

PERCEPCIONES DE LAS ADOLESCENTES EN TORNO AL ABORTO

MÒNICA NATALIA GUERRA LAXALTE

C.I: 3.890.630.5

TUTORA: ALEJANDRA LÒPEZ

Trabajo Final de Grado

Mayo, 2016.

Índice

Resumen	2
Antecedentes y fundamentación	3
Referencias teóricas	9
<i>La salud sexual y reproductiva</i>	9
<i>La adolescencia como etapa específica del desarrollo psicosocial</i>	10
<i>Los aportes del enfoque de género</i>	11
Formulación del problema y preguntas de investigación	14
Objetivos.....	15
<i>General</i>	15
<i>Específicos</i>	15
Diseño metodológico	16
Plan de análisis.....	17
Consideraciones éticas.....	18
Cronograma.....	19
Resultados esperados	20
Bibliografía.....	21

Resumen

La ley n.º 18 987 (Uruguay, 2012) significó un gran avance en materia de derechos sexuales y reproductivos; para este pre-proyecto de investigación, partimos de la hipótesis de que su promulgación favoreció la autonomía de las mujeres.

El presente pre-proyecto de investigación tiene como objetivo principal describir y analizar las experiencias subjetivas de las adolescentes de Montevideo que transitaron por la interrupción voluntaria del embarazo, quienes accedieron a los distintos servicios de salud, tanto públicos como privados.

Nos proponemos realizar un estudio de tipo descriptivo y exploratorio con base en una metodología cualitativa mediante entrevistas en profundidad. Además, buscamos proporcionar insumos para poder comprender los procesos subjetivos que transitaron las adolescentes en torno al aborto, a la vez se pretende abordar dicha temática tomando en cuenta la perspectiva de género.

Palabras clave: aborto legal, adolescentes, experiencia subjetiva.

Antecedentes y fundamentación

Este proyecto de investigación se centra en el estudio de la percepción de las adolescentes en torno a la experiencia subjetiva del aborto a partir de la aprobación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (n.º 18 987) del año 2012, en Uruguay.

La declaración de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) (1994) reconoce que cada persona tiene derecho a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos, así como también a recibir información y asesoría confiable sobre los métodos de planificación familiar; se insta a los Estados a contar con leyes que protejan dichos derechos.

A su vez, la CIPD (1994) realiza una recomendación específica respecto a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos: los Estados deben comprometerse a asegurar el acceso universal a los servicios de planificación familiar y a los servicios de salud sexual y reproductiva, con un marco legal que los garantice y que los promueva (como la ley de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva —n.º 18 426—, aprobada en nuestro país en el año 2008).

La plataforma de acción de la CIPD (1994, citado por Uruguay, 2008b) incluye algunas consideraciones respecto a la población adolescente en las que subraya la importancia de difundir y de proteger los derechos de los niños/as y de los adolescentes. Además, el artículo 11 establece que:

Todo niño, niña o adolescente tienen derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda. (Uruguay, 2008b)

La ley n.º 18 426 manifiesta la necesidad de promover programas asistenciales con la estrategia de disminución de riesgos y de daños en caso de embarazos no deseados desde un abordaje sanitario comprometido con los derechos sexuales y reproductivos, así como con los derechos humanos. A su vez, la incorporación de los servicios de salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), como medida obligatoria desde el año 2010, representa un cambio paradigmático.

Frente al polémico debate sobre el derecho de la interrupción voluntaria del embarazo, en Uruguay, en el año 2012, se promulgó la ley n.º 18 987, que se puso en marcha en el SNIS en enero de 2013. Esta ley reguló la práctica del aborto mediante determinados requisitos establecidos, como que el aborto se realice durante las primeras 12 semanas de embarazo y, en caso de violación, durante las 14 primeras semanas. Otro de los requisitos es que se cumpla con un procedimiento que incluye

una consulta con un equipo interdisciplinario, integrado por profesionales de ginecología, de psicología y de asistencia social, y que, *a posteriori*, la solicitante cuente con un período de cinco días para reflexionar.

En el artículo 7 de la ley .º 18 987 se hace mención a las adolescentes menores de 18 años y a la necesidad de un consentimiento del padre, de la madre o del tutor en caso de decidir interrumpir un embarazo no deseado, pues se toma como criterio el concepto de *autonomía progresiva*.

En nuestro país, la salud de la población adolescente y los derechos sexuales y reproductivos se plantearon en la agenda política de los últimos veinte años. La creación de nuevos programas de salud, entre los que se destaca el Programa Nacional de Salud Adolescente, significó un avance sustancial en materia de derechos; además, también surgieron las guías de espacios adolescentes a nivel público y privado, se publicaron guías clínicas para el primer nivel de atención y protocolos para mejorar la atención de la salud adolescente, entre otros: antes no existía una propuesta específica que permitiera que esta población fuera atendida de forma más personalizada y con profesionales capacitados en la temática (López, 2015).

Los datos aportados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) sobre el primer año de la implementación de la Intervención Voluntaria del Embarazo (IVE) muestran que se realizaron, durante el año 2013, un total de 6676 abortos en el SNIS, de los cuales el 18 % (1240 del total) fueron de adolescentes (MSP, 2014). Por otro lado, un estudio realizado por la organización Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) a través del Observatorio Nacional muestra que, desde la puesta en marcha de la ley, se han evidenciado una serie de obstáculos en el proceso de implementación de la IVE, como ser la profesionales que objetan cargo de conciencia (MYSU, 2014).

Esta situación puede ser visualizada más claramente en las cifras que aportó una investigación de MYSU (2014), gracias a la que se observó que en el departamento de Paysandú se contaba, en el momento de la investigación, con dieciséis profesionales ginecólogos, de los cuales catorce eran objetores de conciencia; en el caso de Río Negro, había siete profesionales, tres de los cuales eran objetores de conciencia (MYSU, 2014). Por su parte, en el departamento de Salto, todos los profesionales ginecólogos del servicio de salud decidieron hacer uso de objeción de conciencia (MYSU, 2014).

La ley n.º 18 987 señala, al respecto, que:

Los médicos ginecólogos y el personal de la salud que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los procedimientos a que hacen referencia el inciso quinto del artículo tres y el artículo

seis de la presente ley, deberán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenecen [...]. (Uruguay, 2012, artículo 11)

De aquí se desprende que quienes no hayan expresado objeción de conciencia no podrán negarse a realizar los procedimientos referidos.

Algunos estudios realizados en Uruguay sobre adolescencia y sexualidad entre los años 2005 y 2014 demostraron que aumentaron los programas específicos para esta población, al tiempo que se focalizó sobre los aspectos vinculados a los derechos sexuales y reproductivos: una muestra de ello es el Programa de Educación Sexual, aplicado en el sistema educativo formal y en los Espacios de Salud Adolescente, que a su vez son impulsados con las políticas sanitarias (López, 2015).

Si bien se dispone de la ley n.º 18 426 (Uruguay, 2008b), que ampara los derechos sexuales y reproductivos, quedó evidenciado que existen obstáculos al momento de acceder a información calificada y confiable sobre métodos anticonceptivos por parte de mujeres adolescentes uruguayas (MYSU, 2013). En el mencionado estudio, la mitad de las adolescentes (un 52 %) hizo alusión al centro educativo como lugar de referencia para obtener información sobre «sexualidad y salud», frente a un 32 % que mencionó a familiares y, en tercer lugar, a un 25 % que se refirió al servicio de salud (MYSU, 2013).

El MSP (Uruguay, 2011) llevó a cabo un estudio acerca del estado de la salud sexual y reproductiva en la población adolescente, con el que se buscó analizar las causas asociadas al embarazo no deseado. Se demostró que dos de cada tres adolescentes entrevistadas carecían de información necesaria para prevenir estas situaciones (Uruguay, 2011).

El inicio de las relaciones sexuales se produce a edades cada vez más tempranas, por lo que está claro que desarrollar políticas públicas, fomentar y promocionar el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos es fundamental para que, de esta manera, los/as adolescentes tengan más herramientas al momento de discernir si interrumpir o no un embarazo no deseado (Uruguay, 2011).

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, el estudio concluyó que el 78 % de las entrevistadas hicieron uso de ellos en su primera relación sexual, mientras que, en el caso de las adolescentes embarazadas o con hijos, el porcentaje fue de un 70 % (Uruguay, 2011). En cuanto al último encuentro sexual, un 54 % de las adolescentes no embarazadas dijeron haber utilizado algún método anticonceptivo, frente a un 34 % de las adolescentes embarazadas o madres. Otro dato relevante de esta investigación es que el 63 % de los embarazos no fue planificado y que el 83 % de las entrevistadas manifestaron haber abandonado el sistema educativo inmediatamente después del embarazo (Uruguay, 2011).

Por otro lado, la mayoría de las mujeres, si bien poseen conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos existentes, lo cual representa una escasa barrera a la hora de su uso, sí desconocen gran parte de lo que gira en torno a los derechos sexuales y reproductivos: solo un 43 % de las entrevistadas respondió que sabía de ellos (MYSU, 2013).

En los servicios de salud, menos de la mitad de los adolescentes había escuchado hablar sobre derechos sexuales y reproductivos, a pesar de que desde el año 2008 se desarrollaran programas de educación sexual en el sistema público de enseñanza (MYSU, 2013). Desde el año 2005, el MSP ha divulgado diversas normativas y guías sobre los distintos componentes de atención de la salud sexual y reproductiva en la población adolescente.

Además, en el año 2009, el MSP difundió guías para una atención de calidad dirigidas a la población adolescente en las que se fomenta un estilo de vida saludable y se previene de los diferentes riesgos; al mismo tiempo, se estimula la participación de los/as adolescentes en el servicio de salud (Uruguay, 2009).

No podemos dejar de mencionar un importante logro obtenido mediante la promulgación de la ley n.º 18 335 (Uruguay, 2008c), que regula los derechos y las obligaciones de los usuarios y de los pacientes de los servicios de salud. Además, allí se establece el derecho a la consulta de los adolescentes sin la presencia de sus padres: se parte del acuerdo de autonomía progresiva, que, a su vez, protege el derecho a la confidencialidad y a la intimidad.

El aborto puede ser comprendido desde múltiples perspectivas, ya sea esta legal, psicológica, social, de derechos humanos, política, ética, de salud o biomédica, entre otras. Se trata de un grave problema de salud pública, puesto que a nivel mundial se registra una tasa elevada de mortalidad materna por esta causa. Según la OMS (2007), anualmente se realizan 22 millones de abortos inseguros: de 2,2 a 4 millones de ellos se dan en adolescentes. Por ello, el proceso de la interrupción del embarazo debe ser comprendido desde una perspectiva integral de la salud.

Una revisión realizada por Aznar y Cerdá (2014) sobre artículos científicos recientemente publicados reporta que no existe el síndrome postaborto, sino que existen trastornos secundarios que se relacionan con sentimientos de culpa y de tristeza, dependiendo de la percepción que cada mujer tenga sobre el aborto. Se pudo constatar que no existe relación o asociación entre el aborto y el síndrome postaborto, pues este estaría asociado a factores previos ya existentes en estas mujeres.

Por otra parte, un estudio realizado en Brasil reveló que la interrupción voluntaria del embarazo es una de las muchas posibilidades que impregnan a la mujer, con la excepción de que esta es una posibilidad real y factual en sus vidas; también se

evidenció que es necesaria una flexibilidad sobre esta temática, una apertura hacia lo diferente (Dutra, 2013).

En un estudio sobre aborto en la clandestinidad realizado en Uruguay, López (2008) señala que «[...] el embarazo no deseado o inoportuno es un hecho frecuente en las mujeres de cualquier condición social y edad, y es una situación crítica que obliga a tomar una decisión» (p. 24). El acceso a los recursos económicos ya la información acerca de los distintos tipos de prácticas, además de la presencia o de la ausencia de un sostén emocional, son elementos fundamentales al momento de tomar la decisión de si llevar o no a cabo un aborto (López, 2008).

Por otra parte, la investigación reveló que no existe correlación entre la realización del aborto y los llamados efectos traumáticos, como se mencionó anteriormente. También se evidenció que, en la mayoría de los casos, la experiencia de interrumpir un embarazo no deseado puede estar asociada a sentimientos de temor, de incertidumbre o de angustia: esto se debe a la ilegalidad que domina dicha práctica (López, 2008).

Es necesario promover la autonomía de las mujeres respecto al derecho de decidir sobre sus propios cuerpos; por ello debe entenderse el hecho de tener hijos o no tenerlos, la libre elección de la planificación familiar y un dato de no menor importancia, es decir, el acceso a la información adecuada para evitar un embarazo no deseado.

Una revisión de los estudios disponibles en América Latina y el Caribe sobre la realidad del aborto en la región demostró que las mujeres sin hijos son las que utilizan en mayor medida la práctica del aborto en comparación con aquellas que son madres. En el caso de la investigación realizada en Argentina, se obtuvo que la ilegalidad no interfiere en la decisión de las mujeres de abortar, pero, sin el procedimiento, en el caso de México, los resultados evidenciaron que la maternidad tiene un alto valor social, lo que genera un estigma frente a la temática y ciertos obstáculos en los itinerarios de acceso al aborto. En Brasil, por otra parte, las mujeres valoran el uso del misoprostol, ya que les ofrece seguridad y efectividad frente al aborto. Un estudio realizado en Uruguay sobre los aspectos psicológicos del aborto en contextos de ilegalidad y penalización mostró que el hecho de abortar estaba asociado a sensaciones de alivio (López, 2015). Los contextos sociales tienen directa influencia sobre los itinerarios de acceso al aborto y la valoración de dicha experiencia está relacionada tanto con las condiciones en las que se llevó a cabo el acto como con la seguridad y la efectividad del procedimiento (Ramos, 2015).

Esto último pone de manifiesto la estigmatización que genera la temática debido a que el duelo por el hijo perdido está fuertemente arraigado en el imaginario colectivo y

a que los significados que se le atribuyen a la maternidad, a la feminidad y al aborto están basados en construcciones sociales.

Algunos estudios disponibles en Cuba, donde el aborto es legal, señalan que existe una alta prevalencia del aborto inducido en los adolescentes, hecho que se relaciona, entre los posibles factores, con la falta del uso de métodos anticonceptivos y con el inicio de la vida sexual a temprana edad (López, 2015).

Referencias teóricas

La salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva es un campo del conocimiento que atraviesa cuestiones que tienen que ver tanto con la capacidad de tener hijos o no, como con el deseo de interrumpir un embarazo no deseado, de regular la fertilidad de forma segura y efectiva, y también del disfrute de la sexualidad, entre otros aspectos. Este concepto tuvo su origen en la década de los ochenta y articula, de manera interconectada, tres definiciones clave: *salud, sexualidad y reproducción humana*.

La salud sexual y reproductiva concierne a las personas en las diferentes circunstancias de sus vidas: social, económica y subjetivas, entre otras. Incluye, además, algunas cuestiones relacionadas con la maternidad y la paternidad, con la diversidad sexual, con la violencia de género, con la información sobre enfermedades de transmisión sexual y con el aborto voluntario.

Esta temática coloca en el centro de la discusión la libertad y las condiciones a la hora de poder conocer y ejercer los derechos de manera efectiva y equitativa. La creación de un marco legal que proteja dichos derechos, como es el caso de la ley n.º 18 426, significa avanzar en su reconocimiento: es el Estado el encargado de garantizar y de generar las condiciones necesarias para su ejercicio (López, 2013).

La OMS define el *aborto inseguro* como la interrupción de un embarazo, practicado ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambos casos a la vez (OMS, 1992, citado por OMS, 2012). El aborto inseguro es una de las principales causas de muerte en las mujeres de América Latina y del Caribe (Ramos, 2015). Cabe destacar que, en el año 2011, la OMS, junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, publicó algunas directrices acerca de la prevención de embarazos precoces.

El enfoque que cuenta con mayor preponderancia en la actualidad es el biológico-preventivo, que busca evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, y que, a la vez, tiene como objetivo que los sujetos conozcan los aspectos biológicos de sí mismos. Este enfoque está generalmente enmarcado por normas que pactan aquello que es aceptado o no, y diferencia entre lo que está bien y lo que está mal en sexualidad.

La adolescencia como etapa específica del desarrollo psicosocial

La adolescencia es un período en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social posterior a la niñez, y comienza con la pubertad (OMS,2014).Según Amorín(2010):

[...] debemos concebir la adolescencia como una categoría evolutiva con derecho propio, atravesada por dinamismos psicosociales extremadamente específicos y no meramente como un tiempo de pasaje entre dos grandes momentos de la infancia y la adultez. (p. 124)

Algunas definiciones consideran que la adolescencia se extiende desde los 10 hasta los 19 años y estipulan que está comprendida por un período de transición que cuenta con características peculiares; esta es una etapa de descubrimientos así como también de adquisición progresiva de la autonomía individual.

Los/as adolescentes deben ser orientados para que puedan tener una vida sexual y reproductiva placentera, para lo cual el autocuidado resulta fundamental. Es importante, además, el conocimiento de sí mismos de forma de poder ejercer plenamente los derechos y evitar un embarazo no deseado. El empoderamiento y el acceso a la información facilitan la disminución de embarazos no deseados y, por ende, se favorece el grado de autonomía de cada persona. Se debe entender por ello el modo en que las conductas están reguladas por las normas que surgen del mismo sujeto.

Las prácticas sexuales están asociadas a los modelos de masculinidad y feminidad, y es aquí que sobresale la necesidad de remarcar el concepto de *género* y el de *identidad de género*, dado que la salud sexual y reproductiva debe de ser comprendida desde un enfoque en clave de derechos. Es fundamental el trabajo realizado por los equipos de salud sobre su promoción, la de los cuidados y la de la prevención de riesgos sobre las conductas sexuales para que los/as adolescentes puedan encontrarse mejor informados en el momento de decidir.

Por su parte, contar con un espacio específico para los adolescentes significó la transformación de los jóvenes en promotores de la información. Este modelo vigente de atención integral de los adolescentes hace hincapié en la prevención de riesgos, así como también en la promoción de estilos de vida saludables; por lo demás, dicho modelo toma en cuenta a la familia como el soporte social que el adolescente tiene y, por tanto, esta, a su vez, tendrá una participación activa en su ámbito laboral o de estudio (Rossi, 2015, en Ramos, 2015).

Es en tanto que la salud sexual y reproductiva de la población de adolescentes solía ser considerada desde una perspectiva del riesgo y no en clave de derechos, el proceso de reconocimiento de sus derechos por parte de los mismos ;la apropiación y ejercicio real , ha ido evolucionando de forma paulatina, esta información se pudo desprender de estudios realizados acerca de la valoración de los adolescentes sobre la creación e implementación de Espacios de Salud Adolescente, se puede en tanto afirmar que existe una valoración positiva por parte de los usuarios de ESA (Rossi, 2015, en Ramos, 2015).

Los aportes del enfoque de género

El concepto de *género* tuvo una primera versión como categoría de análisis psicológica en los aportes del psiquiatra John Money en la década de los cincuenta en los Estados Unidos. Él lo utilizó para analizar los comportamientos asignados socialmente tanto a hombres como a mujeres.

Los movimientos feministas surgidos en los sesenta formaron parte del debate y denunciaron la dominación de los hombres y de lo masculino, hecho que coloca a las mujeres y a lo femenino en situación de subordinación. Además, plantearon que dicha subordinación era una cuestión de poder. Por otra, es importante mencionar que la subordinación es producto de determinadas formas de organización y de funcionamiento de la sociedad.

De los múltiples debates surgidos con base en la temática en cuestión, se planteó organizar la nueva concepción de género. En América Latina era necesario dar cuenta de los contextos ético-culturales bajo el supuesto de que los géneros se construyen de manera diferente en cada uno de ellos (Barbieri, 1993).

El marco teórico del que se parte al hablar de género es considerar que hacerlo es hablar de feminismo o desde el feminismo. En el siglo XX, las pioneras del feminismo Simone de Beauvoir y Margaret Mead ocuparon su atención en el análisis de la construcción cultural de la diferencia sexual. Es en los años setenta que se bifurcan los conceptos de *sexo* y de *género* en un intento de discernir lo que aportaron la biología y la cultura.

Es entonces cuando se visualiza uno de los principales problemas: el sexo pertenece a la biología y tiene ciertas características, como, por ejemplo, el hecho de ser algo estático o «dado», mientras que el género pertenece a la cultura y se moldea y construye socialmente.

La reconceptualización y la medicalización de las mujeres lleva a que las feministas pusieran en marcha un programa de educación sanitaria y de promoción de

la salud diferente al que existía en ese momento. Es en pleno debate cuando las mujeres fueron vistas como responsables de los cuidados de la salud, ya que se las asociaba con el trabajo asistencial, mientras que a los hombres se los vinculaba con lo más racional (Esteban,2003).

El término *género* refiere a conceptos sociales de función, de comportamiento, de actividad y de atributo que la sociedad considera apropiados para los hombre y para las mujeres. Por su parte, Scott(1986) plantea que el género es una construcción social de roles definidos y esperados para hombres y mujeres, y lo define como «[...] un elemento constitutivo de las relaciones sociales fundadas sobre las diferencias percibidas entre sexos, y el género es un primer modo de dar significado a las relaciones de poder» (p. 23).

Las teorías posestructuralistas de sexo-género surgieron en los años ochenta, cuando cobra notoriedad una de sus principales exponentes: Judith Butler. Esta autora pretende abordar estas temáticas mediante estudios de políticas deconstructivistas: busca desarticular o desarmar las construcciones de género, de sexo y de sexualidad que están sustentadas por modelos heterocentistas para luego desnaturalizarlas (Butler, 2001).

Butler (2001) hace referencia a que existe una matriz heterosexual del orden binario o dicotómico en la sociedad, y a que es un conjunto de prácticas y de discursos que interactúan con el poder que pretende ser matriz y modelo sociocultural. Esta autora expone el problema de la oposición binaria visto como un juego de exclusión e inclusión (Butler, 2001).

Por otra parte, las relaciones desiguales de género propician de cierto modo un dispositivo de poder, ya que regula la vida social y subjetiva, tal como lo menciona Foucault (1961).Dicho autor considera que el individuo estaría enmarcado por acciones, que a su vez determinan normas y operan como reglas naturales. Las prácticas sexuales desestabilizan el concepto de género en su versión hegemónica heterosexual.

De esta manera, la performatividad permite la naturalización de una posición de sujeto en un lugar, en la interioridad de su cuerpo. Así se logra tener la capacidad de producir aquello que se nombra (Butler, 2001).Las teorías de sexo-género son poderosas herramientas analíticas; cabe mencionar que aún están sin responder ciertas cuestiones, como, por ejemplo, si los estudios sobre masculinidad tienen eficacia sobre el cambio o las transformaciones sociales, y si lo son en la acción política transformadora (López, 2015).

La mayor contribución de los estudios de género apuntan más allá de los aportes teóricos específicos, pues se centran en la posibilidad de construir y de cuestionar la

importancia de conformar el género como un sujeto social y político, lo que implica reconocerse e identificarse en las diferencias.

A partir de la CIPD, el nuevo enfoque de salud sexual y reproductiva pone en especial énfasis en dar prioridad a la equidad y a la igualdad de género, por lo que, en el caso de las mujeres, por ejemplo, se busca que estas tengan la posibilidad de tomar decisiones sobre sus propios cuerpos.

La sexualidad es una construcción social que tiene ciertas características, como ser dinámica y multidimensional, y que está mediada por los roles de género, por las condiciones sociales, por la edad y por el factor económico, entre otros. No debemos olvidar que analizar las vivencias de las adolescentes en torno a la interrupción voluntaria del embarazo requiere visualizar diferentes dimensiones subjetivas; por lo tanto, es aquí cuando debemos integrar la perspectiva de género a la investigación, pues solo de tal forma podremos contemplar las diferencias existentes entre hombres y mujeres en la atención dentro de los servicios de salud. Además, se revelan cuestiones que están arraigadas socialmente en relación al rol de la mujer, a la maternidad, a la responsabilidad del cuidado, etcétera.

Lo que más influye sobre la sexualidad son los roles de género preestablecidos, las normas y las pautas, puesto que los primeros repercuten grandemente en las prácticas sexuales y en la salud sexual y reproductiva. De aquí proviene, precisamente, la importancia de prestar atención a las políticas públicas y de analizar las estrategias existentes sobre los derechos sexuales y reproductivos que enmarcan a la población adolescente. La Convención sobre los Derechos del Niño (1989) garantiza los derechos de la niñez y la adolescencia, su seguridad y su bienestar.

Más allá de los factores biológicos y económicos, en América Latina y el Caribe muchos de los problemas de la población adolescente se vinculan con la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios y a los factores determinantes de la salud.

Formulación del problema y preguntas de investigación

Con esta investigación nos proponemos analizar las experiencias subjetivas de las adolescentes que han transitado la interrupción de un embarazo no deseado. La temática tratada es controversial y en nuestro país se encuentra en el foco de las discusiones debido a la reciente despenalización del aborto. Aspiramos a indagar los significados y las percepciones de las adolescentes usuarias que han pasado por esta vivencia en el nuevo contexto legal.

El Estado, mediante la promulgación de dicha ley, ampara y garantiza los derechos sexuales y reproductivos de las personas, aunque está claro que el procedimiento consta de varias etapas: en primer lugar la IVE 1, que es cuando la usuaria manifiesta y justifica al médico tratante su deseo de interrumpir el curso de su embarazo; se corroboran los datos y los requisitos excluyentes de la consultante. Luego se pasa a la IVE 2, etapa en la que se le pide a la mujer que cumpla con uno de los requisitos excluyentes, es decir, con la consulta con el equipo interdisciplinario, para después pasar a una prórroga de cinco días para la reflexión, tras la cual se debe ratificar o no la decisión previa. La última etapa, la IVE 3, consiste en firmar un consentimiento de asesoramiento que se deberá adjuntar a su historia clínica.

De lo que hemos expuesto y de lo que pretendemos realizar, surgen las siguientes interrogantes:

—¿Cuáles son los significados de las adolescentes respecto a la interrupción de un embarazo no deseado?

—¿Cuáles son los motivos para interrumpir el embarazo?

—¿Cómo visualiza esta población la temática?, ¿cómo un tema de relevancia dentro de su salud sexual y reproductiva?

—¿Cómo influye el entorno familiar en la decisión de una adolescente de interrumpir su embarazo?

—¿En qué medida influyen en la decisión los cinco días obligatorios de reflexión en quienes están dentro del proceso de IVE?

—Contar con el nuevo marco legal, ¿favoreció la autonomía de las adolescentes?

—¿Cómo se sintieron luego de haber tomado la decisión de abortar y de haber pasado por la experiencia?

Objetivos

General

Como se desprende de lo que hemos trabajado hasta el momento, nuestro objetivo general es indagar las percepciones de las adolescentes que transitaron por la experiencia de aborto voluntario en los servicios de salud en el marco de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Montevideo(Uruguay).

Específicos

Por otra parte, nuestros objetivos específicos son:

—indagar los motivos por los cuales las adolescentes decidieron interrumpir su embarazo;

—explorar cómo fue el proceso de toma de la decisión, cuáles fueron los recursos de información disponibles y quiénes fueron las personas significativas que participaron en ello;

—identificar cómo incidió el período de reflexión en la toma de la decisión;

—examinar las valoraciones y las percepciones de las adolescentes sobre la interrupción voluntaria del embarazo a partir de las experiencias que han vivido;

—analizar los sentimientos que generó la experiencia del aborto en las adolescentes.

Diseño metodológico

Este estudio se llevará a cabo desde una metodología cualitativa de tipo exploratoria y descriptiva; de esta manera, se nos podremos acercar apropiadamente a las diferentes percepciones de las participantes en torno a IVE. Aquí, por ejemplo, se puede investigar partiendo de las pautas y de los datos existentes, para que los participantes sean estudiados también en el contexto de su pasado. Es necesario realizar un estudio cualitativo ya que se deberá interactuar con los informantes (Taylor, 1992a). Nuestra población estará formada por adolescentes entre 15 y 19 años que hayan transitado por la experiencia de interrupción de un embarazo no deseado entre los últimos 12 y 24 meses: no se las diferenciará por los distintos niveles educativos, tampoco por si tienen hijos y si no o por si cuentan con cobertura de salud pública o privada en el SNIS, de modo de asegurar una muestra heterogénea en cuanto a perfiles sociodemográficos.

Se instrumentará la técnica *bola de nieve* para la captación de participantes; esto se realizará en los distintos servicios de salud tanto públicos como privados de la ciudad de Montevideo. Se utilizarán entrevistas en profundidad de tipo semidirigida para poder acceder a las distintas situaciones y experiencias de las participantes (Taylor y Bogdan, 1987b). Este tipo de formato permite que la conversación se realice de la forma que el entrevistador considere más conveniente, pues así se la puede guiar más efectivamente y recoger los datos de la manera más oportuna. Con la entrevista cualitativa se busca seguir un plan sistemático a la hora de recoger los datos: se debe tener, a su vez, un número considerable de participantes para que la muestra sea representativa. La importancia de la investigación cualitativa radica en que ellos mismos sean los que encuentren su propia posición (Vallés, 1999).

Este tipo de formato de investigación se utiliza no solo con el propósito de obtener información, sino que es, además, un proceso de interacción social entre dos individuos. El tiempo estimado para la realización de las entrevistas será de entre 30 y 35 minutos aproximadamente, y la información que se allí surja será tratada bajo los principios de confidencialidad y privacidad de la información, lo que asegura el secreto profesional. En este caso, la población elegida son adolescentes, por lo que será necesario que estos autoricen su asentimiento para la realización de dichas entrevista. Las entrevistas serán grabadas bajo el consentimiento de cada participante según el decreto n.º 379/008 del Poder Ejecutivo (Uruguay, 2008a); posteriormente, procederemos a desgrabarlas, de modo de facilitar su interpretación y la creación de una instancia de devolución de los datos obtenidos.

Plan de análisis

Las entrevistas serán desgrabadas con el fin de categorizar y codificar los datos obtenidos, y a partir de allí se elaborarán las conclusiones. Se sistematizará la información recogida para poder generar una categoría de análisis.

Existen varias etapas que conforman el proceso de análisis en la investigación cualitativa: la primera está dada por la reducción de los datos, puesto que la información es reducida, al contrario de lo que surge de las desgrabaciones, en las que el texto se encuentra en bruto; la segunda etapa es la de análisis descriptivo: se le atribuyen significados a los datos que ya fueron procesados previamente; la última etapa es la de interpretación: se forman los enunciados teóricos que ofrecen una construcción de manera integral del fenómeno de estudio (Mejía Navarrete, 2011). Este tipo de análisis tiene ciertas particularidades, como la flexibilidad, es decir, ser moldeable a la dinámica de la investigación concreta de los datos. Todo esto implica que el proceso está compuesto por múltiples lecturas del material: se trata de construir la realidad en su contexto concreto (Mejía Navarrete, 2011).

La importancia del uso de la metodología cualitativa en este caso reside en que el análisis de los datos está centrado en los sujetos y en que el objetivo es comprender a las personas en su contexto social. Por último, se creará una instancia de devolución del material recogido para quienes estén interesados.

Consideraciones éticas

La investigación se realizará conforme al decreto n.º 379/008 (Uruguay, 2008a); de la misma manera se tomará en cuenta el artículo 62 del *Código de ética del psicólogo* (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, 2001). Las entrevistas deberán tener el consentimiento informado necesario por parte de los participantes; también se garantizará la confidencialidad y la privacidad de la información recabada.

En cuanto a los resultados surgidos de la investigación, estos serán ofrecidos tal como lo menciona el artículo n.º 62 del *Código de ética del psicólogo* (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, 2001). Buscaremos expresar las conclusiones en su exacta magnitud y en su estricto apego a las normas metodológicas acorde al tipo de estudio, al tiempo que se procurará además difundir los resultados.

Es importante mencionar que los datos recogidos durante la presente investigación no tendrán ningún otro tipo de designio más allá de ella misma, y que, tal como indica el artículo n.º 68 del *Código de ética del psicólogo* (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, 2001), el participante puede abandonar la entrevista en cualquier etapa si lo considera necesario.

Cronograma

ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaboración de las pautas de la entrevista												
Selección de la muestra												
Realización de las entrevistas												
Desgrabación de las entrevistas												
Categorización de la información												
Análisis de la información												
Devolución a los participantes												
Redacción de informe												
Difusión de los resultados												

Resultados esperados

Luego de finalizada la investigación, esperamos:

—haber podido acercarnos a las distintas percepciones de las adolescentes residentes de Montevideo que decidieron interrumpir un embarazo no deseado;

—haber analizado cómo perciben las adolescentes el período de reflexión después de la realización de la consulta con el equipo interdisciplinario;

—haber analizado cómo fue el proceso de acompañamiento de las adolescentes que decidieron interrumpir un embarazo no deseado;

—haber analizado la influencia del entorno familiar en las decisiones de las adolescentes.

Bibliografía

- Amorín, D. (2010). *Cuadernos de psicología evolutiva*, tomo I, *Apuntes para una posible psicología evolutiva*. Montevideo: Psicolibros.
- Aznar, J. y Cerdá, G. (2014). Aborto y salud mental de la mujer. *Acta Bioethica*, 20(2), pp. 189-195.
- Barbieri, T. (1993). Sobre la categoría de género: una introducción teórico metodológica. *Debates en Sociología*, 18.
- Butler, J. (2001). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Carril, E. y López Gómez, A. (2007). *Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de clandestinidad y penalización. Vivencias, significados y prácticas en mujeres uruguayas* (reporte de investigación inédito). Montevideo: CSIC (Universidad de la República).
- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. (2001). *Código de ética profesional del psicólogo/a*. Recuperado de: <<http://www.psicologos.org.uy/codigo.html>>.
- De Francisco, A., Dixon Müller, R. y D'Arcanguez, C. (2007). *Aspectos de la investigación de la salud sexual y reproductiva en países medios e intermedios*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Dutra, M. E. (2003). *Abortion as a possibility on the existence of the woman: existencial-phenomenological reflections*. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext>.
- Equipos Mori. (2010). *Estado de la situación sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Uruguay*. Recuperado de: <<http://www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5604,21462>>.
- Esteban, M. (2003). El género como categoría analítica. Revisión y aplicaciones a la salud. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3(31), pp. 22-39.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar*. México: Siglo Veintiuno.
- López, A. y Carril, E. (2010). Efectos del aborto clandestino en la subjetividad de las mujeres: resultados de una investigación cualitativa en Uruguay. En Rodríguez Pacios, A. (Coord.). *Nuevas reflexiones sobre la salud desde la perspectiva de género* (pp. 127-164). León: Universidad de León.
- López, A. (2013). *Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y de formación en psicología en Uruguay. Consideraciones conceptuales, nudos críticos y desafíos*. Conferencia inaugural de las actividades académicas, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Montevideo.

- López, A. (Coord). (2005). *Adolescencia y sexualidad: significados, prácticas, acciones y discursos en Uruguay: un estudio retrospectivo (1995-2004)*. Recuperado de: <<http://www.inau.gub.uy/biblioteca/adosex.pdf>>.
- López, A. (Coord.). (2015). *Adolescentes y sexualidad: investigación, acciones y política pública en Uruguay(2005-2014)*. Montevideo: s./ed.
- López, A. (2008). *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Montevideo: Trilce.
- Mejía Navarrete, J. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*(Argentina), 1, pp. 47-60.
- Mujer y Salud en Uruguay. (2013). *Adolescentes uruguayas: necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva*. Recuperado de: <http://issuu.com/mauriciodelossantos/docs/necesidades_y_demandas_en_salud_sex/1?e=3687188/7191545>.
- Mujer y Salud en Uruguay. (2014). *Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en el departamento de Salto*. Recuperado de: <<http://www.mysu.org.uy/observatorio/spip.php?article 26>>.
- Mujer y Salud en Uruguay. (2015). *Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano*. Recuperado de: <www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/04/Estudio-Departamentos-deR%C3%ADo-Negro-Soriano-y-Paysand%C3%BA.pdf>.
- Organización de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los derechos del niño*. Recuperado de: <<http://www.unicef.org/argentina/spanish/7.-Convencionsobrelosderechos.pdf>>.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios*. Recuperado de: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/2940286507/es/>>.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Salud del adolescente*. Recuperado de: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/>.
- Peri, A. y Ardo, P.(2008). *Programa de la población* (vol. 30). Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales.
- Ramos, S. (Comp.) (2015). *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: Centros de Estudio de Estado y Sociedad.
- Scott, J. (1986). *El género: una categoría útil para el análisis histórico*. Recuperado de: <<http://www.inau.gub.uy/biblioteca/scott.pdf>>.
- Silva, M. (Coord.). (2014). *Lo que cuentan las mujeres: vivencias y trayectorias terapéuticas de usuarias de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo*

- en Montevideo, Cerro Largo y Paysandú*. Uruguay. Montevideo: Médicos del Mundo Francia.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (Edits.). (1987a). Ir hacia la gente (introducción). En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (pp. 15-27). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- (1987b). La entrevista en profundidad. En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (pp. 100-132). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2009). *Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención* (tomo 1). Recuperado de: <<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/2009-Abordaje-Adolescentes.pdf>>.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2011, octubre). *Guías de abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública.(2014). *Balance de la implementación de la ley 18 987 (Interrupción Voluntaria del Embarazo, decreto 375/012, reglamentación de la Ley de IVE, entre diciembre de 2012 y noviembre de 2013)*. Recuperado de: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/conferencia%20prensa%20IVE%20FEBRERO%202014.pdf>.
- Uruguay. Poder Ejecutivo. (2008a). *Investigación en seres humanos* (decreto n.º 379/008). Recuperado de:<<http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0800379.html>>.
- Uruguay. Poder Legislativo. (2008b). *Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva* (ley n.º 18 426). Recuperado de:<<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>>>.
- Uruguay. Poder Legislativo. (2008c). *Ley n.º 18 335*. Recuperado de: <<http://www.msp.gub.uy/marco-normativo/ley-n%C2%B0-18335-de-15-de-agosto-de-2008-0>>.
- Uruguay. Poder Legislativo. (2012). *Interrupción voluntaria del embarazo* (ley n.º 18 987). Recuperado de:<<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=>>>.
- Vallés, M. S. (Ed.). (1999). Técnicas de conversación, narración (I): las entrevistas en profundidad. En *Técnicas cualitativas de investigación social* (pp. 177-233). Madrid: Síntesis Sociología.