



Facultad de  
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA

URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

## TRABAJO FINAL

LA EXPERIENCIA DE LAS ADOLESCENTES QUE DECIDIERON  
ABORTAR EN EL MARCO DE LA LEY N°18.987 DE  
INTERRUPCION VOLUNTARA DEL EMBARAZO (IVE) EN LA  
CIUDAD DE FLORIDA, URUGUAY.

Valeria Montaña  
4786112-6

Tutora adj:  
Alejandra López Gómez

*Montevideo, 31 de Julio de 2014.*

## **Resumen**

El aborto como temática de discusión en nuestro país adquiere mayor auge en los últimos años, desde octubre del año 2012 donde se aprueba la ley N°18.897 de interrupción voluntaria del embarazo. El embarazo en adolescentes siempre se ha identificado como una problemática social en América Latina. La adolescencia es una etapa única, decisiva y de cambios, teniendo derecho a una vida sexual y reproductiva cuidadosa y placentera.

En el trabajo veremos una sistematización de antecedentes de investigaciones tomadas de artículos científicos internacionales visualizando la temática y su campo de intervención. Se muestra un breve recorrido sobre cómo se viene implementado en este corto lapso la ley de interrupción del embarazo en Uruguay. Actualmente no contamos con investigaciones que muestren resultados sobre la experiencia y la subjetividad de las mujeres que se hayan practicado el aborto en el contexto legal.

El objetivo del proyecto es indagar sobre la experiencia de las adolescentes que acudieron a los centros de salud de la ciudad de Florida en Uruguay a realizarse un aborto voluntario en el marco de la ley vigente. El diseño metodológico es de tipo cualitativo y se basa en la realización de entrevistas en profundidad a una muestra de adolescentes. Se espera que los resultados aporten información sobre la experiencia de las adolescentes, identificando los cambios en la percepción de las mismas en relación al aborto en contexto de despenalización, generando insumos que retroalimenten el trabajo de los Servicios de Salud de atención a IVE en el Departamento de Florida.

**Palabras Claves:** Aborto, adolescencia, servicios de salud.

## ***Fundamentación***

Este proyecto de investigación se propone indagar sobre la implementación y funcionamiento de la ley N°18.987 sobre interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en la ciudad de Florida, Uruguay. El foco está puesto en conocer la perspectiva y experiencia de las adolescentes que acudieron a estos servicios a partir de enero de 2013 cuando la ley se comenzó a implementar. En nuestro país, aun no contamos con investigaciones que nos muestren resultados sobre la experiencia subjetiva de las mujeres que se hayan practicado un aborto legal en el nuevo contexto que establece la ley IVE. Esto se debe al poco tiempo que hace que se aprobó la ley, por ello es necesario y me parece pertinente llevar a cabo esta investigación.

La ciudad de Florida se encuentra, en el centro del país, ubicada a 96 kilómetros al sur de la ciudad de Montevideo, limitando al sur con la ciudad de Canelones y tiene una población de 67.048 habitantes según el censo de 2011. Actualmente en dicha ciudad, en dos centros de salud se implementan los servicios de aborto legal en el marco de la ley IVE, uno de ellos es en el sector público ASSE y otro en sector privado, COMEF.

Según el Atlas socio demográfico y de la desigualdad del Uruguay(2014) en el periodo de 1996-2011 hubo una caída relevante de la fecundidad adolescente en esta ciudad, y también en todo el país. En 2011 el porcentaje de mujeres de entre 15 y 19 años que fueron madres adolescentes se ubicó entre (15% y 23%), en los departamentos más cercanos del sur del país. De igual manera la fecundidad adolescente continua siendo elevada en comparación a los valores alcanzados en el S.XX, según el último censo realizado, esto se da a partir de la alta fecundidad de los estratos más desventajados de la población; las jóvenes con bajo nivel de educación y que viven en condiciones carenciadas son madres en edades más temprana.

El embarazo en adolescentes siempre se ha identificado como una problemática social en nuestro país y en América Latina. En los últimos años este problema se lo vincula preponderantemente con los sectores más pobres de nuestra sociedad, si bien es una problemática que se presenta en todos los sectores. Esto es producto de varios factores como ser la educación, el inicio de las relaciones sexuales en temprana edad y que la maternidad en esta etapa todavía tiene una legitimación diferencial en este sector, suele ser visualizada como una ganancia que provee a las madres de reconocimiento. La gran mayoría de las jóvenes muchas veces no planifican su embarazo. Se dice que hay un embarazo no deseado cuando una mujer queda embarazada sin quererlo. Esto puede deberse a diferentes causas: errores humanos o técnicos (olvidos, accidentes, o fallas de los métodos anticonceptivos), desconocimiento o falta de información de cómo prevenir un embarazo y tener una vida sexual y reproductiva cuidadosa.

En nuestro país el aborto fue considerado un delito por la ley N° 9763, ley aprobada en 1938 y vigente hasta el 2012. Es recién a partir de la recuperación de la democracia en el año 1985 que el debate sobre la despenalización del aborto adquiere su auge en lo que refiere a un debate social y político. Luego se presentan seis proyectos de ley a nivel del parlamento, lo cual demuestra el interés de la sociedad uruguaya por adecuar esta norma a la realidad que se vivía en ese entonces.

Según Bottinelli. “El cambio en el posicionamiento de la opinión pública es notable en los últimos años. De porcentajes de aceptación del 25% al derecho a decidir de las mujeres sobre la interrupción voluntaria del embarazo hacia fines de los 80’, a porcentajes que alcanzan el 63% en el año 2004 y que se mantienen estables en las mediciones más recientes.” (2010, p.30)

Hasta la aprobación de la ley IVE, las mujeres que no deseaban continuar con su embarazo debían acudir a prácticas abortivas en clandestinidad, en su mayoría en condiciones de riesgo. La Organización Mundial de la Salud en el año 2012 calculó que cada año se producen 22 millones de abortos inseguros, el 98% de los mismos tienen lugar en países en vías de desarrollo (OMS, 2012)

En Uruguay, en el año 2002, la principal causa de mortalidad materna fue el aborto inseguro (Briozzo, 2003, Abracinskas, López, 2004). En el año 2004, el Ministerio de Salud Pública aprueba la ordenanza N°369 que consagra la normativa sanitaria “Medidas de protección materna contra el aborto provocado en condiciones de riesgo”, elaborada por un grupo de profesionales de la salud del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Luego de que el proyecto de ley de salud sexual y reproductiva de Uruguay fue aprobado por el Parlamento Nacional en el año 2008 el entonces presidente de la República, el Dr. Tabaré Vázquez, haciendo uso de recursos constitucionales, veto los capítulos referidos a la despenalización. El veto argumentaba la defensa de la vida humana en gestación, bajo el argumento de que la despenalización del aborto implicaría un aumento e instalación de la práctica. Apoyaba sus argumentos en base a pactos y tratados realizados como el Pacto de San José de Costa Rica (1985) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1990) que obligaban a nuestro país a proteger a la maternidad y a la vida del ser humano desde la concepción.

En noviembre del año 2008, luego de tantos cambios a nivel social, de tantos proyectos que fueron sumergidos y de varios actores sociales y políticos pronunciándose a favor de la ley, es que se logra la aprobación de la ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, excluyendo, a raíz del veto presidencial, los artículos que hacía referencia a la interrupción voluntaria del embarazo y su despenalización.

Finalmente y tras el cambio de gobierno en el 2010, se aprueba en octubre del año 2012 la ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) lo cual fue reglamentada por el MSP en noviembre de ese año. Dicha ley comienza a aplicarse en enero del 2013, garantiza la formación

de equipos interdisciplinarios dentro de las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) para la atención a mujeres en situación de aborto voluntario. La ley consagra el acceso al aborto legal hasta 12 semanas de gestación y siempre que la mujer cumpla con un procedimiento que dispone la norma, por el cual un equipo interdisciplinario de tres profesionales de los cuales uno deberá ser médico ginecólogo otro deberá tener especialización en el área de la salud psíquica y el restante en el área social, deberán prestarle asesoramiento sobre las implicancias del aborto.

La ley establece que la mujer deberá acudir a consulta médica ante una institución del Sistema Nacional Integrado de Salud, a efectos de poner en conocimiento del médico las circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso. El médico dispondrá para el mismo día o para el inmediato siguiente, la consulta con un equipo interdisciplinario. El equipo interdisciplinario, actuando conjuntamente, deberá informar a la mujer de lo establecido en esta ley, de las características de la interrupción del embarazo y de los riesgos inherentes a esta práctica. Asimismo, informará sobre las alternativas al aborto provocado incluyendo los programas disponibles de apoyo social y económico, así como respecto a la posibilidad de dar su hijo en adopción.

En particular, el equipo interdisciplinario deberá constituirse en un ámbito de apoyo psicológico y social a la mujer, para contribuir a superar las causas que puedan inducirla a la interrupción del embarazo y garantizar que disponga de la información para la toma de una decisión consciente y responsable. Luego, tendrá un plazo de cinco días de reflexión tras el cual podrá realizarse la intervención. Todos los centros de salud están obligados a ofrecer el servicio, en caso de objeción de conciencia de sus profesionales ginecólogos, deberán asegurar a las usuarias otras alternativas estableciendo un acuerdo con el MSP. El personal médico de salud que tenga objeción de conciencia deberá expresarlo ante la institución. La totalidad de las instituciones del SNIS deberán llevar registro de todos los procedimientos y elementos que establece la ley para comunicar la información al MSP.

Para el caso de la población adolescente se establece en el ART N° 7 "(Consentimiento de las adolescentes).- En los casos de mujeres menores de 18 años no habilitadas, el médico ginecólogo tratante recabará el consentimiento para realizar la interrupción del embarazo, de acuerdo a lo establecido en el 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.

## ***Antecedentes***

Uruguay es el cuarto país latinoamericano en aprobar una ley que habilita el aborto legal en los servicios de salud, cuando la mujer lo decida siempre que tenga lugar antes de las 12 semanas de gestación. Como antecedentes tomamos como referentes a Cuba, DF México y Puerto Rico, países en donde el aborto es legal

Se estima que en el mundo se realizan entre 42 y 46 millones de abortos anuales (entre el 20 y el 22 %) de los 210 millones de embarazos que se producen al año. Por lo menos 2.2 a 4 millones de los abortos inseguros anuales ocurren entre adolescentes en países en desarrollo (OMS 2007). En América latina, según los datos del Alan Guttmacher Institute, unos 4 millones de mujeres ponen en riesgo sus vidas para interrumpir un embarazo no deseado en condiciones inseguras. En Brasil constituye la 3ra causa de muerte materna, en Colombia se estima que es la 2da causa, mientras que en Chile y Guyana es la principal. El problema es que a pesar de las prohibiciones que se establecen en algunas legislaciones, se sigue practicando el aborto sin que existan las condiciones mínimas indispensables para realizarlo. (Fonseca León, 2009)

La penalización al aborto inducido para la mayoría de los casos, que existe en Colombia y en la mayoría de países de América Latina; la falta de acceso a anticonceptivos; la escasa o inoportuna información sobre el uso de estos, hace que las adolescentes tengan que acudir a procedimientos poco ortodoxos para abortar, y a establecimientos que no cumplen con las medidas de salubridad que requiere esta práctica. (Villamizar Cubides, Robayo Escobar, 2012).

En Cuba la práctica del aborto voluntario legal. Es un servicio institucionalizado de salud, por lo que existe un número importante de hospitales y otras unidades acreditadas para este proceder con personal debidamente calificado y entrenado. El Ministerio de Salud Pública garantiza los servicios de aborto con una alta calidad y seguridad

Un estudio realizado con adolescentes en la ciudad de Santiago de Cuba (BarreiraOrtíz, Darromán y Montoya 1996-1997) arrojó que no desean tener hijos, porque quieren continuar sus estudios, la inestabilidad matrimonial y el deseo por trabajar eran las motivaciones que prevalecieron para tomar la decisión de interrumpir el embarazo. La ansiedad, el miedo y la angustia fueron las emociones que preponderaron previos al aborto.

Otra investigación realizada en Camagüey (Fonseca, Llanos y Hernández 2009) nos dice que la interrupción del embarazo en las adolescentes constituye un problema social grave que requiere de atención prioritaria, trae consigo múltiples consecuencias, siendo el origen de esta el desconocimiento sobre educación sexual y planificación familiar. En los últimos años hemos asistido a lo que se ha dado en llamar "revolución sexual", lo cual evidencia, un inicio precoz de las

relaciones sexuales y muchas de ellas sin protección; esto ha traído consigo un aumento en la incidencia del aborto sobre todo en las adolescentes.

Un estudio realizado por Jorge Peláez Mendoza en ciudad de la Habana en el año 2008 sobre aborto en la adolescencia, plantea que en Cuba uno de cada cuatro abortos tiene lugar en mujeres menores de 20 años. En Brasil, Colombia y Perú se reporta que una de cada 10 mujeres que ingresan con una complicación de aborto ilegal son adolescentes, en comparación, uno de cada 7 nacimientos se producen en madres adolescentes.

Otra investigación en la ciudad de Cuba (Isaura, 2010) plantea que esto se debe a consecuencia del inicio precoz de las relaciones sexuales, el no uso de anticoncepción, la promiscuidad, la presencia de familiares con embarazos en adolescencia, los hogares mono-parentales, y la presión ejercida por la familia en la toma de decisión con relación al aborto. Otro estudio realizado en la ciudad de la Habana (Álvarez Vázquez; & Salomón Avich 2012) nos brindan datos tales como que en Cuba la fecundidad adolescente es alta, al igual que el aborto. Las tasas de aborto predominaron en las primeras edades. Este estudio nos muestra que las percepciones de las mujeres y de toda la sociedad es que la práctica del aborto es un problema de decisión de la mujer. La forma de pensar de la mujer, de su pareja y de la sociedad son factores que no apoyan a la unidad de la pareja para la toma de decisiones sobre la práctica del aborto.

En México, el aborto inducido o interrupción voluntaria del embarazo está despenalizado desde 2008 en DF, a pedido de la mujer hasta las doce semanas de embarazo; pero penalizado en 18 de las 31 constituciones de los estados mexicanos.

Un estudio realizado por Elizabeth Maier (2008) plantea que en el caso de los derechos reproductivos de las mujeres y la despenalización hasta las doce semanas de gestación de la interrupción del embarazo temprano aprobados en el Distrito Federal, parece ofrecer una resolución a los dilemas de ambas posiciones mediante la figura jurídica del derecho a la libre conciencia y albedrío. Por un lado permite, a las mujeres que así lo deseen, decidir sobre su cuerpo, reproducción y vida a través de la despenalización. Pero, por otro, facilita a las/os profesionales de la salud la posibilidad de no ejercer prácticas médicas que les conflictual moralmente sin afectar su condición laboral.

Al decir de Lamas (2009) la reforma legal ubicó a la Ciudad de México a la vanguardia de América Latina en el tratamiento penal del aborto, con argumentos que calan hondo en el imaginario colectivo y con una experiencia de organización ciudadana que puede ser llevada a otras latitudes. La despenalización representa un paso más en el esfuerzo por disminuir la mortalidad materna provocada por el aborto inseguro y es imprescindible para contrarrestar la

injusticia social que implica esta práctica. Además de ser un importante reconocimiento a la libertad reproductiva de las mujeres y sus derechos fundamentales.

Otra investigación realizada en la ciudad de México por Ortiz y Troncoso (2012) plantea que tanto las mujeres como los profesionales de la salud, siguen siendo estigmatizados y enfrentando dificultades para realizar un procedimiento legal y que el acompañamiento a mujeres en situación de aborto se ha presentado como una estrategia de apoyo a mujeres antes, durante y después del aborto.

Juarez y Susheela (2013) señalan que el aborto inseguro es común en todos los estados de México y su incidencia es especialmente alta en las mujeres jóvenes de 15 a 24 años lo que sugiere la necesidad de mejores servicios de planificación familiar y atención post aborto.

En nuestro país, concretamente en la ciudad de Florida, Baroni, Delado, Bentancour, Hernandez (2006) presentaron un proyecto en MSP para el Hospital Departamental de Florida "Dr. Raúl Amorín Cal", solicitando la creación de un equipo interdisciplinario que trabaje en la atención a la población adolescente, donde se brinde atención específica en sexualidad. El mismo arroja datos como que en el Centro Departamental de Florida, 11% de los partos realizados corresponden a madres adolescentes menores de 18 años, dicho equipo atenderá a las adolescentes embarazadas menores de 20 años.

En Uruguay no encontramos trabajos que hablen sobre la experiencia y la subjetividad de las mujeres que se hayan practicado abortos en el marco legal. Esto se debe a que hace poco tiempo que se despenalizó el aborto en nuestro país. Si bien no hay estudios sobre ello, el MSP en el primer balance a un año de la implementación de IVE entre diciembre de 2012- noviembre 2013 presentó datos oficiales mostrando que promedialmente se reportaron 450 abortos legales mensuales, sin que se registre mortalidad materna ni complicaciones de salud por esa causa., Se reportaron 6.500 abortos realizados en todo el país al amparo de la Ley 18.897.

Los datos muestran que 40% de los abortos fueron realizados en el sector público y el 60% en el privado; 64% correspondieron a Montevideo y 36% al resto del país. De las mujeres que transitaron el proceso para acceder al aborto legal, entre 6 y 10% decidieron continuar con el embarazo. Con estos datos resulta que la tasa de aborto cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años sería de 9. 19% de los abortos fueron de menores de 19 años.

### ***Referentes teóricos***

Para la realización de esta investigación y para comprender el problema planteado me es necesario posicionarme desde diferentes conceptos e ideas que atraviesan este trabajo.

Destacando los conceptos de Salud Sexual y Reproductiva, Derechos Sexuales y Reproductivos, Género, Sexualidad y Aborto Voluntario.

**Salud Sexual y Reproductiva.** La salud sexual y reproductiva constituye un campo interdisciplinario en el cual se anudan aspectos científicos, sociales, políticos, éticos e ideológicos sobre el cuerpo, las sexualidades, la reproducción y la salud (López, 2013).

Dice López: “Desde una perspectiva ecológica e integral debe ser considerada en tanto proceso y producto ligado a las condiciones sociales, ambientales, políticas, económicas y culturales que determinan la vida cotidiana de las personas y los colectivos humanos, en un tiempo socio-histórico específico”..(2013, p. 8)

La salud sexual y reproductiva comprende temas como el cuerpo, la subjetividad, las relaciones sociales, los derechos humanos, las decisiones sexuales y reproductivas de las personas, sus formas de relacionamiento, sus derechos, sus modos de vivir y significar los acontecimientos. Estas cuestiones a su vez están relacionadas con el poder, los sistemas de valores, las creencias, las concepciones del ser humano y la sociedad, la vida, la salud y el bienestar.(López, 2013)

La salud sexual y reproductiva se expresa diariamente en los centros de salud mediante los servicios de atención integral institucional. El trabajo desde los servicios de salud en salud sexual y reproductiva deberá incluir el acceso a métodos anticonceptivos; la atención y educación mediante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido, atención médica del aborto legal, prevención del aborto inseguro, tratamiento de enfermedades no infecciosas del aparato reproductor, tratamientos de las infecciones de transmisión sexual, y fundamentalmente la educación para la sexualidad y la salud sexual basada en la promoción de la igualdad entre los sexos, entre otras.

La salud sexual y la salud reproductiva son componentes inseparables. Sin la primera la capacidad de mujeres y hombres de disfrutar y expresar su sexualidad y de hacerlo sin riesgo de enfermedades transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación, las mujeres no cuentan con la segunda, estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. (Plata MI y Calderón,2000)

Desde la perspectiva de Susana Checa (2005) estos derechos surgen y se desarrollan en marcos históricos específicos y son el resultado de luchas de distintos actores sociales: el feminismo, el movimiento de mujeres, el movimiento de salud, los movimientos de derechos humanos sectores parlamentarios acordes con los movimientos sociales.

**Sexualidad y Género.** Al decir de Foucault (1977) la sexualidad no debe entenderse como un supuesto natural que el poder trata de mantener bajo control, ni como un terreno oculto, que el conocimiento trata de develar gradualmente. Sexualidad es el nombre que se da a un concepto histórico.

“Un aporte fundamental de varios autores es la distinción entre sexualidad y género, o sea un esfuerzo de deconstrucción de la fusión entre esos dos dominios, fue necesario pensar sexualidad y género como esferas distintas de construcción discursiva y normativa, en particular, de las prácticas sociales (y sexuales). Este giro ha desestabilizado de manera radical las categorías mismas de mujer y hombre y tiene su importancia al rescatar los sentidos múltiples, complejos y subversivos del género como concepto que articula sexo, deseo, práctica sexual, dinámica social y política”. (López, 2013, p.27)

El concepto de género ha variado al correr de los años, esto se ha visto reflejado en el momento en que vivimos. Se destaca la noción de género propuesta por Joan Scott define al género como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder. (1996, p. 288).

Marta Lamas (1996) hace referencia a la noción de género tomando como punto de partida el reconocimiento de la diferencia entre sexo y género, para la autora el sexo es una característica biológica, resultado de determinantes genéticos universales que definen dos categorías de nuestra especie: hombre y mujer. El género es una construcción social, resultado de la asignación de roles diferentes a los hombres y las mujeres.

El estudio del género se ha incorporado en las dos últimas décadas a todas las ciencias sociales. Si el género es una construcción cultural, por fuerza ha de ser objeto de estudio de las ciencias sociales. La introducción del análisis feminista en las ciencias sociales ha traído consigo no sólo la redefinición de muchos de sus conceptos, sino también la crisis de sus paradigmas. (Cabo, 2005).

La OMS en el año 2009 define género y plantea que se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiadas para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre hombres y mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. A su vez, esas desigualdades pueden crear inequidades entre los hombres y las mujeres con respecto tanto a su estado de salud como su acceso a la atención sanitaria.

**Adolescencia.** Según la OPS-OMS (1994) la adolescencia tomada como el período comprendido entre los 10 y 19 años, la pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años

Al decir de Fernández (1993) 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”. Se entrecruzan de manera compleja las categorías de clase, género y edad.

Pensando en la Adolescencia creemos tal como lo plantea López. A (2000) que los adolescentes tienen el derecho a una vida sexual y reproductiva placentera, informada, al acceso de servicio de educación en sexualidad y salud reproductiva de calidad y a métodos anticonceptivos asequibles, que permitan el desarrollo de su vida en tanto seres sexuados. Consideramos que a través de la autonomía y el empoderamiento en el campo de la sexualidad, los adolescentes pueden generar condiciones que faciliten un proceso de auto cuidado sobre la base de autoconocimiento y disfrute del propio cuerpo. Teniendo en cuenta también el ejercicio pleno de los derechos, por lo que el empoderamiento significaría sentirse y considerarse con poder para tomar decisiones sexuales y reproductivas autónomas y responsables, respetuosas e informadas.

Desde la perspectiva de Eleonor Faur (2003) no hay una sola manera de vivir la adolescencia, sino muchas. El mismo concepto de adolescencia suele ser cuestionado en los estudios antropológicos, que consideran que éste no representa más que a un sector de clase media y urbana. Haciendo esta salvedad, optamos por una definición meramente etárea del término. Con él nos referiremos a la población que atraviesa el período que va aproximadamente entre los 12 y los 18 años de edad.

La adolescencia suele ser considerada una etapa crítica de la vida, porque en ellas se afirman muchas conductas que incidirán en la vida adulta. Los cambios físicos, sociales y emocionales que tienen lugar en este periodo son múltiples y las vulnerabilidades a las que los adolescentes están expuestos interpelan necesariamente a las políticas públicas. Lejos de una etapa preparatoria difícil que podrá ser superada con los años, el periodo de la adolescencia es único, definitorio y pertinente en sí mismo como objeto de estudio y de políticas públicas específicas. plantea que los adolescentes presentan un gran potencial, ya que en esta edad es que se abren a la exploración fuera del mundo familiar, generan expectativas en relación a tomar un papel más activo en los ámbitos en los que transitan, ya sea en el liceo, clubes, y otras esferas. Krauskopf (2008)

**Aborto.** La Organización Mundial de la Salud señala que aborto es “la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre.(OMS, 2003)

Abortar voluntariamente es decidir no ser madre en ese momento. Por lo que en este camino que estamos analizando la autonomía, la primera estructura que una mujer que decide abortar deber derribar es saber que ella en tanto persona puede decidir sobre su maternidad. Sin embargo, la maternidad continúa siendo “un mandato” para miles de mujeres, aun cuando se enfrentan a embarazos no viables. (Rostagnol,2005)

Se identifican un conjunto de significaciones asociados al aborto: asesinato y acto de desamor, un acto antinatural, mal necesario producto del descuido y la irresponsabilidad, acto de libertad y un derecho. El aborto como acto de libertad de las personas a decidir sobre sus vidas y sus cuerpos fue evidenciado en el relato de las mujeres y también en algunos varones de distintas edades y niveles educativos. Al colocar a la mujer en tanto sujeto de derechos en el centro de la escena, estos significados cuestionan que sean otros los “intermediarios de verdad” (jueces, médicos, religiosos, familiares) quienes tengan el poder y las potestades de definir si ese aborto es aceptable o no. Esta concepción del aborto como un acto de libertad podría denominarse como contracultural, en el sentido de contravenir las representaciones sociales dominantes”. (Carril y López 2010)

La interrupción voluntaria del embarazo es la terminación de la gestación por personal idóneo, que cuenta con la voluntad de la mujer, usando técnicas y criterios de calidad que garanticen la seguridad del procedimiento, en instituciones habilitadas de atención integral del Sistema Nacional Integrado de Salud, en las siguientes situaciones establecidas por Ley 18.987.(MSP, 2012). El embarazo adolescente no solo implica una crisis para las mujer en ese momento además se impone a la crisis evolutiva en la cual se encuentra. Actualmente en nuestro país existe una ley que ampara a la mujer que desea interrumpir el embarazo, por ello lo que estas mujeres sienten y el trato que se les ofrece en los centros de salud es un tema de real importancia para esta investigación.

### ***Problema de investigación***

La experiencia de las adolescentes que decidieron interrumpir voluntariamente un embarazo, en el marco de los servicios de IVE que establece la ley vigente en Uruguay. ¿Cómo es que viven las adolescentes la experiencia de aborto legal en los centros de salud de la ciudad de Florida-Uruguay?

### ***Preguntas de Investigación***

- ¿Cuáles son los motivos que llevaron a las adolescentes a realizarse un aborto?

- ¿Cómo fue la ruta de acceso a los servicios de IVE en los centros de salud?
- ¿Cómo se sintieron atendidas en el servicio? ¿Cuál es la opinión acerca de los servicios de salud a los que concurrieron para practicarse el aborto?
  - ¿Cómo vive la adolescente el tiempo de espera que implican los cinco días de reflexión después de las consultas con el equipo de salud desde IVE?
  - ¿Qué sintieron las adolescentes luego de haberse practicado el aborto? ¿Concurrieron a consultas post-aborto?
  - ¿Cuáles son los recursos de apoyo familiar, social con que contaron las adolescentes para afrontar la situación?
  - ¿Qué papel cumple la autonomía progresiva de las adolescentes, a la hora de la toma de la decisión para abortar?

### ***Objetivo general***

- Analizar la experiencia de las adolescentes que decidieron interrumpir voluntariamente un embarazo, en el marco de los servicios de IVE que establece la ley vigente en Uruguay, tomando como escenario la ciudad de Florida.

### ***Objetivos específicos.***

- Identificar y analizar los motivos de las adolescentes para interrumpir el embarazo.
- Identificar la ruta crítica de las adolescentes para acceder a los servicios de IVE.
- Identificar las barreras que dificultaron el acceso a los servicios de IVE.
- Analizar los recursos de apoyo familiar y social que disponen estas adolescentes para afrontar la situación.
  - Analizar la percepción de las adolescentes que acudieron a los servicios sobre la calidad de atención recibida

### ***Metodología***

Se trata de un estudio de tipo exploratorio y descriptivo basado en un abordaje cualitativo. A fin de propiciar recoger la palabra de las adolescentes en relación a la experiencia vivida luego de realizada la interrupción voluntaria del embarazo se realizarán entrevistas semidirigidas en profundidad que proporcionen datos para esta investigación. Como sostiene De Souza (2008) en este tipo de enfoque está presente la condición social, las creencias, los valores y significados de las personas. La investigación cualitativa nos permite el acercamiento a transformaciones y dinámicas de la realidad subjetiva y simbólica de los sujetos. Conjuntamente se realizarán entrevistas semidirigidas a informantes calificados como profesionales de la salud de los servicios IVE que puedan dar su opinión sobre la realidad del aborto en adolescentes en el Departamento a

partir de la aprobación de la ley. Estos datos de contexto son muy importantes para comprender el relato de las propias adolescentes a ser entrevistadas.

Taylor y Bogdan (2009) definen al estudio cualitativo como una pieza de investigación sistemática conducida con procedimientos rigurosos, no necesariamente estandarizados. Y es por esto que la herramienta a utilizar pretende esclarecer la experiencia humana subjetiva.

Según López (2009) la perspectiva emic que está en la base de la investigación cualitativa aporta la perspectiva de los sujetos versus la perspectiva etic que tiene que ver con el investigador/a; su aporte fundamental se sustenta en la recuperación de la perspectiva de los sujetos, en su vivencia de los acontecimientos, en los sentidos que éstos adquieren, en las estructuras discursivas que dan cuenta de visiones de mundo de las cuales son portadoras, en un determinado momento biográfico, que es al mismo tiempo socio - histórico y cultural.

**Técnica.** En virtud de estas características del proceso de investigación se utilizará como recurso técnico, la entrevista semidirigida en profundidad, elección fundamentada en el hecho de que esta indagación se centrará en las experiencias subjetivas de las adolescentes, como vivieron, que sintieron, en qué contexto y por qué deciden realizase un aborto y por tanto en la necesidad de trabajar con una herramienta que permita obtener amplia información sobre el tema. Según Valles (2000), Álvarez- Gayou (2003), Siavil y Ribot (2007); la entrevista en profundidad, como recurso no estructurado es especial para el estudio de representaciones sociales personalizadas como son en este caso las vivencias de las adolescentes , y también es recomendada para el estudio de las trayectorias personales. Tiene la ventaja de propiciar un contexto de interacción personalizado y flexible que permitirá obtener respuestas comprometidas por parte de las entrevistadas. La entrevista en profundidad es una conversación larga, no estructurada, en la que se persigue que el informante exprese de forma libre sus opiniones, actitudes, intereses, o preferencias sobre el tema objeto de estudio.

**Muestra.** De acuerdo al diseño y la opción metodológica se conformará una muestra intencional teórica. Esto implica que no se realizará una muestra probabilística, los informantes que se buscan son personas informadas, reflexivas y dispuestas a tratar la temática con el investigador.

**Criterio de inclusión:** Se realizaran una serie de entrevistas a las adolescentes que se hayan practicado un aborto en servicios públicos y privados a partir de la implementación de la nueva ley en los centros de la ciudad de Florida. El tramo de edad que se incluye son mujeres entre 15 y 19 años. Serán incluidas aquellas mujeres que en el plazo de 18 meses previo al inicio de la investigación se hayan realizado un aborto dentro del nuevo marco legal. Para la captación de las participantes se utilizarán como vía de comunicación a los propios centros de salud privada y pública, contacto con profesionales que trabajen con IVE actualmente en dicha ciudad y la técnica

de bola de nieve que permite el acceso a informantes con perfil incluido en la muestra a través de contactos informales. Para trabajar con los centros de salud se solicitará el permiso pertinente para la realización de la investigación. Se estima realizar un mínimo de 12 entrevistas, si bien el número final dependerá de haber accedido a información suficiente, de calidad y lo suficientemente heterogénea para disponer de un repertorio amplio de relatos. Todas las adolescentes a ser entrevistadas lo harán de manera voluntaria. Se elaborará una pauta de entrevista que guiará la recolección de información con las adolescentes, en función de los objetivos definidos en el estudio.

**Análisis de datos:** El análisis de datos será de carácter fundamentalmente cualitativo, se trabajará a partir de las categorías emergentes de las entrevistas. La categorización facilita la clasificación de los datos registrados, lo que propicia una importante simplificación. Para luego poder realizar comparaciones y posibles contrastes, de manera que se puedan organizar conceptualmente los datos, brindándonos la información necesaria para nuestra investigación. Se utilizará una comparación continua, que implica una serie de procedimientos de codificación abierta. La codificación abierta es la verificación, corrección y saturación del fenómeno de forma implícita. En el proceso de codificación, y tras las continuas comparaciones, se producirá una saturación total, de forma que todos los datos se ajustan a las categorías emergentes permitiéndonos de esta manera la obtención de conclusiones para poder plasmarlo en el informe.

**Consideraciones éticas.** Este estudio se rige por el decreto n° 379/008 del MSP que tiene como finalidad la protección integral de los seres humanos que participan de una investigación. De acuerdo a este decreto se tomará el criterio de respetar el anonimato de las personas involucradas, en este caso de las adolescentes que serán entrevistadas garantizando la confidencialidad y privacidad de la información que brinden. Conforme a este decreto las adolescentes deberán disponer de información clara y completa y pormenorizada sobre la naturaleza de la investigación, sus objetivos, métodos, beneficios previstos, potenciales riesgos y/o incomodidades que ésta pueda acarrear. En función de ello se solicitará el asentimiento a las adolescentes así como su aceptación para grabar las entrevistas y contar así con un registro inequívoco de las mismas.

**Cronograma de Ejecución.**

<b>CRONOGRAMA</b>												
<b>(12 Meses)</b>												
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
<b>Revisión y Ajuste metodológico</b>	X											
<b>Revisión bibliográfica</b>	X	X										
<b>Contacto con los centros de salud que actualmente trabajan con IVE en la ciudad de Florida. Entrevistas a informantes calificados</b>			X									
<b>Recolección de datos</b>			X	X								
<b>Elaboración de las pautas de la entrevista en Profundidad</b>				X								
<b>Captación de sujetos a entrevistar</b>					X							
<b>Realización de entrevistas en profundidad</b>					X	X						
<b>Sistematización del trabajo de campo</b>					X	X						
<b>Análisis de entrevistas en profundidad</b>						X	X	X				
<b>Documento Final</b>									X	X		
<b>Difusión de los resultados</b>											X	X

**Resultados esperados.**

- Haber generado información sobre la experiencia de las adolescentes que realizaron la interrupción voluntaria del embarazo en la ciudad de Florida.
- Haber registrado y analizado los posibles cambios en la percepción de las adolescentes en relación al aborto en contexto de despenalización
- Haber generado insumos que retroalimenten el trabajo de los Servicios de Salud de atención a IVE en el Departamento de Florida.

### **Referencias bibliográficas**

- Alvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. y metodología*. México: Paidós.
- Amorín, D., Benedet, L., Carril, E., Celiberti, L., Güida, C., López, A.,... Vitale, A. (2005) *Adolescentes y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio restrospectivo (1995-2004)*. Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República.
- Amuchástegui, A., y Rivas, M. (2004). Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión. *Estudios demográficos y Urbanos*, 57, 543-597. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31205703>
- Amuchástegui, A., Flores, E. y Parrini, R. (2009, 8 de agosto). De: ¿Quién decide en mi cuerpo? Cómo se vive el derecho a la interrupción legal del embarazo en el DF. [mensaje de blog]. Recuperado de <http://libertariayfeminista.blogspot.com/2009/08/quien-decide-en-mi-cuerpo-como-se-vive.html>
- Barreira, M., Ortíz, S., Darromán, R., y Montoya, M. (1999) Respuestas del estado psicológico en adolescentes en interrupción del embarazo. *Revista Cubana de Enfermería*, 15, 179.
- Barrios, A., Canetti, A., Cortázar, M., López, A. y Rey, G. (2011). *Salud sexual y reproductiva en adolescentes y participación comunitaria juvenil*. Montevideo: UDELAR. Comisión sectorial de educación permanente.
- Bottinelli, O. y Bouquet, D. (2010). El aborto en la opinión pública uruguaya. Recuperado de <http://issuu.com/mujerysaludenuruguay/docs/name5fba74/1>
- Castro, R.y López Gómez, A.(2010) *Podermédico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos de América Latina*. Montevideo: CASTAR, Facultad de Psicología, Universidad de la República; CRIM, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Carril, E. y López, A. (2008). *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. 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) Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/40/11>

- Calvo, J., Petito, C., Pardo, I., Lara, C. y Nathan, M (2014).Atlas Sociodemografico del Uruguay. Fasciculo 3: La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo. Ed Trilce Montevideo uruguay.

- Cabo

- Checa, S. (2003). Aproximaciones a la problemática de la sexualidad adolescente. En Checa, S. (Comp) (2003) Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Buenos Aires .Paidos

- Checa, S.(2005). Implicancias del género en la construcción de la sexualidad adolescente. Recuperado de <http://areasgyr.files.wordpress.com/2011/03/genero-identidad-adoles.pdf>

- Conferencia de Prensa de autoridades del MSP. Recuperado en [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

- De Souza Minayo, M. (2004) El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud.Buenos Aires: Lugar Editorial S.A

- Everit,J., Castro, R. y Sosa.S. (2006). Las luchas clasificatorias en torno al aborto, el caso de los médicos en hospitales públicos de México. Estudios sociológicos, 26(3), 637-665.

- Fonseca, A. y Lisette, E. H.(2009) Interrupciones de embarazo en adolescentes. Problemática social y humanística. Ciudad de Camaguey. Recuperado en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202009000200010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202009000200010)

- Doblado Donis, N. I., De la Rosa Batista, I. y Junco Manrique, A. (2010). Aborto en la adolescencia un problema de salud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 36(3), 409-421.

- Johnson, N., López, A., Sapriza, G., Arribeltz, G. y Castro, A (2011) (Des) penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja. Montevideo: Comisión sectorial de investigación científica. Universidad de la República. Recuperado de: [http://www.fcs.edu.uy/archivos/Libro%20Despenalizaci%C3%B3n%20aborto%20Uruguay\\_web-final.pdf](http://www.fcs.edu.uy/archivos/Libro%20Despenalizaci%C3%B3n%20aborto%20Uruguay_web-final.pdf)

- Krauskopf, D. (2007). Participación social y desarrollo en la adolescencia. Recuperado de [www.binasss.sa.cr/revistas/ays/2n1/art8.htm](http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/2n1/art8.htm)

- Lamas, M. (1999). Género, diferencias de sexo y diferencia sexual. Recuperado de: <http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/genero375.pdf>.

- López Gomez, A (invprince); Benia, W;Contera, M y Guida,C. (2003). Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas en Uruguay. Montevideo: CATSR, Facultad de Psicología; Universidad de la Republica, Fundación Mexicana para la Salud. Segunda Edición (2004);Montevideo: CATSRFacultad de Psicología; Universidad de la Republica. Programa Infamilia. MSO, RAP,ASSE.

- López, A. (Coord.)(2005). Adolescentes y Sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. (un estudio retrospectivo 1995-2004). Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. UDELAR.

- López, A. (2013). Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en psicología en Uruguay. Consideraciones conceptuales, nudos éticos y desafíos. Conferencia inaugural. Actividades académicas. Montevideo: Facultad de Psicología. Universidad de la República.

- OMS (1995). Complicaciones del aborto. Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. Ginebra: OMS. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36997/1/9243544691\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36997/1/9243544691_spa.pdf)

- OMS. (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. (2a. ed.). Recuperado de: [www.who.int](http://www.who.int).

- Sanseviero, R., Rostagnol, S., Mesa, S., Gravino, V., Sacchi, C., Guchin, M., y Olmedo, C. (2008). Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir. Montevideo: AUPF y RUDA. Recuperado de: [www.clacai.org/files-para-descargar/materiales.../92-barreras/download](http://www.clacai.org/files-para-descargar/materiales.../92-barreras/download)

- Rivera.S. (2003). Embarazo adolescente. Aspectos de tipo social psicológico y cultural. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/broch.pdf>.

- Rostagnol, Susana (2002) Cuerpo, mujer, concepción: superposiciones y contraposiciones entre el cuerpo físico y el cuerpo cultural. En:APU, El cuerpo en el psicoanálisis. Diálogos con la biología y la cultura. Central Papelera, Uruguay pp.329-336.

- Rostagnol, S. y Viera, M. (2006, 15-16 de setiembre). Abortos y maternidades. Derechos sexuales y reproductivos en mujeres adolescentes embarazadas. Trabajo presentado en Seminario Regional sobre Investigación y Género en la Universidad de la República, Montevideo, organizado por la Red Temática Universitaria de Estudios de Género- UDELAR. Montevideo, Uruguay. Publicado en Formato CD.

- Sanseviero, R., Rostagnol, S., Mesa, S., Gravino, V., Sacchi, C., Guchin, M., y Olmedo, C. (2008) Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a

decidir. Montevideo: AUPF y RUDA. Recuperado de: [www.clacai.org/files-para-descargar/materiales.../92-barreras/download](http://www.clacai.org/files-para-descargar/materiales.../92-barreras/download)

- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. Recuperado de <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/scott.pdf>

- Taylor, S. J. y Bogdan, R (1986) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. México: Paidós.

- Troncoso, E., Palermo, T. y Ortiz, O. (2009, 7-11 de noviembre). Barreras de los servicios legales de aborto en la Ciudad de México: la perspectiva de las mujeres. Ponencia en presentación en 137 Reunión Anual de la Asociación Americana de Salud Pública. Ciudad de México.

- Valles, M. (2000). Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid. Síntesis.

- Villamizar, S. y Robayo, P. (2012, 23-26 de octubre). Salud Sexual y Reproductiva: Aborto inducido adolescentes escolarizados de 13 a 15 años en la ciudad de Bogotá, Colombia. Ponencia presentada en Quinto Congreso de la Asociación Latinoamericana de población. Montevideo, Uruguay. Recuperado en <http://comunicaciones.uexternado.edu.co/redmaestriasinfancia/r3dM4Es7-3xT3rNaD0-U3C/wp-content/uploads/2012/03/NM.-Aborto-inducido.pdf>

- Proyecto de ley de salud sexual y reproductiva de Uruguay (s. f.). Recuperado de <http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Legislacion/Leyes internacionales/Proyecto ley de SSyR de Uruguay.pdf>

- Organización Panamericana de Salud (OPS – OMS) (2006). Informe 39ª reunión de la mesa directiva de la conferencia regional sobre la mujer en América Latina y el Caribe. Ciudad de México. Recuperado en: <http://www.eclac.cl/mujer/noticias/noticias/1/24331/InformeOPS.pdf>

- Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2004). Ordenanza N° 369. Recuperado de [http://www.hacelosvaler.org/2008/esp/ley\\_actual/ordenanza369MSP.pdf](http://www.hacelosvaler.org/2008/esp/ley_actual/ordenanza369MSP.pdf)

- Uruguay. Poder Legislativo (2012). Ley N° 18.987. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=>

- [http://www.asse.com.uy/uc\\_5244\\_1](http://www.asse.com.uy/uc_5244_1)

- [.html://www.florida.gub.uy/](http://www.florida.gub.uy/)

- [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf)

- <http://www.comef.com.uy/>

- <http://www.who.int/topics/gender/es/>