



Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado
Modalidad: Proyecto de investigación.

**Experiencias subjetivas en torno al aborto voluntario en adolescentes en el Hospital
de Colonia del Sacramento.**

Estudiante: María Milagros Suárez Aranda

C.I.: 5.006.233-5

Tutora: Prof. Adj. Mag. Sabrina Rossi

Revisora: Prof. Adj. Mag. Carolina Farias

Montevideo, 2024.

Resumen

En Uruguay se encuentra vigente desde el año 2012 la ley n° 18.987 la cual regula la práctica del aborto y la despenaliza dentro de las primeras doce semanas de gestación, pasado este tiempo se consideran algunas excepciones. La ley contempla a toda mujer ciudadana uruguaya natural o legal, incluidas las menores de edad, y mujeres extranjeras que residan en el país desde hace un año o más.

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo conocer y analizar las experiencias de mujeres que utilizaron los servicios IVE en el Hospital de Colonia del Sacramento siendo adolescentes en el período comprendido entre 2021 y 2024. Con el fin de conocer la experiencia subjetiva de las mujeres que utilizaron los servicios IVE en el Hospital de Colonia del Sacramento siendo adolescentes en contexto de legalidad, el presente trabajo se llevará a cabo desde una metodología cualitativa. Se trata de un estudio retrospectivo, de corte exploratorio y descriptivo, el cual utiliza como herramienta de recolección de datos la entrevista en profundidad semi-dirigida, la cual permite abordar los diversos temas mediante el relato de la persona entrevistada. Esta investigación tiene por objetivo lograr un análisis de las experiencias de mujeres que accedieron a los servicios IVE en el Hospital de Colonia del Sacramento siendo adolescentes, teniendo en cuenta las particularidades de esta etapa vital.

Palabras clave: aborto legal- adolescentes-servicios de salud

Abstract

In Uruguay, since 2012, Law No. 18.987 has been in effect, regulating the practice of abortion and decriminalizing it within the first twelve weeks of pregnancy; after this period, certain exceptions are considered. The law applies to all women who are natural or legal citizens of Uruguay, including minors, and foreign women who have been residing in the country for one year or more.

This research project aims to understand and analyze the experiences of women who used IVE services at the Hospital of Colonia del Sacramento as adolescents between 2021 and 2024. The ultimate goal is to understand the subjective experience of women who used IVE services at the Hospital of Colonia del Sacramento as adolescents within the context of legality. This study will be conducted using a qualitative methodology; it is a retrospective, exploratory, and descriptive study that uses semi-structured in-depth interviews as a data collection tool. This method allows various topics to be addressed through the narrative of the interviewee. The objective of this research is to achieve an analysis of the experiences of women who accessed IVE services at the Hospital of Colonia del Sacramento as adolescents, taking into account the particularities of this vital stage.

Keywords: legal abortion - adolescents - health services

Resumen	2
Abstract	3
FUNDAMENTACIÓN	5
Debate por el aborto en Uruguay	6
Ley sobre salud sexual y reproductiva (N°18.426)	7
Ley sobre interrupción voluntaria del embarazo. Ley del aborto. (N° 18.987)	7
ANTECEDENTES	8
Aborto en la región y el mundo.	8
Adolescentes y percepciones sobre aborto	9
Profesionales de la salud implicados en situaciones de aborto voluntario	12
REFERENCIAS TEÓRICAS.	14
Adolescencia y sexualidad.	14
Perspectiva de género.	15
Embarazo no planificado y aborto.	16
Autonomía progresiva.	17
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.	18
OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	20
DISEÑO METODOLÓGICO.	20
Consideraciones éticas.	22
Cronograma de ejecución.	23
Resultados esperados	23
Referencias:	24

FUNDAMENTACIÓN

El presente proyecto de investigación tiene por objetivo conocer y analizar las experiencias de mujeres que utilizaron los servicios IVE siendo adolescentes en el Hospital de Colonia del Sacramento, Uruguay entre el 2021 y el 2024, luego de la implementación de la Ley n° 18.987.

Colonia es uno de los diecinueve departamentos del Uruguay y se encuentra ubicado al suroeste del país, su población estimada al censo del 2011 es de 123.203 personas, lo cual lo ubica como el quinto departamento más poblado del país. Del total de la población que lo habita, 56.539 se encuentran afiliados a ASSE, cantidad significativa teniendo en cuenta que el resto de la población se reparte en las demás instituciones. (Instituto Nacional de Estadística, 2011).

En el departamento de Colonia funcionan como prestadores, a nivel público la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y a nivel privado; Camec, Círculo Católico y el Hospital Evangélico. De estas cuatro instituciones solo ASSE y Camec brindan el servicio de IVE, mientras que el Círculo Católico se negó desde la implementación de la ley n° 18.987 a realizar abortos en sus instalaciones ya que se considera una institución objetora. El Hospital Evangélico, por su parte, si bien se manifestó en contra del aborto, brinda asesoramiento con respecto a la práctica y las consultas multidisciplinarias con ginecólogos, psicólogos y asistentes sociales, para luego derivar a la mujer a otra institución. Esta particular situación genera que aquellas mujeres que decidan acceder a la IVE deben dirigirse en ocasiones a otras localidades y a otro prestador de salud diferente al que se encuentran afiliadas para hacer uso de su derecho, en este caso, al Hospital de Colonia del Sacramento.

En base a lo anterior, se eligió para la presente investigación el Hospital de Colonia del Sacramento debido a que es considerado centro de referencia del departamento en lo que concierne a ASSE. A pesar de contar con sus respectivas policlínicas dentro de la ciudad éstas no cuentan con equipo de IVE por lo que las mujeres que soliciten el servicio deben trasladarse al Hospital, también son derivados algunos casos de mutualistas privadas donde no se lleva a cabo el procedimiento, y en muchos casos aquellas mujeres que viven fuera de la capital departamental y son usuarias de ASSE, deben dirigirse al Hospital de Colonia debido a que en sus ciudades no se cuenta con ginecólogos que realicen el procedimiento. Datos arrojados por el Ministerio de Salud Pública destacan que desde que se instalaron los

servicios de IVE en el país, se han registrado 95.739 abortos de los cuales 47.811 se realizaron en los servicios públicos del Estado. (Movimiento por la Salud Uruguayo, 2023).

Las estadísticas vitales de salud pública demuestran que en los últimos años si bien ha descendido la tasa de natalidad a niveles generales, cuando se trata de maternidad adolescente las cifras tienden a mantenerse elevadas a lo largo de los años. (Ministerio de Salud Pública, 2023).

En lo que respecta a Uruguay, los niveles de fecundidad y maternidad adolescente son altos en relación a la mayoría de regiones del mundo, situándose en 62,5 por mil y próximo al promedio de América Latina, se constata además, a lo largo de los años, una resistencia a la baja en este sector. No sucede lo mismo con la Tasa Global de fecundidad, la cual experimenta un descenso sostenido. Esta realidad guarda estrecha relación con las desigualdades sociales, lo cual decanta en un diferenciado acceso a las oportunidades y derechos por parte de los jóvenes, la población de mujeres que transita hacia la maternidad en esta etapa, se concentra en sectores que viven en condiciones de privación social y bajo nivel educativo. La maternidad en esta etapa perpetúa esta realidad y dificulta la permanencia en el sistema educativo, el ingreso al mercado laboral para el cual cada vez se necesita más especialización y la emancipación del hogar de origen. (López y Varela, 2016)

Pese a que el contexto legal uruguayo permite que la mujer pueda decidir sobre si continuar o no con un embarazo, se pueden constatar barreras en el acceso al aborto en menores de edad vinculadas a diferentes factores ya sean individuales, familiares, contextuales y de construcciones sociales respecto a la maternidad, el aborto y el embarazo que se pretenden analizar en esta investigación. (Iniciativas Sanitarias, 2021).

Debate por el aborto en Uruguay

El debate por el aborto es uno de los temas más controversiales que se han discutido a nivel mundial en el ámbito de los derechos humanos y derechos reproductivos, debido a que toca aspectos de diversos campos como la ética, la moral, el ámbito jurídico y médico, como el derecho a la vida y el de las mujeres a controlar su cuerpo y sexualidad. (Preinfalk, 2022).

En Uruguay, el debate por el aborto se estableció con intensidad durante el siglo pasado. Luego del golpe de estado de Gabriel Terra, se aprobó en el Parlamento el código Irureta Goyena, el cual estableció la despenalización de la práctica dentro de los primeros tres

meses de embarazo por sola disposición de la mujer. A inicios del año 1934 se desencadenó la discusión por el aborto por parte de obispos, médicos y políticos que confrontaron ideas y propusieron varios proyectos de ley para modificar la sanción. Es así que vuelve a penalizarse la práctica en 1938 (Ley n° 9.763 de 24 de enero de 1938). Si bien la práctica estuvo legalizada por un período corto, se considera fundamental hacer hincapié en él, ya que sentó las bases para el debate público del tema. (Johnson et al., 2011)

A partir de 1985 con la recuperación de la democracia en Uruguay, el debate por la despenalización del aborto adquirió nuevamente intensidad, habiéndose presentado seis proyectos de ley referentes al tema entre los años 1985 y 2007. La penalización del aborto demostró su ineficacia ya que no detuvo la práctica sino que la arrojó a la clandestinidad, produciendo entre otros fenómenos la muerte materna, (la cual tuvo un incremento en el año 2001, lo cual coincide con la crisis económica que atravesaba el país). (Johnson et al., 2011)

Ley sobre salud sexual y reproductiva (N°18.426)

En diciembre del 2008 se aprueba la ley n° 18.426 referida a la defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva, en ella se establece que el Estado debe garantizar las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. Esta ley establece en uno de sus artículos lo siguiente: “Todo niño, niña o adolescente tiene 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.” “De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre los métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes.” (Ley N° 18.426, 2008)

A pesar de las modificaciones que introdujo la ley n° 18.426 de diciembre de 2008, debido al veto interpuesto por el Poder Ejecutivo no se obtuvo la despenalización del aborto hasta el año 2012. (Johnson et al., 2011)

Ley sobre interrupción voluntaria del embarazo. Ley del aborto. (N° 18.987)

La Ley n° 18.987 aprobada en el año 2012 e implementada en 2013 en Uruguay significó un gran avance en materia de derechos sexuales y reproductivos, esta ley regula y despenaliza la práctica del aborto cuando la mujer se encuentra en las primeras doce semanas de gravidez, dentro de este plazo deberá dirigirse a consulta médica en una institución del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud) para informar su situación a un médico, posteriormente dicho profesional deberá coordinar una consulta con un equipo interdisciplinario integrado por ginecólogo, trabajador social y un profesional de la salud mental, el equipo deberá informar a la mujer sobre la ley, los riesgos que conlleva su decisión y posibles alternativas. También ordenará una serie de análisis y ecografía para la confirmación del embarazo y semanas de gestación. Posterior a ello, la mujer tiene cinco días para pensar la decisión. (Ley N° 18.987, 2012)

En caso de exceder las doce semanas de gravidez previstas por la ley, se consideran algunas excepciones para acceder a un aborto; hasta las 14 semanas si el embarazo fuera producto de una violación, cuando el embarazo conlleve riesgo para la salud de la mujer y cuando existan en el feto malformaciones incompatibles con la vida extrauterina sin límites de tiempo. Podrá acceder a la ley toda mujer uruguaya natural y aquellas mujeres extranjeras con residencia de al menos un año en el país. En lo que respecta a mujeres menores de 18 años, el médico ginecólogo deberá recabar el consentimiento respetando en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes, el derecho a la información y confidencialidad en la consulta, en caso de no poder obtener el consentimiento, la adolescente podrá presentarse ante un juez con estos antecedentes, luego de esto, el juez tendrá tres días para resolver si el consentimiento es voluntario, consciente y espontáneo. (Ley N° 18.987, 2012)

ANTECEDENTES

Aborto en la región y el mundo.

El embarazo no planificado y el aborto son realidades que afectan a diario a mujeres de todo el mundo, teniendo mayor probabilidad de presentarse y generar consecuencias negativas en mujeres con ciertos determinantes sociales, por ejemplo, en Estados Unidos las mujeres negras tienen una tasa de aborto 3.4 veces mayor que las blancas. Datos recabados por la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Guttmacher-Lancet (2015, citado por González et al., 2021) arrojaron que entre 2015 y 2019 ocurrieron en el mundo

121 millones de embarazos no planificados por año, de los cuales el 61% de ellos culminó en aborto, de este 61%, un 45% se llevó a cabo en un ambiente inseguro lo que originó un 7.9% de muertes maternas. En gran parte de los países de América Latina y el Caribe la práctica del aborto se encuentra penalizada, aunque la mayoría de los países cuentan con excepciones; cuando hay riesgo de vida para la mujer, el embarazo fue producto de violación o existen malformaciones en el feto incompatibles con la vida extrauterina. En países donde hay restricción parcial y total del aborto, suelen haber mayores cifras de embarazos no deseados que terminan en aborto que aquellos donde el aborto se encuentra despenalizado. Uruguay, Argentina, Guayana Francesa, Cuba, Belice, Ciudad de México (DF) y Oaxaca son los únicos países y estados de América Latina y el Caribe donde el aborto es legal sin restricciones de causales y con límite en la edad gestacional. (González et al., 2021)

Datos arrojados por el Instituto Guttmacher (2015) establecen que en América Latina y el Caribe, en 2014 un 10% de muerte materna se debió al aborto inseguro y cerca de 760.000 mujeres fueron hospitalizadas por complicaciones a causa de un aborto inseguro, siendo las mujeres pobres y las que viven en el campo aquellas que tienden a estar más expuestas a este tipo de complicaciones.

Adolescentes y percepciones sobre aborto

En el marco de su tesis de maestría, María Luisa Ituarte (2018) realizó una investigación sobre adolescentes e interrupción voluntaria del embarazo en territorio uruguayo, para dar a conocer las experiencias subjetivas del aborto en adolescentes que hayan atravesado la experiencia. Los motivos para interrumpir el embarazo se asocian con el contexto social histórico y político circundante, que modelan su experiencia y las creencias previas que tiene cada adolescente en torno al aborto. Abordar el tema del aborto en la adolescencia toma características específicas correspondientes con el momento vital que atraviesan, las repercusiones que tenga la práctica del aborto dependerán de la disponibilidad de recursos, el apoyo, la edad, entre otros factores. Los principales resultados de la investigación demuestran que la mayoría de las adolescentes tomaron la decisión de abortar antes de asistir al centro de salud, por lo que los cinco días que establece la ley para pensar la decisión fueron evaluados como innecesarios, generaron angustia y demora a la sensación de “alivio” que produjo el finalizar el proceso. Esto indicaría cierto movimiento en lo que respecta a los ideales y expectativas que moldean a las personas, siendo que en nuestra sociedad aún persiste la noción de ser mujer como sinónimo de madre.

La experiencia del aborto es considerada por las adolescentes como desagradable, destacando la importancia del acompañamiento y verse amparadas por la ley. (Ituarte, 2018).

Con respecto a lo último, López y Carril (2010) investigaron la subjetividad de mujeres que transitaban la experiencia de aborto voluntario en contexto de penalización, las autoras refieren a que la clandestinidad determina las formas que es vivido y significado el aborto, los significados que se tienen respecto al aborto se encuentran ligados al contexto social en el cual tiene lugar la práctica. Los resultados de la investigación difirieron en tanto se trataba de mujeres con un alto nivel educativo, de aquellas que tenían un bajo nivel educativo. Por un lado, las primeras con un mayor grado de autonomía no vivían la maternidad como única fuente de realización, a diferencia de las mujeres con menor grado de escolarización, quienes viven a la maternidad como destino, en quienes, además, la situación de aborto generó mayor grado de sentimientos de ambigüedad y angustia. (López y Carril, 2010). El estudio demuestra que cuando se tuvo convicción ante la decisión de abortar las mujeres sintieron alivio al finalizar el proceso.

La investigación coordinada por López y Varela (2016) titulada “Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay: análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas en barrios de la periferia crítica de Montevideo” llevada a cabo en Casavalle y Jardines del Hipódromo (barrios que cuentan con una alta tasa de necesidades básicas insatisfechas), ofrece un análisis exhaustivo respecto a los diversos fenómenos que inciden en el alto número de adolescentes que transitan la maternidad en esos barrios de Montevideo. La investigación arrojó como resultados la repercusión de la conformación sociohistórica de estos barrios en el comportamiento reproductivo de las adolescentes (a mayor nivel de necesidades básicas insatisfechas, mayor número de hijos por adolescente), las cuales no consideran al aborto como una opción frente a un embarazo no intencional, y condenan la práctica, las percepciones sobre aborto en mujeres con bajo nivel educativo suelen ser negativas, a mayor nivel de escolarización se observan cambios en la postura con respecto al tema. La mayoría de las adolescentes madres dejaron de estudiar antes de serlo y no reviste mayor importancia su educación en su proyecto de vida, aquellas que aún postergan la maternidad parecen vivirla como un destino preestablecido. La maternidad les ofrece a las jóvenes el pasaje a la adultez, por lo que no es vivido como problema. (López y Varela, 2016)

Enríquez et al. (2019) realizaron un estudio en Quito, Ecuador titulado “Adolescentes mujeres y jóvenes adultas frente a los temas de embarazo y aborto: ¿Percepciones

diferentes según la edad?” donde se entrevistaron a dos grupos, cien adolescentes de cuatro instituciones de educación secundaria y cien mujeres jóvenes de cuatro universidades de la ciudad de Quito, que arrojó como resultados algunas diferencias y similitudes en cuanto a las percepciones que tienen sobre embarazo y aborto estos dos grupos. Ante la posibilidad de un embarazo, las adolescentes sentirían mayormente miedo y temen que la maternidad interfiera en sus proyectos a futuro, esto entra en conflicto con la idea que se tiene de que ante la constatación de un embarazo las primeras reacciones son de felicidad y alegría. (López y Carril, 2010) El aborto para las adolescentes se trata de una práctica inconcebible, a diferencia de las jóvenes adultas con mayor grado de escolarización, quienes consideran que es una decisión de pareja o de la mujer. Cabe destacar que en Ecuador el aborto es ilegal y las representaciones sociales son negativas ya que se encuentran influenciadas por el contexto legal y religioso. (Enríquez et al., 2019). Al respecto, Ituarte (2018), como se referenció anteriormente, establece que el contexto social, histórico y político moldea la experiencia de las adolescentes. Esta investigación refiere a que a pesar del contexto legal, la mujer que toma la decisión de abortar, lo hará sin importar el lugar y el apoyo.

En la misma línea, en Bogotá, se estudiaron las representaciones sociales de 58 adolescentes en relación a la continuación del embarazo, adopción y aborto, la investigación arrojó como resultados que las representaciones sociales en torno a la continuación del embarazo se asocian con el asumir la responsabilidad frente a haber cometido un error, el continuar el embarazo en esta etapa de la vida se asocia con la salida del mundo educativo para entrar al mercado laboral, el foco ahora es puesto en el feto, y a pesar de las dificultades que reconocen que traería el continuar el embarazo, es considerada la opción más aceptada. Con respecto a la adopción, se considerada una alternativa frente al aborto, aunque las adolescentes examinaron que sería difícil desprenderse del bebé que estuvo nueve meses en su vientre, y que darlo en adopción dentro de su núcleo familiar, por ejemplo a tíos, sería lo ideal, reduciendo las posibilidades de maltrato que podría vivir fuera de la familia. El aborto fue rechazado por la mayoría de las adolescentes, quienes creen que “el niño no tiene la culpa y merece vivir”, en varios casos los discursos se vieron impregnados del catolicismo, haciendo referencia a un castigo divino frente al aborto, como no poder tener más hijos, y que “si Dios manda un bebé, es por algo”. (Ortiz, 2019).

En Cuba se estudiaron las percepciones de 399 adolescentes mujeres y varones, sobre iniciación sexual, embarazo y aborto a través de un cuestionario autoadministrado, en relación a la iniciación sexual, la mayoría de los adolescentes consideran que ésta se debe dar cuando ambos miembros de la pareja se conozcan bien y lo crean correcto,

considerando que un embarazo previo a los 20 años puede influir de manera negativa en la salud de la adolescente, influyendo en las posibilidades de abandonar los estudios. El aborto por otra parte, es visto como una práctica riesgosa a nivel físico, psicológico y social para las adolescentes. En cualquier caso, el embarazo adolescente es percibido como un problema, en tanto se evalúa como una barrera con respecto al proyecto de vida. (Calero y Santana, 2001)

Profesionales de la salud implicados en situaciones de aborto voluntario

López y Carril (2010) investigaron la perspectiva de los profesionales de la salud que se ven implicados en la situación de aborto voluntario en contexto de penalización, frente a estas situaciones y teniendo en cuenta el contexto legal, la situación de aborto dispara en los profesionales reacciones emocionales que en consecuencia, terminan transformándose en la forma del trato médico/paciente, muchas mujeres reportaron haber sido sometidas a esperas innecesarias, donde por ejemplo, se las ubicó al lado de mujeres que acababan de parir. Los profesionales buscan justificaciones para la aceptación de un aborto, ya que la práctica se asocia a irresponsabilidad y descuido por parte de las mujeres.

En Argentina, la investigación “Prácticas feministas en salud y acceso al aborto en Argentina” tuvo por objetivo analizar las acciones de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir en cuanto a la interrupción legal y voluntaria del embarazo, sin ahondar en las acciones que a tomado la red, cabe mencionar que ésta surge en 2014, debido a la diversidad de factores que auspician como obstáculo para el acceso al aborto y con la intención de reducir las tasas de mortalidad materna por abortos clandestinos.

A pesar de que en Argentina desde el 2020 se encuentra aprobada la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, se distinguen obstáculos dentro de las instituciones de salud pública que dificultan el ejercicio del derecho de las mujeres a acceder a un aborto, estos obstáculos se vinculan al campo médico el cual funciona como barrera para el acceso a la interrupción legal y voluntaria del embarazo, exponiendo a las mujeres a violencia institucional y acciones discriminatorias. El modelo médico hegemónico decanta en una relación de verticalidad en la asistencia y trato a las usuarias, lo cual muchas veces auspicia como barrera en el acceso al aborto, vulnerando el derecho a decidir de las mujeres. (Gudiño, 2023).

En España Miranda y Comas (2016) estudiaron los significados que tiene el aborto voluntario en las mujeres y los profesionales sanitarios involucrados en ello, a partir de la ley

aprobada en 2010 que regula la práctica del aborto y la legaliza por voluntad de la mujer hasta las 14 semanas de gestación, y pasadas las 14 semanas bajo un diagnóstico médico. Dentro del ámbito médico existen dos denominaciones, IVE e ILE, IVE refiere a la interrupción voluntaria del embarazo (por sola petición de la mujer), mientras que ILE refiere a interrupción legal del embarazo, la cual hace alusión a los abortos realizados por alguna causante médica, estas denominaciones a priori sugieren que el aborto por decisión de la mujer sería menos legítimo, otorgándole más valor al diagnóstico médico. Los resultados de la investigación arrojaron que, efectivamente, los profesionales valoran más su labor al realizar una "ILE" que una "IVE", ya que en la segunda opción, se sienten tan sólo facilitadores de la ley.

McCallum et al. (2016) En Brasil estudiaron el aborto desde la perspectiva de las mujeres internadas, presentando el punto de vista de los profesionales de la salud que se ven implicados en ello. A pesar de que en Brasil la legislación penaliza la práctica, el aborto se ejecuta ampliamente. Las restricciones refuerzan las desigualdades sociales, ya que ante un embarazo no planificado, solo algunas pocas mujeres podrán sustentar una intervención en clínica privada, mientras que las que no logran acceder a ello, quedan expuestas a prácticas inseguras poniendo en riesgo muchas veces, su vida. Respecto al personal de la salud, se demostró que las convicciones personales afectan el trato dirigido a las pacientes. El 62,2 % de los entrevistados considera que la práctica del aborto no debe ser despenalizada, la mayoría de ellos cree inapropiado un embarazo antes de los 25 años pero el aborto no es la solución, ya que los profesionales consideran que esos embarazos se deben a descuidos e irresponsabilidad por parte de las jóvenes, siendo las adolescentes las usuarias más criticadas. No existe consenso entre los profesionales en cuanto a la atención brindada y el trato, algunos profesionales mencionaron malos tratos dirigidos a mujeres que abortaron. Otros profesionales hicieron alusión a que en el hospital todas las mujeres recibían el mismo trato, aunque en las prácticas se puede constatar que no es así, muchas veces las usuarias en proceso de aborto deben esperar junto con aquellas que están en labor de parto a quienes se las prioriza en el tiempo para brindarles atención. Estas investigaciones refuerzan las ideas previas desarrolladas que establecen que el contexto determina la experiencia de las mujeres frente a un aborto, desde el trato del profesional hasta el marco normativo que opera generando tranquilidad o angustia en aquellos lugares donde el aborto se encuentra penalizado.

La investigación "Violencia obstétrica en el proceso de aborto" realizada en un hospital público de Brasil tuvo por objetivo analizar las prácticas de atención del personal de salud en el proceso de aborto. A pesar de que en este país se ha reducido la tasa de fecundidad,

no pasó lo mismo con el número de abortos, lo cual a tenido por resultado 721 muertes a causa de complicaciones durante el proceso, parte de esto se debe a la baja calidad en la atención por parte de los profesionales de la salud. La investigación demostró que las prácticas de atención caracterizadas como violencia obstétrica, se divisan por ejemplo, al mantener a las mujeres que se encuentran en proceso de aborto junto con aquellas que están en trabajo de parto o acaban de parir. Se observó también que los profesionales emiten constantemente juicios de valor y desacreditan el sentir de la mujer que está abortando, por ejemplo, si ésta llora lo consideran una “rabieta”. También existe trato diferenciado a aquellas mujeres que se encuentran en proceso de aborto inducido de aquellas que es espontáneo, en el segundo caso se les tiene más consideración. (Araújo et al., 2023)

La investigación “Derechos y deberes de información: el rol de la atención primaria de salud en la implementación de la ley que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales en Chile” se centró en el análisis de la implementación de la ley de interrupción del embarazo que despenalizó el aborto en Chile bajo tres causales, desde el rol del personal que ofrece atención primaria en salud. Como cualquier nueva ley, con sus particularidades, requiere de formación por parte del personal idóneo, en este caso, del personal de salud para atender las necesidades de las usuarias y poder informarlas de manera adecuada. Esta investigación demostró la escasa instrucción de la atención primaria en salud, quienes ofrecen atención de carácter ambulatorio siendo un factor primordial debido a su cercanía con la población, algunas de las entrevistadas afirman que la calidad de las capacitaciones con respecto a la ley fueron de carácter discutible y voluntarias, por lo que en varias ocasiones los profesionales que querían informarse debieron capacitarse por su cuenta. Además, la ley IVE prohíbe la publicidad sobre los centros y procedimientos referidos a la práctica, por lo que estas situaciones auspician como barreras en el acceso a los derechos, no sólo en lo que concierne al aborto, sino los derechos de información, una de las entrevistas arrojó que una abuela se dirigió al hospital en búsqueda de un aborto para su nieta, desconociendo que la ley solo permite que una mujer acceda al aborto bajo tres causales, estas son, que la vida de la mujer esté en riesgo, por malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina y porque la gestación sea producto de una violación. (Casas et al., 2023)

REFERENCIAS TEÓRICAS.

Adolescencia y sexualidad.

La adolescencia es una invención sociocultural moderna, cronológicamente, se inicia con los cambios puberales e implica profundos cambios a nivel biológico, psicológico y social. (Pineda y Aliño, 2002).

Si bien no existe consenso respecto a la edad de inicio y finalización de esta etapa, en 1979 la OMS la definió como el período comprendido entre los 10 y los 19 años, dividida en adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años). Aberastury y Knobell establecen tres pérdidas simbólicas propias de la adolescencia, la del cuerpo infantil, la de los padres de la infancia y la del mundo social de la niñez. Esto genera inestabilidad y la búsqueda de nuevas formas de vivir diferentes a las de la infancia, a esto los autores le llaman “salida exogámica”. (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2009)

Autores como López et al. (2006) y Vera (1998) consideran a la sexualidad como un complejo proceso de construcción social que varía de una cultura a otra. La sexualidad es producto de las relaciones sociales, por ello implica reconocer las creencias, las prácticas y los significados que se le atañen y el contexto socio histórico en el cual se desarrolla. El análisis de la sexualidad incluye tres dimensiones; significaciones, prácticas y discursos. A las que debemos contextualizar y analizar como producto de relaciones de poder, entre ellas, el género, la edad, la clase y la orientación sexual. (López et al., 2006)

En relación a la sexualidad, López et al. (2006) distingue los fines eróticos/placenteros de los fines reproductivos. Los mecanismos de control de la sexualidad produjeron un imaginario social que la vincula con la peligrosidad y se fueron instituyendo de manera desigual en lo que respecta a lo esperado para varones y mujeres. Todo esto cobra mayor dificultad al referirnos a una etapa vital como lo es la adolescencia, los cuales se ven subordinados en las relaciones de poder organizadas desde el adultocentrismo.

La adolescencia trae consigo el pasaje progresivo de la dependencia a mayores grados de autonomía, este último concepto en el ámbito de la sexualidad refiere a que la persona tenga la capacidad de negociar sexualmente con un otro de manera equitativa. Supone identificar, conocer, reconocer y dar sentido a las propias necesidades sexuales buscando formas de satisfacción desde el respeto, supone el relacionamiento con el propio cuerpo,

poder conocerlo, respetarlo, cuidarlo, y reconocer que se tienen derechos incluso en el campo de la sexualidad y las decisiones reproductivas. (López et al., 2006)

Perspectiva de género.

El proceso de salud/enfermedad/atención de cada persona, se encuentra definido por múltiples factores biológicos y sociales, los cuales determinan y condicionan la salud de las personas. El género, pertenece a estos factores que influyen en el estilo de vida. (Cardozo, 2022).

Anderson (2006) refiere a que el género es una palabra relativamente nueva que las sociedades utilizan para hablar sobre su organización en lo que respecta a hombres y mujeres y da cuenta de jerarquías dentro de la misma. La autora refiere a los postulados de Joan Scott (1990) la cual alude al género como categoría analítica que permite dar visibilización a la condición de ser hombre o mujer y sus respectivas oportunidades y restricciones, es decir, el género aquí es reconocido como factor estructurante. En este sentido, el sistema de género aparece como construcción, encargada de sustentar y perpetuar relaciones desiguales de poder. Algunas de las caras del sistema de género son su clasificación que pueden coartar la libertad de las personas para cambiar o redefinir su categoría, el prestigio que se le da a uno de los sexos en detrimento del otro, los roles que pueden llegar a ser muy rígidos y poco valorados, por ejemplo, en el caso de las mujeres que se dedican a las tareas de cuidados en el hogar, se alude a que “no hacen nada”. Las reglas pueden llegar a ser opresivas limitando sus intercambios.

El género como marco teórico promueve el análisis y cuestionamiento de la división sexual que se evidencia en los diversos ámbitos, como los de poder, el trabajo y los espacios. Permite comprender el significado de esta división, como se perpetúa y por qué, como es vivida y las identidades que construye. Este enfoque, que proviene de las teorías feministas, tiene como objetivo analizar las desigualdades de género, poniendo en evidencia la presencia de una estructura de poder asimétrica, que ha perpetuado a lo largo de los años que ambos sexos tengan lugares y destinos “por naturaleza”, en el caso de la mujer, es el rol de madre. (Pautassi, 2011)

La incorporación de este enfoque en las investigaciones referidas al ámbito de la salud, contribuyen a una mayor equidad entre hombres y mujeres en esta área, y permite identificar situaciones de desigualdad y discriminación. El análisis del género en el ámbito de la salud, muchas veces demuestra la situación de desventaja de las mujeres que son el resultado de la construcción social de los roles femenino y masculino. (Ariño et al., 2011)

Embarazo no planificado y aborto.

Como se explicitó anteriormente, el embarazo no planificado y el aborto son realidades que afectan a mujeres de todo el mundo. En Uruguay se mantienen a lo largo de los años niveles elevados de fecundidad y maternidad adolescente, siendo las mujeres que realizan la transición a la maternidad en esta etapa del ciclo vital pertenecientes a sectores sociales que viven en condiciones de privación social y con bajo nivel educativo. La maternidad adolescente es expresión de desigualdad social y limita el desempeño futuro de las jóvenes, el embarazo adolescente recluye a las mujeres en el ámbito doméstico, donde aquellas que siguen viviendo en su hogar de origen deben abocarse a las tareas de cuidado, de hermanos, abuelos e hijos. El inicio temprano de la maternidad establece dificultades para las jóvenes, limita el desarrollo de las capacidades y la formación para el desempeño en la vida adulta que pueda permitirles una adecuada inserción en el mundo laboral y en la sociedad. Si bien la maternidad adolescente suele ser valorada por familiares próximos de manera positiva, refleja situaciones de privación social, baja expectativa educativa y perspectivas futuras. Esto se suele producir en contextos donde el aborto es rechazado. (López y Varela, 2016)

Ávila (1998, citado por López et al, 2006) establece que “la falta de acceso a la distribución de la riqueza material imposibilita de manera radical el ejercicio de la autonomía sobre la vida sexual y reproductiva” (pp. 35). Abordar temas como el embarazo adolescente requiere para el mundo adulto el reconocer que los adolescentes son seres sexuados y tienen derecho sobre el propio cuerpo.

La investigación llevada a cabo por el equipo de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República entre los años 1995 y 2004 arrojó los vacíos existentes por parte de los organismos gubernamentales en cuanto a anticoncepción, aborto/ aborto inseguro, orientación sexual, políticas y servicios de salud sexual y reproductiva, y violencia y abuso sexual. En las pocas publicaciones que hallaron, no se habla de placer sexual, pero sí de maternidad como si estuviera por fuera del ejercicio de la sexualidad de los adolescentes. Existen aún tabúes con respecto a la sexualidad adolescente y no se tiene en cuenta que el inicio sexual se da cada vez a edades más tempranas. Se aborda el embarazo como norma y pauta común entre los jóvenes de ingresos bajos (las investigaciones están sesgadas a este sector de la población), la maternidad es vivida como destino y ganancia en la medida que permite tener “algo propio”, es una vía de ingreso al mundo adulto. (López et al., 2006)

Autonomía progresiva.

La Convención de Derechos del Niño implicó un cambio en cómo se entiende la niñez, la adolescencia y sus derechos. Niños, niñas y adolescentes pasaron de ser concebidos desde la perspectiva tutelar a sujetos de derecho que merecen protección e irán adquiriendo autonomía conforme crezcan. El artículo n°5 de la CDN refiere, aunque no directamente, a la autonomía progresiva, la cual reconoce que en consonancia con la evolución de las facultades del/a niño/a, podrá expresar libremente su opinión en aquellos asuntos que le afectan y deberá ser tomado en cuenta. Son los adultos quienes deben crear las condiciones para que niños y adolescentes puedan ejercer sus derechos. (Viola, 2012).

La autonomía progresiva afecta todos los ámbitos, incluso el de la salud, conforme a la evolución del niño podrá decidir ante aquellos temas que conciernen a su salud, aquí, es el médico quien deberá velar porque se cumpla el interés superior del niño o adolescente. Cuando se trate de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud se solicitará consentimiento de sus progenitores, de no haber un acuerdo entre ellos primará la opinión médica respecto a la realización o no de la intervención. Cuando se trate de tratamientos no invasivos se tomará como referencia la autonomía progresiva del niño o adolescente para la decisión. En este sentido, en lo que concierne a derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, las prácticas dentro de este campo son consideradas no invasivas, por lo que a partir de los 13 años y con asesoramiento médico podrán ejercer sus derechos, por ejemplo acceder a métodos anticonceptivos. (Fernández y Herrera, 2017).

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

A lo largo de los años el debate por el aborto ha sido uno de los temas más controversiales, ya que toca aspectos de cada sujeto como la ética y la moral. Esto se torna aún más delicado cuando el foco es puesto en adolescentes, ya que se pone en discusión la autonomía para la toma de decisiones.

La Ley n° 18.987 de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay regula y despenaliza la práctica del aborto dentro de las primeras doce semanas de gestación por decisión de la mujer, fuera de este período se contemplan algunas excepciones.

En lo que concierne a adolescentes se toma como punto de referencia la autonomía progresiva, la cual permite que la adolescente pueda entrar (si así lo requiere) sola a consulta y se deba respetar su privacidad. Si el médico tratante considera que la

adolescente realmente es consciente del procedimiento solicitado se deberá proceder con el aborto.

A pesar del contexto legal uruguayo que permite que la mujer pueda decidir sobre si continuar o no con un embarazo, se pueden constatar barreras en el acceso al aborto en menores de edad, sobre todo aquellas menores de 15 años, estas barreras se vinculan a diferentes factores ya sean individuales, familiares, contextuales y de construcciones sociales respecto a la maternidad, el aborto y el embarazo que se pretenden analizar en esta investigación. (Iniciativas Sanitarias, 2021).

Colonia cuenta con una población de 123.203 personas, lo cual lo ubica como el quinto departamento más poblado del país. Del total de la población que lo habita, 56.539 se encuentran afiliados a ASSE, cantidad significativa teniendo en cuenta que el resto de la población se reparte en las demás instituciones. (Instituto Nacional de Estadística, 2011).

En el departamento de Colonia funcionan como prestadores, a nivel público la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y a nivel privado; Camec, Círculo Católico y el Hospital Evangélico. De estas cuatro instituciones solo ASSE y Camec brindan el servicio de IVE. Se eligió para la presente investigación el Hospital de Colonia del Sacramento debido a que es considerado centro de referencia del departamento en lo que concierne a ASSE. En lo que respecta a IVE, las policlínicas dentro de la ciudad no cuentan con equipo que lleve a cabo el procedimiento, por lo que las mujeres que lo soliciten deben trasladarse al Hospital, también son derivados algunos casos de mutualistas privadas donde no se brinda el servicio y en varias ocasiones, aquellas mujeres que viven fuera de la capital departamental y son usuarias de ASSE, deben dirigirse al Hospital de Colonia debido a que en sus ciudades no se cuenta con ginecólogos que realicen el procedimiento.

Datos arrojados por el Ministerio de Salud Pública destacan que desde que se instalaron los servicios de IVE en el país, se han registrado 95.739 abortos de los cuales 47.811 se realizaron en los servicios públicos del Estado. (Movimiento por la Salud Uruguayo, 2023).

De tal manera, esta investigación busca conocer y analizar las experiencias subjetivas de mujeres adolescentes que consultaron en los servicios IVE en el Hospital de Colonia del Sacramento entre los años 2021 y 2024.

En base a esto surgen preguntas de investigación:

- ¿Cuáles fueron los motivos o razones que incidieron a la hora de interrumpir el embarazo?
- ¿Cómo identifican que fue el acceso a la Interrupción Voluntaria del embarazo en el centro de salud?
- ¿Qué sintieron respecto a los cinco días de reflexión previstos en la Ley?
- ¿Contaron con alguna red de apoyo durante el proceso? ¿Cuál?

OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

General:

- Conocer y analizar las experiencias de mujeres adolescentes que accedieron a los servicios IVE en el Hospital de Colonia del Sacramento siendo adolescentes.

Específicos:

- Indagar la valoración de las mujeres que solicitaron una IVE en el Hospital de Colonia del Sacramento respecto a la atención recibida por parte del personal de salud.
- Explorar y analizar en profundidad el sentir subjetivo de las mujeres al transitar los cinco días que fija la ley para pensar la decisión de proceder con la IVE.
- Identificar cuáles fueron los motivos que influyen en la decisión de las adolescentes para solicitar la IVE.
- Analizar cómo fue el proceso de atención en el centro de salud, identificando posibles barreras y facilitadores.

DISEÑO METODOLÓGICO.

Teniendo en cuenta los objetivos que se plantearon y el tema a abordar, se considera pertinente para el desarrollo de esta investigación un abordaje desde la metodología cualitativa con un diseño de tipo exploratorio, siguiendo a Batthyány y Cabrera (2011) este tipo de estudio se realiza cuando el objetivo es estudiar un tema que ha sido poco abordado. Los estudios exploratorios, son más flexibles y amplios en cuanto a su metodología en comparación con los estudios descriptivos o los explicativos. (Batthyány y Cabrera, 2011)

La investigación cualitativa permite un acercamiento a cómo las personas dan sentido a su mundo y cómo experimentan los eventos, lo cual resulta oportuno ya que el objetivo de esta investigación es conocer el sentir subjetivo de la experiencia y proceso de IVE. (Sisto, 2008).

La muestra no probabilística, se basará en mujeres que hayan solicitado IVE en el Hospital de Colonia del Sacramento siendo adolescentes entre el 2021 y el 2024. Como herramienta de recolección de datos se utilizará la entrevista la cual se incluye dentro del grupo de técnicas conversacionales. Puntualmente en esta investigación se trabajará con la entrevista en profundidad semi-estructurada. Este tipo de entrevista permite al investigador definir el orden y el modo de formular las preguntas, y brinda riqueza informativa ya que permite que el entrevistado cuente y narre su propia historia. (Batthyány y Cabrera, 2011)

La entrevista en profundidad es una herramienta flexible y dinámica, que busca comprender las perspectivas de los informantes con respecto a sus experiencias, expresadas con sus propias palabras. (Taylor y Bogdan, 1987).

Los criterios de inclusión muestral serán los siguientes:

- Mujeres que hayan solicitado IVE en el Hospital de Colonia del Sacramento en el período comprendido entre el 2021 y el 2024 siendo adolescentes.
- Mayores de 18 años.
- De distintos estratos socio-económicos y socio-educativos.
- Con o sin hijos.

Criterios de exclusión: Mujeres con algún tipo de discapacidad intelectual o psíquica grave.

Se estima realizar entre 15 y 20 entrevistas hasta alcanzar el punto de saturación teórica, las entrevistas serán grabadas para un correcto análisis de la información, previo a esto se deberá obtener el consentimiento informado de las participantes a quienes se las pondrá al tanto del Decreto N°158/019 (Uruguay, 2019) del Ministerio de Salud Pública (MSP) el cual tiene como finalidad la protección integral de aquellos seres humanos que participen en una investigación. Para la captación de las mujeres se recurrirá al contacto con organizaciones de la sociedad civil que trabajen con la temática, a la técnica bola de nieve y a las redes sociales (facebook e instagram) como medio de difusión del estudio, con previo acuerdo con el equipo y el Hospital de Colonia.

Luego de que se realicen las entrevistas se procederá a la desgrabación de ellas para la codificación y categorización de los datos obtenidos, identificando las principales categorías y subcategorías que resulten de los temas abordados en las entrevistas. Luego y partiendo del marco teórico utilizado, se diagramarán líneas de análisis, para el análisis de la información obtenida. Se pautará un nuevo encuentro con las mujeres que hayan participado con el fin de devolverle los resultados de la investigación, finalmente se redactará un informe con los resultados los cuales se darán a conocer mediante publicaciones.

Consideraciones éticas.

La efectiva realización de esta investigación requiere en primera instancia ser evaluada por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República para poder llevarla a cabo.

Las investigaciones que son realizadas en el campo de la salud, implican una serie de cuidados y consideraciones éticas que deberán velar por la preservación de los derechos humanos y dignidad de aquellos que participen del estudio.

En este sentido, deberá estar amparada por el Código de Ética Profesional del Psicólogo (2001) y se tendrán en cuenta los aspectos éticos dispuestos por el Decreto N°158/019 (Uruguay, 2019) del Ministerio de Salud Pública (MSP) el cual tiene como finalidad la protección integral de aquellos seres humanos que participen en una investigación. El Decreto dispone que los participantes deberán contar con información clara sobre la investigación, sus objetivos, métodos, posibles riesgos y beneficios esperados. Previo a dar comienzo a las entrevistas, se solicitará la firma del consentimiento informado, en el cual estará detallada la información necesaria en un lenguaje accesible. Se deberá asegurar a quienes participen total anonimato y confidencialidad, pudiendo retirar su consentimiento en cualquier momento sin perjuicio de ello. En caso de detectarse algún tipo de malestar psíquico en el marco de la entrevista, las participantes serán derivadas a sus respectivos prestadores de salud o a un servicio de facultad.

Cronograma de ejecución.

ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaboración de las pautas de entrevista.	x											
Captación de la muestra.		x	x	x	x							
Realización de las entrevistas.			x	x	x	x	x					
Desgrabación de las entrevistas.			x	x	x	x	x					
Codificación y categorización de la información obtenida.			x	x	x	x	x					
Análisis de la información.				x	x	x	x	x	x			
Devolución a las mujeres.										x		
Redacción del informe y publicaciones.											x	x

Resultados esperados

Se espera contribuir con la producción de conocimiento de la presente investigación, sobre cómo experimentan las mujeres adolescentes el antes, durante y después de la interrupción voluntaria del embarazo en el marco de una institución del interior del país, en este caso, el Hospital de Colonia del Sacramento.

Así mismo, en lo que concierne a la ley n° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, se aspira a generar insumos sobre cómo es llevada a cabo, reconociendo si existen barreras o facilitadores para las adolescentes a la hora de acceder a este derecho, partiendo del marco teórico presentado anteriormente. También se intentará, mediante el relato de las mujeres conocer el valor que le dan a la práctica del aborto y la maternidad en la etapa de la adolescencia.

Finalmente, se espera que los resultados obtenidos de esta investigación puedan ser de utilidad a la hora de pensar posibles estrategias de prevención, intervención y políticas públicas frente a la problemática del embarazo adolescente.

Referencias:

- Anderson J. (2006) Sistemas de género y procesos de cambio. En: Batthyany, K (coord). Género y desarrollo. Una propuesta de formación. Montevideo: IDRC, Udelar. (pp15-41).
- Araújo Moreira, M., Santana de Souza, A., Moreira Oliveira, P., Xavier de Souza, M., de Araújo Junior, J. C., & Santos Ribeiro, P. (2023). Violência obstétrica no processo do abortamento. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 12(2).
- Ariño, M. D., Tomás, C., Eguiluz, M., Samitier, M. L., Oliveros, T., Yago, T., ... & Magallón, R. (2011). ¿ Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación?. *Gaceta Sanitaria*, 25, 146-150.
- Batthyány, K. & Cabrera, M. (coord.)(2011). Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial. Montevideo: UCUR.
- Calero, J. L., & Santana, F. (2001). Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. *Revista Cubana de salud pública*, 27(1), 50-57.
- Cardozo Rufo, V. (2022). Género y salud. Análisis de la incorporación de la perspectiva de género en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay (2005-2020). Avances y desafíos pendientes. *Revista Médica del Uruguay*, 38(1).
- Casas Becerra, L., Babul López, J., Bozo Carrillo, N., Montero Vega, A., Vivaldi Macho, L., & Álvarez Rubio, J. J. (2023). Derechos y deberes de información: el rol de la atención primaria de salud en la implementación de la ley que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales en Chile. *Revista de Bioética y Derecho*, (58), 73-92.
- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (2001) Código de ética de los Psicólogos del Uruguay. Código de Ética - CPU (psicologos.org.uy)
- Da Rosa, C., Doyenart, M. J., Freitas, M., Lara, C., López Gómez, A., Rossi, S., & Varela Petito, C. (2016). Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay: análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas en barrios de la periferia crítica de Montevideo

Decreto n 158/019. Aprobación del proyecto elaborado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación vinculada a la Dirección General de la Salud, referida a la investigación en Seres Humanos. Registro Nacional de Leyes y Decretos, República Oriental del Uruguay, 3 de junio de 2019
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>

Enríquez, A., Ortuño Villagómez, D., & Sacoto, M. F. M. (2019). Adolescentes mujeres y jóvenes adultas frente a los temas de embarazo y aborto: ¿ Percepciones diferentes según la edad? Estudio realizado en Quito, Ecuador (2017). *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 5-25.

Fernández, S. E., & Herrera, M. (2017). El principio de autonomía progresiva en el campo de la salud.

González, A. I., Moreno, D. J., & Grass, D. E. (2021). Interrupción voluntaria del embarazo en Latinoamérica, superando barreras. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 53.

Gudiño Bessone, P. (2023). Prácticas feministas en salud y acceso al aborto en Argentina (2018-2021). *Iztapalapa. Revista de ciencias sociales y humanidades*, 44(95), 379-419.

Guttmacher Institute (2015). Datos sobre el aborto en América Latina y el Caribe. Recuperado de: http://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-AmericaSP.html

Instituto Nacional de Estadística. (2011). *Censo de población, hogares y viviendas 2011*. Instituto Nacional de Estadística de Uruguay. <http://www.ine.gub.uy/censo2011>

Ituarte, M. L. (2018.). Adolescentes e interrupción voluntaria del embarazo : un estudio sobre sus experiencias en servicios públicos de salud en Montevideo Uruguay. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.

Johnson, N., Sapriza Torres Negreira, G. M., López Gómez, A., Pallas, C., Castro Rivera, A., Sarlo, O., ... & Andreoli, M. A. (2011). *(Des) penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*. UR. CSIC.

Ley N.º 18.987. (2012) Interrupción voluntaria del embarazo (2012). Montevideo. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9402344.htm>

López, A., Amorín, D., Benedet, L., Carril, E., Celiberti, L., Güida, C., ... & Parra, A. V. (2006). "Adolescentes y Sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay". "Un estudio retrospectivo (1995-2004)". *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 102, 247-247.

López, A. & Carril, E. (2010). Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(2), 1-32.

McCallum, C., Menezes, G., Reis, A. P. (2016). O dilema de uma prática: Experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(1), 37-56.

Ministerio de Salud Pública. (2023). *Estadísticas vitales de salud pública de Uruguay 2023*. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Recuperado de: [Estadísticas Vitales \(msp.gub.uy\)](https://estadisticas.vitales.msp.gub.uy)

Ministerio de Salud Pública. República Oriental del Uruguay (2012). Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) Recuperado de: <http://www.msp.gub.uy/busqueda/msp/manual%20ive>

Miranda Lucas, M. J., & Comas d'Argemir, D. (2016). Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario. *Revista de Bioética y Derecho*, (38), 37-53.

Movimiento por la Salud Uruguayo. (2023). *Fact sheet: SSR en cifras*. https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2023/12/Fact-sheet_SSR-en-cifras.pdf

Ortiz Romero Ant, J. (2019). " Las tres opciones son asumir la responsabilidad, regalarlo o abortar": representaciones sociales de la continuación del embarazo, la adopción y el aborto entre adolescentes de Soacha y el suroccidente de Bogotá. *Revista Ciencias de la Salud*, 17(SPE), 109-127.

Pautassi, L. C. (2011). La igualdad en espera: el enfoque de género.

- Pérez, S. P., & Santiago, M. A. (2002). El concepto de adolescencia. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*, 2(3), 15-23.
- Poder Legislativo, Uruguay. (2008). Ley N° 18.426. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.
- Preinfalk Fernández, M. (2022). Avances y tensiones en torno al acceso al aborto terapéutico en costa rica, en el siglo XXI. *Revista ABRA*, 42(65), 63-82.
- Rodríguez, J. (2017). Deseabilidad y planificación de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias y patrones emergentes. Notas de población. CEPAL
- Sanitarias, I. (2021). Hagamos visible lo invisible: Barreras en el acceso al aborto para menores de 15 años en Uruguay.
- Scott, J. (1986): El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Marta Lamas (comp.), *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM-PUEG (pp. 265-302).
- Sisto, V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: La relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa contemporánea. *Psicoperspectivas*, VII, 114-136.
- 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. Montevideo: MSP.
- Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Revista biomédica*, 9(2), 116-121.
- Viola, S. (2012). Autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes en el Código Civil: una deuda pendiente. *Revista cuestión de derechos*, 3(2), 154-168.