación que se dispone en todos los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud es el kit Mariprist (contiene un comprimido de mifepristona y cuatro de misoprostol).

artículo 11 bis de la ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 7° de la ley N° 18.426, de 1° de diciembre de 2008. Cuando por cualquier causa, se niegue el asentimiento o sea imposible obtenerlo de quien debe prestarlo, la adolescente podrá presentarse con los antecedentes producidos por el equipo médico actuante ante el Juez competente, quien resolverá si el consentimiento para la interrupción del embarazo ha sido expresado en forma espontánea, voluntaria y consciente. Ley 18.426 art 7: De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de las adolescentes.

Luego de la aprobación de la ley IVE, según el registro del Sistema Nacional de Información (SINAdI) del Ministerio de Salud, entre el período 2013-2016 se produjeron un total de 34.789 abortos voluntarios de los cuales 5.804 corresponden a mujeres entre 15 y 19 años. En el año 2013, estos representaron el 17% del total y en año 2016, el 16,4% (Ministerio de Salud Pública, 2016).

El estudio realizado tuvo como objetivos específicos identificar y analizar los recursos afectivos y cognitivos que las adolescentes han utilizado para dirimir la situación; describir los motivos que éstas manifiestan para interrumpir el embarazo; identificar y analizar los recursos de apoyo social que cuentan las adolescentes para transitar por la experiencia del aborto y qué papel juegan; identificar y analizar las repercusiones emocionales del aborto en quienes han vivido esta experiencia y analizar el papel del servicio de salud y la calidad de atención recibida.

En términos de enfoque teórico-metodológico, se tomó como base los aportes de la teoría feminista aplicada al campo de la salud. Se basó específicamente en el *corpus* teórico de género, de gran relevancia para comprender el objeto de estudio, así como los desarrollos sobre adolescencia y derechos sexuales y reproductivos que se nutren de distintas teorías sociales y psicosociales. Los aportes de la Psicología de la Salud sobre la dimensión subjetiva en salud y su relación con los aspectos sociales y comportamentales son claves para delimitar el objeto de estudio, así como el concepto de experiencia subjetiva de cuño fenomenológico. Enunciar al problema de investigación desde una perspectiva feminista y hacer foco en las adolescentes que interrumpen voluntariamente el embarazo en los servicios de salud, pone en juego las múltiples dimensiones que conforman y actúan en todo el proceso, como el reconocimiento y respecto de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.

La pregunta principal que se buscó responder fue la siguiente: *desde las perspectivas de las propias adolescentes: ¿Cómo vivieron sus experiencias de aborto voluntario en el marco del nuevo escenario legal en Montevideo-Uruguay?*.

Desde la perspectiva que el aborto es un proceso situado en un determinado contexto social, cultural e histórico, y no un acto o acontecimiento aislado, se plantearon preguntas subsidiarias que indagaron las reacciones frente al embarazo no intencional y los factores asociados a la toma de decisión de interrumpir el embarazo.

Se realizó una investigación transversal de tipo exploratoria y descriptiva basada en una metodología cualitativa, ya que se consideraba que era la más adecuada para facilitar el proceso de comprensión del problema de estudio y los objetivos propuestos. Para la recolección de la información se utilizó la técnica entrevista en profundidad de tipo semi-estructurada. El universo de estudio incluyó a 14 adolescentes residentes en Montevideo, comprendidas entre las edades de 17 y 19 años, que vivieron la experiencia personal del aborto voluntario en un contexto de legalidad de la práctica en los servicios de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Montevideo. Para el análisis de las entrevistas se realizó la desgrabación y transcripción lineal de las mismas. Luego en un segundo momento, se procedió al armado de la lista de códigos en base a la pauta de entrevista previamente definida para posteriormente realizar la construcción de las categorías y el análisis de contenido de la información, dividiendo en unidades temáticas que expresan las dimensiones más relevantes del problema de investigación que se buscaba conocer.

La tesis buscó conocer en profundidad, desde la perspectiva de las propias adolescentes, cuáles son los significados, las motivaciones frente a la decisión, las vivencias experimentadas antes, durante y después del aborto, las condiciones en que tuvo lugar la experiencia, el apoyo familiar y social, así como los efectos emocionales de dicha decisión, en las adolescentes que vivieron la experiencia.

CAPÍTULO 1.

EL ABORTO EN ADOLESCENTES COMO OBJETO DE INVESTIGACIÓN

1.1 Las adolescentes frente a un embarazo no intencional

A nivel de América Latina, la tasa global de fecundidad ha experimentado un descenso muy significativo, aunque ello no se ha visto acompañado con el decrecimiento de la fecundidad adolescente. Entre los factores se ubican un conjunto de determinantes sociales que producen desigualdad en el acceso a los bienes materiales y sociales relacionados con la resistencia a la baja de la maternidad en la adolescencia: el contexto de socialización carenciado, las condiciones de vulnerabilidad y el bajo nivel de educación formal de las jóvenes. Dichos factores intervienen en el comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes y promueven el inicio temprano de la maternidad en determinados sectores de la población (Rodríguez, 2017; Varela, Tenenbaum y Lara, 2014). Ello se podría relacionar a que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno crítico que se encuentra asociado a desigualdades socio-económicas y de género.

El embarazo no intencional en adolescentes es un asunto crítico en América Latina y en nuestro país. La demografía define tres dimensiones en el estudio de los comportamientos reproductivos: preferencias, intenciones y expectativas. Las preferencias se relacionan a lo que las personas responden cuando se les pregunta por lo que desean o quieren en materia de cantidad de hijos y el momento para tenerlos. Las intenciones y expectativas reproductivas se relacionan con la búsqueda o no de un embarazo. En el caso de la población adolescente, a los efectos del estudio de los comportamientos reproductivos, es más relevante concentrarse en la deseabilidad o planificación de tener hijos, sea en el presente, en el futuro inmediato o en el pasado, ya que al estar iniciando la vida sexual hay muchas más posibilidades de que sus preferencias vayan cambiando y ajustándose a su realidad reproductiva (Rodríguez, 2017).

En un estudio llevado a cabo en América Latina, se indagó sobre la deseabilidad de tener hijos en la adolescencia, los resultados obtenidos cuestionan la idea de que en la adolescencia los hijos se tienen como opción frente a la falta de oportunidades o como suerte de validación social o práctica cultural casi inevitable. Se apoya la idea de que, detrás de esos nacimientos, hay una vulneración del derecho reproductivo fundamental a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos. Que ello ocurra en la adolescencia se relaciona primordialmente con las diferentes barreras de acceso a la anticoncepción y a los servicios de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva que son específicos de los y las adolescentes. En varios países de América Latina no se advierte el gradiente socioeconómico que suele aducirse como explicación de la mayor fecundidad adolescente entre las adolescentes pobres (“quieren tener los hijos”). Cualquiera sea el caso, en todos

los países examinados, más de la mitad de las madres adolescentes pobres no quería tener su primer hijo en ese momento, lo que demuestra con elocuencia la vulneración de los derechos de las adolescentes. Dichos resultados permiten cuestionar los planteamientos que atribuyen una deseabilidad extendida y mayoritaria a la maternidad adolescente entre los grupos pobres. De hecho, ponen en entredicho las visiones que segmentan esta situación en dos grupos completamente separados y con racionalidades diferentes, ya que evidencian que, entre los grupos pobres, tampoco prima una racionalidad o un proyecto de vida basado en la maternidad adolescente, más allá de la racionalización posterior cuando acontece (Rodríguez, 2017).

En Uruguay, según los datos censales de 2011 sobre fecundidad, sistematizados por Programa de Población de la Unidad Multidisciplinaria de la Facultad de Ciencias Sociales de la UdelaR y el Instituto Nacional de Estadística (INE), revela que el número elevado de madres adolescentes y la resistencia a la baja de la fecundidad adolescente en nuestro país, tiene directa relación con que dicho fenómeno se concentra en adolescentes que viven en hogares en situación de carencias críticas y con bajo nivel educativo. El contexto de sociabilización en hogares con bajo clima educativo, la educación de las adolescentes y las condiciones de vida vulnerables constituyen factores claves en la formación del piso de resistencia a la baja de la maternidad en la adolescencia. Los mencionados factores estructurales son indicativos de la desigualdad de género y de la disparidad social e intervienen en el comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes, que a su vez promueven iniciar la maternidad en ésta etapa del ciclo vital. Dicho trabajo también pone de manifiesto los efectos que puede tener el inicio de la maternidad en la adolescencia, como el desempeño e inserción en el ámbito educativo, laboral y en la vida pública general son precarios. En su mayoría cuentan con bajo nivel educativo, baja inserción laboral y reclusión el ámbito doméstico. (Varela, Tenenbaum y Lara, 2014).

A partir del año 2015 se comienza a observar una caída de la fecundidad adolescente en Uruguay. Según datos presentados públicamente por el Ministerio de Salud en marzo de 2018, para el año 2017 los nacimientos correspondientes a madres adolescentes (15-19 años) descendieron en más de 1.200 casos, lo cual representa un aporte de más del 30% al descenso del total de nacimientos que se observó para ese año en el país. La tasa específica de fecundidad en adolescentes descendió de 55 a 41 por 1000 mujeres adolescentes entre 2015 y 2017. Es necesario estudiar en profundidad las razones y los factores asociados a este descenso significativo, en particular para poder afirmar si efectivamente se ha logrado revertir la resistencia a la baja de la fecundidad adolescente que ha caracterizado al país en las últimas dos décadas (Uruwicz, 2018).

Diversos estudios plantean al embarazo en adolescentes como una problemática social grave que requiere atención prioritaria, ya que afecta su salud reproductiva, donde la promoción y prevención constituyen un pilar muy importante (Calero y Santana, 2001; Vieira et al, 2007; Collado et al, 2008; Fonseca, Llanos y Hernández, 2009; Doblado, De la Rosa y Junco, 2010; Warren, Harvey y Henderson, 2010; Silva y Andreoni, 2012; Renner et al 2014; Fernández Borbón et al, 2014). Resaltan la importancia de fomentar la educación sexual desde un enfoque integral con el sistema de salud y educacional, las organizaciones sociales, las familias y los sujetos en sí (Martín y Reyes, 2003; Correia et al, Collado et al, 2008; Correia et al, 2009; Ramírez et al, 2010; Kimport et al, 2011; Domingos et al, 2013; García Baños et al, 2013; Flores, 2015; Maranhão et al, 2016).

Se destaca que los factores estructurales que pueden incidir en el incremento de embarazos no planificados y en la toma de decisión de abortar son los económicos, sociales, culturales y psicológicos (Martín y Reyes, 2003; Rivera, 2003; Collado et al, 2008; Álvarez y Salomón, 2012; Flores, 2015; Malcolm y Rodríguez, 2015).

La maternidad temprana conduce a las adolescentes, de manera abrupta, a un mundo adulto para el cual no están preparadas, con efectos desfavorables sobre su vida y la de sus hijos. El embarazo prematuro además conlleva un alto riesgo para la vida y la salud de la madre y del bebé (Collado, 2008). Investigaciones sobre la experiencia de embarazo en las adolescentes revelan que para las adolescentes tener un hijo en estas edades tiene significados asociados a expectativas de vivir en seguridad, recibir cuidados y atenciones, es decir que el embarazo es vivido como una solución a una situación hostil, lo cual se vincula a los estereotipos de género basada en la división de lo público-social y lo privado-doméstico (García et al, 2017).

La maternidad en adolescentes es una manifestación de la desigualdad social y las limita en su desempeño laboral y profesional futuro, es decir que la maternidad en edades tempranas limita el desarrollo de las capacidades y la formación educativa que permita mejores posibilidades de inserción en el mercado laboral y social. Es a partir de este punto de vista que se considera el embarazo y la maternidad en esta etapa de vital como un problema. (Stern, 2004; López y Varela, 2016).

Estudios demuestran la existencia de una asociación entre la baja escolaridad y el embarazo en la adolescencia, ello refleja un problema en el ámbito social pues al no concluir sus estudios disminuyen las posibilidades de encontrar empleos más calificados y mejor remunerados, llevando a una dependencia económica de su familia o pareja (Collado, 2008; Varela, Fernandez y Fostik, 2014).

El embarazo en la adolescencia es abordado en las últimas décadas desde dos enfoques, uno de ellos parte desde las políticas públicas y las acciones en el campo de la salud, las cuales se han centrado principalmente en el binomio madre-hijo desde una perspectiva materno - infantil. El otro, se ha incorporado más recientemente y está relacionado con la salud reproductiva, en donde se integran la concepción de género y derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos elementales (principalmente a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994). Se remarca la necesidad de que este modelo adquiera mayor relevancia en las prácticas de los profesionales del sistema de atención a la salud. (Amorín, Carril y Varela, 2006).

En términos históricos, la adolescencia es una noción reciente. En la modernidad, el surgimiento de la adolescencia estuvo fuertemente vinculado a las expectativas diferenciadas de desempeño para mujeres y para varones y a su vez, en función de su ubicación en sectores sociales, pues en ese momento socio histórico se consideraba necesario que los adolescentes se preparan para cumplir las funciones de los adultos. La autora plantea que *“en la adolescencia, también invención de la modernidad, puede observarse un interesante entrecruzamiento entre clase y género. Los hechos históricos que puntúan la aparición de la adolescencia son distintos para los niños que para las niñas, y dentro de ellos, primero se adolentizan los niños de las clases burguesas y nobles que los sectores populares”*, ello deja ver cómo se combinan distintas categorías como la clase social y género (Fernández, 1993).

Actualmente se considera que la adolescencia es una categoría compleja, con una identidad propia y de gran importancia para el desarrollo de las personas. Es una categoría que debe ser situada ya que se construye de manera dinámica en una sociedad y en un momento histórico determinado. Hoy en día no hay un acuerdo entre las distintas disciplinas en las edades de inicio y fin de la adolescencia, pero aproximadamente se ubicaría entre los 10 y 19 años, en donde se toma una serie de sub clasificaciones referidas a adolescencia temprana, media y tardía (Ramos, 2015).

Amorín (2008), desde una perspectiva evolutiva de la adolescencia, la plantea como un momento del desarrollo que se despliega aproximadamente entre los 10 y los 28-29 años. De este manera quedan comprendidas una adolescencia temprana (aproximadamente hasta los 14, 15 años); una adolescencia media (de 15 a 18 años aprox), y una adolescencia tardía o forzada (hasta el fin de la década de los 20, año más año menos).

Es fundamental mencionar que la adolescencia no es un todo universal y homogéneo, por dicho motivo es utilizado también la expresión “adolescencias” para visibilizar la diversidad de expresiones que engloba el término. Cada adolescente es producto de un conjunto de

interacciones entre lo individual y lo social, en donde se articulan y se relacionan categorías de género, sexo, nivel socioeconómico, etnia, lugar de procedencia y residencia, orientación sexual, entre otros (Ramos, 2015)

Las sociedades modernas atraviesan procesos de transformación, ya sea en las formas de organización social, en la cultura, política y en la producción de subjetividades (en la constitución familiar, en el des-dibujamiento entorno al significado de lo público- privado moderno, como también se observa el aumento de la exclusión social y la persistencia de desigualdades). En este mismo escenario cambiante es donde surgen nuevos significados y discursos sobre el ejercicio de la sexualidad a lo largo de la vida, los cuáles contribuyen a transformar ciertas expectativas sociales (López, 2005).

Los Estudios de Género ofrecen herramientas teórico-metodológicas para entender los procesos diferenciales en la adolescencia al ofrecer un análisis robusto sobre cómo se construye socialmente diferencia sexual y cómo esta construcción produce modos específicos de subjetividad y de interacciones sociales entre hombres y mujeres, entre mujeres y entre hombres. En el caso de las adolescentes, éstas construyen su femineidad a partir de la interrogante, quién soy ahora que soy mujer? Ello refiere a la ecuación mujer = madre, donde muchas veces las adolescentes se posicionan en un rol materno, salvadora, educadora de sus primeras parejas (Klein, 2004). En las sociedades occidentales contemporáneas la ecuación mujer=madre continúa siendo simbólicamente eficaz y la maternidad se erige como la función principal de las mujeres, a través de la cual alcanzarían su realización plena (de lo contrario, serán seres incompletos). La maternidad, entonces, daría sentido a la femineidad. Aquí entran en juego las fuerzas sociales que producen los modos de subjetivación de mujeres y hombres y que se pueden analizar mediante lo "mitos" sociales de la maternidad (conjunto de creencias y anhelos colectivos). Estos forman parte de la producción de significaciones imaginarias que constituyen lo femenino y masculino, de los valores y de las subjetividades generizadas, en un momento dado de la sociedad. Consecuentemente dichas fuerzas sociales ordenan las prácticas (individuales y sociales, públicas y privadas) de hombres y mujeres (Fernández, 1993).

La maternidad es uno de los temas que han generado mayor debate dentro del feminismo. El movimiento feminista, cualquier sea su orientación ha reconocido y puesto en evidencia el aspecto social y cultural de la fijación del estereotipo de maternidad en la mujer.

Una de las primeras y más relevantes teóricas feministas en dejar en evidencia el carácter de "construcción social" de la maternidad fue Simone de Beauvoir (Saletti, 2008), quien expresa que esta construcción imaginaria -ya que no "natural"- era lo que permitía al

patriarcado mantener a las mujeres controladas dentro del hogar y dominadas por el varón-esposo que definía su destino. Para la autora la posibilidad biológica de la procreación nada tenía que ver con el proyecto de vida de las mujeres. El binomio mujer-madre es una producción cultural propia de la Modernidad.

No se podría obligar directamente a la mujer a dar a luz: todo cuanto se puede hacer es encerrarla en situaciones donde la maternidad sea para ella la única salida; la ley o las costumbres le imponen el matrimonio, se prohíben los procedimientos anticonceptivos y el aborto, se prohíbe el divorcio. Es imposible considerar a la mujer exclusivamente como una fuerza productiva: para el hombre es una compañera sexual, una reproductora, un objeto erótico, una Otra a través de la cual se busca a sí mismo. (De Beauvoir, 2011:59)

Siguiendo con la misma línea, Elizabeth Badinter, nos habla del “instinto maternal”, en su libro *¿Existe el amor maternal?*, Badinter (1980) mediante un exhaustivo estudio contribuyó a desmentir y cuestionar el mito del instinto maternal como constituyente *sine qua non* de la identidad femenina.

En lugar del instinto, ¿no sería más válido hablar de una presión social extraordinaria dirigida a que la mujer se realice exclusivamente a través de la maternidad? Como dice muy bien B.Marbeau-Cleirens: 'como la mujer puede ser madre, de allí se ha deducido no sólo que debía serlo, sino además que no debía ser otra cosa que madre, y no podía encontrar la felicidad sino en la maternidad. (Badinter, 1980:300)

Por otra parte, podemos encontrar los aportes generados desde la perspectiva del feminismo de la diferencia. Las teóricas de la diferencia reconocen el potencial reproductivo de las mujeres, aunque también reconocen que dicho potencial no tiene por qué ser vivido como “necesidad” por todas las mujeres. Ello significa que no todas las mujeres tienen por qué sentir el deseo de tener un hijo. Esa “necesidad” universal de la maternidad por parte de todas las mujeres es lo que histórica y culturalmente impone el patriarcado.

Tal como se menciona anteriormente el cuerpo de la mujer ha estado subordinado a la procreación, a la generación de vida, sin tener en cuenta que también es un cuerpo con

amor, pasión y erotismo. La práctica del aborto voluntario rompe con dicha subordinación al separar la sexualidad de la reproducción, pues ello confronta y moviliza las concepciones ideológicas que se tiene en la sociedad sobre la sexualidad y maternidad.

Por otro lado, los conceptos de autonomía y empoderamiento son fundamentales para comprender el vínculo entre la adolescencia, sexualidad y derechos. La autonomía y empoderamiento son la base del desarrollo integral de las y los adolescentes para ser considerados como sujetos con poder y capacidad para tomar decisiones, con ello se contribuye al desarrollo de personas autónomas y a la construcción de ciudadanías (López, 2005).

Cuando se habla de autonomía en el campo de la sexualidad, ésta se encuentra muy ligada al concepto de empoderamiento, ya que se relaciona con la necesidad de generar y garantizar condiciones que permiten un proceso de construcción del autocuidado a través del autoconocimiento y disfrute del cuerpo, el ejercer plenamente los derechos basado en el respeto hacia el otro como sujeto de derechos. Por lo tanto, empoderamiento significa considerarse y sentirse con poder para tomar decisiones sexuales y reproductivas de forma responsable y autónoma, informada y respetuosa (López, 2011).

Se considera fundamental el concepto de autonomía progresiva de las adolescentes, inspirado en la nueva condición jurídica del niño/a². Se reconoce la calidad de sujeto de derecho de cada niño y/o adolescente, quienes tienen la capacidad de ejercer sus derechos y de asumir responsabilidades específicas conforme a la edad que esté viviendo. La autonomía progresiva refiere al proceso del desarrollo de las capacidades evolutivas de cada persona, que posibilitará el ejercicio pleno de todos los derechos, ello engloba a la capacidad de formar un juicio propio, a la habilidad para comprender y comunicar informaciones relevantes y a la habilidad de reflexionar y elegir con un cierto grado de independencia. La adolescente debe ser capaz de determinar una elección sin ser manipulada u obligada y considerar detalladamente la cuestión por sí misma, manifestar una preferencia, expresar sus preocupaciones y plantear las preguntas pertinentes. Concretamente en la temática que nos convoca refiere a la necesidad de recabar el consentimiento, garantizando el acceso a una información adecuada sin lo cual no podrán manifestarlo válidamente. La adolescente deberá ser capaz de tomar una decisión, sin ser obligada o manipulada y considerar detalladamente la cuestión por sí misma (Rieppi y Vivas, 2014).

² Refiere al cambio de paradigma instalado por la Convención Internacional de Derechos del Niño (1989), y el Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley 17823 (14.09.04).

La estimulación y el acompañamiento a los/as adolescentes en el proceso de toma de decisiones sexuales y reproductivas, por parte de los adultos y sus instituciones, refiere a que éstos reconozcan que los/as adolescentes son seres sexuados/as con derecho a vivir una sexualidad plena. Además implica reconocer que tienen necesidades y demandas específicas, por lo cual es responsabilidad de los adultos y sus instituciones generar condiciones para que éstas puedan encontrar respuestas. Para ello es fundamental que las políticas públicas en salud sexual y reproductiva respeten y habiliten el ejercicio de los derechos (López, 2005).

Las barreras al derecho a decidir forman parte de las restricciones al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y limitan el grado de autonomía de las adolescentes. El embarazo no intencional en adolescentes, su aceptación o su interrupción son cuestiones que ameritan estudios con mayor profundidad. El conocimiento disponible sobre maternidad en adolescentes en nuestro país deja en evidencia que las adolescentes de los sectores más desfavorecidos son quienes en mayor medida deciden continuar un embarazo no intencional, entre otras cuestiones, por la hipervalorización de la maternidad y por el estigma del aborto que se percibe y se transmite en determinados contextos sociales. Pero también, hay quienes, a pesar de este escenario desfavorable, deciden interrumpirlo (López y Varela, 2016).

1.2. Las adolescentes y el aborto

Según Alan Guttmacher Institute (2016) en el período 2010–2014 la tasa anual de aborto a nivel mundial fue de 35 por 1000 mujeres en edad reproductiva, la cual disminuyó ligeramente con respecto al período 1990-1994 que era de 40 abortos por 1000 mujeres. El número anual de abortos disminuyó especialmente en las regiones desarrolladas, de 12 a 7 millones aproximadamente durante estos períodos quinquenales. Sin embargo, aumentó en las regiones en desarrollo, de 39 a 50 millones, es decir de 77% a 88%. En el caso de América Latina, las tasas de aborto subregionales variaron de 33 x 1000 en América Central a 47 x 1000 en América del Sur. Las tasas han aumentado ligeramente desde 1990–1994, pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

Se estima que entre 19 y 20 millones de los abortos realizados en un año a nivel mundial son inseguros, el 97% de estos en países de América del sur y África. De éstos, aproximadamente 4 millones son realizados por adolescentes menores de 20 años, un 2,5 millones tuvieron lugar en países de América del sur y África (Cherry y Dillon, 2014).

Si bien los estudios sobre aborto en América Latina se han incrementado en los últimos años, aún son insuficientes. La investigación que analiza las experiencias de las mujeres y el aborto en la región está distribuida de manera poco balanceada entre los países. En este escenario algunos estudios se centran en analizar las experiencias de las adolescentes y jóvenes frente al aborto, producidos fundamentalmente en Cuba y Brasil (López, 2015a).

La mayoría de los estudios realizados sobre aborto voluntario en Uruguay fueron llevados a cabo en el contexto de ilegalidad de la práctica (Carril y López, 2008; Rostagnol y Viera, 2006). Algunos exploraron las reacciones de las adolescentes frente al embarazo no esperado y en general, encontraron valoraciones negativas sobre el aborto (Amorín et al., 2006). No se conoce el perfil de las adolescentes ni tampoco como experimentaron el proceso de toma de decisión de abortar y su resolución en los servicios de salud, por lo que Uruguay no dispone, hasta el momento, de estudios específicos sobre adolescentes y aborto voluntario.

A nivel regional y mundial, se encontraron estudios que plantean que los motivos asociados a la decisión de abortar en adolescentes son la falta de condiciones para asumir la maternidad, temor a que el embarazo interfiera en su desarrollo personal, deseo de continuar con sus estudios, no tener pareja estable o no recibir apoyo por parte de ésta y razones de índole económica (Menezes, Aquino y Olivera da Silva, 2006; Sanger, 2009; Domínguez et al, 2010; Doblado, D et al, 2010; Urgellés et al, 2012; Maranhão et al, 2016).

Diversos estudios a nivel mundial afirman que el aborto no es un evento traumático para las mujeres y que las formas en que éstas procesan subjetivamente la experiencia depende de las circunstancias que rodean el antes, el durante y el después de este evento. En este sentido es que se afirma que no se puede hablar de la existencia de un Síndrome Post Aborto (SPA) o depresión post aborto, y que cuando se han observado alteraciones psicológicas severas posteriores al aborto se relacionan con vulnerabilidades psíquicas previas al embarazo y el aborto (APA, 2008; Russo, 2014; Adler y Ozer, 2003; Warren, 2010; Suruagy et al, 2011; Warren et al; 2017).

Los estudios sobre interrupción voluntaria del embarazo con población adolescente migrante es muy bajo, un estudio realizado en España (donde el aborto es legal en los servicios de salud) revela que el componente afectivo, religioso, ético y moral está muy desarrollado en los discursos de mujeres y varones, y también se encuentra conectado con determinadas condiciones socioeconómicas de sus países de origen. Se destaca como principal motivo para interrumpir el embarazo la continuación de su proyectos vitales, el abandono por parte del varón una vez constatado el embarazo, el desprestigio social de ser

madre a edades tempranas, la reducción de la ayuda exterior por parte de la familia y la pérdida de lazos comunitarios, entre otros (Conde, 2007).

Estudios reportan que las adolescentes viven el proceso con ansiedad, tristeza, sufrimiento, dudas, miedo, negación y desamparo, intensificados por la falta de información y de recursos, de apoyo y orientación tanto por parte de sus familias, progenitor, como de los profesionales de la salud (Collado et al, 2008; Vieira LM et al, 2010;Correia et al, 2011;Guimarães Ximenes Neto FR et al, 2011; Suruagy et al, 2011; Correa, et al, 2012 y Faria et al, 2012; Nunes, Madeiro y Diniz, 2013; Domingos et al,2013; Comettant, 2016). Otros estudios también plantean que las adolescentes viven la experiencia con temor a morir, pesar y arrepentimiento, los sentimientos se ven asociados a creencias religiosas sobre el valor moral del feto y de la maternidad, así como sentimientos de alivio, tranquilidad y certeza por la decisión tomada (Menezes, Aquino y Olivera da Silva ,2006; Collado et al, 2008;do Nascimento Pereira et al, 2012; Carvalho Mendes et al, 2014).

Diversos estudios han demostrado que la toma de decisiones sobre el embarazo en la adolescencia se encuentra influenciada por diferentes normas y valores morales, en donde los pensamientos negativos hacia el aborto llevan a aceptar la maternidad temprana, principalmente por parte de la familia de la adolescente. Se señala que las adolescentes son particularmente susceptibles a que su decisión sea influenciada por sus padres. La moral y los juicios de valor sobre la maternidad y el aborto en la adolescencia influyen directamente en la toma de decisión de interrumpir o continuar un embarazo, las decisiones se justifican en términos de logros educativos (Hoggart, 2012, Ralph et al, 2014, Smetana 1981 y Yuen y Pui-ling, 2014). El temor a la reacción de los padres frente al embarazo, al rechazo familiar y la presión ejercida por esta cuando la adolescente tiene dudas respecto a su decisión, es también reportado en otras investigaciones (Adler y Ozer, 2003; Calderón y Alzamora de los Godos,2006; Correia et al, 2011; Correa, et al, 2012; Faria et al, 2012; Nunes, Madeiro y Diniz, 2013; Faria et al, 2012; Domingos et al,2013; López, 2015b; Malcolm y Rodríguez, 2015; Comettant, 2016).

Las investigaciones muestran que la ilegalidad de la práctica vuelve más dramática la situación de estas mujeres. A su vez, se registraron escasas investigaciones sobre el lugar de las parejas en el discurso de las adolescentes (Menezes, Aquino y Olivera da Silva, 2006;Correia et al,2009;Comettant, 2016; Maranhão et al, 2016).

Una revisión bibliográfica llevada a cabo en México afirma que el aborto toma características particulares en la adolescencia, y que los modelos de salud para atender y prevenir los problemas de salud sexual y reproductiva de las mujeres adultas son insuficientes para responder a las necesidades de quienes se encuentran en la etapa

adolescente. Se observa un trato diferencial por parte de los profesionales cuando las adolescentes son acompañadas por un adulto a la consulta, a lo que se sugiere clarificar los requisitos de acompañamiento y consentimiento que éstas necesitan, garantizar la confidencialidad, el acceso a la información y apoyo sin la presencia de un adulto, de manera de proteger su autonomía en el proceso de toma de decisión (Collado et al, 2008).

En la mayoría de los países donde el aborto voluntario es ilegal, los servicios y la información sobre anticonceptivos son casi inaccesibles para las adolescentes, sucede lo mismo con la educación sexual ya que aún persiste en muchas regiones el mito de que proporcionar información a los/as adolescentes sobre sexualidad incentiva las relaciones sexuales a edad temprana. Sin embargo las evidencias disponibles indican lo contrario, los/as adolescentes tendrán comportamientos de manera responsable si se les brinda herramientas e información sobre ello (Rivera, 2003; García Baños et al, 2013).

1.3. La dimensión subjetiva en las decisiones reproductivas

La salud comprende un componente subjetivo y de comportamiento, por lo que conforman una unidad inseparable dichos componentes con los biológicos y sociales. Las personas son protagonistas activos de su propia salud y no receptores pasivos de influencias externas (Morales Calatayud, 2015). La Psicología como disciplina se encarga de estudiar fenómenos relacionados con procesos subjetivos y de comportamiento, pero en el vasto campo de la salud su rol puede y debería ir más allá del ámbito que se denomina "salud mental". Los individuos son los protagonistas de su salud y ésta es un componente relevante de sus vidas, sus motivaciones, y su afectación es fuente de malestar subjetivo (Morales Calatayud, 2015).

En relación al campo de la salud la actividad de la Psicología ha estado dominada por una visión de enfermedad mental. En la búsqueda de una nueva perspectiva de mayor amplitud surge, a partir de 1960, una psicología orientada al campo de salud, dedicada al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención, así como orientada al diseño de acciones para generar promoción en salud, prevención de enfermedades, atención de enfermos y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de quienes concurren a éstos. Su acción y objetos de investigación e intervención puede estar en las personas, las familias, los grupos, las comunidades, las instituciones y en la sociedad en su conjunto (Morales Calatayud, 2015).

El concepto de salud en la actualidad se desplaza de la concepción biológica hacia una construcción social que trasciende las medidas bio-fisiológicas. El binomio salud-

enfermedad tradicionalmente ha estado arraigado a la medicina y la biología, en cambio recientemente la literatura propone integrar a los factores psicosociales, económicos y culturales. Morales (1997) plantea que mientras que el modelo hegemónico biomédico se centra en la enfermedad, el modelo sociocultural dirige su enfoque hacia el bienestar (Cuevas, 2014).

La construcción social está más orientada a entender a la salud como una experiencia que los individuos adquieren durante sus vidas y que interpretan y afrontan en función de esquemas sociales compartidos, como una realidad biológica pero también cultural que se enmarca en un sistema general de creencias que les proporciona un significado individual y colectivo, además tienen un carácter histórico y espacial. La salud y enfermedad son realidades cambiantes por la interpretación social que se someten (Garzón, 2013).

El modelo bio-psico-social tiene como objetivo promover la integración entre diversas disciplinas para estudiar y tratar la salud del ser humano, entre las cuales se encuentra la Psicología (Cuevas, 2014).

1.3.1 La experiencia subjetiva

Al estudiar la experiencia subjetiva en el campo de la salud, desde la perspectiva de la fenomenología social no solamente se describe lo que hacen las personas sino que se busca explicar, centrándose en el mundo subjetivo de los individuos (Castro, 2011). Se distingue la fenomenología interpretativa, que sostiene que lo que comunican las personas debe relacionarse con el contexto social, histórico y político que modela sus experiencias. Este enfoque se destaca por considerar la capacidad de los actores de dar significado a las distintas situaciones sociales y de actuar, es decir, no solamente de reaccionar en consecuencia. Se diferencia del enfoque fenomenológico racional el cual hace hincapié en el papel que juegan los factores sociales en la construcción de las percepciones subjetivas, es decir que para este enfoque la experiencia de los individuos es considerada una variable dependiente que puede ser explicada por otros factores sociales.

Se decide tomar a la fenomenología interpretativa como parte del referente teórico para hablar de experiencia subjetiva, ya que se centra en las maneras específicas que las personas perciben, sienten y definen los diferentes aspectos de la vida social (Castro, 2000, 2011). En sintonía con el interaccionismo simbólico, que aporta un corpus teórico notable para estudiar empíricamente los significados que tienen los acontecimientos para las

personas y en la manera que ello moldea sus conductas, el significado de las cosas deriva de la interacción que las personas mantienen con sus semejantes. Dichos significados se modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por los individuos (Castro, 2011).

Cuando hablamos de estudiar la experiencia subjetiva desde un enfoque fenomenológico Schutz propone que la acción³ de los individuos se puede interpretar según los motivos, que puede ser *motivos para* y *motivos porque*. Los *motivos para* aluden a la acción orientada al futuro, es decir al estado de cosas u objetivos que se pretende alcanzar con determinada acción. Los *motivos porque* refieren a las experiencias y determinaciones pasadas del individuo que lo llevaron a actuar de tal manera (Castro, 2011). Esta perspectiva resulta especialmente útil para el análisis de las motivaciones de las adolescentes que condujeron a la decisión de interrumpir el embarazo.

Por otro lado, la teoría del apoyo social es relevante para responder a las preguntas de la investigación. Se puede decir que el apoyo social tiene efecto directo sobre la salud, esto refiere a que el apoyo social favorece los niveles de salud. Kaplan (1974) mostraba en sus estudios que aquellos individuos que disponían de redes sociales de familiares y amigos cercanos, enfermaban menos que aquellas personas que disponían de redes sociales más débiles (más formales o comunitarias) y a su vez éstos dos grupos presentaban menos enfermedades que aquellos individuos que carecen de redes sociales y que viven más aisladamente (Castro, 2011). Ello deja ver que el apoyo social juega un papel central en la salud de los individuos. Al estudiar el apoyo social se piensa como necesario no solo considerar a la parte que recibe ese apoyo (que puede beneficiarse o no con él) sino además a la parte que lo provee (Castro, 2011).

Castro et al (1997) plantean que el concepto de apoyo social es multidimensional, compuesto por varias dimensiones que se asocia a la salud de los individuos. Vaux señala que el apoyo social como tal no es medible, pero identifica varios conceptos relacionados con el apoyo social que a su parecer sí se pueden medir, los que serían: a) recursos de la red social de apoyo (conjunto de personas que rutinariamente asisten a una persona en caso de necesidad), b) conductas de apoyo (actos específicos de apoyo), c) valoración del apoyo (evaluación subjetiva sobre la cantidad y contenido de los recursos de apoyo disponibles) y, d) orientación del apoyo (percepción sobre la utilidad y los riesgos de buscar y encontrar ayuda en una red social) (Castro et al, 1997).

³ La acción social es definida como toda conducta a la que las personas atribuyen algún sentido, a su vez es producto de diversas formas de interacción social. Su concepto originalmente propuesto por Weber (1981), permite recuperar la dimensión subjetiva de las personas como objeto de estudio en área de las ciencias sociales (Castro, 2011).

Se plantea que el modelo del efecto directo postula al apoyo social como favorecedor de salud, genera la incrementación del bienestar físico y emocional de los individuos. Diversos estudios toman al apoyo social como la variable independiente y a los niveles de salud y bienestar como la variable dependiente. Esto se comprende dado que el interés por el tema del apoyo social se da a consecuencia de la búsqueda de aquellos factores no-biológicos que afectan la salud (Castro et al,1997).

Lin (1986, citado por Gracia, 1997) define al apoyo social de acuerdo a los dos elementos que lo componen: apoyo y social. El primero refiere a las conexiones de la persona con el entorno social, que se divide en tres niveles: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas y de confianza. El concepto de social alude a las actividades instrumentales, es decir la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir objetivos o metas, refiere a relaciones sociales como un fin en sí mismas, la que satisface las necesidades emocionales y afiliativas del sujeto. Siguiendo en esta línea, el apoyo social es el proceso a través del cual los recursos sociales, comunidad, redes sociales y relaciones íntimas generan la satisfacción de necesidades básicas, tanto instrumentales como expresivas, en situaciones de la cotidianidad o en crisis.

CAPÍTULO 2.

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y SU ABORDAJE METODOLÓGICO

2.1 El estudio de las experiencias subjetivas

Las concepciones sobre la maternidad se incorporan subjetivamente en las personas y organizan sus ideales, deseos y expectativas. En la sociedad actual aún persiste la noción de ser mujer es sinónimo de ser madre, y de esta forma el cuerpo de la mujer queda subordinado a su función procreadora. El aborto como decisión desdice este mandato histórico al postular el no deseo de hijo como legítimo. Éstos aspectos se ponen en juego, de manera compleja en los procesos de toma de decisión frente a un embarazo que no fue buscado y que enfrenta a la mujer a una decisión con pocas alternativas: continuar o interrumpirlo (López, 2016).

Este proceso adquiere características específicas cuando se trata de mujeres adolescentes producto del momento evolutivo que viven. La maternidad y el embarazo no intencional en la adolescencia son considerados por diversos autores como un problema social grave, pues es manifestación de desigualdad social, establece dificultades y limitaciones para la adolescente, principalmente formación educativa que les permita futura inserción laboral y social.

El estudio de las experiencias subjetivas del aborto permite conocer en profundidad, desde la perspectiva de las propias adolescentes, cuáles fueron las motivaciones frente a la decisión, las vivencias experimentadas antes, durante y después del aborto, las condiciones en que tuvo lugar la experiencia y el apoyo social, entre otros.

Cuando hablamos de experiencia subjetiva de aborto nos adentramos en el significado que le dan las adolescentes que interrumpen el embarazo, a su propia vivencia. En dicho proceso también se pone en juego el apoyo social que recibió (o no) desde su familia, amigos, pareja, quienes cumplen un rol fundamental en la toma de decisión.

Como se mencionó al comienzo de este escrito, Carril y López (2008), sostienen que existe directa relación entre las restricciones legales, clandestinidad y la construcción de subjetivaciones, así como las significaciones que se le da al aborto. El contexto, según estas autoras, se impone como texto en donde se procesa la experiencia. En este sentido, resulta de especial interés analizar las experiencias subjetivas del aborto voluntario de adolescentes en un escenario de legalidad de la práctica servicios de salud, lo que promueve el interés en realizar nuevos estudios sobre las experiencias subjetivas de las mujeres y, especialmente, sobre la población adolescente, que como se dijo, merecen atención diferencial por las particularidades específicas de la etapa vital que viven.

La investigación disponible a nivel internacional ofrece algunas evidencias sobre las motivaciones que guían la decisión de las adolescentes, cómo éstas viven el proceso de toma de decisión y el después del aborto, y los recursos de apoyo social y familiar con los que contaron para atravesar por esta experiencia. Sin embargo, en Uruguay no se dispone de estudios específicos a este respecto ni antes ni luego de la legalización del aborto voluntario. Esta falta de conocimiento nacional sobre el tema junto con su relevancia social y científica son algunos de los argumentos que motivaron la realización de esta tesis. Otra razón fundamental refiere a la importancia de desarrollar una investigación donde se tenga en cuenta los aspectos psicológicos, sociales y culturales que se encuentran implicados en el campo de la salud sexual y reproductiva. Entendiendo a la salud desde una construcción social que integra lo bio-psico-social, en donde el componente subjetivo adquiere un rol fundamental (Morales Calatayud, 2015).

Es una temática de alta complejidad donde es fundamental realizar aportes desde la Psicología para comprender los aspectos vinculados a la subjetividad y significados de las adolescentes. Para la psicología de la salud los individuos son los protagonistas de su salud y ésta es un componente relevante de sus vidas, sus motivaciones, su afectación es fuente de malestar subjetivo (Morales Calatayud, 2015).

2.2 Preguntas que orientaron la investigación

Teniendo en cuenta que el aborto es una experiencia subjetiva situada en un determinado contexto social, cultural e histórico, y no un acto o acontecimiento aislado, se planteó la siguiente pregunta principal:

Desde las perspectivas de las propias adolescentes: ¿Cómo vivieron sus experiencias de aborto voluntario en el marco del nuevo escenario legal en Montevideo, Uruguay?

De esta pregunta principal se desprenden una serie de preguntas subsidiarias que buscaron explorar diferentes dimensiones implicadas en el proceso de abortar.

1) Reacciones frente al embarazo no intencional: ¿Cómo reaccionaron las adolescentes al tomar conocimiento que estaban embarazadas? ¿Cuáles fueron las primeras ideas que tuvieron frente a la situación?

2) Dimensiones asociadas a la toma de decisión de interrumpir el embarazo: ¿Cuáles fueron los principales motivos (motivos para y motivos porque) que manifestaron las adolescentes para interrumpir el embarazo? ¿Cuáles fueron los recursos de apoyo familiar y

social que contaron las adolescentes para tomar la decisión de abortar y qué papel jugaron? ¿Cuáles fueron los recursos afectivos y cognitivos que utilizaron para dirimir la situación? ¿Cómo influyó la familia, la pareja y los pares en la decisión? ¿Cómo influyó el contexto social próximo respecto al aborto en la decisión?

3) Dimensiones asociadas al post aborto: ¿Cuáles fueron las reacciones emocionales que experimentaron luego de haber practicado un aborto? ¿Las opiniones de las adolescentes sobre el aborto y sobre las mujeres que abortan se modificaron luego de haber vivido directamente la experiencia? ¿Cómo se sintieron atendidas por el servicio de salud al cual concurrieron?

2.3 Objetivos de estudio

2.3.1 Objetivo general

Analizar las experiencias subjetivas de las adolescentes que decidieron abortar en el marco de los servicios de Interrupción Voluntaria del embarazo (IVE) en Montevideo Uruguay, desde las perspectivas de las propias adolescentes.

2.3.2 Objetivos específicos

- 1) Identificar y analizar los recursos afectivos y cognitivos que las adolescentes han utilizado para dirimir la situación.
- 2) Describir los motivos que manifiestan las adolescentes para interrumpir el embarazo.
- 3) Identificar y analizar los recursos de apoyo social que cuentan las adolescentes para transitar por la experiencia del aborto y qué papel juegan.
- 4) Identificar y analizar las repercusiones emocionales asociadas al aborto en quienes han vivido esta experiencia.
- 5) Analizar el papel del servicio de salud y la calidad de atención recibida desde la perspectiva de las adolescentes.

2.4 Tipo de investigación. Fundamentación de la opción metodológica

Para responder a los objetivos definidos, se desarrolló un estudio transversal de tipo exploratorio y descriptivo a partir de una metodología de tipo cualitativa por considerarla la más adecuada en función de los referentes teóricos que guiaron la construcción del problema de investigación. En este sentido la realidad subjetiva en sí misma es objeto de estudio, donde se analizan los aspectos explícitos e implícitos, y se busca comprender cómo actúan y se comportan las personas, qué piensan, cuáles son sus actitudes en un ambiente particular (Samiperi, Collado y Lucio, 2003).

Strauss y Corbin (2002) plantean que los estudios cualitativos principalmente permiten dar cuenta de procesos y relaciones sociales, aproximarse a la comprensión del universo de significados que determinados acontecimientos generan y/o tienen para los sujetos, aportan a la reconstrucción del contexto social, histórico y cultural donde adquieren sentido los datos (contextualización e historización), reconocen la complejidad de lo social, la heterogeneidad de las personas y los grupos humanos, las relaciones de cooperación y conflicto, la naturaleza contradictoria y dinámica de los acontecimientos. Se basan en la perspectiva emic⁴ y aportan conocimiento situado e implicado (López, 2006).

El tipo de estudio cualitativo se basa en un análisis profundo, mediante la particularización y reconocimiento de las diversidades. El principal aporte se sostiene en recuperación de la perspectiva de las personas, en sus vivencias de los acontecimientos, en los significados que éstos tienen para ellas y en los discursos que manifiestan distintas visiones del mundo, en un determinado momento biográfico el cual es socio - histórico y cultural (Taylor y Bogdan, 1987). Es por ello que el aporte de la investigación cualitativa es de alta significación pues permite visualizar una realidad que es cambiante y diversa. La investigación cualitativa produce un conocimiento que permite comprender y no explicar de estos fenómenos, desde la perspectiva formada por sus principales protagonistas y/o destinatarios que son las propias personas. Se adentra en el mundo de los significados para así generar una descripción profunda sobre la realidad subjetiva, social y simbólica.

La investigación de tipo cualitativo en el campo de la salud sexual y reproductiva es una estrategia metodológica pertinente para identificar y comprender los procesos subjetivos que se encuentran implicados en la toma de decisiones relacionadas a la sexualidad y

⁴ Perspectiva de los actores involucrados a través de la recuperación de la palabra.

reproducción, a través de un número limitado de casos. Resulta altamente necesaria cuando se trata de explorar las experiencias subjetivas vinculadas a la práctica del aborto en adolescentes en un nuevo contexto legal.

2.4.1 Diseño

Se desarrolló un estudio transversal de tipo exploratorio y descriptivo a partir de una metodología de tipo cualitativa.

El universo de estudio incluyó a adolescentes montevidéas, comprendidas entre las edades de 15 y 19 años, que vivieron la experiencia personal del aborto voluntario en un contexto de legalidad de la práctica en los servicios de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud, de Montevideo.

Se tomó este corte de edad, siguiendo los criterios establecidos por Amorín (2008) que abarca adolescencia media y contemplando los datos sobre IVE en Uruguay para la población de 15 a 19 años. Se definió una muestra intencional teórica con criterios de heterogeneidad. Se trabajó desde el supuesto que las experiencias subjetivas relacionadas al aborto voluntario no son homogéneas y tienen una estrecha relación con la historia personal y los contextos socio-económicos y culturales. También se tomó en cuenta el criterio de accesibilidad, con una lógica de inclusión que incorpore a los sujetos en función de los criterios que se detallan a continuación:

- adolescentes con diferentes niveles de instrucción;
- distribuidas entre 15-16 años y 17-19 años;
- con y sin antecedentes de maternidad; y
- adolescentes que hubiesen practicado aborto voluntario en los servicios de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud, en los 12 meses previos a la realización del trabajo de campo;
- adolescentes que aceptaran voluntariamente participar del estudio previo asentimiento informado.

En un principio el estudio estuvo dirigido a adolescentes que se asistían en servicios públicos y mutualistas de Montevideo, finalmente fue posible acceder solamente a usuarias de servicios públicos. El nivel educativo se tomó en base a la variable rezago escolar, es decir la relación entre la edad de la adolescente y su escolaridad en función de lo esperado para la edad. Se buscó incluir adolescentes vinculadas al sistema educativo con y sin rezago escolar en función de sus edades y adolescentes que hubieran abandonado sus estudios.

Se excluyeron a adolescentes menores de 15 años, adolescentes con discapacidad psíquica y/o intelectual y adolescentes que hubieran abortado por fuera de los servicios legales de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

En base a los criterios muestrales establecidos se definió la siguiente muestra:

Tabla 1. Muestra definida para el estudio.

Adolescentes	Con rezago escolar o que hayan abandonado sus estudios y antecedentes de maternidad previa	Con rezago escolar o que hayan abandonado sus estudios y sin antecedentes de maternidad previa	Sin rezago escolar Sin antecedentes de maternidad previa
15 a 16 años	3	3	3
17 a 19 años	3	3	3
Total: 18	6	6	6

2.4.2 Recolección de información

En primer lugar se realizó una entrevista a informante calificada de reconocida trayectoria profesional en la atención a adolescentes en situación de aborto, que brindó su visión experta en el tema y a su vez aportó insumos para la definición de las áreas de exploración del estudio.

De acuerdo a los objetivos de la investigación, se utilizó la entrevista en profundidad de tipo semi-estructurada como técnica para la recolección de la información. Esta técnica se usó para poder explorar el universo de la subjetividad que está involucrado en dicha práctica, en un clima de intimidad y confidencialidad. Mediante la entrevista se busca una aproximación empática a las experiencias de los sujetos, mediante la exploración de las perspectivas que tienen los entrevistados respecto a sus vidas, situaciones o experiencias, tal cual como las expresan con sus propias palabras, accediendo a una descripción más profunda y densa de los objetivos a estudiar (Taylor y Bogdan, 1987a). Se elaboró una pauta - guía de entrevista que incluyó las siguientes áreas de exploración: en un primer módulo se indago acerca de las reacciones frente al embarazo no intencional, las dimensiones asociadas a la toma de decisión de interrumpir el embarazo y al post aborto y en segundo módulo se indago acerca calidad de la atención y vulneración de derechos.

Se realizó la desgrabación, transcripción lineal y formateo de las entrevistas para su procesamiento y análisis. Para ello se elaboró una lista de códigos a partir de la pauta de entrevista, para luego sumar otros códigos emergentes que surgieron de los relatos de las adolescentes. Se codificó y sistematizó el material recogido en base a la lista de códigos y a partir de allí se determinó la construcción de las categorías de análisis de la información, dividiendo en unidades temáticas que expresaban las ideas significativas del problema de investigación que se buscaba conocer. Se realizó un tipo de análisis de contenido, en base a una estrategia inductivo-deductiva. Siguiendo a Miles & Huberman (1984), la categorización es la materia prima del análisis en la medida que permite identificar y establecer los datos significativos. Para su ordenamiento y sistematización, se utilizó el paquete informático MAXQDA12 para análisis cualitativo. Las entrevistas fueron leídas y releídas en más de una oportunidad y se procedió a realizar un análisis longitudinal y transversal de sus contenidos.

2.4.3 Aspectos éticos

Para realizar una investigación con seres humanos es relevante determinar algunas consideraciones y cuidados éticos, principalmente cuando se tratan temáticas sensibles como el aborto voluntario donde se involucran la intimidad, afectividad, proyectos personales de vida, la aceptación o rechazo social. Cuando accedemos a personas (en éste caso adolescentes) que comparten sus experiencias de vida en relación a las prácticas de aborto inducido, sabemos que nos aproximamos a un mundo complejo y sensible. Es un principio ético ineludible que los sujetos de estudio en una investigación conozcan los objetivos y alcances de la misma (principio de información). Participaron del estudio, aquellas adolescentes que **informada y voluntariamente** accedieron a las entrevistas en profundidad, conociendo cuáles son los objetivos, beneficios y los resultados que se esperaba de la investigación, conociendo también que la investigación protege el **anonimato** de la persona que participa, y cuida la no identificación de la misma en ningún momento del proceso, incluida la difusión de sus resultados. Durante el transcurso de las entrevistas se prestó especial atención a las reacciones o repercusiones que las mismas pudieran ocasionar a las participantes, en el entendido de que no se genera ningún tipo de malestar emocional derivado de la situación de entrevista al tener que recordar sucesos que pudieran ser estresantes o angustiantes. Si bien las reacciones fueron diversas, no fue necesaria la derivación a consulta de apoyo psicológico.

Se solicitó el asentimiento a las participantes entrevistadas, dado que las adolescentes son menores de edad –y por lo tanto desde el punto de vista jurídico, relativamente incapaces-, no siendo apropiado hablar de consentimiento sino de asentimiento, todo ello de acuerdo a lo previsto por el Decreto N° 379/008 del Ministerio de Salud sobre investigación en Seres Humanos. Sin perjuicio de ello, a fin de mantener la privacidad de éstas por tratarse de una temática vinculada a su sexualidad, si bien se requirió el consentimiento de los padres o representantes en caso de corresponder, la entrevista se realizó en un ámbito privado, a solas con la adolescente.

El proyecto fue revisado y obtuvo el aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y de la Comisión de Investigación de la Red de Atención Primaria Metropolitana de ASSE.

2.4.4 La realización del trabajo de campo: vicisitudes y desafíos

El trabajo de campo se realizó entre febrero de 2017 y junio de 2017. Se utilizó un cuaderno de campo donde se fueron registrando hechos concretos, reflexiones y sentimientos que fueron surgiendo a lo largo del trabajo de campo y que fueron un importante insumo para la tarea de análisis.

Para realizar la captación de la población se recurrió a la “técnica de la bola de nieve” y para ello se estableció contacto con profesionales de la salud de servicios de la RAP- ASSE y de otros servicios del SNIS, del Programa APEX-Cerro de la UdelaR, técnicos referentes de centros juveniles de INAU, equipos de organizaciones sociales y centros juveniles, profesores de enseñanza media, entre otros.

La premisa de la captación fue que las adolescentes accedieron voluntariamente a participar del estudio. La principal vía de captación se realizó a través de los profesionales de los equipos de interrupción voluntaria del embarazo de los servicios de salud. Los profesionales hicieron el nexo con las adolescentes, tomaron contacto telefónico a los efectos de presentar las características de la investigación y les preguntaban si deseaban participar. En el caso de aceptar se les avisó que la investigadora a cargo del estudio se iba a contactar para coordinar y concretar el encuentro. Las dificultades aquí estuvieron en que la mayoría de las adolescentes no atendían los celulares o cambiaban de número, algunas aceptaron realizar la entrevista y se coordinó fecha y lugar, pero al volver a comunicarse no contestaban los teléfonos. Por otra parte, muchas de las que aceptaron realizar las entrevistas parecían hacerlo como modo de agradecimiento al buen trato de los profesionales que las atendieron en los servicios de salud.

Las situaciones anteriormente mencionadas fueron obstáculos para realizar las entrevistas, lo que llevó a que de un total de 15 adolescentes (número aproximado por centro) que conseguían contactar las profesionales, se lograban concretar pocas entrevistas. Previamente a ello fue solicitado por parte de los directores y profesionales de algunos centros de salud de la RAP Metropolitana un aval institucional para llevar a cabo el trabajo de campo con los datos de las usuarias de los mismos centros de salud, que fue obtenido exitosamente en febrero de 2017.

Por otra parte dentro de los facilitadores para llevar a cabo el trabajo de campo se destaca que como integrante del equipo del Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades de la Facultad de Psicología, formé parte de un Proyecto de investigación: “Accesibilidad a servicios públicos de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en mujeres del área metropolitana”, realizado en conjunto con la RAP Metropolitana (ASSE) y con MYSU, que permitió establecer contacto y conocer directamente a algunos de los equipos de IVE, quienes me recibieron y me apoyaron en la captación de adolescentes. Sin embargo, lo contrario sucedió en otros centros de salud donde me habían brindado ayuda en el proyecto anteriormente mencionado, pero en este caso recibí una negativa en apoyar la tesis, manifestaron que el equipo de profesionales de IVE no contaba con tiempo ni interés para ello.

La segunda vía de captación fue a través de personas que conocieran adolescentes que hubieran interrumpido un embarazo y que pudieran consultarle su interés de participar y sólo en ese caso se hizo llegar los datos de contacto a la investigadora. También se desarrolló otra estrategia de capacitación mediante material de difusión en papel, redes sociales (Página en Facebook del Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades y en grupos de Facebook de adolescentes); solicitando que las adolescentes voluntariamente se comunicaran con la investigadora. Asimismo, se trabajó con los equipos de los Centros de Salud de la RAP Metropolitana en sus lugares de atención a usuarias para facilitar su tarea en la captación de futuras entrevistadas.

Finalmente se entrevistaron a 15 adolescentes, entre 15 y 19 años, que interrumpieron el embarazo en los servicios de salud del SNIS de Montevideo.

Tabla 2. Características de la población entrevistada.

Adolescentes	Con rezago escolar o que hayan abandonado sus estudios y antecedentes de maternidad previa	Con rezago escolar o que hayan abandonado sus estudios y sin antecedentes de maternidad previa	Sin rezago escolar Sin antecedentes de maternidad previa
15 a 16 años	0	0	1
17 a 19 años	2	1	11
Total: 15	2	1	12

Debido a que fue posible realizar solamente una entrevista a una adolescente de 15 años se considero tomar para la investigación a las adolescentes de 17 a 19 años.

Según los datos que arroja la Tabla 2 sobre las características de la población entrevistada, se puede decir que únicamente una de las adolescentes había abandonado sus estudios sin tener antecedentes de maternidad previa. Solamente dos casos presentaron antecedentes de maternidad previa y habían abandonado sus estudios, por lo que la amplia mayoría de las adolescentes continuaron sus estudios después de haber interrumpido el embarazo.

Tabla 3. Datos de las adolescentes entrevistadas seleccionadas para la investigación.

NÚMERO DE ENTREVISTAS	SEUDÓNIMO	EDAD CUANDO SE HIZO IVE	CENTROS DE SALUD DE RAP/ ASSE	NIVEL EDUCATIVO	CON O SIN ANTECEDENTES DE MATERNIDAD PREVIA
1	Maria	19 años	Sayago	4° de liceo	Sin antecedentes de maternidad previa
2	Ana	18 años	Centro Salvador Allende	1° de Facultad	Sin antecedentes de maternidad previa
3	Barbara	18 años	Giordano	6° de liceo	Sin antecedentes de maternidad previa
4	Ximena	19 años	Giordano	4° liceo	Sin antecedentes de maternidad previa
5	Alejandra	19 años	Giordano	5° liceo	Sin antecedentes de maternidad previa
6	Victoria	18 años	Cerro	6° liceo	Sin antecedentes de maternidad previa
7	Sofia	18 años	Cerro	abandonó sus estudios	Con antecedentes de maternidad previa
8	Analia	19 años	Giordano	1° Facultad de Derecho	Sin antecedentes de maternidad previa
9	Macarena	17 años	Giordano	4° liceo	Sin antecedentes de maternidad previa
10	Carolina	18 años	Ciudad Vieja	6° liceo	Sin antecedentes de maternidad previa
11	Candelaria	19 años	Ciudad Vieja	6° liceo	Sin antecedentes de maternidad previa
12	Giselle	19 años	Giordano	abandonó sus estudios	Con antecedentes de maternidad previa
13	Laura	18 años	Giordano	abandonó sus estudios.	Sin antecedentes de maternidad previa
14	Gloria	19 años	Giordano	1° Facultad de arquitectura	Sin antecedentes de maternidad previa

La captación de adolescentes para el estudio fue uno de los puntos críticos de la implementación del proyecto, pero también se presentaron retos en el momento de realizar las entrevistas. En primer lugar, porque fue mi primer experiencia como investigadora en trabajar con dicha población lo que considero fue un gran desafío al realizar las entrevistas. En segundo lugar, porque las adolescentes se comunicaban con un lenguaje austero, con un vocabulario limitado, de frases reiterativas y breves. Esta característica que limitó el intercambio y la profundidad de relato podría estar relacionada con el nivel educativo de las adolescentes y con el estigma social del aborto incorporado subjetivamente (Goffman, 1965). Se podría pensar que a pesar de la reforma legal que permite interrumpir el embarazo en los servicios de salud aún persisten los efectos estigmatizantes de la práctica, donde subsiste en el imaginario de las adolescentes el temor a la sanción social y a ser juzgadas por su entorno. Ello forma parte de las dificultades de investigar sobre un temática sensible y controversial, atravesada por concepciones ideológicas, religiosas y valores morales sobre la sexualidad y maternidad. Consecuentemente dichas fuerzas sociales ordenan las prácticas (individuales y sociales, públicas y privadas) de hombres y mujeres (Fernández, 1993).

Comparto las hipótesis que plantea Fletcher (1995) acerca de los motivos que podrían tener las mujeres para guardar o romper el silencio de su experiencia de abortar, la tensión y complejidad del asunto. Por un lado, el silencio puede ser para buscar protección de las repercusiones negativas, por lo que deciden contarlo solamente a su entorno más cercano; otras pueden recurrir al silencio por sentir ambivalencia, desde emociones negativas hasta alivio por haber logrado resolver el problema, los cuales evitan nombrar públicamente porque al hacerlo podrían generar la creencia de que se hizo algo malo y ello las pondría en una situación de vulnerabilidad. Otro posible motivo que las puede llevar al silencio es la frustración por la falta de espacios públicos que les posibiliten expresar la complejidad de sus experiencias con el aborto. A veces en estos espacios la voz que domina es la masculina y del aborto se habla de manera impersonal y no como una experiencia vivida. Ante estas circunstancias, se sienten obligadas a ocultar su propia vivencia.

CAPÍTULO 3.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

El material fue codificado inicialmente tomando la pauta de entrevista elaborada oportunamente y se sumaron códigos emergentes. Esta sistematización del material permitió realizar un análisis de contenido en base a ocho categorías: decisión, motivos, recursos, información, procedimiento, profesionales, aborto y post aborto y balance. Se analizó el contenido de cada una de las dimensiones para luego proceder a realizar un análisis diacrónico y sincrónico de las entrevistas.

Los resultados se organizan en cuatro apartados. Los tres primeros refieren a los momentos del proceso del aborto: antes, durante y después. Esta división analítica se basa en la idea que el aborto es vivido como un proceso situado en un determinado contexto social, cultural e histórico, y no como un acto o acontecimiento aislado. Un último capítulo refiere específicamente a las experiencias de las adolescentes en su relación con el servicio de salud para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en el marco de lo que establece la ley vigente. La ley IVE establece que el aborto debe tener lugar en el servicio de salud para ser considerado legal (cumpliendo a su vez con determinados requisitos de plazos y condiciones). Por ello, resultó especialmente importante analizar la relación entre la demanda y la oferta de atención a partir de las experiencias de las propias adolescentes.

3.1 EL MOMENTO PREVIO AL ABORTO: LA TOMA DE LA DECISIÓN

En este apartado se conjugaron dimensiones de análisis que refieren a las reacciones de las adolescentes frente al embarazo no intencional (causas del embarazo, reacciones frente al embarazo, primeras ideas que tuvieron frente a la situación) y a la toma de decisión (motivos para interrumpir el embarazo, recursos de apoyo familiar y social y recursos afectivos y cognitivos que han utilizado para dirimir la situación). Dichas pregunta permitieron realizar el encuadre sobre el cual se desarrollarían luego las entrevistas.

Tabla 4. El momento previo al aborto: análisis de datos, dimensiones implicadas.

EL MOMENTO PREVIO AL ABORTO		
DIMENSIÓN 1: REACCIONES FRENTE AL EMBARAZO	DIMENSIÓN 2: MOTIVOS PARA ABORTAR	DIMENSIÓN 3: INFLUENCIAS A LA HORA DE TOMAR LA DECISIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ● Sentimientos y reacciones emocionales frente a la constatación del embarazo. ● Embarazo intencional / embarazo no intencional. ● Causas del embarazo: <ul style="list-style-type: none"> - acceso a información y métodos anticonceptivos - uso de métodos anticonceptivos - embarazo bajo coerción o violencia 	<ul style="list-style-type: none"> ● Motivos para ● Motivos porque 	<ul style="list-style-type: none"> ● Madre y familia ● Pares ● Pareja ● Servicio de salud ● Centro Educativo ● Marco de aborto legal

Fuente: elaboración propia

3.1.1 Las reacciones de las adolescentes frente al embarazo

Según lo mencionado por las adolescentes se puede inferir que los embarazos fueron no intencionales, entre otras razones, porque se observó que la mayoría de los embarazos fueron producto de un uso inconsistente de método(s) anticonceptivo(s). El principal método anticonceptivo utilizado fue el preservativo masculino, algunas adolescentes manifestaron usar doble protección (preservativo y pastilla de emergencia - preservativo y pastillas anticonceptivas), una adolescente usó únicamente anticoncepción de emergencia. En relación a ello la literatura reporta que las adolescentes suelen manifestar el conocimiento de los métodos anticonceptivos y su uso, sin embargo, la alta incidencia del embarazo no intencional muestra no uso o uso inconsistente de los métodos. A su vez, varios estudios coinciden en afirmar que el conocimiento de los métodos no asegura un uso adecuado y consistente. Las consecuencias de esta falta de educación sexual se agravan al

considerarla como una herramienta para prevenir el embarazo no deseado o no planificado (De Dios Moccia y Melina Melanesi, 2006; Manlove *et al*, 2007; Cherry y Dillon, 2014;)

C.- *La verdad es que era totalmente inesperado porque estábamos tomando las precauciones para que no sucediera algo así, pero ta, lo pensamos bien y ta.*

E.- *¿Precauciones quiere decir que estaban usando métodos anticonceptivos?*

C.- *sí.*

E.- *¿Qué método estaban usando?*

C.- *preservativo*

E.- *¿Y qué piensan que sucedió en ese momento?*

C.- *no sé, quizás alguno venía fallado o algo así. La verdad que no sé (Carolina, 18 años)*

E.- *¿Y estabas usando algún método anticonceptivo?*

C.- *Justo hacía como un mes, un mes y medio que había dejado las pastillas anticonceptivas y hubo un momento después, cuando me enteré de cuántas semanas estaba, yo no me había protegido con mi pareja pero había tomado una pastilla de emergencia antes de las 48 horas, que en realidad son 72, pero yo las tomé antes de las 48 y se ve que falló, no sé (Candelaria, 19 años)*

E: *¿Estaban utilizando algún método anticonceptivo, o no?*

L: *Si, siempre tomaba las pastillas al otro día, para prevenir.*

E: *¿Pero algún método anticonceptivo?*

L: *Preservativo...*

E: *¿Además de la pastilla de emergencia?*

L: *¿Eh?*

E: *¿Así que usaban preservativo y pastilla de emergencia?*

L: *Si (Laura, 18 años)*

E: *¿Y en ese momento estabas usando métodos anticonceptivos?*

X: *Estaba usando preservativos, lo único (Ximena, 19 años)*

E: *¿Estabas usando algún método anticonceptivo?*

A: *No, hacía tiempo que no (Ana, 18 años)*

E.- ¿Y te estabas cuidando con métodos anticonceptivos Giselle?

G.- No. no, no (Giselle, 19 años)

La autonomía y empoderamiento son la base del desarrollo integral de las adolescentes para ser consideradas como sujetos con poder y capacidad para tomar decisiones, con ello se contribuye al desarrollo de personas autónomas y a la construcción de ciudadanías (López, 2005).

Cuando se habla de autonomía en el campo de la sexualidad, ésta se encuentra muy ligada al concepto de empoderamiento, ya que se relaciona con la necesidad de generar y garantizar condiciones que permiten un proceso de construcción de auto-cuidado a través del autoconocimiento y disfrute del cuerpo, el ejercer plenamente sus derechos basado en el respeto hacia el otro como sujeto de derechos. Por lo tanto, empoderamiento significa considerarse y sentirse con poder para tomar decisiones sexuales y reproductivas de forma responsable y autónoma, informada y respetuosa (López, 2011).

En cuanto a cómo reaccionaron ante la posibilidad de estar embarazada, en un principio no creían estar embarazadas a lo que se demoraron en realizarse un test de embarazo, recién se lo realizaron a las 9 semanas aproximadamente. Siendo el test de embarazo comprado en la farmacia el principal método utilizado por las adolescentes para confirmar el embarazo.

Las adolescentes suelen demorar la realización de test para verificar o descartar un embarazo, a pesar de contar con un retraso menstrual o sospechar el embarazo. Ocurre lo contrario una vez que constatan el embarazo ya que en corto lapso tomaron la decisión de interrumpirlo, teniendo conocimiento acerca del plazo de 12 semanas para poder hacerlo en los servicios de salud.

E: ¿Qué hiciste en ese momento?

A: En ese momento, en realidad, no consulté enseguida porque no pensé que fuera eso (Ana, 18 años).

E.- ¿Y qué sentiste ante esa posibilidad?

C.- ¿Ante esa posibilidad? Pasa que yo nunca pensé que iba a salir positivo, yo pensé que estaba como descompuesta, así, que me sentía mal entonces, no, no me lo imaginé. No me imaginé yo estando embarazada (Candelaria, 19 años).

¿En qué momento pensaste o sospechaste que podrías estar embarazada?

E: En realidad primero lo sospeché por, o sea me enteré tarde... porque no me había dado cuenta, en un principio, la dejé pasar y bueno...después de que pasaron como 3 semanas ahí se me dio por hacerme el test y bueno ta.

I: Y... ¿Qué hiciste en ese momento? ¿Te hiciste el test de embarazo?

E: Si (Gloria, 19 años).

E: ¿Cómo te sentiste ante esa posibilidad de estar embarazada?

A: Desde un principio estaba convencida de que no... Nunca quise digamos. No tenía ni idea de cómo era ser madre y no tenía ganas de ser madre. Nunca se me pasó por la cabeza tener un hijo a tan corta edad y menos estudiando (Ana, 18 años).

Pero ta, nunca pensé que me iba a tocar a mí (Gisele, 19 años).

Pocas adolescentes manifestaron no usar métodos anticonceptivos, en un caso pensaba que nunca le iba a suceder quedar embarazada a pesar de no usar anticonceptivo, pero no supo explicar la razón. Aquí se pone de manifiesto las fantasías relacionadas con la omnipotencia de la adolescencia, que se traduce en la frase "*nunca pensé que me iba a tocar a mí*". Esta adolescente había abandonado los estudios y ya tenía un hijo. La demora en "darse cuenta" que están embarazadas es un rasgo propio en la adolescencia asociado a la negación del embarazo, a las dificultades para valorar las consecuencias a futuro y a la omnipotencia. Dicha demora genera que las adolescentes acudan al servicio de salud más próximo a las 12 semanas de gestación. Aquí se pone en juego la vivencia subjetiva del tiempo, en donde la dimensión temporal puede influir en el accionar de los seres humanos, el tiempo es percibido como ilimitado por éstas adolescencia y no como escaso o faltante, sin tener en cuenta las consecuencias futuras de no poder interrumpir el embarazo en el centro de salud (Vázquez, 2011).

Se trata de una conducta que carece de una base racional y que se debería a una incapacidad de prever las consecuencias que tienen sus comportamientos (inmadurez, falso sentido de invulnerabilidad). Sin embargo, limitarnos solo a este componente, sobre todo si tiene una carga estigmatizante, como ocurre cuando este fenómeno del embarazo en la adolescencia se atribuye casi exclusivamente a la inmadurez o a la irresponsabilidad, no permite dar cuenta de un conjunto de aspectos que operan "sobre las personas" (Rodríguez, 2008).

Ante la posibilidad de estar embarazadas la mayoría de las adolescentes manifestaron sentimientos y reacciones negativas asociados al miedo, susto, llanto, impotencia, nervios, una situación desagradable, entre otros.

E: La primera pregunta está relacionada ¿qué pensaste en el momento que sospechaste que estabas embarazada?

M: En un primer momento fue miedo, no lo esperaba (María, 19 años).

E: ¿Qué pensaste en ese momento?

X: Primero me asusté, pero después me sentía... como era la primera vez, me sentía rara (Ximena, 19 años).

E: ¿Y qué sentiste ante la posibilidad de estar embarazada?

A: Me sentí mal, obviamente. Me sentí con esa impotencia de decir "¿por qué?". Obviamente no era lo que deseaba (Ana, 18 años)

E.- ¿Sí? ¿Cuál fue tu primera reacción?

A.- No, me puse a llorar.

E.- ¿Y qué fue lo primero que pensaste?

A.- Que me lo quería sacar. Que no quería tenerlo (Alejandra, 19 años).

En este testimonio se observa el uso de la expresión “me lo quería sacar” que refleja la presencia de un objeto extraño en su cuerpo, no deseado. El uso de esta expresión es recurrente en las mujeres que deciden interrumpir (según estudios realizados), precisamente porque el no deseo de tener un hijo, hace que el embarazo sea percibido y vivido como una experiencia no deseable, que es necesario interrumpir, sacarlo.

E: ¿Y qué hiciste en ese momento? ¿Cuándo te diste cuenta acerca de que estabas embarazada?

L: Nada, yo que sé, me puse a llorar (Laura, 18 años)

E: ¿Bien, y qué fue lo primero que pensaste? ¿Ante esa posibilidad de estar embarazada?

G: Nada, estaba muy nerviosa y cuando me enteré me puse mal.

E: ¿Te pusiste mal...por qué te pusiste mal?

G: Porque no sabía qué hacer en realidad... no era... no sé me puse mal, como que no sabía cómo enfrentar la situación en un principio, como decirle a mi madre eso...y ta (Gloria, 19 años).

E: ¿qué pensaste o qué sospechaste cuando supiste que estabas embarazada?

B: Que iba a tener que tomar decisiones importantes, en el caso que estuviera, y bueno, cuando me di cuenta que estaba, las tuve que tomar. Realmente ninguna de las dos era de mi agrado. No es que esté de acuerdo con no tener pero lo estuve pensando por un tiempo tampoco tan prolongado porque en el caso que tuviera que interrumpir había que hacerlo rápido (Bárbara, 18 años).

3.1.2 Motivos para interrumpir el embarazo

Uno de los objetivos específicos que se buscó fue describir los motivos que manifiestan las adolescentes para interrumpir el embarazo.

Cuando hablamos de estudiar la experiencia subjetiva desde un enfoque fenomenológico Schutz propone que la acción⁵ de los individuos se puede interpretar según los motivos, que puede ser motivos para y motivos porque. Los *motivos porque* refieren a las experiencias y determinaciones pasadas del sujeto que lo llevaron a actuar de tal manera. Los *motivos para* aluden a la acción orientada al futuro, es decir al estado de cosas u objetivos que se pretenden alcanzar con determinada acción (Castro, 2011).

Los resultados obtenidos evidencian que los principales motivos que manifestaron las adolescentes para interrumpir el embarazo fueron, la edad temprana, la imposibilidad económica (no trabajaban y dependían económicamente de sus padres), se encontraban estudiando (no quieren interrumpir o posponer sus estudios), no se sentían preparadas emocional y psicológicamente para tener un hijo, se encontraban en una relación muy reciente o no estable y por último porque "no era algo deseado". La mayoría de los motivos, según lo planteado por Schutz, son *motivos para*, querefieren en éste caso a la acción de abortar orientada al futuro, es decir lo que las adolescentes pretenden alcanzar con dicha acción, entre ellos se destacan el estar estudiando y no querer interrumpir o posponer los estudios, no querer proyectar un vínculo de pareja a futuro, ser muy jóvenes, no sentirse preparadas emocionalmente y psicológicamente para tener un hijo, entre otros.

⁵ La acción social es definida como toda conducta a la que las personas atribuyen algún sentido, a su vez es producto de diversas formas de interacción social. Su concepto originalmente propuesto por Weber (1981), permite recuperar la dimensión subjetiva de las personas como objeto de estudio en área de las ciencias sociales (Castro, 2011).

Tabla 5. Principales motivos (motivos porque y motivos para) para interrumpir el embarazo referidos por las adolescentes.

<i>Motivos para</i>	<i>Motivos porque</i>	<i>Consideraciones</i>
por ser muy jóvenes		Esto se puede entender en términos que la adolescente siente que tiene un futuro por delante.
	por imposibilidad económica (no trabajaban y dependían económicamente de sus padres)	Esto se puede entender en términos de que las trayectorias económicas hasta el momento no le permiten contar con condiciones para tener un hijo.
por estar estudiando y no querer interrumpir o posponer los estudios.		Esto se puede entender en términos de sus expectativas de desarrollo personal para enfrentar el futuro.
no sentirse preparadas emocional y psicológicamente para tener un hijo		Esto se relaciona con no disponer de las condiciones emocionales para hacerse cargo y criar un hijo/a.
	porque se encontraban en una relación reciente o no estable	Esto se puede entender en términos de una historia de relación reciente que no ofrece las condiciones para tener un hijo/a.
por no querer proyectar un vínculo de pareja a futuro		Esto se puede entender en términos de cómo visualizan su futuro inmediato en términos de vida en pareja.
	porque "no era algo deseado"	Esto se puede entender en el sentido de no haber sido un embarazo intencional/planificado, buscado, proyectado.

Fuente: elaboración propia

Dichos resultados coinciden con lo planteado por diversos estudios realizados a nivel regional y mundial, los cuales refieren a que los motivos asociados a la decisión de abortar en adolescentes son la falta de condiciones para asumir la maternidad, temor a que el embarazo interfiera en su desarrollo personal, deseo de continuar con sus estudios, no tener pareja estable o no recibir apoyo por parte de ésta y razones de índole económica (Menezes, Aquino y Olivera da Silva, 2006; Sanger, 2009; Domínguez et al, 2010; Doblado, D et al, 2010; Urgellés et al, 2012; Maranhão et al, 2016).

Dos de las adolescentes entrevistadas habían abandonado sus estudios y presentaban antecedentes de maternidad previa, la mayoría se encontraban cursando enseñanza media, tres estaban cursando carreras universitarias. El perfil del nivel educativo de las mujeres entrevistadas coincide con la tendencia de los índices de fecundidad para mujeres con nivel educativo medio o alto en el país: “Las mujeres que retrasan la maternidad (...) son aquellas que alcanzan mayor acumulación de años de estudio y, por lo general, cuentan con un proyecto de vida más diverso” (Varela et al, 2014:pp 10), es decir que la proyección biográfica “moderna” (planteada por Rodríguez, 2008), incluye la postergación de la reproducción hasta la conclusión de un ciclo previo de formación o incluso experimentación del mundo.

E. -Y por qué te planteaste interrumpir el embarazo?

V: Porque me considero joven todavía, estoy estudiando... creo que era como un stop a mi vida (Victoria, 18 años).

E.- ¿Cuáles fueron las razones por las cuales decidiste interrumpir el embarazo?

C.- Primero que nada el tema de la edad, los dos estamos estudiando, sería bastante difícil y también por temas económicos porque por ejemplo a mí todavía me siguen manteniendo mis padres y no sería correcto y también por temas psicológicos, creo que todavía no estamos preparados psicológicamente para tener un hijo (Carolina, 18 años).

E: ¿por qué te planteaste interrumpir el embarazo?

M: Primero por un tema de edad, de economía, porque yo estaba estudiando nada más, no tenía trabajo, dependía de mis padres en este caso y no me sentía preparada emocional ni... con la relación tampoco, era una relación bastante reciente, estábamos hacía por lo menos siete meses pero realmente no quería imponerme en una relación por tener un hijo en común, y ya te digo, no contaba con los medios para poder mantener a un niño en ese caso (María, 19 años).

En este último relato se puede ver que uno de los motivos para interrumpir el embarazo es la consideración sobre el tipo de relación amorosa, reciente y con escasa o nula expectativa o interés de proyectar a futuro, diferenciándose de los motivos de la mayoría de las adolescentes que deciden continuar el embarazo, las cuales presentan expectativas de formar una familia propia y conservar una pareja.

Dichos testimonios pueden indicar ciertas transformaciones en la construcción social y cultural de la maternidad y del derecho a decidir, principalmente en motivos como dependencia económica y priorización de sus proyectos personales y educativos a la maternidad. Se pone de manifiesto lo que plantea López (2005), en relación a que las

sociedades modernas se encuentran en procesos de transformación, ya sea en las formas de organización social, en la cultura, política y en la producción de subjetividades. Es en éste escenario cambiante donde surgen nuevos significados y discursos de sexualidad, los cuáles contribuyen a transformar ciertos mandatos sociales tradicionales para hombres y para mujeres (López, 2005). Uno de los mandatos centrales es el valor social de la maternidad para las mujeres, el cuerpo de la mujer ha estado subordinado a la procreación, a la generación de vida, dejando en un segundo plano o -incluso- desconociendo que es fuente de pasión y erotismo. La práctica del aborto voluntario rompe con el mandato tradicional que limita el cuerpo de las mujeres a su función procreadora, pues confronta y moviliza las concepciones ideológicas, religiosas y morales que se tiene sobre la sexualidad y maternidad. Ello puede ser causa de que nuestra sociedad actual continúa relacionando la maternidad con la idea de ser mujer=madre, siendo la maternidad la función principal de la mujer a través de la cual alcanzaría su realización. A partir de este enfoque la maternidad da sentido a la femineidad. Aquí entran en juego las fuerzas sociales que influyen en la subjetividad de las mujeres, que se pueden analizar mediante lo llamados “mitos” sociales de la maternidad (conjunto de creencias y anhelos colectivos), éstos forman parte de la producción de significaciones imaginarias que constituyen lo femenino y masculino, de los valores y de la subjetividad en cuanto al hombre y la mujer en un momento dado de la sociedad. Consecuentemente dichas fuerzas sociales ordenan las prácticas (individuales y sociales, públicas y privadas) de hombres y mujeres (Fernández, 1993).

En base a los motivos que plantean las entrevistadas para interrumpir el embarazo, se puede afirmar que para éstas continuar un embarazo es percibido o vivido como una limitación de sus posibilidades a futuro, de desarrollo e inserción en el mercado laboral y en ese sentido el embarazo es vivido como un problema.

Asimismo, la mayoría de las adolescentes explicaron su decisión por su edad temprana y porque no se sentían preparadas emocional y psicológicamente en ese momento para ser madres. Las representaciones que pueden tener las adolescentes en cuanto a la función materna se pueden relacionar con cuatro aspectos: engendrar, concebir, parir y criar, resaltando las prácticas cotidianas de crianza de los hijos. Es decir que para estas adolescentes en la función maternal recae la responsabilidad del cuidado y bienestar del hijo sobre la mujer, una crianza basada en la alta disponibilidad afectiva y en la postergación de las necesidades y deseos propios. Es en este sentido que uno de los principales motivos para abortar es no sentirse preparadas para cumplir con dicha función, impuesta por un mandato social y vivida como una exigencia que no sienten poder sostener (Palomar Vereá, 2005).

Una adolescente manifestó “*creo que todavía no estamos preparados psicológicamente para tener un hijo*”, integrando a la pareja en su discurso. Ambos no se sienten preparados para tener un hijo, a diferencia de la adolescente anterior, considera que la responsabilidad de cuidado y crianza de un hijo no sólo es responsabilidad de las mujeres sino también de los hombres.

El análisis de los motivos para interrumpir el embarazo se relaciona directamente con el mundo subjetivo de cada adolescente en relación al aborto así como se relaciona con el contexto social, histórico y político que modelaron su experiencia.

3.1.3 Influencias a la hora de tomar la decisión

Nos interesó conocer quiénes y qué espacios influyeron en las tomas de decisiones adolescentes. Como hemos mencionado anteriormente la investigación disponible señala que la familia, específicamente las madres juegan un papel muy importante.

Al relatar el proceso de toma de la decisión se pueden observar controversias y ambivalencias en algunos de los relatos, respecto a si fue una decisión tomada de manera autónoma, con la pareja, con la madre o con familia y, por otro lado, acerca del papel que éstas relaciones jugaron en la decisión. Es importante señalar que las adolescentes no mencionaron sentirse presionadas por su entorno, sea para continuar o para interrumpir el embarazo. A continuación veremos que se trata de discursos que se sustentan en su valoración como sujetos de derechos y si bien conviven con contradicciones y ambivalencias, abren paso a nuevas configuraciones de sentido, capaces de tomar sus propias decisiones.

Ahí dije: "es el momento de hablarlo", lo hablé con mis hermanas que son las más confidentes y me apoyaron para contarlo a mi familia, a mi madre, mi padre y bueno, mi pareja en realidad fue la última enterarse porque sabía yo que era el que más iba a tener problemas para aceptar mi decisión de interrumpir el embarazo, y fue una situación bastante complicada, porque él no estaba muy de acuerdo pero supo entender mi postura, y comenzó el proceso de las consultas y eso con los especialistas (María, 19 años)

Castro (1997), plantea que el apoyo social genera la incrementación del bienestar físico y emocional de los individuos. Siguiendo en esta línea, el apoyo social es el proceso a través del cual los recursos sociales, comunidad, redes sociales y relaciones íntimas generan la satisfacción de necesidades básicas, tanto instrumentales como expresivas, en situaciones de la cotidianidad o en crisis.

Fernández y Tajer (2006) señalan que el apoyo brindado por la familia en las adolescentes que abortan, principalmente de la madre, se puede relacionar con que en los últimos veinte años parece aceptarse las relaciones sexuales de los adolescentes, las familias reciben, en muchos casos con fingida naturalidad, a los novios o novias que se quedan a dormir, las madres acompañan a sus hijas al ginecólogo antes de su primer relación sexual, entre otros. Dicha "libertad protegida", planteada por Donzelot (1990), se da también frente a situaciones de embarazo, donde se acompaña afectivamente a la adolescente a su interrupción. Ello puede reflejar un cambio en las prácticas en algunos sectores con nivel socioeconómico medio y alto, en donde cuentan con el apoyo familiar, específicamente de la madre (Fernández y Tajer, 2006).

Lo mencionado puede llevar a cuestionar si dicha "liberación de las costumbres" responde a una democratización de las relaciones familiares o si refiere a la implementación de un cierto panóptico familiar más sofisticado, es decir dejar atrás las exigencias disciplinarias de castidad para adentrarse al control y monitoreo de los erotismos adolescentes, pasar de una sociedad disciplinaria a la sociedad de control (Deleuze, 1995). Las adolescentes de éstas familias son hijas para las cuales los padres se han imaginado una carrera universitaria, un futuro profesional, siendo uno de principales motivos que plantean en los testimonios las adolescentes para abortar. Se observa aquí el concepto de embarazo adolescente como una precocidad indeseada, lo que lleva a la mayoría de la veces a la interrupción del embarazo (Fernández y Tajer, 2006).

a) Las madres y las familias

E: ¿Qué cosas sentís que te ayudaron a vivir ese momento y qué cosas no te ayudaron?

M: Ya te digo, principalmente, lo que me ayudó a pasarlo mejor o bueno, lo menos mal posible fue el apoyo de mi familia, mis seres queridos y la atención tan rápida y sobre todo tan comprensiva de los médicos y demás (María, 19 años)

Las madres juegan un papel importante en la decisión de sus hijas, en la medida que su opinión es importante para las adolescentes, aunque la decisión la hubieran tomado de manera autónoma. Es decir, la opinión de la madre tiene un peso en cómo las adolescentes viven y sostienen la decisión que tomaron. No se trata de una opinión que les resulte indiferente o que rechacen. La madre es para la adolescente un modelo a seguir, lo que significa una figura de alta incidencia en la toma de decisiones. Quizás el mensaje de apoyo que brindan las madres a las adolescentes en la decisión de abortar se aleja de la ecuación mujer = madre, buscando generar en su hija una nueva imagen de mujer, donde no hay una aceptación de la maternidad como única realización o como destino insoslayable (Lombardi, 1988). La literatura sugiere que la salud sexual y reproductiva de las adolescentes puede

ser particularmente influenciada por sus madres ya que son las principales responsables en la comunicación sobre la sexualidad con sus hijas (Davies *et al*, 2009).

E: ¿Así que la decisión la tomaste vos sola o con alguien más?

B: Yo.

E: Sola. O con tu mamá fue.

B: Sí, mamá también participó en esto y yo

E: ¿La opinión de tu mamá influyó a tomar la decisión?

B: No, no, no. (Bárbara, 18 años).

*E.- ¿Y la opinión de tu mamá influyó en tu toma de decisión?
C.- En realidad ella me dijo que hiciera lo que quisiera que ella me iba a apoyar pero me aconsejó que soy joven, todo lo que te decía, que estudio y eso, pero más allá de que ella me hubiera dicho ay qué bueno que estaría, ta yo tomo sus consejos pero no es algo que por lo que ella me diga yo decida. O sea, yo desde un principio ya sabía que no, que no iba a tener, o sea, yo tomo sus consejos y ta, pero la decisión fue completamente mía (Candelaria, 19 años).*

L: ¿Influyó en tu toma de decisión la opinión de tu mamá?

E: ¿Cómo si influyó? No entendí esa pregunta.

L: Claro, si para vos tomar la decisión, su opinión era importante o no fue importante para vos tomar la decisión de interrumpirlo.

E: En realidad no era importante, pero después pensándolo bien decidí yo por cuenta mía (Laura, 18 años).

En algunos casos manifestaron que tomaron la decisión de no contárselo a su familia por miedo a su reacción. Ello se expresó en no querer compartir con la familia la decisión tomada como forma de evitar el conflicto, el temor a la expulsión del hogar, a la sanción moral o física, al rechazo parental. Esto significa que si los vínculos familiares más próximos son vividos como protectores, la situación es compartida en primer lugar en ese espacio. Por el contrario, si el espacio familiar es vivido con temor al rechazo o sanción, la situación es ocultada y por tanto, la familia lejos de ser un factor protector o de apoyo social se transforma en un factor de riesgo de exposición al daño.

Se puede señalar que la familia juega un papel fundamental para la adolescente que interrumpe el embarazo, ya sea de manera positiva brindándole su apoyo, como al evitar contárselo por temor a las reacciones negativas que puede generar plantearle que se encuentra embarazada y su decisión de abortar. La familia se considera la influencia más relevante para un adolescente, dentro de un familia se transmite cultura, creencias, tradiciones sociales y religiosas de generación en generación. Las normas, valores y modelos de comportamiento introducidos en la familia sirven como pilar principal para el

desarrollo de la personalidad, creencias y actitudes de los adolescentes (Davies *et al*, 2009).

E: ¿Y se lo contaste a alguien más?

A: A la mamá de él y al hermano.

E: ¿Y a tu mamá o a algún familiar tuyo se lo contaste?

A: No. No, porque están en contra de eso.

E: Tienen un pensamiento entonces que no están de acuerdo con interrumpir.

A: Claro, están en contra de eso, aparte son, por así decirlo, religiosos. Y ahí sería medio conflictivo para mí también, enfrentarlo con ellos. No sé cómo reaccionaría.

E: Entonces trataste de evitar contárselo a ellos, ¿y alguien más trataste de evitar contárselo?

A: No, de mis amigas y eso, solo mi mejor amiga sabe. Y un amigo pero traté tipo de no exponer eso porque a veces como cada persona tiene como un pensar diferente, chocan las ideas y eso y para evitar problemas lo guardé (**Analía, 19 años**).

E- ¿Y tu familia se enteró sobre esto?

C.- No, no.

E.- ¿Y eso por qué, por cuál razón no se lo contaste?

C.- No, simplemente no sé por miedo.

E.- ¿Miedo de lo que te puedan decir?

C.- Claro, por los prejuicios que hay todavía sobre el tema, sigue siendo bastante tabú entonces... Aunque está legalizado sigue siendo tabú (**Carolina, 18 años**).

A pesar que las adolescentes reciben en su mayoría el apoyo de su familia, existe aún el temor al sanción moral del resto de la sociedad. Ello se ve cuando las adolescentes, en varias ocasiones, manifiestan evitar contárselo a otras personas.

Y no, en realidad traté de mantenerlo al mínimo... quizá algunas amigas me preguntaban por qué tan seguido consulta con el médico, yo no le decía específicamente qué consulta tenía y en realidad no quería que se enteraran más allá del círculo cercano, mi familia, mi pareja y hasta mi mejor amiga, más confidente... no quise contarle más allá, principalmente por un tema de privacidad y prejuicio de los demás (María, 19 años)

E.- ¿Y tu familia se enteró sobre esto?

C.- No, no.

E.- ¿Y eso por qué, por cuál razón no se lo contaste?

C.- No, simplemente no sé por miedo.

E.- ¿Miedo de lo que te puedan decir?

C.- Claro, por los prejuicios que hay todavía sobre el tema, sigue siendo bastante tabú entonces... Aunque está legalizado sigue siendo tabú.

E- ¿Y se lo contaste a alguien más o no?

C.- No, no.

E.- ¿Ni a una amiga?

C.- No, no.

E.- ¿Y eso también por la misma razón o por alguna otra?

C.- No, sí, más o menos por eso (**Carolina, 18 años**)

En el siguiente caso una adolescente le cuenta a su padre después de haber culminado el proceso de IVE por temor a cómo podía reaccionar, fundamenta que "es muy protector", quien se presenta en su discurso como una figura autoritaria. El miedo y no contarle antes sobre el aborto refiere a quizás éste hubiese intentado imponerle a la adolescente su opinión a que no lo interrumpa.

C.- *Ya después cuando terminé todo el proceso se lo conté a mi padre, mi padre no vive conmigo pero ta, siempre es re atento pero me daba como miedo a cómo podía reaccionar pero bien, bien.*

E.- ¿Se lo contaste después?

C.- Claro, después de todo. Hace poquito.

E.- ¿Y por qué, por ese miedo se lo contaste después?

C.- *Claro, porque mi padre es como más protector aparte yo soy la única nena entonces capaz que por ahí se lo tomaba medio raro, aunque yo soy mayor ya pero ta, medio sobreprotector (**Candelaria, 19 años**)*

Para muchas mujeres las creencias religiosas y los valores se contraponen con la posibilidad de elegir por el aborto, ello genera una situación de tensión entre dichos valores y la solución de interrumpirlo. Incluso, una adolescente que se encuentra segura de la validez moral de su decisión de abortar enfrenta el peso del tratamiento social que recibe por su elección, como sucede en algunos de testimonios anteriormente referidos. Existe una asociación que se encuentra implícita entre interrumpir el embarazo y el comportamiento irresponsable, a pesar que el aborto sea una práctica legalizada en nuestro país.

b) Las amigas

E: *Entonces trataste de evitar contárselos a ellos, ¿y alguien más trataste de evitar contárselo?*

A: *No, de mis amigas y eso, solo mi mejor amiga sabe. Y un amigo pero traté tipo de no exponer eso porque a veces como cada persona tiene como un pensar diferente, chocan las ideas y eso y para evitar problemas lo guardé (**Analia, 19 años**)*

La influencia y apoyo de las amigas no formó parte del discurso de las adolescentes. Ello se podría relacionar con lo planteado por Sumter *et al* (2009) en cuanto a la resistencia que tienen las adolescentes mujeres a la influencia de sus amigas en comparación a lo que

sucede con los adolescentes varones quienes son más propensos a la influencia de sus pares. Los autores lo explican en términos de maduración psicosocial que se da durante dicha etapa, las mujeres adolescentes presentan mayor control de impulsos, responsabilidad y mayor grado de conciencia de sus actos, por lo tanto a cuanto mayor maduración psicosocial menor es la susceptibilidad a la influencia de sus pares.

c) Las parejas

Si bien esta investigación no se centra en el estudio del lugar del progenitor en la decisión de abortar de las adolescentes, pudimos explorar sobre la participación de sus parejas en el proceso de toma de decisión. La pareja es un actor importante en la toma de la decisión de abortar para algunas adolescentes quienes manifestaron haber compartido esa decisión con sus parejas. Estos casos permiten visualizar que el aborto en tanto decisión reproductiva y sexual, puede ser un evento compartido, lo que podría hablar de nuevas formas de relaciones de género en términos de participación reproductiva. En ningún caso, las adolescentes expresaron haber tomado la decisión bajo presión, por temor al abandono o el desamor de sus parejas, por temor a la violencia o para satisfacer un deseo de sus parejas.

E: ¿Y la decisión, la tomaste sola o con tu pareja?

A: La tomamos los dos.

E: ¿Tomaste la decisión sola o con alguien más?

V: Con mi novio (Victoria, 18 años)

E: Ta. Entonces, ¿qué fue lo que sentiste en ese momento, qué fue lo primero que pensaste?

S: Nada, que lo iba a tener.

E: ¿Qué no lo querías tener?

S: No, que lo iba a tener.

E: ¿Y después cambiaste de opinión?

S: Sí, lo consulté con él, lo hablamos, y nos pusimos de acuerdo los dos.

E: Fue entre los dos entonces tomar la decisión.

S: Sí.

E: Interrumpirlo entonces fue una decisión que la tomaron los dos juntos.

S: Sí porque no estábamos en condiciones de traer otro bebé (Sofía, 18 años)

E: ¿Y se lo contaste a tu pareja?

A: Sí, se lo conté. Cuando se lo conté yo no tenía todavía una resolución, como quién dice, determinada sino que se lo conté y ahí fue cuando me dijo que tampoco podía. Entonces como que ta (Analía, 19 años)

E.- ¿Y cómo te sentiste cuando hablaste acerca de esta toma de decisión?

C.- Y no sé, como ya te había dicho fue bastante difícil tomar esa decisión y nos dimos un tiempo para pensarlo bien y después lo hablamos y ta.

E.- *¿La tomaron en conjunto o tomaste vos sola esta decisión?*

C.- *No, no. Fue en conjunto (Carolina, 18 años)*

E.- *Entonces ¿la decisión la tomaste vos sola o fue con él?*

G: *No, después de que lo hablamos, fue una decisión que yo planteé y que él la aceptó. Y lo terminamos aceptando los dos digamos (Gloria, 19 años)*

mi pareja en realidad fue la última enterarse porque sabía yo que era el que más iba a tener problemas para aceptar mi decisión de interrumpir el embarazo, y fue una situación bastante complicada, porque él no estaba muy de acuerdo pero supo entender mi postura, y comenzó el proceso de las consultas y eso con los especialistas (Maria, 19 años)

d) El servicio de salud y el marco legal sobre aborto legal

La mayoría de las adolescentes manifestaron tomar la decisión de abortar antes de haber concurrido al centro de salud. Por su parte, los cinco días de reflexión que mandata la ley como tiempo para tomar la decisión luego de la consulta con el equipo multidisciplinario, son evaluados como innecesarios. Para las adolescentes, estos cinco días podrían evitarse, manifestando que generaron angustia y ansiedad. En tal sentido, las adolescentes expresaron que esta situación era una demora en la concreción del “alivio” que produce terminar el proceso del aborto lo antes posible.

E.- *¿Y tuviste los 5 días de reflexión?*

C.- *Sí, sí.*

E.- *¿Creés que fueron suficientes?*

C.- *Sí, sí, porque yo ya estaba en ese momento, en el momento que fui yo ya estaba segura de la decisión que iba a tomar así que...*

E.- *¿No modificó tu toma de decisión?*

C.- *No, no, no.*

E.- *¿Hubieras interrumpido antes de esos 5 días si te hubiesen dado la opción?*

C.- *Sí, sí (Carolina, 18 años)*

E.- *¿me podés contar cómo fueron esos 5 días de reflexión?*

G.- *Fue horrible. Desearía que ya pasaran esos 5 días. Yo le dije al ginecólogo que yo no quería esos 5 días si yo ya estaba decidida a que me lo iba a sacar y él me dijo que no, que me tenía que dar 5 días sí o sí (Gisele, 19 años)*

E.- *¿Y me decías que ya habías ido al centro de salud ya habiendo resuelto abortar?*

C.- *Claro, sí, sí, yo cuando fui me hice el test de embarazo y al otro día fui.*

E.- *¿Y creés que fueron suficientes para pensar sobre la decisión o ya lo tenías pensado?*

C.- *No, lo que pasa es como te decía al principio, yo ya sabía (Candelaria, 19 años)*

En cambio algunas adolescentes manifestaron estar de acuerdo con los 5 días de reflexión, ya que en ese lapso pudieron reflexionar.

E.-estos cinco días te ayudaron a reafirmar la decisión o...?

X: Sí, en esos cinco días estaba pensando en cómo voy a hacer... si quería continuar o no quería continuar... Y fue... decidí hacerlo por el tema de que no tenía mucho... era la única trabajando, mi pareja no estaba trabajando, y era difícil porque él pasaba demasiado tiempo en el hospital con la nena de él.

E: ¿Hubieses preferido interrumpir antes de esos cinco días el embarazo, o no?

X: En realidad, no sé, porque en esos cinco días pude tomar una decisión (Ximena, 19 años).

Se observó que las adolescentes contaban con información sobre la ley de IVE previo al aborto, lo que pudo haber influido en su toma de decisión. Si bien en algunos casos era escasa sí contaban con algún tipo de información al respecto, la que habían obtenido a través del diálogo con algún integrante de su familia o de la institución educativa a la cual asistían.

E: ¿Y qué información sobre el aborto tenías cuando tomaste la decisión?

G: No, información no tenía mucha, mi tía me habló un poco de eso y ta (Gloria, 19 años)

A: Sí, estuve investigando, obviamente, cuando supe que estaba pasando, primero busqué. Aparte tengo un hermano que es doctor entonces siempre hablamos del tema y ya tenía todo más o menos sabido (Alejandra, 19 años)

E: ¿Y qué información tenías, previamente?

A: En realidad, en mi casa se sabía algo pero como nadie había pasado por eso no había información (Ana, 18 años)

E- ¿Y qué información tenías en ese momento cuando tomaste la decisión acerca del aborto?

C.- Tenía bastante información porque este año en Derecho, en 6° Derecho vimos interrupción de embarazo, la ley y todo así que sabía bastante.

E.- ¿Y qué información tenías acerca de esta ley un poco?

C.- Más del tipo de en qué consistía, tipo cuál era el procedimiento y cuál era, en cuánto tiempo te lo podías hacer y los requisitos que necesitabas para hacerlo (Carolina, 18 años)

Otro factor que influyó en la la decisión de interrumpir el embarazo fue la existencia de la ley IVE y la disponibilidad de servicios.

E.- ¿E incidió que haya una ley hoy en día sobre la interrupción del embarazo, influyó en tu toma de decisión?
C.- Ah sí, definitivamente, creo que si no hubiera sido legal hubiéramos seguido con el embarazo por los riesgos que se corren cuando es clandestino **(Carolina, 18 años)**

E: Que existe una ley, ¿influyó en tu toma de decisión?

M: Si, por supuesto, la seguridad de saber que estaba mucho más apoyada, más amparada, que no iba a ser al tuntún, que no iba a ser una búsqueda a oscuras, a tientas por el tema, primero que nada, por el tema de la moral, la opinión de los demás y por la inseguridad, que podía ser algo peligroso, riesgoso, no ser tan seguro como fue este caso **(María, 19 años)**

E: ¿Y cómo incidió en tomar tu decisión que haya una ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo?

A: Buena, me parece, porque fue una oportunidad tanto a mí como a otras mujeres que no quieren continuar con un embarazo y tenés buena atención, con los profesionales que requiere y un buen cuidado para la mujer que es lo importante. Y hacerlo correctamente **(Analía, 19 años)**

E.- ¿Y que haya una ley de interrupción voluntaria del embarazo incidió en tomar tu decisión?
C.- No, no, no, o sea, por suerte que se legalizó porque sino no sé qué sería de mí. Pero seguimos todos los pasos que había que dar y no tuve ningún problema **(Candelaria, 19 años)**

Los testimonios de las adolescentes manifestaron que asistieron a los centros de salud para interrumpir los embarazos con las decisiones tomadas previamente a concurrir a éstos. Los centros de salud resultaron lugares confiables y seguros, los profesionales les brindaron buena atención y cuidados a la mujeres en esas circunstancias, a diferencia de lo que genera un aborto clandestino el cual lo percibieron como inseguro y riesgos. La legalidad de la práctica fue un factor determinante en la decisión de abortar. Sin embargo, en otras mujeres se observó el peso del estigma y el temor a la sanción moral por parte de su entorno inmediato.

3.2 DURANTE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO: LA PRÁCTICA DEL ABORTO

3.2.1 Experiencias de las adolescentes

A través de las entrevistas con las adolescentes se buscó indagar en profundidad cómo fue vivida la experiencia durante el aborto, cuáles fueron sus percepciones, vivencias y sensaciones.

Tal como plantea la fenomenología social interpretativa, los significados que le adjudicó cada adolescente a su experiencia permitieron entender cómo éstas percibieron, se sintieron y definieron el aborto, y cómo ello a su vez modeló su modo de pensar y actuar. A su vez el significado de las cosas deriva de la interacción que las personas mantienen con sus semejantes (como sugiere el interaccionismo simbólico). Dichos significados se modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por los individuos (Castro, 2011).

Tabla 6. Momento del aborto: análisis de datos, dimensiones implicadas.

EL MOMENTO DURANTE EL ABORTO / POST ABORTO INMEDIATO	
DIMENSIÓN 1: CONDICIONES	DIMENSIÓN 2: SENTIMIENTOS Y REACCIONES EXPERIMENTADOS DURANTE EL ABORTO
Lugar donde tiene lugar el aborto: ámbito privado (hogar) o servicio de salud	Sentimientos asociados al aborto durante el procedimiento.
Información previa: disponibilidad y comprensión	Sentimientos en el post aborto inmediato.
Tipo de procedimiento: farmacológico / quirúrgico	Consecuencias médicas: complicaciones post-aborto inmediato.
Apoyo social, familiar y profesional recibido	Atención del servicio de salud en el post aborto inmediato

Fuente: elaboración propia

Las adolescentes manifestaron interrumpir el embarazo en sus hogares a través del uso de la medicación proporcionada por el servicio de salud y ninguna de ellas debió ser internada o derivada al tercer nivel de atención por complicaciones. En el momento de realizar el aborto, las adolescentes no recibieron apoyo ni acompañamiento del servicio de salud como tampoco de los/as profesionales que integran los equipos de IVE. Por lo cual, las adolescentes dependieron exclusivamente de los recursos de apoyo familiar y social con los que contaron (o no) para transitar esta experiencia. Dichos aspectos serán analizados con mayor profundidad en el siguiente capítulo, que refiere específicamente a servicios de salud.

La mayoría de las adolescentes consideraron al aborto como una experiencia desagradable, y resaltaron la importancia de haber estado acompañadas por su familia o su pareja en ese

momento. Estudios reportan que los sentimientos negativos, como ansiedad, miedo y sufrimiento, se ven intensificados por falta de apoyo familiar o del progenitor. (Collado et al, 2008; Vieira LM et al, 2010;Correia et al, 2011;Guimarães Ximenes Neto FR et al, 2011; Suruagy et al, 2011; Correa, et al, 2012 y Faria et al, 2012; Nunes, Madeiro y Diniz, 2013; Domingos et al,2013; Comettant, 2016). Por lo que el apoyo social genera efectos directos sobre la salud de las adolescentes, redujo las consecuencias negativas del acontecimiento estresante, incrementando el bienestar físico y emocional de las adolescentes en ese momento (Castro et al,1997; Aranda y Pando, 2013). El apoyo y acompañamiento de su entorno más cercano, familia y pareja, fueron fundamentales para transitar ese momento.

C.- Sinceramente la pasé horrible, horrible, horrible, pero ta, era algo que tenía que pasar. Con la primera pastilla todo bien como me dijo la ginecóloga, que hasta me iba a contener un poco los síntomas porque me sentía mal, horrible, con todos los síntomas del embarazo, no podía ni comer, horrible, estaba y esto como que me calmó un poco sí, la primera pastilla, después las otras 4 me las tomé sublingual pasé horrible, decí que estaba acompañada, porque yo como que lo tomé a la ligera, yo dije ta, me las pongo así en la boca y pasa un rato y ya está. No, sufrí horrible, horrible, la verdad que sí, que hay que pasar por eso. La verdad es que pasé mal, mal.

E.- ¿Pero qué sentías?

*C.- Claro, cuando me habían dado la hoja, la ginecóloga me había explicado todos los síntomas que podía tener y tuve todos los síntomas. Me explicó que más o menos a la media hora iba a empezar a hacer efecto, y fue así, a la media hora se me empezó a contraer el útero, dolor, dolor, dolor, dolor, y después seguido me iba a venir una pequeña diarrea, que también me vino, y después sangrado y así fue. Bueno, vómitos, náuseas ni hablar, pero todo eso me lo explicó ella antes de que las tomara, estaba bien informada o sea que yo lo tomé como a la ligera viste, no pensé que fuera a ser, pero ella me dijo que iba a sentir dolores muy fuertes, me dio ibuprofeno también para calmar el dolor y duraba creo que me dijo que 6 horas, bueno, a mí me duró como 6 horas de sufrimiento digamos, pero ta, por suerte estaba acompañada (**Candelaria, 19 años**).*

Este relato muestra dos aspectos importantes. El primero, la distancia que puede existir entre la disponibilidad de información previa y la experiencia subjetiva. Es decir, la adolescente reconoce haber sido informada previamente sobre los signos y síntomas que podría experimentar, pero esto no deja de ser una información racionalizada que luego será decodificada e interpretada en la experiencia misma. Lo segundo, es que la distancia entre la información recibida y la experiencia vivida es interpretada por la propia adolescente como un acto de irresponsabilidad propia, en el sentido de “haber tomado a la ligera” la información brindada por el equipo de salud. En el relato de la adolescente, es ella quien se autoinculpa por lo vivido en tanto no le dio relevancia a la información recibida.

Las adolescentes sintieron miedo durante la interrupción, el temor a la muerte por desangre es una expresión de ello, algunas sintieron dudas que las relacionaron a los prejuicios que se tiene en la sociedad sobre el aborto. Estudios coinciden en que las adolescentes que interrumpen el embarazo viven el momento de abortar con preocupación, incertidumbre y nervios, con temor a una hemorragia que no puedan controlar, dichos sentimientos se acrecienta con la ausencia de profesionales de la salud que las contengan y ayuden en ese momento. (Lafaurie, 2005).

E.- ¿Cómo te sentiste con este método que utilizaste?

G.- Nerviosa.

E.- ¿Cómo?

G.- Nerviosa.

E.- ¿Sí, estabas nerviosa?

G.- Sí.

E.- ¿Y qué era lo que te ponía nerviosa? ¿Tenías miedo de que no funcione el método o de no saber qué podía pasarte con el cuerpo?

G.- Sí, eso, tenía miedo de todo. Que me podía venir un sangrado fuerte (Gisele, 19 años)

C.- No es una muy linda experiencia pero tampoco... no sé cómo explicarlo.

E.- ¿A qué te referís con que no fue una experiencia demasiado linda?

C.- O sea, pasar por este problema no está bueno, más bien por el tema psicológico y eso.

E.- ¿Por qué por el tema psicológico?

C.- Porque siempre estás con los prejuicios y los tomas en cuenta. A veces te hacen dudar y eso.

3.3 EL DESPUÉS DEL ABORTO

En relación al después de haber interrumpido el embarazo se buscó responder preguntas relacionadas con las reacciones emocionales que experimentaron luego de haber practicado el aborto, y si las opiniones de las adolescentes sobre el aborto y sobre las mujeres que abortan se modificaron luego de haber vivido directamente la experiencia.

Tabla 7. El momento después del aborto: análisis de datos, dimensiones implicadas.

EL MOMENTO DESPUÉS DEL ABORTO	
DIMENSIÓN 1: REACCIONES EMOCIONALES	DIMENSIÓN 2: OPINIONES SOBRE EL ABORTO Y LAS MUJERES QUE ABORTAN
<p>Sentimientos que surgen después del aborto.</p> <p>Reflexión sobre la experiencia vivida y carga emocional asociada.</p>	<p>Pensamientos sobre el aborto y las adolescentes que abortan luego de haber vivido la experiencia.</p>

Fuente: *elaboración propia*

Como ya se mencionó, uno de los objetivos propuestos con el estudio fue identificar y analizar las repercusiones emocionales del aborto en quienes han vivido esta experiencia.

El alivio y la tranquilidad a nivel emocional que relataron las adolescentes como estado emocional predominante en el post aborto, podría dar cuenta de una decisión que les permitió resolver una situación angustiante, aunque no haya estado exenta de ambivalencias y contradicciones. Por ejemplo, las adolescentes manifestaron pasar de sentir miedo, ansiedad y dolor -intensificados durante el tiempo que va desde el inicio del tratamiento para la interrupción hasta que se completa el proceso-, a sentirse aliviadas y calmadas después, relataron sentirse libres de algo que no querían para ellas en ese momento de sus vidas. Ello se relaciona con lo que plantean diversos estudios sobre las emociones que experimentan las adolescentes luego de abortar, entre las que se destacan alivio, tranquilidad y certeza por la decisión tomada (Menezes, Aquino y Olivera da Silva ,2006; Collado et al, 2008;do Nascimento Pereira et al, 2012; Carvalho Mendes et al, 2014).

E- ¿Y después que tomaste las pastillas cómo te sentiste?

C.- Y bien, es como que sentís una sensación de alivio, después que pasa el tema porque como que ya lo solucionaste. Porque es bastante largo, quieras o no te lleva tiempo.

E.- ¿Y entonces fueron variando tus sentimientos durante el proceso?

C.- Sí.

E- ¿Y entonces al principio qué sentías, por ejemplo?

C.- *Al principio cuando yo me enteré tenía bastante miedo, pero después de reflexionar y eso, pensarlo bien como que me sentí más calmada (Carolina, 18 años)*

E.- *¿Cómo te sentiste inmediatamente luego de haber abortado?*

G.- *Que estaba libre de algo que no quería.*

E.- *O sea que te sentiste bien, te sentiste aliviada.*

G.- *Sí (Gisele, 19 años)*

E.- *¿Y emocionalmente cómo te sentiste después de haber interrumpido el embarazo?*

C.- *Y me sentí más tranquila, me sentí más tranquila. Nunca dudé por haberlo hecho decir ay pero por qué lo hice, no, no. Me sentí mucho más tranquila, era algo que se tenía que hacer y nunca dudé, nunca me puse mal, porque ay por qué hice esto. No, no. Yo como te digo, tengo mis metas claras y esto no estaba incluido. Así que ta.*

E.- *¿Así que tus sentimientos cambiaron o no con el paso del tiempo durante el proceso?*

C.- *No, no, no, no cambiaron para nada (Candelaria, 19 años)*

Cuando se les pregunta si sus opiniones acerca del aborto y de las adolescentes que interrumpen el embarazo han variado luego de vivir la experiencia, responden que han cambiado sus pensamientos sobre el aborto después de haber vivido personalmente la experiencia, estando de acuerdo con su legalidad, sin embargo plantean diversas explicaciones y justificaciones de por qué las mujeres interrumpen los embarazos. Ello puede poner de manifiesto la imposibilidad de ver al aborto como una práctica de no deseo de tener un hijo prevaleciendo los mandatos sociales y la naturalización de la maternidad.

E: *¿Y tu opinión acerca del aborto cambió?*

V: *Antes pensaba que estaba mal, hasta que lo viví yo y cambié de opinión. Ahora pienso que las mujeres que lo hacen lo hacen porque no pueden o no tienen los recursos necesarios, no tienen tiempo, no tienen quien los cuide, no tienen pareja, no es porque quieran hacerlo (Victoria, 18 años).*

En el siguiente caso, adolescente que presentaba antecedente de maternidad previa, su respuesta acerca de cómo se sintió luego del aborto refiere a sentimientos negativos. Ello puede estar asociado a sentimientos de culpa, enojo y quizás de un deseo de haber continuado el embarazo, ya que su principal motivo para interrumpirlo fue solamente el

económico a diferencias de las otras adolescentes que manifestaron otros motivos como no tener pareja estable, continuar sus estudios, entre otros.

E: ¿Cómo te sentiste después de haber interrumpido el embarazo?

S: Mal.

E: ¿Y por qué te sentiste mal?

S: Porque sí. Porque yo estoy en contra de las personas que se los sacan (Sofía, 18 años).

E: Estás en contra de interrumpir el embarazo?

S: Sí. Yo lo tuve que hacer porque nosotros no estábamos en condiciones de traer otro niño, para traerlo para que pase mal (Sofía 18 años)

En los relatos anteriores se observa como la falta de recursos y condiciones socio-económicas justifica la decisión de abortar como moralmente aceptable, quizás si las adolescentes tuvieran las condiciones para ser madres no abortaría. Si acudieron a abortar fue porque no contaban con las condiciones económicas para tener un hijo/a. En este sentido, el aborto voluntario podría ser considerado como una desviación provocada por las condiciones sociales que "llevan" a la adolescente a tener que tomar la decisión de abortar. En este registro, el aborto es conceptualizado como una desviación generada por causas relacionadas con problemas económicos y sociales que interfieren con lo que ellas esperan como mujeres. En los testimonios se observa una narrativa existente sobre "ser mujer" asociada la maternidad como un destino natural. El embarazo y la maternidad pasan a ser producto de la naturaleza que definirá el destino ineludible y universal de las mujeres. En el siguiente caso también se puede visualizar lo que mencionamos anteriormente.

E.- ¿Y tu opinión sobre el aborto y sobre las mujeres y las adolescentes que abortan es diferente después de haber vivido la experiencia?

C.- No, no. Yo siempre estuve de acuerdo con este tema, antes que me sucediera esto yo ya estaba de acuerdo, no sé me parece que, principalmente las adolescentes, quieras o no, que se haya legalizado ayuda bastante porque hay muchas chiquilinas que quizás no pueden tenerlo, por temas económicos como mi caso, y si no lo hubieran legalizado lo hubieran tenido igual, y no seguían con los estudios y eso. Aparte por el niño, verdad, porque si no estás estable económicamente ni psicológicamente no le podés brindar lo que él necesita para vivir bien.

E- Bien, y tu opinión acerca del aborto y de las mujeres que interrumpen el embarazo ¿cambió después de haber vivido la experiencia?

*C.- En realidad no. Pero pienso que para tener un hijo hay que llegar a un momento de la vida que le puedas dar las cosas, de que estés trabajando y en un trabajo bien, no en un trabajo así nomás, y no sé, yo creo que debería haber un poco más de información para las chiquillinas que son más chicas porque conozco pila de gurisas de mi generación que quedaron embarazadas y ta como que lo ven como algo normal. Entonces yo creo que habría que haber un poco más de información, ya hay bastante información pero yo digo, para informar también en las casas porque, no es algo que digamos, hay que ser responsable, porque yo, no me cuidé con mi pareja pero tomé la pastilla de emergencia porque siempre nos cuidábamos porque no queremos eso y ta, y existiendo tantos métodos yo elegí ese método, tomar una pastilla de emergencia, no funcionó y después hablamos con la ginecóloga y me dijo que sí, que podían fallar, y ya está subí el escalón, digamos, y ta y fui por el aborto. De una **(Candelaria, 19 años)***

Por otra partesi analizamos los casos de las dos adolescentes que abandonaron los estudios y presentaban antecedentes de maternidad previa, ambas tenían la misma opinión sobre el aborto, estaban en contra.

E.- Sí. ¿Y por qué crees que las personas pueden juzgarte frente a un embarazo no deseado?

G.- Porque yo siempre decía que yo nunca iba a abortar, nunca iba a abortar y me tocó a mí. Y ta, entonces me quedé callada y no dije nada a nadie.

E.- Bien. ¿Tú antes tenías la idea, tú qué pensabas acerca del aborto?

*G.- No, yo estaba en contra del aborto. Pero ta, nunca pensé que me iba a tocar a mí **(Gisele, 19 años)***

E: ¿Y que exista esta ley influyó en vos para tomar la decisión?

S: No, o sea, yo en realidad estoy en contra de que, porque hay un millón de cosas para cuidarte, pero ta, me pasó a mí y ta.

*E: Estás en contra de interrumpir el embarazo **(Sofía, 18 años)***

La maternidad en edades tempranas se produce en contextos en donde suelen rechazar el aborto y condenan moralmente a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo, sucede la incorporación subjetiva de la sanción social y el estigma del aborto interiorizado. El estigma interno de sentirse mal luego de haber interrumpido el embarazo fue transferido a otras personas como una forma de enfrentar el estigma internalizado “Porque yo estoy en contra de las personas que se los sacan” .

Eventos como la maternidad en la adolescencia caracterizan el inicio de la transición hacia la vida adulta, incorporándose de forma abrupta a la adultez, que se relaciona con la salida del sistema educativo, como es el caso de las dos adolescentes mencionadas anteriormente. Las mujeres con niveles educativos bajos, tienen más incorporados los estereotipos de género, para ellas la maternidad es una obligación, por ello el embarazo que se interrumpe ocasiona angustia y la decisión es ambivalente, como es sucede con los dos casos mencionados.

3.4 ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL SERVICIO DE SALUD

Uno de los objetivos específicos de la investigación fue analizar el papel del servicio de salud y la calidad de atención percibida por parte de las adolescentes en su tránsito para acceder al aborto legal .

En cuanto a la literatura científica disponible sobre la temática, podemos decir que existe evidencia empírica a nivel regional sobre servicios de salud y mujeres en situación de aborto inducido que abordan distintas dimensiones de esta compleja relación. Entre ellos, se encuentra una nutrida y creciente agenda de investigación que recoge y analiza las opiniones, actitudes y conocimientos de los/as profesionales de la salud sobre aborto. Pocos de ellos se centran en analizar los dispositivos de asesoramiento profesional y/o cómo se incorpora un enfoque de género y derechos en las prácticas profesionales (López, 2015). La producción disponible es auspiciosa pero no es lo suficientemente robusta para explicar los conflictos, tensiones y resistencias que se registran en la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto (López y Couto, 2017).

En la presente investigación se puede visualizar que las experiencias de las adolescentes con los servicios de salud variaron según las etapas del proceso de IVE y los profesionales que intervinieron en éstas.

La mayoría de las adolescentes manifestaron tomar la decisión de abortar antes de haber concurrido al centro de salud. Por su parte, los cinco días de reflexión que mandata la ley como tiempo mínimo para tomar la decisión luego de la consulta con el equipo multidisciplinario, son evaluados como innecesarios por parte de las adolescentes.

La consulta IVE 1 consiste en una entrevista con profesional médico de cualquier especialidad, quien refiere a la adolescente a la consulta IVE 2, con el equipo multidisciplinario. Dicha derivación debe realizarse el mismo día o al día siguiente de que la

mujer realiza la primera consulta de IVE 1. En esa instancia también se solicita ecografía y estudios clínicos. Las adolescentes manifestaron haber recibido maltrato por parte de los médicos ecografistas.

Cuando mandan todo urgente, me hacen la ecografía y ahí mi pareja, por más que no fuera algo buscado, igual entró conmigo, porque yo no quería que faltara a trabajar pero justo era un sábado que no trabajaba. Me acompañó y le pregunté al ecógrafo si podía entrar mi pareja y me dijo que sí y cuando lo fui a buscar me dijo "pero es para un IVE?" sí, "entonces no". Pero no era para ver la ecografía, era para sentirme acompañada (Ana, 18 años).

E: ¿Y en los demás centros, cuando te hiciste la ecografía y te sacaron sangre, cómo te atendieron?

A: Cuando me saqué la ecografía, ese día fue feo porque no sé si la muchacha no vio que decía que era para una IVE y ella no paraba de preguntar si lo quería ver o no, no da. Y como que yo estaba viendo hasta que le dije que no quería ver. No sé a veces como si las personas están en contra, no sé, te agarra con la idea de no y me sentí como un poco rara (Analía, 19 años).

E.- ¿Y cómo te atendió el médico que te hizo la ecografía?

C.- Me atendió bien de bien, el tema es que no sabía que yo era el caso de la interrupción del embarazo entonces me decía lo querés ver, vas a ser mamá, pero claro, nadie le había dicho viste (Candelaria, 19 años)

Según lo planteado por el Ministerio de Salud (2016) en el "Manual para el procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo", el procedimiento ecográfico debe realizarse cuidando la sensibilidad necesaria y los derechos de una mujer en situación de IVE, lo que no se observa en los relatos de las adolescentes. Por el contrario, las adolescentes expresaron que no se respetó su decisión de elegir estar acompañada en ese momento por su pareja, como tampoco se respetó la decisión de no mirar la ecografía.

Estas situaciones podrían ser consideradas expresiones de la violencia obstétrica que ejerce el personal médico con las mujeres que abortan. La violencia obstétrica se define como "el conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva" (Ramirez, 2014). Es ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres, se expresa mayoritariamente en un trato deshumanizado hacia éstas, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, violando los derechos humanos (Soto-Toussaint, 2016). La violencia obstétrica se asocia generalmente

a la atención del embarazo y el parto y no siempre es reconocida como una práctica relacionada con el aborto.

En el siguiente caso la adolescente manifestó que no se respetó la confidencialidad y privacidad por parte del personal de enfermería del servicio de salud. Aquí no se llevó a cabo lo planteado por el Ministerio de Salud (2016) en el “Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo”, el cual explicita que se debe asegurar la privacidad de la atención a la usuaria y la máxima confidencialidad. Evitar, entre otras cosas, la entrega de folletería fuera del consultorio, la entrega de medicación en forma abierta que permita, de alguna manera, identificar a las usuarias que consultan por IVE. Para ello se orienta a todo el personal, incluyendo al personal de administración y de servicio, acerca de esta prestación y la necesaria confidencialidad en todo el proceso.

M.-Y negativamente, nada, el tener que pensar en qué dirán, por ejemplo, cuando una enfermera me llamaba y comentaba algo en voz alta y escuchaban las personas en la sala de espera, por ejemplo...

E: ¿Te pasó eso?

*M: Sí, en una consulta rápida, que fui a entregar unos papeles no me acuerdo bien en qué momento fue, creo que entregué unos resultados y una enfermera me dijo como que bueno que ya los recibía la ginecóloga y cuando tuvieran resultados me llamaban y como que lo hablamos ahí un momento enseguida en la sala de espera y fue un poco incómodo, como te digo, qué pensarán los demás. Si se enteran, si saben... un poco el tema de señalar **(María, 19 años)***

A diferencia de las experiencias que hemos relatado, se puede decir que las adolescentes expresaron un punto de vista positivo y una experiencia satisfactoria con respecto a la atención brindada por otros profesionales de los equipos de IVE que intervinieron en la segunda consulta. Destacaron la sensibilidad, su capacidad de escucha, comprensión y la confianza que les generaron, éstos se conformaron como factores protectores y habilitantes que las adolescentes necesitan en esas circunstancias.

E: ¿Qué cosas sentís que te ayudaron a vivir ese momento y qué cosas no te ayudaron?

*M: Ya te digo, principalmente, lo que me ayudó a pasarlo mejor o bueno, lo menos mal posible fue el apoyo de mi familia, mis seres queridos y la atención tan rápida y sobre todo tan comprensiva de los médicos y demás. **(María, 19 años)**.*

E: ¿Me podés decir tres aspectos positivos de la atención que recibiste?

*A: Yo, por ejemplo, me sentí apoyada, no me sentí señalada, me sentí cómoda. Como que no tenía miedo de decir lo que me pasaba **(Ana, 18 años)***

E: Por último para ir terminando, ¿Qué tres aspectos positivos me podés decir acerca de la atención que recibiste?

A: El apoyo, la comprensión (Alejandra, 19 años)

E: ¿Cómo evalúas la atención de los profesionales de la salud en el proceso?

M: Excelente, me pareció que estuvieron muy atentos, respetuosos y muy comprensivos, muy empáticos con una, que me gustó mucho eso, me supieron escuchar, supieron entender y ser pacientes con el tema de explicarme el proceso, tener que repetir en caso de que no entendiera y no dejar ningún cabo suelto (María, 19 años)

E: ¿Cómo te sentiste atendida por ellos?

A: Sinceramente, sentí más apoyo ahí que en mi propia familia (Ana, 18 años)

La compleja relación médico-paciente es objeto de estudio de distintas disciplinas de las ciencias sociales, desde hace ya varias décadas (Castro, 2011). En esta investigación se buscó indagar específicamente en la percepción de las adolescentes sobre la calidad de atención recibida. Las adolescentes refirieron aspectos positivos de la atención de los profesionales durante la segunda consulta: imparcialidad, no sentirse juzgadas por la decisión tomada, protección y no imponer su opinión personal sobre el aborto. Desde esta perspectiva, el asesoramiento profesional brindado fue vivido como una oportunidad de acceder a información, ser escuchadas y recibir protección y apoyo.

También la discreción de todos, supieron ser muy respetuosos y muy discretos en el tema personal y como te digo, la empatía, la buena onda que pusieron para charlar y escucharme y demás (María, 19 años).

Me gusta que pueda ser así, un proceso tan completo y tan presente, en todos los aspectos, físico y emocional, que se tenga en cuenta cómo se siente la persona, más allá de que como te digo a veces juzga que está mal o está bien, que lo que se va a llevar a cabo se haga bien, sanamente (María, 19 años)

E- ¿Tres aspectos positivos que me puedas decir de la atención que recibiste?

C.- Bueno, yo creo que uno de ellos sería que desde que yo entré a la consulta con la ginecóloga en ningún momento me juzgó, en ningún momento me dijo mejor lo tenés o por qué hacés esto, o sea, ninguno de ellos me juzgó por mi decisión, por lo que yo decidí. Después otra, que fueron súper amables, súper atentos y lo otro sería que la información, que siempre me estuvieron informando. Las dudas que yo tenía me las respondieron (Candelaria, 19 años)

E: Si tuvieras que decirme tres aspectos positivos de la atención que recibiste, ¿cuáles serían?

G: ¿Tres aspectos positivos?

E: Si, de la atención...

G: Me parece... que me gustó como me trataron, la verdad que se preocupan en saber qué haces, se interesaban mucho en mis estudios y se dieron cuenta que sí me afectaba. Porque

capaz que en otros casos es diferente. Es como que ta... se fijaron mucho en eso también, en cómo era mi vida (Gloria)

E: ¿Y cómo te sentiste atendida en ese momento?

A: Bien, o sea bien, muy amables, a una le da un poco de nervios, por eso, al exponer pero o sea, ellos no tienen un mal concepto que van a ir y ese grupo como que va a tratar de impedir que vos lo hagas pero no, jamás me dijeron no, no lo haga o sí lo haga sino que me ofrecieron toda la seguridad que iba a estar bien, que me iban a atender bien (Analía, 19 años)

Nunca impusieron una opinión personal, que eso es importante, fue todo profesional (Bárbara, 18 años)

Es decir que la consulta con el equipo multidisciplinario (IVE 2) se constituyó en un momento central del proceso del aborto, lo que se evidencia en la extensión de los relatos de las adolescentes a este respecto. Esta consulta fue vivida inicialmente como una instancia donde justificar su decisión y donde tenían la posibilidad de que el equipo de profesionales habilitase o negase el acceso al aborto. A pesar de ello, las adolescentes manifestaron que les fue de gran utilidad la consulta IVE 2 en términos de un espacio para evacuar dudas, obtener información, recibir apoyo y contención por parte del equipo que intervino en el proceso.

El acceder a la información se encuentra directamente relacionado con el empoderamiento y con la capacidad de tomar una decisión de manera autónoma sobre su salud sexual y reproductiva, en ser sujetos protagonistas y activos de su propia salud, entendiendo a la salud como una experiencia que los individuos adquieren durante sus vidas y que interpretan y afrontan en función de esquemas sociales compartidos, como una realidad biológica pero también cultural que se enmarca en un sistema general de creencias que les proporciona un significado individual y colectivo, además tienen un carácter histórico y espacial (Garzón, 2013).

Tal como menciona Morales Calatayud (2015) la salud debe ser entendida como una unidad inseparable de los componentes subjetivos, biológicos y sociales. Los individuos son los protagonistas de su salud y ésta es un componente relevante de sus vidas, sus motivaciones, y su afectación es fuente de malestar subjetivo. Las personas, en este caso, las adolescentes son protagonistas activos de su propia salud y no receptores pasivos de influencias externas.

Los resultados del estudio ponen de manifiesto que cuando se habla de autonomía en el campo de la sexualidad, ésta se encuentra muy ligada al concepto de empoderamiento, ya

que se relaciona con la necesidad de generar y garantizar condiciones que permiten un proceso de construcción de autocuidado a través del autoconocimiento y disfrute del cuerpo, el ejercer plenamente sus derechos. Por lo tanto, empoderamiento significa considerarse y sentirse con poder para tomar decisiones sexuales y reproductivas de forma responsable y autónoma, informada y respetuosa (López, 2011), en éste caso tomar la decisión de interrumpir un embarazo de manera voluntaria.

En el caso de la población adolescente se debe tener en cuenta la autonomía progresiva, según lo previsto por las leyes 18.987, 18.426 y el Código de la Niñez y la Adolescencia (ley 17.823). La autonomía progresiva refiere a tener presente el proceso del desarrollo de las capacidades evolutivas de cada individuo singular, que posibilitará el ejercicio pleno de todos los derechos. Las características específicas de dicho proceso (se adquiere paulatinamente) son, la capacidad de formarse un juicio propio, la habilidad para comprender y comunicar informaciones relevantes y habilidad de reflexionar y elegir con un cierto grado de independencia, la capacidad de comprender cuáles son las alternativas disponibles, manifestar una preferencia, formular sus preocupaciones y plantear las preguntas pertinentes y la adolescente debe ser capaz de efectuar una elección sin que nadie lo obligue o manipule y considerar detalladamente la cuestión por sí misma. A lo que refiere el área de la salud y específicamente en la temática que nos convoca, ésto se traduce en la necesidad de recabar el consentimiento, garantizando el acceso a una información adecuada sin lo cual no podrán manifestar de manera válida su consentimiento. La adolescente deberá ser capaz de efectuar una elección sin que nadie la manipule u obligue y considerar detalladamente la cuestión por sí misma (Ministerio de Salud, 2016).

En el caso de IVE, si el equipo considera que la adolescente es capaz de tomar decisiones autónomas, su sola voluntad definirá la continuidad del proceso. Si a juicio del equipo esa adolescente no configura condición de autonomía, más allá de considerar su opinión, deberá realizarse consulta con sus padres, o de estar éstos ausentes, otro adulto referente. Si existe coincidencia de opinión, será conveniente que padres y/o adulto referente acompañen el proceso de asesoramiento. De no coincidir la voluntad de padres o adulto referente con la de la adolescente, y agotados los esfuerzos por lograr consensos, la adolescente podrá optar por concurrir ante Juez, a los efectos previstos en el artículo 7 de la ley 18.987. En ningún caso la voluntad del padre y/o madre o adulto referente podrá imponerse a la voluntad contraria de la niña o adolescente (independientemente de la edad de esta) (Ministerio de Salud, 2016). Ninguna de las adolescentes entrevistadas para este estudio fueron consideradas con autonomía disminuida para tomar la decisión de abortar por su voluntad ni tampoco se constataron situaciones de discrepancia con la opinión de los padres, con lo cual no fue necesaria la instancia judicial.

La tercer consulta (IVE 3), es donde la mujer accede al aborto propiamente dicho ya sea a través del método farmacológico, es decir a través de medicamentos por vía oral, bucal o vaginal, o por el método quirúrgico, mediante la utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo, entre los que se incluyen la aspiración manual endouterina (AMEU) y la dilatación y evacuación (OMS, 2012).

En Uruguay, los servicios de salud cuentan con medicación para aborto farmacológico (un compuesto de misoprostol y mifepristona), disponible en las farmacias de los servicios sin costo bolsillo a las usuarias de servicios públicos. Los datos sobre aborto muestran que en los últimos cinco años en el SNIS, el método utilizado ha sido mediante medicamento (Ministerio de Salud, 2017). Esto podría responder por un lado, a las recomendaciones de guía técnica (Ministerio de Salud, 2016b) sobre el uso de aborto farmacológico por ser más seguro y menos invasivo que el quirúrgico; por otro, al bajo conocimiento y uso de la AMEU por parte de los ginecólogos uruguayos; y finalmente, a la preferencia por prescribir medicación. En cuanto a esto las adolescentes expresaron desconocer el método quirúrgico, estando desinformadas sobre dicho método. Sin embargo, en la Guía técnica (Ministerio de Salud, 2016b) en el apartado “Método para la interrupción voluntaria del embarazo”, se plantea que las mujeres deben ser informadas sobre los métodos seguros y que el método farmacológico debe ser considerado una alternativa de elección a ofrecer y no la única.

E: ¿Y te hubiese gustado usar otro método en lugar de las pastillas?

S: No sé porque no sé si había otros métodos (Sofía, 18 años)

Las adolescentes manifestaron interrumpir el embarazo en sus hogares mediante el uso de la medicación proporcionada por el servicio de salud, ninguna fue derivada al tercer nivel de atención por complicaciones. En el momento de realizar el aborto propiamente dicho, las adolescentes no recibieron apoyo ni acompañamiento del servicio de salud como tampoco de los profesionales que integran los equipos de IVE. Por lo cual, las adolescentes dependen exclusivamente de los recursos de apoyo familiar y social con los que cuentan (o no) para transitar esta experiencia. En relación a ello, la Guía técnica (Ministerio de Salud, 2016b), expresa que mientras la mujer espera que se complete la interrupción farmacológica, tiene la posibilidad de comunicarse con un médico o un profesional de la salud que pueda responder sus preguntas y brindarle apoyo. Sin embargo, no parece haberse instrumentado en los servicios de salud un canal de comunicación para las mujeres que así lo requieran en ese momento. La ley IVE plantea que “el equipo interdisciplinario deberá constituirse en un ámbito de apoyo psicológico y social a la mujer”, según lo

expuesto por las adolescentes, en ésta etapa del proceso el único apoyo que contaron fue de su entorno más cercano y no del equipo de IVE.

En el siguiente caso se puede ver que algunas adolescentes hubiesen preferido elegir realizar el IVE en un servicio de salud y no en su domicilio, para mayor cuidado de su salud mediante el acompañamiento de profesionales.

E: Y tomaste las pastillas. ¿Te acordás en dónde las tomaste?

S: En mi casa.

E: ¿Y en ese momento estabas acompañada por alguien?

S: Sí, por mi madre.

E: ¿Te sentiste apoyada por ella en ese momento?

S: Sí.

E: ¿Y te hubiese gustado usar otro método en lugar de las pastillas?

S: No sé porque no sé si había otros métodos.

E: Por ejemplo existe el método quirúrgico, en un hospital, por ejemplo.

S: Sí me hubiese gustado usar el método quirúrgico.

E: ¿Y por qué?

S: Y porque sinceramente cuando yo tomé la primera pastilla, me dijeron que podía caminar normalmente y cuando tomé las otras cuatro que ya estaba acostada que empecé con dolor abdominal y todo, cuando fui al baño no había largado nada.

E: El feto.

S: Claro.

S: Fui, al otro día yo fui a emergencia y me revisaron y me dijeron que el útero está normal como si hubiera tenido familia (Sofía, 18 años).

E.- ¿Y en ese caso, en la tercera consulta, este proceso lo hubieses preferido transitar ese momento en otro lugar? Por ejemplo, preferido que la situación del IVE 3 se haya dado en un hospital o bueno, en tu casa estabas bien para que sea.

G.- Sí, en mi casa estaba bien para que lo haga, sí. Ta, capaz que también me gustaría tenerlo en un hospital por si me venía un sangrado fuerte, yo qué sé, también pero ta, no (Giselle, 19 años)

Por otro lado, cuando manifestaron lo que vivieron en el post aborto (IVE 4, consulta para confirmar la interrupción, así como asesorar en anticoncepción a la consultante), sucede lo contrario a la experiencia que tuvieron con el IVE 2, anteriormente desarrollada.

En el siguiente testimonio se deja de ver el maltrato que recibió una adolescente por la médica que la atendió al volver al centro de salud por sentir dolor después del aborto, el

decirle "nena" refiere a la subordinación como mujer y niña, lugar que se le atribuye a la mujer en la interacción médico-paciente, subordinada y débil.

E: ¿Y te preocupa que alguna persona pueda enterarse o no?

A: En realidad por el qué dirán no me molesta, me molestó cuando... cuando me trasladaron, medio que me trataron mal porque me dijeron "pero nena esto es algo que lo tenés que... que sí ya lo estás pasando el dolor lo vas a sentir igual"

E: ¿Y recordás en qué centro, qué profesional te dijo eso?

A: El profesional no, pero fue en el Pereira⁶, una doctora que me atendió y me dijo que era algo que yo iba a sentir porque era así, el proceso era así y el dolor era igual, que yo estaba mal informada porque no había tomado un analgésico o algo...

E: ¿No te habían dicho anteriormente que tenías que tomarlo?

A: Sí me lo habían dicho pero como lo dijeron como, conseguite uno... Entonces ta, y yo estaba tan preocupada porque salga todo bien que no... (Ana, 18 años)

el señor de la ecografía que estaba medio malhumorado pero bueno, cuando no dejó pasar a mi novio y eso, y después cuando fui al IVE4 que fue la confirmación yo le pregunté, tenía una mancha negra que se veía y no me quiso decir nada, me miró con cara de callate la boca, porque le pregunté qué era eso. Y me dijo que estaba todo bien.

E: ¿No te contestó la pregunta?

A: No (Ana, 18 años)

En el relato anterior se puede observar maltrato del ecografista hacia la adolescente, éste le niega y manipula información sobre el procedimiento médico. En base al concepto de violencia obstétrica ya mencionado, se podría decir que se vuelve a ejercer violencia por parte del médico ecografista hacia la mujer, pues ésta tiene derecho a recibir información sobre el procedimiento médico que se llevó a cabo. (Villanueva et al, 2016).

a pesar de que cuando fui a emergencias sí me trataron mal, en el Pereira. En la ambulancia, una enfermera o una doctora que era del servicio de ambulancia decía que salud pública no podía andar pagando una ambulancia por algo así (Ana, 18 años)

En el relato anterior se puede inferir que la atención de la salud sexual y reproductiva de la adolescente no es prioritario para la profesional de salud, reaparece el ejercicio de violencia obstétrica hacia la mujer, en éste caso a través un maltrato verbal con regaños, degradando y subordinado la relevancia del cuidado de su salud como usuaria del servicio.

⁶ Centro Hospitalario Pereira Rossell.

En relación a ésta última consulta (IVE 4) las adolescentes manifestaron asistir a los controles posteriores a la realización del aborto y que éstos les fueron de utilidad, se les asesoró y brindó información sobre métodos anticonceptivos.

E: ¿Fuiste a la consulta IVE 4?

V: Sí.

E: ¿Ellos te llamaron o ya habías agendado anteriormente?

V: Yo había agendado anteriormente.

E: ¿Y te sirvió esa consulta?

V: Sí, sí.

E: ¿Te acordás que te dijo?

V: Que había salido todo bien y no tenía que ir más.

E: ¿Y te recomendó algún método anticonceptivo?

V: Sí, el implante en el brazo. Yo lo elegí (**Victoria, 18 años**).

E: ¿Y después volviste a la última consulta después de haberlo interrumpido? De haber tomado las pastillas.

L: Sí, fui una vez sola por ejemplo cuando me puse el chip y después no fui más.

E: Ahh... ¿te pusiste los implantes? ¿Y eso fue tu elección? ¿te lo recomendaron ahí?

*L: Me preguntaron y ta y le dije que sí. Igual yo ya sabía porque yo tengo una prima que también lo tiene (**Laura, 18 años**).*

E: ¿Qué te dijo en esa última consulta, que hablaron...?

G: No, en esa última consulta lo que hablamos fue de los métodos anticonceptivos, y me recomendó... estuvimos hablando desde antes... de eso. Y ta y me recomendó que hacer y después fui de nuevo...

E: ¿Cuál te recomendaron? ¿Qué anticonceptivos?

G: Ella las pastillas, es más estaba ahí...en Giordano y justo había una estudiante creo que de Medicina y vieron una presentación de métodos anticonceptivos. Estuvimos hablando un poco y ta y ella me dijo que lo más común tipo las pastillas, pero que claro, en mi caso que no estoy en mi casa, la mayoría del tiempo afuera, estoy yendo y viniendo y por un tema de olvidarme o algo ella me recomendó el implante, ese que va en el brazo. ¿Viste? Fue lo que terminé... me fui a colocarlo.

E: ¿Te lo pusiste?

G: Sí.

I: ¿Y cómo te sentís con ese método?

*G: Bien, me parece bastante bueno, está ahí...no tengo que andar pensando tomé la pastilla o no (**Gloria, 19 años**)*

Por otra parte, el tiempo fue un punto relevante que las adolescentes trajeron al momento de realizar un balance de la atención recibida. Del relato de algunas de ellas se desprende conformidad con el tiempo que implicó todo el proceso de atención.

E: 3 cosas positivas de la atención que recibiste.?

L: Los que me atendieron ahí todo bien, todo bastante bien, como que estaban todos preocupados en el sentido que fuera rápido, que todo pasara rápido, para que no pase más tiempo.

E: ¿De cuántas semanas estabas vos?

L: De 7.

E: ¿Entonces con el tema del tiempo estuviste bastante conforme también?

L: Si.

E: ¿Alguna cosa negativa? ¿O que no te hayas sentido muy cómoda en algo? ¿Algún aspecto negativo?

L: Por ahora ninguno, porque la verdad que me atendieron bastante bien, fueron bastante rápido (Laura, 18 años)

E.- ¿Y si me tuvieras que decir tres aspectos positivos de la atención que recibiste, cuáles serían éstos?

C.- Lo de la información, que te dan toda la información necesaria, el tiempo, no sé si siempre es así pero en mi caso fue bastante rápido (Carolina, 18 años).

En cambio otras adolescentes manifestaron lo contrario a lo anteriormente mencionado.

E.- ¿Y tres negativos? Tres aspectos negativos...

G.- Negativos en sí, no encuentro algo negativo para decir.

E.- ¿O algo que cambiarías o mejorarías?

G.- O sea... en sí, no... puede ser que... no sé, los tiempos, pero eso ya es relacionado a la salud pública, que vas a hacerte la ecografía y te dan fecha para...

E: Ahh ¿te demoraron?

G.- Si demoré bastante... son 10 días después que hay que llevarle la última ecografía, pero demoré un poquito más, pero de ellos, de en cuanto a mí no hay nada negativo, porque la verdad que me atendieron muy bien.

G.- Pero sí... capaz... cambiarías el tema de los tiempos (Gloria, 19 años)

La demora en la atención es denominada por Ferrero (2004) como "cultura de la espera", el tiempo personal queda sometido al tiempo de la institución, específicamente en las instituciones médicas el tiempo es considerado como recurso para convertir a la usuaria en

paciente, a través de ésta lógica institucional se limita a la autonomía de las adolescentes al imponerles sus propios ritmos, por lo que no es de extrañar que las adolescentes lo resalten como un punto negativo al momento de realizar el balance de la atención recibida. Recordemos que en el caso de la IVE el tiempo juega una rol primordial, ya que la ley habilita a realizar el aborto por sola voluntad hasta las 12 semanas de gestación. Según el “Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo” (Ministerio de Salud, 2016) las consultas y acciones derivadas del proceso de IVE deben ser consideradas como una urgencia de salud y obliga al equipo de salud y las instituciones a proceder como tal.

Los servicios de salud son instituciones heterogéneas, donde se pueden visualizar prácticas de profesionales en el proceso de IVE basadas en la escucha, asesoramiento y respeto hacia las adolescentes como también malos tratos. Dichas prácticas remiten a concepciones muy diversas sobre las mujeres en situación de aborto, aunque sea llevado dentro de un marco legal en los servicios de salud, lo que da cuenta de los desafíos que aún persisten para una atención de calidad.

Por otro lado, se puede constatar el papel fundamental y clave que juegan los profesionales a la hora de intervenir en el proceso de IVE, su relevancia consiste en que mediante sus acciones y prácticas éstos reproducen (o transforman) ordenamientos jerárquicos de género, clase, edad. Los/as profesionales saben del poder que tienen sus palabras, saben que desde su autoridad tienen la posibilidad de incidir en los posicionamientos subjetivos de las mujeres, en éste caso de las adolescentes. Pero, además saben que ese poder lo pueden utilizar a favor de la decisión de las mujeres, y que el asesoramiento debe ofrecer apoyo emocional e información para reforzar las condiciones para el ejercicio del derecho a decidir, sea ésta la decisión que sea. El papel de los/as profesionales es altamente significativo, pues desde su lugar de mediación entre las adolescentes y los servicios se puede favorecer o inhibir el acceso oportuno al aborto legal, promoviendo o no desde sus acciones técnico-profesionales, el derecho de las mujeres a decidir sobre su capacidad reproductiva (López y Couto, 2017).

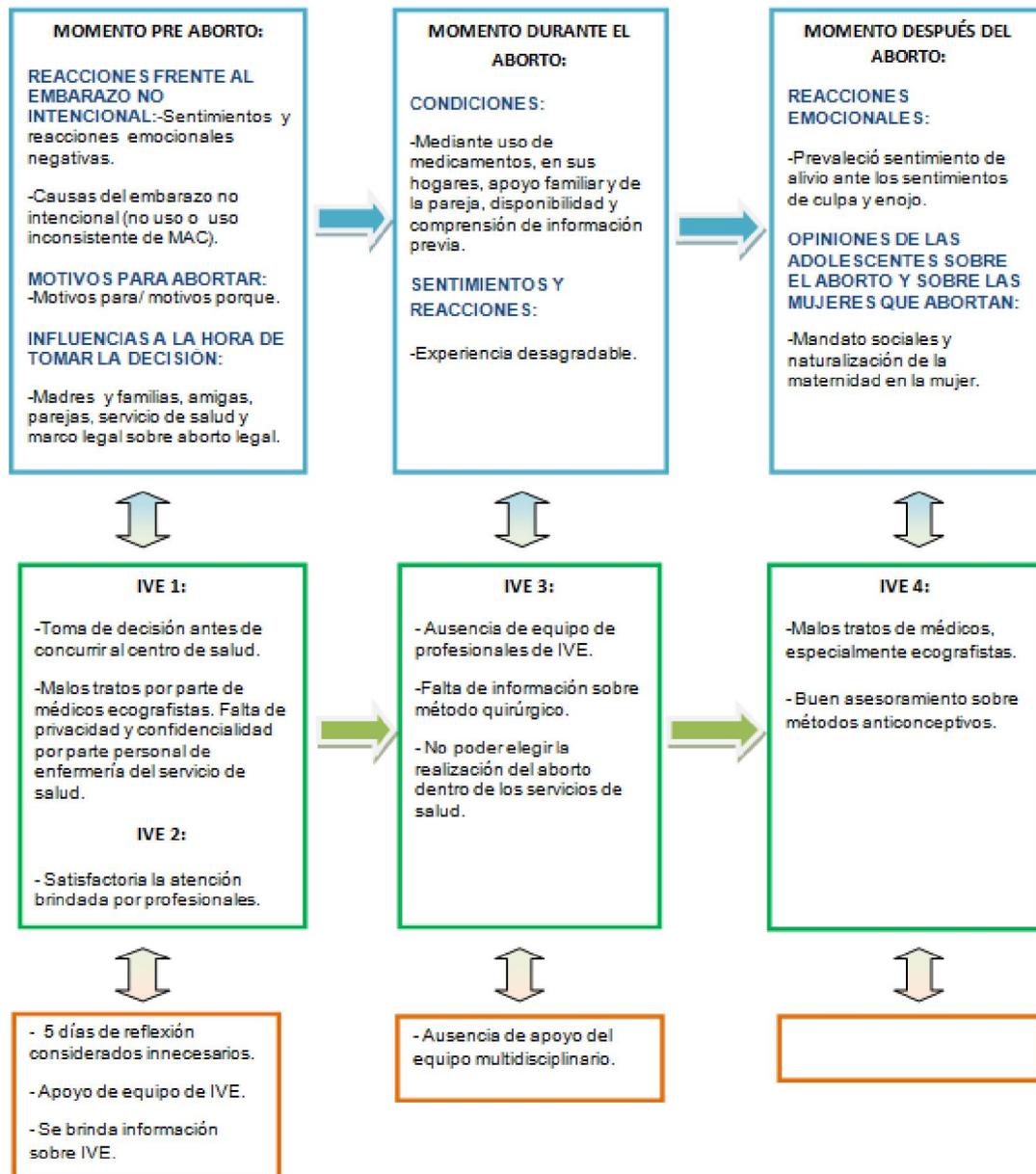
3.5 DISCUSIÓN

El estudio realizado tuvo como principal objetivo analizar las experiencias subjetivas de las adolescentes que decidieron abortar en el marco de los servicios de Interrupción Voluntaria del embarazo (IVE) en Montevideo Uruguay, desde las perspectivas de las propias adolescentes.

En el siguiente gráfico se expresa la relación entre la ley de IVE, los servicios de salud y las experiencias de las adolescentes que abortaron, que como ya hemos mencionado, debe ser considerado en tanto proceso que tiene un antes, un durante y un después (Carril y López, 2008).

Gráfico N° 1. Relación entre ley IVE, servicios de salud y experiencias de las adolescentes que abortan.

- Referencias:
- Dimensiones implicadas en los tres momentos del proceso del aborto (pre, durante y después)
 - Servicios de salud (IVE 1, IVE 2, IVE 3, IVE 4)
 - Ley IVE



Fuente: elaboración propia

La investigación buscó comprender las experiencias subjetivas de las adolescentes desde la perspectiva de la fenomenología social, que sostiene que lo que expresan los sujetos está relacionado con el contexto social, histórico y político que modela sus experiencias, centrándose en el mundo subjetivo de las personas (Castro, 2011). El estudio exploró las

descripciones que realizaron las adolescentes sobre sus experiencias de IVE en los servicios de salud, buscando analizar el aborto como un proceso situado en un contexto socio-histórico y político de servicios legales de aborto en el marco del SNIS. Los resultados proporcionaron nuevos elementos acerca de cómo este contexto interactúa con las experiencias de las participantes.

Lo que puede observarse en el gráfico N° 1 es el proceso de aborto y sus momentos diferenciados en términos de las experiencias subjetivas de las adolescentes y la relación que mantuvieron con el servicio de salud y sus profesionales. Estas dimensiones y sus interrelaciones pueden ser analizadas a la luz del enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS). Este enfoque refiere a las circunstancias y condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, entre las cuales se incluye la disponibilidad y acceso al sistema y servicios de salud (OMS, 2008). Esas condiciones son el resultado de la distribución de poder, dinero y recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los DSS ayudan a explicar las inequidades a nivel sanitario, es decir las diferencias evitables e injustas observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. Pueden ser clasificados en función del nivel en el cual actúan: determinantes estructurales (nivel macrosocial: contexto socio económico y político; estratificación social; normas y valores de la sociedad, políticas públicas; papel del Estado; sistema sexo-género); determinantes intermedios (nivel meso social: acceso a centros educativos, a ocupación, a servicios de salud; redes sociales, comunitarias), determinantes individuales (nivel micro social: dimensiones comportamentales, psicosociales y biológicos, familia, cohesión social y las circunstancias materiales de la personas) (OMS, 2008).

Según Pantelides (2003), los factores sociales que influyen en el embarazo y la fecundidad adolescente pueden ser tomados como una serie de círculos concéntricos o niveles de análisis, que van desde lo más alejado (el nivel macrosocial) a lo más próximo a la conducta misma, como el nivel de los conocimientos, actitudes y percepciones individuales de las adolescentes. En el nivel macrosocial se pueden encontrar las pautas culturales, la estructura socioeconómica (estratificación social), los roles de género y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva adolescente. También parte del contexto social, pero más “próximas” al individuo, se destacan la estructura familiar y los grupos de sociabilidad (docentes, grupos de pares) y el lugar de residencia, son factores relevantes, así como la existencia de servicios de prevención y atención en salud (en particular en salud sexual y reproductiva) y la disponibilidad de recursos anticonceptivos. Las características específicas de las personas determinan el grado de “vulnerabilidad” que las lleva a fecundidad precoz como su edad, situación socioeconómica, nivel de educación y su pertenencia a un grupo étnico. Para finalizar plantea que las percepciones, actitudes y

conocimientos relacionados a los roles de género, al ejercicio de la sexualidad y a la prevención del embarazo, influyen en la adopción de conductas reproductivas conducentes (o no) a una fecundidad temprana.

La experiencia de las adolescentes de nuestro estudio están determinadas por las políticas públicas vigentes en el país. La existencia de un SNIS de cobertura universal y de una ley IVE implementada en todo el sistema de salud, es un elemento clave para comprender el relato de las adolescentes. Como se pudo ver en el estudio la legalidad de la práctica fue determinante para tomar la decisión de abortar de las adolescentes. La decisión de interrumpir el embarazo fue influenciada por la existencia de la ley de IVE. Esta ha favorecido mejores condiciones para transformar las experiencias del aborto en una práctica legal y también legítima en términos de sujetos autónomos con derecho a decidir sobre su cuerpo.

Carril y López (2008), sostienen que existe directa relación entre las restricciones legales, clandestinidad y la construcción de subjetivaciones, así como las significaciones que se le da al aborto. El contexto, según estas autoras, se impone como texto en donde se procesa la experiencia. Con ello podemos ver cómo los determinantes estructurales se relacionan con el nivel micro, mediante las conductas, los modos de actuar y pensar y las emociones de las adolescentes que vivieron estas experiencias. Por ejemplo, la disponibilidad de recursos económicos (relacionado con las condiciones económicas), fue presentado como uno de los motivos principales para tomar la decisión de abortar, pues las adolescentes no trabajaban o dependían económicamente de sus padres. Asimismo, este motivo, es frecuentemente utilizado por las mujeres como justificación del aborto ya que es considerado un argumento aceptado socialmente (López, 2015). Se podría suponer que estas adolescentes expresaron la imposibilidad económica como motivo para abortar ya que se trata de una condición limitante, según lo planteado por Schutz, ésta sería una razón que es socialmente aceptada (Hernández y Galindo, 2007), a diferencia del no deseo de hijo en ese momento de la vida que contraviene una valoración social sobre la maternidad como sentido de la feminidad.

Los motivos específicos aducidos por las adolescentes para interrumpir el embarazo (la edad temprana, la imposibilidad económica, la continuación de los estudios, no se sentían preparadas emocional y psicológicamente, relación de pareja reciente o no estable y el no deseo de hijo) coinciden con lo planteado por otros estudios realizados a nivel regional y mundial (Menezes, Aquino y Olivera da Silva, 2006; Sanger, 2009; Domínguez et al, 2010; Doblado, D et al, 2010; Urgellés et al, 2012; Maranhão et al, 2016).

El servicio de salud no jugó un papel relevante en la toma de decisión de interrumpir el embarazo. Las adolescentes concurren al servicio con la decisión ya tomada, que es reafirmada en el proceso de consultas previstas. En este sentido, los cinco días que mandata la ley a esperar para realizar el aborto luego de la consulta con el equipo multidisciplinario son evaluados como innecesarios en la medida que la consulta no incidió en su decisión. Para las adolescentes, estos cinco días podrían evitarse, manifestando que generaron angustia y ansiedad. La mayoría de las adolescentes plantearon que fue una decisión tomada de manera autónoma, en donde la opinión de sus familias (especialmente de las madres) y parejas fueron tenidas en cuenta y valoradas al momento de tomar la decisión.

Las adolescentes que tenía pareja plantearon que fue una decisión tomada en conjunto. El aborto tiene una relación estrecha con el vínculo de pareja y la participación de los varones es importante porque puede incentivar o desalentar la decisión (Figueroa, 2012). Estos casos permiten visualizar que la decisión de abortar fue compartida, lo que podría sugerir que nuevas formas de relaciones de género, más equitativas, se organizan entorno a la vida sexual y reproductiva de las personas más jóvenes. En estas adolescentes se pudo observar relatos que se sustentan en el reconocimiento de sí como sujetas de derechos, y si bien estos posicionamientos no están exentos de ambivalencias, abren paso a nuevas configuraciones de sentido sobre la sexualidad de las mujeres, la maternidad y el aborto.

A partir de lo manifestado en las entrevistas, se podría inferir que la mayoría de los embarazos fueron producto del uso inconsistente de los métodos anticonceptivos. En relación a ello la literatura reporta que las adolescentes suelen manifestar el conocimiento de los métodos anticonceptivos y su uso, sin embargo, la alta incidencia del embarazo no intencional muestra no uso de los mismo o uso inconsistente. Ello impulsa la necesidad y relevancia de brindarles mayor información y acceso a educación sexual desde un enfoque integral con el sistema de salud y educacional, las organizaciones sociales, las familias y los sujetos en sí (Martín y Reyes, 2003;Correia et al, Collado et al, 2008;Rodríguez, 2008;Correia et al, 2009; Ramirez et al,2010;Kimport et al, 2011; Domingos et al,2013; García Baños et al, 2013;Flores,2015; Maranhão et al, 2016).

Para estas adolescentes el aborto fue una experiencia desagradable a pesar de haber estado acompañadas en ese momento por integrantes de sus familias o por sus parejas. En este sentido, la disponibilidad o no de recursos de apoyo social y familiar son un factor importante que hace a las condiciones diferenciales en las que tiene lugar el proceso y la práctica en sí.

Se observó que el apoyo de la madre es clave para dirimir dicha situación, las adolescentes buscaron su ayuda. El análisis de la relación madre - hija adolescente en situación de aborto es un tópico que merece mayor tratamiento y análisis mediante el desarrollo de estudios específicos. La opinión de la madre no resulta indiferente, tiene un peso significativo en cómo las adolescentes viven y sostienen la decisión de abortar. La madre es para la adolescente un modelo a seguir, lo que significa una figura de alta incidencia en la toma de decisiones reproductivas y sexuales (Davies *et al*, 2009).

Como ya fue referido, Castro (1997), plantea que el apoyo social genera la incrementación del bienestar físico y emocional de los individuos. Siguiendo en esta línea, el apoyo social es el proceso a través del cual los recursos sociales, comunidad, redes sociales y relaciones íntimas generan la satisfacción de necesidades básicas, tanto instrumentales como expresivas, en situaciones de la cotidianidad o en crisis. A pesar de que las adolescentes reciben en su mayoría el apoyo de su familia, existe aún el temor al sanción moral del resto de la sociedad. Ello se observa cuando las adolescentes en varias ocasiones manifiestan evitar contárselo a otras personas.

Uno de los objetivos de la investigación fue analizar la percepción de las adolescentes sobre el papel del servicio de salud y la calidad de atención recibida. En general, se puede decir que las entrevistadas compartieron un punto de vista favorable y una experiencia satisfactoria con respecto a la atención brindada por los/as profesionales del equipo de IVE. Destacaron la sensibilidad, capacidad de escucha, comprensión, y la confianza que les generó el equipo multidisciplinario, pudiendo ser considerados factores protectores y habilitantes para las adolescentes. En este sentido, varios estudios publicados en los últimos años en Latinoamérica analizan las actitudes, valores y prácticas técnicas de los/as profesionales frente a las mujeres en situación de aborto y su influencia en el acceso a un aborto seguro (López, 2016b). En particular, se destaca el estigma del aborto en las prácticas profesionales, expresado por las resistencias de los profesionales en el plano de las convicciones morales, los sistemas de valores, los estereotipos y las preconcepciones construidos socialmente e incorporados subjetivamente sobre la maternidad. En general se observa las dificultades y resistencias que encuentran en la agenda de género y derechos sexuales y reproductivos en el campo sanitario (López, 2015b).

Algunas adolescentes valoraron positivamente la imparcialidad y el no sentirse juzgadas por parte del personal de salud ante su decisión. Sin embargo, durante la práctica del aborto - que como hemos señalado tuvo lugar en sus hogares con la medicación e información proporcionada por el servicio de salud- las adolescentes expresaron no haber contado con apoyo o acompañamiento del personal de salud que integra los equipos IVE. Por lo cual, las

adolescentes dependieron exclusivamente del apoyo de sus familias o personas cercanas, lo cual generó situaciones dispares en sus experiencias. Ello puede ser considerado una limitación de la implementación de la ley en los servicios de salud, pues las adolescentes dependen únicamente del apoyo de su entorno social más cercano, sin la posibilidad de comunicarse con un profesional de la salud que pueda responder sus preguntas y brindarle ayuda.

El asesoramiento por parte del equipo multidisciplinario que tiene lugar en la segunda consulta, es un aspecto valorado muy positivamente por parte de las adolescentes: la información sobre el procedimiento y el apoyo emocional les generó seguridad. El acceso a la información sobre el procedimiento de IVE, en este caso sobre el uso de la medicación, sus características, formas de administración, signos esperables, etc, es fundamental para las mujeres que toman la decisión de interrumpir un embarazo. Contribuye a que las mujeres sientan mayor dominio y control sobre una situación que genera inseguridad, temor y ansiedad; a interpretar las señales que emite su cuerpo o saber proceder ante signos de alerta. La información es una herramienta de empoderamiento y favorece la autonomía en salud sexual y reproductiva. Por lo tanto, que las adolescentes tengan información clara, precisa y pertinente para agenciarse y gestionar la práctica del aborto farmacológico tal como se ofrece actualmente en el sistema de salud, es un aspecto relevante para favorecer las estrategias de afrontamiento. Sin embargo, como hemos mencionado, la información es una condición necesaria pero no suficiente para la apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Los resultados del estudio dejan visualizar que el embarazo y la maternidad en edades tempranas se produce en contextos donde se suele rechazar el aborto y se condena moralmente a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo, se incorpora subjetivamente la sanción social y el estigma del aborto. Los relatos de las adolescentes con maternidad previa que hemos entrevistado permitieron observar el peso del estigma internalizado, el sentirse mal con la decisión propia fue transferido hacia quienes deciden abortar: *“Porque yo estoy en contra de las personas que se los sacan”*. Estas adolescentes, a pesar del estigma y del temor a la sanción social, tomaron la decisión de interrumpir ese nuevo embarazo. Ellas, que viven en un clima cultural y familiar de alta valoración de la maternidad como sentido de la feminidad y destino del ser mujer, pusieron en valor otros proyectos para sus vidas.

Las concepciones sobre la maternidad se incorporan subjetivamente en las personas y organizan sus ideales, deseos y expectativas. En la sociedad actual aún persiste la noción de ser mujer como sinónimo de ser madre, y de esta forma el cuerpo de la mujer queda

subordinado a su función procreadora. Como se pueden ver en los resultados del estudio, el aborto como decisión desdice este mandato histórico al postular el no deseo de hijo como legítimo. Éstos aspectos se ponen en juego, de manera compleja en los procesos de toma de decisión frente a un embarazo que no fue buscado y que enfrenta a la mujer a una decisión con pocas alternativas: continuar o interrumpirlo (López, 2016). Ello se puede evidenciar cuando las adolescentes manifestaron los motivos para interrumpir el embarazo, entre ellos, dependencia económica y priorización de sus proyectos personales y educativos frente a la maternidad. Para éstas continuar un embarazo es percibido o vivido como una limitación de sus posibilidades a futuro, de desarrollo e inserción en el mercado laboral y en ese sentido, el embarazo es considerado como un problema. Ello podría ser indicio de transformaciones sociales sobre la maternidad como destino y del derecho a decidir en las adolescentes. La práctica del aborto legal rompe con el mandato tradicional que limita el cuerpo de las mujeres a su función procreadora, pues confronta y moviliza las concepciones ideológicas, religiosas y morales que se tiene sobre la sexualidad y maternidad, generando una transformación del valor social de la maternidad para las adolescentes que cuestiona la idea de ser mujer como sinónimo de ser madre.

Por otra parte, es relevante mencionar que la captación de adolescentes para realizar las entrevistas fue uno de los puntos críticos de la implementación del estudio, así como también se presentaron retos en el momento de llevarlas a cabo. En primer lugar, porque ésta fue mi primer experiencia como investigadora en trabajar con dicha población lo que significó un gran desafío al realizar las entrevistas. La realización de entrevistas en temas sensibles como el que aborda este estudio y hacerlo, en especial, con población adolescente supone poner en juego un conjunto de habilidades y destrezas que implicó un aprendizaje en lo personal. Por otro lado, la limitación en el uso del lenguaje en estas entrevistadas, con un vocabulario escaso, con frases repetitivas y breves, fue una limitante para el desarrollo de un estudio de abordaje cualitativo. El lenguaje juega un papel relevante para que el entrevistador/a pueda comprender los relatos de las experiencias de las entrevistadas, el cual puede diferir en función del nivel socioeconómico, el nivel educativo, la educación sexual, entre otros, por lo que muchas de las adolescentes elaboraron un relato poco detallado para describir sus vivencias.

Investigar sobre temas de sexualidad con adolescentes presenta limitaciones al momento de realizar las entrevistas, el investigador/a se encuentra limitado a lo que la participante puede y desea comunicar. Las adolescentes también pudieron estar restringidas por una autocomprensión limitada de sus experiencias, por miedo al estigma social y la vergüenza que genera hablar sobre la temática del aborto. Se podría pensar que a pesar de la reforma legal que permite interrumpir el embarazo en los servicios de salud en nuestro país aún

persisten los efectos estigmatizantes de la práctica, donde subsiste en el imaginario de las adolescentes el temor a la sanción social y a ser juzgadas por su entorno. Ello forma parte de las dificultades y de los retos de investigar sobre un temática sensible y controversial, atravesada por concepciones ideológicas, religiosas y valores morales sobre la sexualidad y maternidad (Frost *et al*, 2014).

CONCLUSIONES

El presente estudio es el primer paso en el desarrollo de la investigación sistemática de las experiencias subjetivas de las adolescentes que interrumpen un embarazo en el marco legal de la práctica en los servicios de salud de Montevideo, Uruguay.

Si bien los resultados permitieron explorar y analizar la vivencias antes, durante y después del aborto de las adolescentes, se requiere generar mayor conocimiento que permita identificar y analizar otras dimensiones del problema. La investigación realizada echa luz sobre algunas dimensiones del aborto como proceso y como evento situado en un determinado momento de la vida. Este proceso debe analizarse en su contexto social e histórico más amplio así como en su relación con las determinaciones sociales que producen los modos de vivir y dar sentido a las propias experiencias.

Los embarazos fueron no intencionales, tal como muestran los datos disponibles para población adolescente en nuestro país. A pesar de ello, las adolescentes hicieron un uso inconsistente de los métodos anticonceptivos o no los usaban, aduciendo que éstos son los responsables por no ser seguros o fallar. En consonancia con lo que sugieren otros estudios realizados sobre el tema, la investigación muestra el papel que juega la madre de las adolescentes en el proceso de toma de decisión. El análisis de los motivos aducidos para abortar ilustra acerca del peso que tienen las razones socialmente aceptadas, incorporadas como motivos propios. Las adolescentes concurren al servicio de salud con la decisión ya tomada y, en todo caso, buscan en los profesionales comprensión y apoyo para concretar su decisión. Dado que los servicios de salud recomiendan el aborto farmacológico en nuestro país, mediante la medicación que se dispone en las farmacias del sistema de salud, todas las adolescentes interrumpieron sus embarazos en sus hogares. Esto genera ansiedad y temor y las deja en situación de vulnerabilidad al depender de los recursos de apoyo que dispongan (o no) en sus familias. A ello debe sumarse que el servicio de salud no ofrece acompañamiento de ningún tipo durante la práctica ambulatoria del aborto. Es decir, las adolescentes no tienen un teléfono de referencia al cual llamar o no cuentan con apoyo de un profesional acompañante en caso de así necesitarlo. Finalmente, los resultados muestran que las adolescentes manifestaron sentirse aliviadas luego del aborto por haber resuelto una situación que no deseaban para ellas.

Los resultados obtenidos abren nuevas posibilidades de estudios a futuro, al identificar dimensiones implicadas que ameritan un tratamiento de mayor profundidad. Entre otras, se destaca la necesidad de generar conocimiento sobre:

- la influencia de la madre de la adolescente en la decisión de su hija. El tipo de influencias que ejercen, los motivos para influenciar en una u otra dirección, los ideales reproductivos de las madres y lo transmitido a sus hijas, las valoraciones de las madres sobre el aborto y sobre la maternidad temprana.

- la realización de estudios longitudinales para conocer el impacto de la decisión en el acceso a oportunidades y desarrollo futuro de las adolescentes: sería importante analizar su inserción en el mercado laboral, el avance en sus estudios, la vida en pareja, la maternidad futura (cuando y cuantos), entre otros.

- la relación específica entre adolescentes en situación de embarazo no intencional y aborto y profesionales de la salud.

- experiencias subjetivas de las adolescentes que abortan en otros departamentos del país y en el ámbito mutual.

En definitiva, al tratarse de un temática actual y emergente de investigación a nivel tanto nacional y regional, existen enormes posibilidades para avanzar en el conocimiento desde las perspectivas de distintos actores (adolescentes, madres / padres, parejas, profesionales) y abordando diferentes dimensiones del objeto de estudio.

Esta tesis tuvo como propósito contribuir en esta dirección, al desarrollo de investigación sobre aborto mediante el estudio específico de las experiencias de las adolescentes, que como vimos por el ciclo vital que viven, presentan particularidades que merecen especial atención. Los resultados que hemos presentado pueden ser de utilidad para orientar la implementación de la ley de IVE en el caso uruguayo como también para comprender las experiencias de aborto que viven las adolescentes en distintos países de América Latina y el Caribe, donde en la gran mayoría de los casos, éste tiene lugar en condiciones de ilegalidad, clandestinidad e inseguridad.

La protección y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las adolescentes implica no sólo asegurar acceso a educación sexual de calidad y a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, sino impulsar las necesarias transformaciones sociales y culturales para el reconocimiento pleno de las mujeres como sujetos de derechos, donde el derecho a decidir sobre continuar o interrumpir un embarazo es un pilar clave.

.....

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abracinskas, L. y López, A. (2007). *Aborto en debate: dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001- 2004*. Montevideo: MYSU.
- Adler, N.E. y Ozer, E.J. (2003). Abortion Among Adolescents. *American Psychological Association*. DOI: 10.1037/0003-066X.58.3.211.
- Álvarez, L. y Salomón, N. (2012). *El aborto en adolescentes en un contexto legal*. *Revista Cubana de Salud Pública*. Cuba, 38(1), 45-53 Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n1/spu05112.pdf>
- Amorín, E., Carril, E y Varela, C. (2006). Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios de Montevideo. En A. López (Ed.) *Proyecto género y generaciones .Reproducción biológica y social de la población uruguaya.Tomo 1.Estudio cualitativo* (pp. 125-246). Ediciones Trilce: Montevideo, Uruguay.
- Amorín, D. (2008). *Apuntes para una posible Psicología Evolutiva*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros- Waslala.
- Amuchástegui, A. y Rivas M. (2004). *Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión*. *Estudios Demográficos y Urbanos. El colegio de México, A.C. Distrito Federal , México*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/312/31205703.pdf>
- Aranda, C. y Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *REVISTA IIPSI*. Vol 16 PP. 233 - 245
- Badinter, E. (1980). *Existe el amor[instinto] maternal?*. Editorial Paidós: Barcelona.
- Benedet L, Ramos V y López A (2009). *Mujeres y varones adolescentes en situación de embarazo en los servicios de salud*. Montevideo, Uruguay.
- Caceres, M. y Perez Mayo, A. R. (2005). Las Epistemologías Feministas y la Teoría de Género. Cuestionando su carga ideológica y política versus resolución de problemas concretos de la investigación científica. *Cinta de Moebio*, (22), 0, Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102207>

- Calero L. y Santana F. (2001). Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. Cuba: *Revista Cubana Salud Pública*. Vol 27 n.1. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v27n1/spu07101.pdf>
- Calderón, J y Alzamora de los Godos, L. (2006). Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 23(4), 247-252. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a03v23n4>
- Carvalho Mendes S. y OroskiPaes G. (2014). As experiências de mulheres jovens no processo do aborto clandestino – uma abordagem sociológica. *Saúdesoc*. vol.23, n.2, pp.548-557. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0548.pdf>
- Carril, E. y López, A. (2008). Consideraciones conceptuales. Subjetividad, cuerpo y derechos. En E, Carril y A, López. (Ed), *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad* (23-27). Montevideo: Trilce.
- Carril, E. y López, A. (2010). Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(2),1-32. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/40/187>
- Carril, E. y López, A. (2012), *Significados de aborto y opiniones sobre el derecho a decidir en varones uruguayos*, *Estudios Sociológicos*,30(90), 739-771
- Castro, R. (2000). La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Universidad Nacional Autónoma de México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Cuernavaca, Morelos.
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. México:Lugar Editorial.
- Castro, R., Campero, L y Hernandez, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev.Saúde Pública*.Vol 31 n.4 p. 425-35. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n4/2277.pdf>
- Collado, M. E., Alva, R., Villa, L., López, E., González de León, D. y Schiavon, R. (2008). Embarazo no deseado y aborto en adolescentes: un reto y una responsabilidad colectiva. *Género y Salud En Cifras*. 6(2), 17-30.
- Comettant, MdC. (2016). *Factores que intervienen en la decisión de abortar en adolescentes*, *Instituto Nacional Materno Perinatal*, enero 2015 - marzo 2016.(Tesis

- de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4846/1/Comettant_pm.pdf
- Conde, F. (2007). La interrupción voluntaria del embarazo en población adolescente en el sector inmigrante. Observatorio de la Salud de la Mujer (OSM). *CIMOP*. Recuperado de http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IVES_Monografico_Juventud__Inmigrante.pdf
- Correa, E., Ribeiro, S, Barbosa, A. y Gómes, L .(2012). Abortamento na adolescencia: vivencia e necessidades de cuidado. *RevGaúchaEnferm.* vol.33, n.3, pp.20-26 Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/03.pdf>
- Correia,D.S.,Cavalcante, J.C. y Maia, E.M.C. (2009). Induced Abortion: Risk Factors for Adolescent Female Students, a Brazilian Study. *The Scientific World JOURNAL.* 9, 1374–1381 DOI:10.1100/tsw.2009.155
- Correia,D.S., Cavalcante J.C., Tabosa do Egito, E.S. y Maia, E.M.C. (2011). Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil). *Ciência&SaúdeColetiva*, 16(5), 2469-2476. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a16v16n5.pdf>
- Cuevas, M. (2014). La psicología de la salud: una propuesta integradora a la salud del ser humano.*Rev Internacional de Humanidades Médicas.* Vol 3 n.2. Recuperado de <https://docplayer.es/68255299-La-psicologia-de-la-salud-una-propuesta-integradora-a-la-salud-del-ser-humano.html>
- Cherry,A.L. y Dillon, M.E. (2014). *International Handbook of Adolescent Pregnancy. Medical, Psychosocial, and Public Health Responses.* New York : Springer.
- Davies,S. L., Crosby, R.A. y Diclemente, R.J. (2009).Twenty:family influences on adolescent health. En R. DiClemente, J. Santelli y R. Crosby (Ed).*Adolescent Health.Understanding and Preventing Risk Behaviors.*Jossey-Bass. pp7.
- De Beauvoir, S. (1981). *El segundo sexo.* España:Aguilar.
- De Dios Moccia, A .y Medina Milanesei,R. (2006). Qué saben las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos y cómo los usan: Estudio en una población adolescente de Piedras Blancas. *Rev. Méd. Urug.* vol 22.n.3 Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000300004

- Deleuze, G. (1995). *Post-scriptum. Sobre las sociedades de control*. Valencia.
- Doblado, I., De la Rosa, I. y Junco, A. (2010). Aborto en la adolescencia un problema de salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(3), 409-421.
- Domínguez, B., Sánchez R., Rizo E.M. y Chacón, M.C. (2010). Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. *RevCubanaObstetGinecol Vol 36. n.2*. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n2/gin13210.pdf>
- Domingos, S.R.F., Merighi, M.A.B, Jesus, M.C.P. y Oliveira, D.M. (2013). Experiencia de mujeres con el aborto provocado en la adolescencia por imposición de la madre. *Rev. Latino-Am. Enfermagem. 21(4)* Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0899.pdf
- do Nascimento Pereira, V., Aelo de Oliveira, F., Pereira Gomes, N., Menezes Couto, T., do Nascimento Paixão, G.P. (2012). Abortamento Induzido: vivência de mulheres baianas. *Rev.Saúde soc.vol 21, n.4.* Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a22.pdf>
- Donzelot, Jacques (1990). *La policía de las familias*. Valencia.
- Faria, E.C.R., Domingos, S.R.F., Mrighi, M.A.B. y Ferreira, L.M.G. (2012). Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado. *RevGaúchaEnferm.33(3),20-26*. Recuperado de <http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/EquidadGenero/MayAgo08.pdf>
- Fernández, A. (1993). Madres en mas, mujeres en menos: los mitos sociales de la maternidad. En A. Fernández . *La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombre y mujeres* (pp.161-163). Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, A. M (2004). Adolescencias y embarazos. Primera parte: Hacia la ciudadanía de las niñas. *Revista del Instituto de investigaciones de la Facultad de Psicología*.
- Fernández, A.M. y Tajer, D. (2006). Los abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres. En S. Checa (Ed.), *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad* (pp.39-41). Buenos Aires: Paidós
- Fernández Borbón, H., GerezMena, S., Ramírez Pérez, N. y Pineda Bouzón, A. (2014). Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. *Revista*

- Cubana de Ginecología y Obstetricia*, vol 4, n.2. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v40n2/gin07214.pdf>
- Ferrero, L. (2004). *Tiempo y ritual en la atención médica: la etnografía de un centro de salud*. VII Congreso Argentino de Antropología Social. Córdoba, Argentina
- Flores, J.A. (2015). *Aborto en la adolescencia. Impacto ético y social*. La Habana, Cuba: Medisur. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v13n6/ms01613.pdf>
- Fletcher, R (1995). Silences: Irish Women and Abortion . *Feminist Review*50(1), 44-66. doi:10.1057/fr.1995.21.
- Fonseca, A., Llanos, E., Hernández, D. (2009). Interrupciones de embarazo en adolescentes. Problemática social y humanística. *Rev Hum Med* ,9(2). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v9n2/hmc100209.pdf>
- Frost, D.M., McClelland, S.I., Clark, J.B. y Boylan, E.A. (2014). Phenomenological Research Methods in the Psychological Study of Sexuality. *APA Handbook of Sexuality and Psychology*. vol 1. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/18e1/a1e64efab838da0bf4b27ec663ecd3b5b4dc.pdf>
- García Baños, L, López Baños, LyAlonso Sicilia, M(2013). La bioética y el derecho de las adolescentes en el aborto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 39(4). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v39n4/gin10413.pdf>
- García y Barragán LF, Correa F, Gracia T. y, Viridiana, A. (2017). El embarazo adolescente desde una perspectiva contemporánea. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology (IJP)*. Vol 51, n.1 pp.111-121. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28452860011>
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Buenos Aires, Argentina: Paidós Ibérica.
- Guimarães Ximenes Neto, F.R, Alves de França, I., Carvalho da Silva, R.C., do Amaral Gubert, F. y Napoleão Albuquerque, I.M. (2011). Percepção feminina diante da gravidez interrompida: análise da experiência vivenciada por mulheres com diagnóstico de abortamento. *Rev. Cienc. enferm.* (1): 95-103, Recuperado de: scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n1/art_10.pdf

- Guttmacher Institute (2016). *Aborto inducido a nivel mundial*. Recuperado de https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/ib_abortion-chile-sp.pdf
- Hernández, R. y Galindo, R.V. (2007). *El concepto de intersubjetividad en Alfred Schutz. Espacios Públicos, 10(20), 228-240.* Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67602012>
- Hoggart, L. (2012). 'I'm pregnant ... what am I going to do?' An examination of value judgements and moral frameworks in teenage pregnancy decision making. *Rev. Health, Risk & Society. 14(6) pp. 533-549.* <https://doi.org/10.1080/13698575.2012.706263>
- Jhonson, N., López, A., Sapriza, G., Castro, A. y Arribeltz, G. (2011). *(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja.* Montevideo, Uruguay: UR. CSIC
- Kimport, K., Foster, K. y Weitz, T. (2011). Social Sources of Women's Emotional Difficulty After Abortion: Lessons from Women's Abortion Narratives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 43(2):103-9.*
- Klein, A. (2004). *Adolescencia: un puzzle sin modelo para armar.* (pp 24). Psicolibros waslala. Montevideo.
- Lafaurie, M. (2005). El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú. México
- Ley 18.987. Uruguay. Interrupción voluntaria del embarazo. Diario Oficial, Montevideo, Uruguay, 30 de octubre de 2012. Recuperado de: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012/3>
- Lombardi, A (1988). *Entre madre e hijas. Acerca de la opresión psicológica.* Buenos Aires, Argentina: Paidós
- López, A. (2005). Consideraciones conceptuales. En A. López (coord), *Adolescentes y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004).* (pp.28-30) Montevideo: Cátedra libre en Salud Reproductiva, Sexual y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República.

- López, A. (2011). Derechos sexuales y reproductivos y adolescentes: desafíos para revertir desigualdades sociales. En A, Barrios., A, Canetti., M, Cortázar., A, López.; G, Rey (Ed.), *Salud sexual y reproductiva en adolescentes y participación comunitaria juvenil* (pp.42-43). Montevideo: Facultad de Medicina y Facultad de Psicología. Universidad de la República.
- López, A.(2014). *Profesionales de la salud y derechos reproductivos: Transiciones y disputas en la atención a mujeres en situación de aborto en Uruguay (2000-2012)* (Tesis doctoral). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- López , A. (2015). Mujeres y aborto. El papel de las condiciones legales y sociales en las trayectorias y experiencias subjetivas de las mujeres frente al aborto inducido. En S, Ramos (Ed.), *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia.* (pp. 19-32). Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI). Recuperado de
- López, A. (2015b).Profesionales de la salud y aborto. Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas de las/os profesionales de la salud. En S, Ramos (Ed.), *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia.* (pp.57-71) Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI)
- López, A. y Varela, C. (2016). *Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay.* Montevideo: Udelar, UNFPA.
- López, A. y Couto, M. (2017). Profesionales de la salud, resistencia y cambio en la atención a mujeres que deciden abortar en Uruguay. Universidad autónoma de la Plata Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género (CInIG)Vol 1. n.2. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7912/pr.7912.pdf
- López A., Couto, M., Píriz, G., Monza, A., Ituarte, M. y Abracinskas, L. (2017). Servicios legales de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Uruguay. Estrategias de los servicios públicos del primer nivel de atención de Montevideo y área Metropolitana. *Salud Pública de México.vol 59*
- Malcolm, A.L. y Rodríguez, A.R. (2015). Aborto provocado en la adolescencia. *Multimed. Revista Médica. Granma.* 19(4) Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul154b.pdf>

- Manlove, J; Ryan Suzanne y Franzetta, K (2007). Contraceptive Use Patterns Across Teens' Sexual Relationships: The Role of Relationships, Partners, and Sexual Histories. *Demography*.
- Maranhão, T.A., Gomes, K.R.O. y Barros, I.C. (2016). Factores predictores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 19 3 494-508. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n3/1980-5497-rbepid-19-03-00494.pdf>
- Martín, L. y Reyes, Z. (2003). Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. *Revista Cubana Pública*. Vol 29. n.2 Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n2/spu14203.pdf>
- Menezes, G.M.S., Aquino, E.M.L. y Olivera da Silva, D. (2006). Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. *Cad. Saúde Pública*, 22(7):1431-1446. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n7/08.pdf>
- Miles, M. y M. Huberman (1984). *Qualitative data analysis. A sourcebook of new methods*, London: Sage Publications.
- Ministerio de Salud Pública (2016). *Manual de Procedimientos para el manejo sanitario de La interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Según Ley 18987 del 17.10.2012. 2a.ed.* Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública (2016b) *Guía técnica para la interrupción voluntaria del embarazo*, (IVE). 2a.ed. Recuperado Ministerio de Salud (2016c). *Interrupción voluntaria del embarazo*. Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/noticia/interrupci%C3%B3n-voluntaria-de-embarazo>
- Uruwicz, T. (3 de marzo, 2018). Nacieron 1.214 niños menos de madres adolescentes en 2017. *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/nacieron-ninos-madres-adolescentes.html>
- Morales Calataud (2015). La psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *Rev Latinoamericana de ciencia psicológica*. 7(1) 120-123. Recuperado de <file:///C:/Users/Maria%20Luisa/Downloads/156-629-1-PB.pdf>
- Nunes, MdD, Madeiro. A. y Diniz, D. (2013). Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*-18 8 2311-2318. Recuperado de <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n8/15.pdf>

- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *AV. PSICOL.* 16(1) 2008. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>
- Oblitas, L (2013). Psicología de la salud. *Psicología: de la Biología a la Cultura.*
- OMS (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.* Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. Comisión on Social determinants of health. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf
- Palomar Vereá, C (2005). Maternidad: Historia y Cultura. *Revista de Estudios de Género. La ventana,* núm. 22, 2005, pp. 35-67. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/884/88402204.pdf>
- Ramírez, G. A. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter. cambio sobre Centroamérica y el Caribe,* 11(1), 145-169. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530>
- Ramirez, C., Vaillant, M., Riccis., S., Meléndez., D y Herrero. H. (2017). Captación de adolescentes gestantes e interrupción del embarazo durante un quinquenio en la provincia de Santiago de Cuba. *MEDISAN.* Vol 17. n.9. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n9/san08179.pdf>
- Ramos, V. (2015). Consideraciones conceptuales: adolescencia, sexualidad y derechos. En A. López, *Adolescentes y sexualidad. Investigación, acciones y política pública en Uruguay (2005- 2014).* Montevideo: Facultad de Psicología de la Universidad de la República, Instituto de Psicología de la Salud, Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades, UNFPA .
- Ralph, L., Gould, H., Baker, A. y Greene Foster, D. (2014). The Role of Parents and Partners in Minors' Decisions to Have an Abortion and Anticipated Coping After Abortion. *Journal of Adolescent Health.* 54(4):428-34. Recuperado de [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(13\)00520-X/pdf](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(13)00520-X/pdf)
- Renner, R.M., Guzman, A. y Brahmi, D. (2014). Abortion care for adolescent and young women. *Rev. International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 126(1):1-7.
- Rich, A. (1978). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución.:* Ediciones Cátedra.

- Rieppi, L. y Vivas, P. (2014). Manual de procedimientos para e manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) según Ley 18987 del 17.10.2012. Ministerio de Salud. Montevideo, Uruguay. Recuperado de <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Descargue-aqu%C3%AD-el-Manual-de-Procedimientos-IVE.pdf>
- Rivera, S. (2003). *Embarazo en adolescentes. Aspectos de tipo social, psicológico y cultural*. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/broch.pdf>
- Rodriguez, J. (setiembre, 2008). *Reproducción en la Adolescencia en América Latina y el Caribe: ¿Una Anomalía a Escala Mundial?*. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP. Córdoba, Argentina. Recuperado de http://www.alapop.org/alap/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_21.pdf
- Rodríguez, C. (2009). *Pariremos con placer. Apuntes para la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Crimentales. Recuperado de <https://sites.google.com/site/casildarodriganez/pariremos-con-placer>
- Rodríguez, J. (2017). *Deseabilidad y planificación de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias y patrones emergentes*. Notas de población. CEPAL.
- Rostagnol, S. y Viera, M. (setiembre, 2006). *Abortos y maternidades. Derechos sexuales y reproductivos en mujeres adolescentes embarazadas*. Ponencia presentada en Seminario Regional sobre Investigación y Género en la Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Rothman, A.M. y G. Vilaseca (2001). Control, supervisión, covisión. Devenires en el análisis de la articulación persona-rol profesional. *Clínica y Análisis Grupal*, 23(86): 165-172
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra. Revista de Estudios de Género y Teoría Feminista*.7: 169-183. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/14802>.
- Samiperi ,R., Collado, C. y Lucio, P. (2003). El proceso de investigación y los enfoques cuantitativo y cualitativo hacia un modelo integral. En R. Sampieri., C. Collado y P. Lucio. *Metodología de la investigación*, (pp.14-15). México: McGraw-Hill Interamericana

- Sanger C (2009). Decisional dignity: teenage abortion, bypass hearings, and the misuse of law. *Columbia Journal of Gender and Law*. Vol. 18, p. 409, 2009 Recuperado de https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1493768
- Scott, J (1990). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En *Historia y Género*. Valencia, España: Ediciones Alfonso El Magnanimo
- Silva, R.S. y Andreoni, S. (2012). Fatores associados ao aborto induzido entre jovens pobres na cidade de São Paulo, 2007. *R. bras. Est. Pop.* vol.29, n.2, pp.409-419. Brasil. São Paulo. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v29n2/a11v29n2.pdf>
- Smetana, J. (1981). Reasoning in the Personal and Moral Domains: Adolescent and Young Adult Women's Decision-Making Regarding Abortion. *JOURNAL OF APPLIED DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY*. vol 2, n 3, pp 211-226
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimiento para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia.
- Stern, C. (2004). *Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. Papeles de Población, México D.F.* El colegio de México.
- Sumter, S., Bokhorst, C., Steinberg, L y Westenberg, P. (2009). The developmental pattern of resistance to peer influence in adolescence: Will the teenager ever be able to resist?. *Journal of Adolescence*. 32(4):1009-21
- Soto-Toussaint,(2016). Violencia Obstétrica. *Rev. Mexicana de Anestesiología*. Vol. 39. n. 1 pp S55-S60. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161s.pdf>
- Suruagy, D., Cavalcante, J., Tabosa, E y Chaves, E. (2011). Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil). *Ciência&Saúde Coletiva*.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). Introducción. Ir hacia la gente. En S, Taylor y R, Bogdan, *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (pp.19 -25). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

- Taylor , S y Bogdan, R. (1987)b. La entrevista en profundidad. En S,Taylor y R, Bogdan. (Ed.), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (pp.100-106). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A
- Varela, C., Tenenbaum, M y Lara,C(2014). Fecundidad adolescente en Uruguay: ¿la pobreza como umbral de resistencia al descenso?. En S. Cavenaghi y W.Cabella. *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina:una agenda inconclusa* (pp.185-206). Río de Janeiro, Brasil: ALAP. UNFPA.
- Vázquez, A (2011). Experiencia Subjetiva del Tiempo y su Influencia en el Comportamiento: Revisión y Modelos.*Rev Psicología: Teoría e Pesquisa*. Vol. 27 n. 2, pp. 215-223
Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n2/a11v27n2.pdf>
- VieiraL.M., Lederer Goldberg, T.B., de Oliveira Saes, Sy BiniDória, A A (2007). Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. *Ciência&SaúdeColetiva*, 12(5)1201-1208. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/11.pdf>
- Vieira, L.M., Lederer Goldberg, T B , de Oliveira Saes, S., Bini Dória, A.A (2010). Abortamento na adolescência: da vida à experiência do colovazio – um estudo qualitativo. *CienSaudeColet*. 15(2)3149-3156 Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a19v15s2.pdf>
- Villanueva, LA.,Ahuja, M., Valez, R y Lezana, MA(2016). De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? . *Rev. CONAMED*.21 (1) 7-25. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons161b.pdf>
- UrgellésS, ReyesE, FigueroaMy BermúdezY(2012). Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior. *Ginecología y Salud Reproductiva*. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_4_12/gin12412.htm
- Warren, J., Harvey,S y Henderson, J. (2010). Do Depression and Low Self-Esteem Follow Abortion Among Adolescents? Evidence from a National Study. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 42(4):230-5.
- Warren, J.; Harvey,S y Henderson, J (2010).Do Severe Depression and Loss of Self-Esteem Follow Abortion? Evidence from a National Study of Adolescents. *Perspect Sex Reprod Health*. 42(4): 230–235. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5234489/pdf/nihms820733.pdf>

Yuen,LA y Pui-ling, L. (2014). Pregnancy resolutions among pregnant teens: termination, parenting or adoption?. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 14:421
<https://doi.org/10.1186/s12884-014-0421-z>

ANEXOS

Pauta de entrevista a adolescentes

Número de entrevista:	
Fecha:	
Entrevistadora:	
Nombre o seudónimo de entrevistada:	
Edad entrevistada:	
Barrio:	
Ultimo año aprobado de Enseñanza:	
Centro de Salud en el que se atiende:	
Local donde se atiende (policlínica dependiente, IM, BPS o Centro de Salud):	
Lugar de realización IVE 1:	
Lugar de realización IVE 2:	
Lugar de realización IVE 3:	
Lugar de realización IVE 4:	
Mes y año en que se hizo IVE 2:	

Módulo 1: Factores vinculados a la detección del embarazo, toma de decisión y al post aborto.

Detección del embarazo y Acceso a servicio IVE y ruta crítica

- ¿En qué momento pensaste o sospechaste que podrías estar embarazada? ¿Qué hiciste? ¿Qué fue lo primero que pensaste? ¿Cómo te sentiste ante esa posibilidad? ¿Estabas utilizando método anticonceptivo? Cual?
- ¿Quién fue la primera persona a la que recurriste cuando supiste o supusiste que estabas embarazada? ¿Te resultó difícil contarle? ¿Por qué?
- Cuando te diste cuenta que estabas embarazada, de cuantas semanas de embarazo estabas?
- ¿Tenías pareja en ese momento? Hacia cuanto tiempo que era tu pareja/*novio? ¿Le informaste al tu pareja sobre el embarazo, en qué momento? ¿Como reaccionó cuando le contaste? ¿Te sorprendió su reacción? Por qué?

Toma de decisión e IVE 1

- ¿Por qué te planteaste interrumpir el embarazo? (indagar razones familiares, económicas, morales, emocionales, etc)
- ¿Tu familia se enteró de esta decisión? (indagar si todos, solo la madre, en qué momento se enteró) ¿Qué piensan ellos/as de la decisión que tomaste? ¿La opinión de tu madre influyó en tomar la decisión de abortar?
- Pudiste conversar con alguien sobre la decisión a tomar? Con quienes? ¿Como te sentiste?
- ¿A quiénes les contaste la decisión de abortar? ¿Cómo reaccionaron esas personas? ¿Hubo personas a las que evitaste contarles? ¿Por qué?
- ¿Recibiste apoyo de alguien (pareja, familia, amigo/a)? ¿Cómo fue ese apoyo?
-
- ¿Que información tenías sobre el aborto cuando tomaste la decisión?
- ¿Cómo incidió en tu decisión el hecho que haya una ley Interrupción Voluntaria del Embarazo?
- ¿Fuiste al centro de salud a confirmar el embarazo habiendo ya resuelto abortar?
- ¿Qué información tenías sobre esta ley de IVE?
- ¿Fuiste al centro de salud a confirmar el embarazo habiendo ya resuelto abortar?
- ¿Fuiste sola, o te acompañó alguien? Con quien fuiste?
- ¿Esta fue tu primera experiencia de interrupción de embarazo? ¿Propia o acompañando a alguien? Si hubo una experiencia anterior: ¿Cuándo fue? ¿Fuiste a algún centro de salud? ¿A cuál? ¿Por qué?
- ¿Qué pensabas en ese momento sobre el aborto? ¿Y sobre las adolescentes y mujeres que abortan?

Acceso a servicio IVE y ruta crítica

- ¿Podría describir todos los pasos que transitaste desde que supiste que estabas embarazada hasta que termino el aborto?

- ¿Realizaste todas las consultas que te indicaron en el centro de salud?
- A la primer consulta que fuiste al centro, ¿ingresaste sola o acompañada?, en el caso que de haber sido acompañada ¿por quién? ¿hubiese preferido haber ingresado a consulta sola?, ¿por qué?
- Cuando supusiste que estabas embarazada, ¿a qué lugar, centro de salud fuiste? ¿Cómo fue la información que te dieron en ese lugar? ¿te sirvió? ¿te quedaste con alguna duda? ¿por qué?
- ¿Cómo fue la primer consulta y los exámenes que te hicieron? ¿Cómo fue la relación con las personas que te atendieron en esta primer consulta (profesionales, trabajadores del servicio, etc.)? ¿Cómo te sentiste atendida? ¿por qué?

IVE 2 e IVE 3.

- ¿Cómo fue la consulta con los profesionales en la segunda consulta? ¿La consulta fue con los tres profesionales juntos o separados? ¿Crees que esto te benefició o perjudicó?
- ¿Recordas que te dijeron los profesionales en esa(s) consultas? ¿Pudiste aclarar tus dudas? ¿Hay cosas que te hubiera gustado preguntar y no lo hiciste? ¿Por qué? ¿Te sentiste cómoda? ¿Por qué?
- ¿Cómo fueron los cinco días de reflexión? ¿Fueron suficientes para pensar sobre la decisión? ¿Pensaste en continuar el embarazo en esos cinco días? ¿Crees que modificó en algo tu decisión?
- En los cinco días de reflexión, ¿la información que recibiste ayudo a que tomaras o reafirmaras la decisión? ¿Hubieras preferido interrumpir el embarazo antes de esos cinco días?
- ¿Dónde realizaste la tercer consulta IVE 3? ¿En el mismo lugar donde tuviste las consultas de IVE 1 y 2? ¿Cómo te pareció eso? ¿Hubieras preferido transitar ese momento en otro lugar (por ejemplo un hospital o su casa)?
- ¿Cuál fue el método para interrumpir el embarazo? ¿Cómo te sentiste con el método usado? ¿Qué información previa tenías sobre el método?
- ¿Estuviste acompañada por alguien durante el proceso de aborto? ¿Quién? ¿Hubiera preferido haber estado sola o acompañada? ¿Hubieras preferido que te acompañe alguien en particular?
- En el caso de que el aborto haya sido con medicamentos: ¿Cómo conseguiste la medicación? ¿La retiraste en la farmacia del centro de salud? ¿Del mismo centro de salud donde te atiendes habitualmente o en otro? ¿Completaste el aborto sólo con la medicación o fue necesario completar el aborto con intervención médica?

- En el caso de que el aborto haya sido con método quirúrgico: ¿dónde lo hiciste? ¿Te acompañó alguien en ese momento? ¿Cómo te sentiste con ese método?
- En el caso de que el aborto haya sido con método quirúrgico: ¿Cómo te sentiste? ¿Cómo fue la atención? ¿Crees que podría haber sido distinta? ¿Sintiste dolor?

Post aborto e IVE 4:

- ¿Como te sentís después de haber interrumpido el embarazo? : ¿tus sentimientos han cambiado al pasar el tiempo? ¿Tuvo efectos en la relación con tus amigos, familia, pareja (en el caso de tenerla)? ¿Tuvo efectos en tu rendimiento?
- ¿Estuviste acompañada, por quién/es ? ¿Qué cosas te ayudaron a vivir ese momento? ¿Qué cosas piensas que no te ayudaron?
- ¿Tu opinión sobre el aborto , sobre las mujeres y adolescentes que abortan es diferente después de haber vivido la experiencia?

IVE 4

- ¿Fuiste a la consulta en el servicio de salud luego del aborto (IVE 4)?
- En el caso de que haya ido a IVE 4: ¿te contactaron para que vayas o ya tenías agendada la consulta desde antes de realizar el aborto? ¿dudaste en ir? ¿Por qué? ¿te sirvió? ¿cómo fue el trato de los/as profesionales de la salud? ¿qué te dijeron en la consulta?
- ¿Te recomendaron el uso de métodos anticonceptivos? Cual método elegiste o estás usando?
- ¿Te hubiera gustado volver a consultar con alguno de los profesionales que participaron en IVE 2? ¿Con alguno en especial? ¿por qué?
- En el caso de que no haya ido a IVE 4: ¿Por qué no fuiste a la consulta post aborto?

Módulo 2: Calidad de la atención y vulneración de derechos.

- ¿Cómo evalúas la atención de los profesionales de la salud en todo el proceso?
- ¿Y la del resto de los trabajadores del servicio?
- Si tuvieras que decir tres aspectos positivos de la atención recibida, ¿cuáles serían?
- ¿Y tres negativos?
- En el caso de que hayan habido aspectos negativos, ¿lo comentaste con alguien? ¿Pensaste en decírselo a alguien del centro de salud?
- Imagina que una persona cercana tuviera un embarazo no esperado y decidiera abortar y te pide tu opinión y apoyo, ¿qué le dirías?

Final:

- ¿Quieres agregar algo más?

Asentimiento informado

En el marco de la Maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, se está llevando a cabo el estudio **“Aborto en la adolescencia en un nuevo contexto legal de la práctica en los servicios de salud de Montevideo, Uruguay”**, a cargo de la Lic. Maria Luisa Ituarte, el cual fue aprobado y es financiado por la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII).

El proyecto pretende analizar las experiencias subjetivas de las adolescentes que decidieron abortar en el marco de los servicios de Interrupción Voluntaria del embarazo (IVE) en Montevideo Uruguay, desde sus perspectivas de las propias adolescentes.

Se te pide participar en una entrevista individual para conocer tu experiencia en los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). La entrevista estará a cargo de la Lic. Maria Luisa Ituarte y será grabada, desgrabada y transcrita por la investigadora responsable.

La información que vas a dar en la entrevista será confidencial y te garantizaremos la protección de tu identidad, nunca podrás ser identificada en ningún reporte ni publicación que se realice. Tus datos serán protegidos con códigos tanto para el almacenamiento como para su análisis y difusión, en distintas computadora y con clave de conocimiento exclusivo de la investigadora y tutora.

Tu participación en el estudio no conlleva riesgos. En caso que tu lo necesites la investigadora se compromete a buscar apoyo psicológico

Agradezco mucho tu interés y el tiempo que le puedes dedicar, que será aproximadamente de unos 45 minutos.

Tomar en cuenta que:

- Participar en la entrevista no tendrá ningún costo ni compensación económica.
- Tu participación es totalmente voluntaria en todo el proceso de duración de la entrevista, pudiendo detener o suspender la misma cuando así lo pienses conveniente.

- Tenes derecho a negarte a participar en el estudio y esto no tendrá efectos negativos para vos de ningún tipo.
- En caso de cualquier pregunta que quieras realizar, te podes comunicar con Lic. Maria Luisa Ituarte (correo: mituarte@psico.edu.uy) y con Alejandra López (directora de tesis), 24008555 int 320.

Declaración de asentimiento

Estudio "Aborto en la adolescencia en un nuevo contexto legal de la practica en los servicios de salud de Montevideo, Uruguay".

Montevideo, 2017

He leído o escuchado la información que me han dado sobre la investigación, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas que me han satisfecho. Acepto voluntariamente participar en el estudio y comprendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento que lo desee sin que esto afecte o tenga consecuencias para mí.

En el caso de no asentimiento, explicar brevemente los motivos del mismo.

Firma:

Aclaración:

Fecha: