



UNIVERSIDAD CENTRAL
"MARTA ABREU" DE LAS VILLAS

Facultad de Ciencias Sociales

**La interrupción voluntaria del embarazo en la adolescencia como
problemática social y de salud. Un acercamiento a la realidad actual de
Villa Clara**

Rosa María Barrios Junco

Dunia M. Ferrer Lozano

Ena L. Guevara Díaz

Edición: Merly López Delgado y Liset Ravelo Romero

Corrección: Liset Manso Salcerio

Rosa María Barrios Junco, Dunia M. Ferrer Lozano y Ena L. Guevara Díaz, 2019

Editorial Feijóo, 2019

ISBN: 978-959-312-370-9

Arbitrada por pares académicos



Editorial Samuel Feijóo, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Carretera a Camajuaní, km 5 ½, Santa Clara, Villa Clara, Cuba. CP 54830

RESUMEN

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE), se remonta a las primeras civilizaciones donde se empleaban remedios naturales que se introducían en la vagina de la mujer con el fin de producir la muerte del feto. Estos métodos evolucionaron hasta métodos modernos como: el legrado, la regulación menstrual y el aborto inducido por medicamentos, entre otros. La baja percepción del riesgo ante la IVE y sus posibles consecuencias para la salud sexual y reproductiva así como la poca eficacia de la promoción del uso de los métodos anticonceptivos y la prevención del embarazo no deseado de la mujer determinan que esta práctica se haya estandarizado en determinados contextos, considerándose en muchas ocasiones como un método anticonceptivo y de planificación familiar. La IVE, tiene consecuencias indeseables sobre la vida y la salud, así como en las dinámicas sociodemográficas. La relación de la interrupción del embarazo con la infertilidad determina que esta no solo sea preocupante en términos de salud y más en la adolescencia donde no existe una maduración biológica y una psicológica completa, si no que al vincularse con otras variables como la fecundidad, la natalidad y el envejecimiento poblacional, pase a constituir también una problemática social. En la Cuba actual es preocupante debido a la aceleración del envejecimiento poblacional. El presente trabajo constituye un análisis de estudios realizados sobre la actitud ante la IVE en adolescentes que recurren a esta práctica en la provincia de Villa Clara.

Palabras clave: interrupción voluntaria del embarazo (IVE), adolescencia, salud sexual y reproductiva, actitud, fecundidad.

Abstract

The voluntary interruption of pregnancy (VIP), goes back to the first civilizations where natural remedies were used that were introduced in the vagina of the woman in order to produce the death of the fetus. These methods evolved to modern methods such as: curettage, menstrual regulation and abortion induced by drugs, among others. The low perception of risk before the VIP and its possible consequences for the sexual and reproductive health and the little effectiveness of the promotion of the use of the contraceptive methods and the prevention of the unwanted pregnancy of the woman determine that this practice has been standardized in certain contexts, often considered as a method of contraception and family planning. The VIP is a social and health problem that has undesirable consequences on life and health, as well as socio-demographic dynamics. The relationship of the termination of pregnancy with infertility determines that this is not only worrisome in terms of health and more in adolescence where there is no biological maturation a complete psychological, if not to be linked to other variables such as fertility, birth and population aging also becomes a social problem. Problematic in Cuba today is worrisome due to the acceleration of population aging. The present work constitutes an analysis of studies carried out on the attitude towards VIP in adolescents who resort to this practice in the province of Villa Clara.

Key words: voluntary interruption of pregnancy (VIP), adolescence, sexual and reproductive health, attitude, fertility.

Índice

Introducción.....	6
Desarrollo.....	10
La interrupción voluntaria del embarazo. Evolución histórica y legal. Situación de Cuba.	10
La salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Características fundamentales.....	17
La interrupción voluntaria del embarazo en la adolescencia como problemática social y de salud.	21
Las actitudes como categoría psicológica. La actitud de las adolescentes ante la interrupción voluntaria del embarazo.	26
Un acercamiento a la actitud ante la interrupción voluntaria del embarazo en las adolescentes de Villa Clara.....	33
Conocimientos y creencias sobre la interrupción voluntaria del embarazo en las adolescentes.	34
Vivencias emocionales asociadas la interrupción voluntaria del embarazo en las adolescentes.	39
Tendencias conductuales en relación a la interrupción voluntaria del embarazo en las adolescentes	44
A forma de resumen.....	47
Conclusiones	50
Referencias bibliográficas.....	51

Introducción

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE en lo adelante), se remonta a las primeras civilizaciones donde generalmente se empleaban remedios naturales que se introducían en la vagina de la mujer con el fin de producir la muerte del feto. Años más tarde dichos métodos se sustituirían por la legra uterina inventada en 1946 por Recamier y la aspiración al vacío por WuWu en el año 1958. Estos métodos irían evolucionando hasta los más modernos que actualmente se conocen como: el legrado, la regulación menstrual y el aborto inducido por medicamentos, entre otros.

Aparejado al propio desarrollo de las vías para interrumpir el embarazo, se encuentra la posición legislativa ante su práctica. Actualmente a nivel mundial existe una posición flexible ante la IVE, principalmente en la región europea y en América del Norte. Sin embargo, gran parte de los países africanos, de Centroamérica y América del Sur prohíben su práctica o la limitan a situaciones excepcionales. En los países subdesarrollados conjuntamente a la posición legislativa ante la IVE se encuentran otros factores de orden social, cultural y educativo que influyen en el aumento de los índices de interrupciones de embarazos.

La baja percepción de riesgo ante la IVE y sus posibles consecuencias para la salud sexual y reproductiva de la mujer determinan que esta práctica se haya estandarizado en determinados contextos. Sumado a ello se encuentra la poca eficacia de la promoción del uso de los métodos anticonceptivos y la prevención del embarazo no deseado, lo cual influye en el hecho de que en muchas ocasiones la IVE sea considerada como un método anticonceptivo y de planificación familiar. Ello ha determinado que durante las últimas décadas en el mundo haya disminuido el número de interrupciones voluntarias del embarazo en los países desarrollados, sin embargo, en los países subdesarrollados la cifra ha aumentado elevando el índice mundial a 56 millones en el año 2015. Así lo reflejan estudios realizados por Sedgh, (2015, p.630).

En Cuba la IVE es legal, de forma tal que toda mujer mayor de 18 años tiene derecho a solicitar la interrupción del embarazo hasta las 10 semanas de gestación, previamente evaluada por un trabajador social y un especialista en ginecología. Esto ha influido en que si bien conceptualmente la IVE no es un método anticonceptivo, su práctica se haya instalado en las mujeres cubanas como un método alternativo que se

combina con los anticonceptivos propiamente dichos. En este sentido la IVE ha tomado un sitio especial en los últimos años, fundamentalmente asociado al embarazo precoz. Las razones son obvias, e incluyen aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Todos los métodos y técnicas de interrupción del embarazo, en mayor o menor grado, presentan riesgo de complicaciones.

En relación con ello con esto las políticas de nuestro país se centran en la atención de temas relacionados con la promoción de la sexualidad responsable y la prevención de las ITS y el embarazo precoz en los adolescentes. Como parte de dichas políticas se encuentran el Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes (PNAISA), el Programa Nacional de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo y el Programa de Educación de la Sexualidad con Enfoque de Género y Derechos Sexuales en el Sistema Nacional de Educación. Estos programas han influido en que el número de nacidos vivos por adolescentes haya disminuido de 81,5 por cada mil adolescentes en 1987 (22,4 %) a 51,6 en 2014 (Pérez, Soler, Pérez y Fonseca, 2015, p.74).

A pesar de estos esfuerzos, la tasa de fecundidad en las adolescentes se ha mantenido desde el 2014, constituyendo más del 16 % de la fecundidad total del país (Rodríguez y Molina, 2015). Estas cifras de la fecundidad en la etapa de la adolescencia no fuera tan preocupante si las prácticas sexuales no estuvieran asociadas a prácticas de riesgo, especialmente al abuso de la IVE y sus consecuencias, pues aparejado a ello, se ha elevado el número de interrupciones voluntarias en las edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, superando al resto de los grupos de edades. Según declaraciones del vicepresidente de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología de Cuba en el año 2013, el 76 % de las adolescentes embarazadas decidieron interrumpir su embarazo (Peláez citado en González, 2013, p.67).

Aún las mejores condiciones de seguridad no exoneran la interrupción del embarazo de complicaciones sobre la salud ni de los riesgos físicos y psicológicos que tiene implícitos, fundamentalmente, cuando se realiza en la etapa de la adolescencia y la juventud temprana. Lo cual conduce a que “el 70 % de las mujeres que acuden a una consulta de infertilidad tienen como antecedente una o más interrupciones durante la adolescencia o en su etapa de adulta joven” (Benítez, 2014, p.103). La relación de la IVE con la infertilidad, determina que esta no solo sea preocupante en términos de

salud, si no que al vincularse con otras variables como la fecundidad, la natalidad y el envejecimiento poblacional pase a constituir también una problemática social.

En nuestra provincia en el año 2015 el número de interrupciones realizadas en adolescentes a través de los métodos de misoprostol y legrado, fue de 899, dicha cifra en el año 2016 fue de 740. Si bien hubo una disminución entre un año y otro, esta no representa una diferencia significativa, ya que solo disminuyó en un 9,7 %. Lo anterior indica que el número de IVE se ha mantenido relativamente estable en este período de tiempo. Además solo se han reflejado los datos relacionados con estos procedimientos sin incluir otros como la regulación menstrual, dando margen a un incremento de dichas cifras. Todo esto apunta la necesidad de continuar trabajando en la prevención y promoción de los temas asociados a la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, principalmente asociado al embarazo precoz y a la IVE.

Gran parte de las adolescentes que solicitan la interrupción de la gestación poseen antecedentes sistemáticos de interrupciones, aun cuando se aconseja previamente en una consulta de riesgo preconcepcional acerca de los peligros a los que se exponen cuando se someten a este proceder. A su vez, muchas de ellas toman la decisión de interrumpir el embarazo porque no es el momento adecuado para ser madres y poseen aspiraciones de continuar estudiando y disfrutando de su juventud, sin embargo, muestran una conducta inconstante en cuanto a la protección en sus relaciones sexuales.

La IVE, es un problema social y de salud que atañe a la humanidad y, que tiene consecuencias indeseables tanto en la esfera psicológica, como en la sexual y reproductiva, así como en las dinámicas sociodemográficas. Especial énfasis habría que poner entonces en las adolescentes a quienes por las propias características biológicas y psicológicas puede afectar más la interrupción de un embarazo. En este sentido la interrupción del embarazo en las adolescentes ha sido abordada a nivel internacional mayormente desde los aspectos éticos y legales de su realización, así como en los métodos para realizarlo y las consecuencias de su práctica en esta etapa de la vida. Así se encuentran estudios como los de Miranda (2012) y Leal (2013), mientras que en el contexto nacional se encuentran las investigaciones de Barrera, Ortiz, Darromán y Montoya, (1999); Pelegrino, (2006); García, López y Alonso (2013) y Doblado, De la Rosa y Junco (2010).

Desde la perspectiva psicológica este tema se ha trabajado desde las actitudes ante la IVE en relación con su legalización y práctica. A nivel internacional entre los pocos estudios que abordan el tema, se encuentran como antecedentes las investigaciones de Fengxue, Isaranurug, Wongsawass & Nanthamongkolchai (2003); Palomino (2009); Jaime, Luna y Bautista (2010); Folasade (2013) y Trujillo y Sembrera (2016). En nuestro contexto, se pueden citar los estudios de Batista y Álvarez (2011) y Benítez (2014). En Villa Clara se halló como un antecedente importante la investigación realizada por Surí (2013), quien trabajó la percepción del riesgo ante la IVE en las adolescentes que solicitaron este servicio en la ciudad de Santa Clara.

Los estudios mencionados anteriormente demostraron amplios espectros de opiniones y valoraciones respecto a la interrupción voluntaria del embarazo. Así mismo, se centran en la cuantificación y generalización de los resultados logrando, caracterizaciones del fenómeno desde perspectivas que, si bien ofrecen datos muy interesantes sobre este pierden la riqueza que ofrece la esfera afectiva y vivencial de las propias adolescentes; dejando brecha para preguntas como: ¿por qué cada vez más la IVE toma auge como práctica anticonceptiva en las adolescentes? ¿Solo la baja percepción de riesgo ante esta y la accesibilidad al servicio determinan la popularidad de su práctica? ¿Qué piensan las adolescentes sobre la IVE? ¿Cuáles son las vivencias concretas que experimentan en esta situación?

Estas y otras tantas preguntas dan pie a seguir profundizando en el tema, no ya solamente desde un análisis predominantemente cuantitativo, si no incorporándole una perspectiva más cualitativa que permita ahondar en las experiencias de estas adolescentes; que provea una comprensión multidimensional de lo que piensan, sienten y hacen estas en relación con la interrupción voluntaria del embarazo. Esto es posible a través de análisis que tomen como centro, la categoría actitud que permite precisamente profundizar en esta experiencia desde dichas perspectivas. Es por ello que la presente monografía tiene como objetivo:

- Caracterizar la realidad actual de la interrupción voluntaria del embarazo en las adolescentes en Villa Clara y su relación con la actitud que presentan las mismas ante esta práctica.

Desarrollo

La interrupción voluntaria del embarazo. Evolución histórica y legal. Situación de Cuba.

Gutiérrez (2005), define la interrupción voluntaria del embarazo como “la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un feto menor de 500 g. y con una medida total de 20 centímetros o con una medida de la coronilla al coxis de 16,5 centímetros” (p. 82). Por otro lado González (2006), la define como “la finalización de la gestación antes de que el feto alcance la edad gestacional suficiente para sobrevivir fuera del claustro materno” (p. 431). La Organización Mundial de la Salud (OMS en lo adelante) en la Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud (2003), la asume como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. Si bien el límite de tiempo gestacional requerido para la interrupción varía de uno a otro concepto, en todos se plantea lo no viabilidad del feto fuera del seno materno como elemento esencial para su realización.

La interrupción de la gestación ha sido empleada desde la antigüedad como método de regulación de la fecundidad, captando la atención de muchos investigadores a lo largo del tiempo y generando una gran polémica en cuanto al procedimiento en sí y a su uso. Esta práctica tiene sus antecedentes en las primeras civilizaciones y está estrechamente relacionada con factores económicos, políticos, psicológicos y sociales existentes en el marco de una formación socioeconómica dada. El primer texto médico registrado sobre métodos contraceptivos se encuentra en los papiros egipcios que datan de los años 1850 a.n.e. En estos documentos se encuentran consejos y prescripciones ginecológicas, como “(...) el empleo de estiércol de cocodrilo mezclado con una pasta que era insertada en la vagina de la mujer y la irrigación de sustancias como el carbonato de sodio para interrumpir la gestación” (Himes, 1970, p. 1).

Según Pelegrino, en los pueblos primitivos de patriarcado absoluto, el jefe de la familia podía vender e incluso matar a sus hijos, aun antes de nacer, la mujer no podía decidir por su condición social. En esta época se preparaban pociones de hojas de sauce, óxido de hierro, barro o riñones de mula con el fin de producir la muerte del feto. Por otro lado, en el antiguo oriente, las chinas ingerían catorce renacuajos vivos tres días después de la menstruación para producirse la interrupción (Pelegrino, 2006, p. 1).

Estos métodos producían, en muchos casos, infecciones que conllevaban no solo a la muerte del feto, si no a la de la madre también.

Con el desarrollo de las ciencias médicas se sustituyen los métodos anteriormente mencionados, así en 1946, Recamier inventa la legra uterina. Esta permitía el abordaje de la cavidad del útero, lo que marcó una nueva orientación en la terapia ginecológica. En 1895, Althaus introduce en Alemania el uso de la cureta o legrado que más tarde se amplió y popularizó en toda Europa y cuya práctica tiene vigencia en nuestros días. Para el año 1927, Rykov realiza en Rusia la interrupción del embarazo por aspiración al vacío que se retoma en 1958 en China por Wu Wu y que, al igual que el legrado es empleado en la actualidad para interrumpir el embarazo (Down y Philip, 2005, p. 21). A estos se han sumado nuevas alternativas como las pastillas abortivas, la histerectomía, las inyecciones intraamnióticas y la administración intravenosa de componentes químicos que producen la expulsión del producto de la concepción. Estos procedimientos se agrupan en: interrupciones por métodos químicos y por medios quirúrgicos.

La IVE por métodos químicos consiste en la interrupción del desarrollo del embrión y en su eliminación por el canal del parto mediante la administración de una combinación de fármacos. Por otro lado, por métodos quirúrgicos no es más que la interrupción del desarrollo del embrión y su eliminación mediante el empleo de métodos e instrumentos quirúrgicos. Ambos procedimientos incluyen diversas variantes que son empleadas según el tiempo de gestación, de la salud de la madre, del contexto social en que es tomada la decisión y realizado el acto, especialmente el acceso a servicios médicos, los límites puestos por la legislación y la propia definición teórica que se asume del mismo.

La interrupción voluntaria del embarazo puede ser también o terapéutica. La interrupción voluntaria consiste en la interrupción antes que el feto sea viable, a petición de la mujer, pero no originado por deficiencia de la salud de la mujer embarazada o enfermedad del feto. Mientras que la terapéutica es realizada cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer embarazada. Algunas situaciones excepcionales en las que el feto no es viable es el caso del embarazo ectópico, en el que la implantación del embrión no acontece en el útero, sino, por ejemplo, en las trompas. Otras de las situaciones en las que se indica son: “cardiopatías después de descompensación cardíaca, vasculopatía hipertensiva avanzada y carcinoma invasor del cuello uterino.

Una indicación muy citada es evitar el nacimiento de un feto viable que tenga alguna deformidad anatómica o alteración psíquica” (Palomino, 2009, p. 31).

Como se analizó anteriormente, la práctica de la IVE está estrechamente vinculada a un grupo de factores que determinan la justificación y forma de su realización, dentro de estos factores se encuentra la legislación. Ello determina que en algunos países sea legítima y en otros no; y es que, a lo largo de la historia la interrupción voluntaria del embarazo, ha sido penalizada y despenalizada según las características socioeconómicas del sistema político imperante en la sociedad en cuestión, del poder que posean las instituciones religiosas y de sucesos de gran impacto social como la liberación de la mujer. Quizás uno de los factores que más ha incidido en la despenalización de esta práctica ha sido la necesidad de combatir los índices elevados de interrupciones ilegales, con sus complicaciones consecuentes, y como reconocimiento del derecho que tienen las mujeres de gobernar su reproducción.

Rusia fue la pionera en la despenalización de la IVE en el año 1920. Ya para la década de los años 70 de este siglo muchos de los países europeos, excepto España, habían emitido leyes que aprobaban la interrupción voluntaria del embarazo, ya fuese por decisión de la mujer o por razones médicas y durante el primer trimestre del embarazo. Por otra parte en la gran mayoría de los países latinoamericanos, africanos y musulmanes era solamente permitido para salvar la vida de la mujer.

Actualmente en una gran parte de los países de Europa y América del Norte, la IVE es legal: realizada sin restricciones y a petición de la mujer. Por otra parte, los países donde es ilegal exceptuando aquellos casos donde corre peligro la vida de la mujer o por problemas de salud física o psíquica, se encuentran ubicados mayormente en África y Suramérica. En contraste con este panorama, existe una menor cuantía de países donde esta práctica es prohibida, estas naciones se encuentran localizadas en América del Sur y Centroamérica.

Los países que permiten la IVE sin restricciones son los desarrollados que siguen la recomendación de la OMS, en cambio aquellos países cuyos ordenamientos jurídicos la prohíben por considerarla como un delito de gravedad inferior al infanticidio y realizable solo en condiciones excepcionales, constituyen en su mayoría países subdesarrollados o en vías de desarrollo. La realidad es que en los países desarrollados existe una mayor promoción de los métodos anticonceptivos y accesibilidad a estos, así

como una mejor divulgación de información sobre temas asociados a la sexualidad, la reproducción y la fertilidad, sumándosele un nivel educacional más elevado en las mujeres; mientras que en los países en vías de desarrollo sucede lo contrario adicionándosele el hecho de que en la mayoría la IVE es ilegal salvo algunas excepciones, por lo que es muy frecuente que las mujeres acudan a los servicios ilegales de interrupción del embarazo poniendo en riesgo su propia vida. Ello trasluce que la ley sobre la IVE es un reflejo de las estructuras socioeconómicas de cada país y cada época y es además, un reflejo de la situación social de la mujer, que a su vez depende de la estructura socioeconómica.

Las regulaciones sobre esta práctica han determinado que entre 1990 y 2014, las tasas de interrupciones hayan disminuido significativamente en los países más desarrollados del mundo, mientras que en las regiones más pobres dichas cifras han aumentado. Según datos del informe realizado por Sedgh, investigadora del Instituto Guttmacher de Nueva York y en colaboración con expertos en salud reproductiva de la Universidad de Génova, de Oakland y de la OMS, entre los años 2010 y 2014 la tasa de IVE estimada fue de 35 por cada 1.000 mujeres, contribuyendo de forma general a que una cuarta parte de los embarazos de todo el mundo terminara en interrupciones (p.631).

Hasta aquí se ha analizado cómo los métodos de interrupción de la gestación han evolucionado desde prácticas inhumanas e insalubres a métodos más eficientes e higiénicos, que tienen como fin la protección de la vida de la mujer y el reconocimiento del derecho sobre su reproducción. Así mismo, se ha abordado la evolución legal de esta práctica a nivel mundial y su influencia en los índices actuales, demostrando una disminución de los mismos en los países desarrollados y en contraposición, un aumento en los países en vías de desarrollo. Ello determinado en gran medida por las características socioeconómicas. Ahora bien, Cuba constituye un país en vías al desarrollo, sin embargo ¿ocurre igual en nuestro país que en el resto de los países subdesarrollados?

En nuestro contexto, la IVE data también de la época de nuestros aborígenes. “Existen reportes de 1642 donde Fray Bartolomé de las Casas describía la cantidad de trabajo impuesto por los españoles a las indias las inducía a realizarse interrupciones y al igual que las indias americanas utilizaban varas de olmo resbalosas para insertarlas en el canal cervical como método de interrupción” (Navarro y Ramos, 2006, p. 3). Estos métodos fueron cambiando y para 1913 se introducían sondas en la cavidad uterina. A

mediados del siglo XX, con el auge del legrado uterino a nivel mundial, se inicia su práctica; sin embargo esta fue de forma ilegal. Ello conllevó a la proliferación de las interrupciones ilegales con sus consecuentes efectos negativos sobre la salud de la mujer.

En el sentido jurídico, la ley más antigua sobre la IVE en nuestro país es el código penal redactado en 1870 y promulgado por decreto real en mayo del 1879 que se mantuvo hasta 1959. El mismo señalaba que la interrupción, intencionalmente provocada, pero amparada por una causa establecida legalmente, sería considerada lícita. Dentro de estas causas se encontraba la protección a la vida de la madre, por violación, o para evitar la transmisión de una enfermedad hereditaria o contagiosa de carácter grave (Pelegriño, 2006, p. 8-9).

A pesar de las excepciones para esta práctica, antes del triunfo de la Revolución y durante los primeros años de la década del 60 no se realizaban interrupciones, debido principalmente a la ausencia de médicos especializados y al aumento de forma vertiginosa del número de embarazos que exigían al máximo las capacidades médicas existentes. Además, no se tenía un concepto claro de la necesidad y la importancia de la planificación familiar como derecho individual de la población. Como consecuencia, se observó que la cifra de mortalidad materna por interrupciones ilegales y debido a maniobras autoinfligidas aumentó considerablemente, al mismo tiempo que bajaban las demás causas de mortalidad. Fue entonces cuando se decide, en 1965, crear las condiciones necesarias de institucionalización de la interrupción voluntaria del embarazo por el Sistema Nacional de Salud.

Esta posibilidad en el Sistema Nacional de Salud no constituyó una legalización explícita; solo fue consecuencia de una interpretación flexible del artículo 433 del Código de Defensa Social existente. La orientación estimaba que toda mujer que no pudiera o no quisiera llevar a término su embarazo, corría un grave peligro si la interrupción deseada de este no era realizada por personal especializado y en condiciones apropiadas, de esta forma se le confiere connotación de delito a cuatro figuras relacionadas con la IVE: cometida o ejecutada por lucro, realizada fuera de instituciones de salud autorizadas, efectuada por personal no médico y practicada sin el consentimiento de la mujer. (Batista y Álvarez, 2011, p. 1182).

Ya en el año 2014 se promulga la Resolución Ministerial No. 24 de Salud Pública donde fueron aprobadas las normas para la terminación voluntaria del embarazo. En su parte resolutive especifica diferentes situaciones en que puede ser realizada la misma, son: cuando existe el deseo expreso de hacerlo por razones médicas o de salud, por un diagnóstico prenatal donde resulta evidente la presencia de anomalías congénitas, que resultan incompatibles con la supervivencia deseada al nacer o por voluntad propia de la mujer, esta última dentro de las primeras 12 semanas de gestación (Rodríguez y Salgueiro, 2015, p. 772).

A pesar de que en nuestro país se asume la IVE como “la interrupción voluntaria de la gestación en las primeras 10 semanas o la expulsión del producto de la concepción que pese menos de 500 gramos” (Gutiérrez, 2005, p. 83), según la edad gestacional de la grávida y los motivos por los cuales se realiza, existen excepciones que permiten la interrupción con más tiempo de gestación. Así los métodos de interrupción se clasifican de la siguiente forma:

- a) Hasta 6 semanas, en servicios de regulación menstrual.
- b) Hasta 12 semanas, servicios de misoprostol o legrado uterino.
- c) Con más de 12 y hasta 22 semanas, por razones médicas o de salud y el método se valora según las características del caso.
- d) Con más de 22 y hasta 26 semanas, por razones terapéuticas de causa genética, el método se valora según las características del caso.
- e) Con más de 26 y hasta 35 semanas, de forma excepcional por razones terapéuticas de causa genética, el método se valora según las características del caso.

Así mismo, para todas las variantes de IVE se especifican los requisitos imprescindibles para su realización: existir un diagnóstico certero de embarazo; deseo expreso por escrito y evidencia documental del consentimiento informado de la grávida con capacidad plena o su representante legal y cuando proceda: realización del procedimiento por médicos especialistas habilitados en el territorio nacional y en instituciones asistenciales expresamente acreditadas para efectuar dicho proceder. (Rodríguez y Salgueiro, 2015, p. 773).

De esta forma, en Cuba, toda mujer mayor de 18 años puede solicitar la interrupción hasta la décima semana de embarazo, previa evaluación de un trabajador

social y un especialista en ginecología de la institución donde lo solicita y probando mediante exámenes de laboratorio la existencia del estado de salud requerido para la realización de la misma. En caso de ser menor de edad se solicita el consentimiento informado de los padres o tutores de la menor, recibiendo atención especial. Los métodos más empleados en la IVE en nuestro contexto son la regulación menstrual, el uso del misoprostol y el legrado uterino.

El legrado o raspado comienza con la dilatación del cuello del útero, luego se introduce en el útero una especie de cucharilla de bordes cortantes llamada legra o cureta. La legra destroza la placenta y al feto al ser pasada de arriba abajo por todo el útero. Este método se practica dentro las primeras 12 semanas de gestación (Castañeda, 2014, p. 3). Por otro lado, el uso del misoprostol no es más que la introducción de tabletas de dicho medicamento en la vagina de la mujer, con el objetivo de producir un aborto medicamentoso similar al aborto espontáneo o al parto prematuro.

Desde la despenalización de la IVE se ha hecho una tendencia la interrupción de la gestación como forma de controlar la fecundidad personal y de regulación de la planificación familiar. Analizando algunas estadísticas se observa que desde 1980 más de un tercio de los embarazos en nuestro país terminaron en interrupciones, convirtiéndose en una tendencia que aumenta cada año.

El aumento de las IVE cada año, ha conducido a que más de la mitad de los embarazos que se producen anualmente en nuestro país terminen siendo interrumpidos. De ellas un gran porcentaje ocurre en las adolescentes, situación que es alarmante no solo desde el punto de vista salutogénico sino también demográfico. Según declaraciones del vicepresidente de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología de Cuba, en el año 2013 el 76 % de las adolescentes embarazadas decidieron interrumpir su embarazo (Peláez citado en González, 2013, p.7). Muchas de ellas toman la decisión de interrumpir el embarazo porque no es el momento adecuado pues poseen aspiraciones de continuar estudiando y disfrutando de su juventud, sin embargo muestran una conducta inconstante en cuanto a la protección en sus relaciones sexuales.

Las cifras muestran una realidad que alerta sobre la necesidad de profundizar en este fenómeno que no solo influye en la salud sexual y reproductiva de la mujer, sino que además influye en los procesos demográficos como la fecundidad, infertilidad, natalidad y el crecimiento y envejecimiento poblacional. Especial énfasis habría que

poner entonces en las adolescentes a quienes por las propias características biológicas y psicológicas puede afectar de manera significativa la interrupción de un embarazo.

La salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Características fundamentales

La adolescencia, en términos generales, se caracteriza por cambios significativos de orden biológico, psicológico y social. Esta etapa del ciclo vital del desarrollo constituye una posición social intermedia entre el niño y el adulto ya que, por una parte el adolescente no ha terminado sus estudios y depende económicamente de sus padres, mientras que por otra comienza a presentar características psíquicas y físicas muy semejantes a las de los adultos. Esto influye en que los adolescentes desarrollen nuevas formas de relación con los adultos y los coetáneos, llegando a tener estos últimos gran peso en su bienestar psicológico.

Muchos han sido los autores que han investigado sobre esta etapa, por lo cual no se puede decir que haya una concepción unitaria sobre la misma. Sin embargo, en la actualidad existe un consenso en cuanto a considerarla como un momento clave en el proceso de socialización del individuo; un período de preparación para asumir y cumplir determinados roles sociales propios de la vida adulta. Esta concepción de la adolescencia no se centra solo en los cambios biológicos característicos de la etapa, si no que la estudia más desde los aspectos sociopsicológicos, considerándola una edad psicológica. De esta forma autores como César Coll, definen la adolescencia como la etapa que comprende desde los 12-13 años y que se extiende aproximadamente hasta finales de la segunda década de la vida (Coll, 1999, p. 434).

En esta etapa del ciclo vital del desarrollo, este autor realza la diferencia entre adolescencia y pubertad. Para Coll, la pubertad es “el conjunto de cambios físicos que a lo largo de la segunda década de la vida transforman el cuerpo infantil en un cuerpo adulto con capacidad para la reproducción” y la adolescencia, “el período psicológico que se prolonga varios años más y que se caracteriza por la transición entre la infancia y la adultez” (Coll, 1999, p. 435). Este autor considera la pubertad como un fenómeno universal común a todos los individuos, elemento fundamental en el proceso madurativo, sin embargo asume la adolescencia como un hecho psicosociológico que está matizado por la cultura y por ende no es necesariamente universal.

En relación con los cambios que se producen en la pubertad se encuentran los antropométricos, fisiológicos y endocrinos. En los adolescentes se produce un

crecimiento en todas las dimensiones corporales (estructura corporal y peso), conocido como segundo estirón. Este impulso comienza y termina antes en el caso de las hembras, pero nunca alcanza la misma proporción que en el caso de los varones. En cuanto a los cambios fisiológicos, se manifiestan algunas deficiencias que se producen en el sistema circulatorio por el rápido crecimiento del corazón, en comparación con el de los vasos sanguíneos, lo que trae como consecuencia alteraciones neurovegetativas (mareos, palpitaciones, dolores de cabeza, etc.).

También se observan desórdenes funcionales del sistema nervioso que provocan agotamiento físico e intelectual, irritabilidad, hipersensibilidad, trastornos del sueño y susceptibilidad a contraer enfermedades infecto-contagiosas. Gracias al incremento de la actividad del hipotálamo, que aviva el funcionamiento de la hipófisis (glándula de secreción interna), se producen cambios endocrinos al estimularse el funcionamiento de otras glándulas como las suprarrenales y las gonadotrópicas (ovarios y testículos). Estos cambios endocrinos crean las condiciones para una producción acelerada de estrógenos y andrógenos, proceso que influye notablemente en la maduración sexual (Domínguez, 2004, p. 217).

En las hembras la maduración sexual comienza con la menarquia o primera menstruación y en los varones con la primera eyaculación nocturna o espontánea. Como consecuencia de ella, se desarrollan tanto en las hembras como en los varones las características sexuales primarias y secundarias. Las características sexuales primarias se asocian a los cambios que ocurren en la estructura de los diferentes órganos del sistema reproductor, tales como el crecimiento de los testículos y el pene en los varones, y de los ovarios, el útero y la vagina, en las hembras. Las características sexuales secundarias apuntan al crecimiento del vello púbico y axilar en ambos sexos, así como del vello facial en los varones. En las hembras, crecen también los senos, se ensanchan las caderas, mientras que en los varones, los músculos de la laringe aumentan su tamaño y fuerza, ocasionando primeramente ronquera e inseguridad al hablar y permitiendo finalmente que el tono de voz se haga más grave. La maduración sexual estimula la atracción sexual y sirve de base a la consumación de relaciones sexuales entre los adolescentes. Estas relaciones tienden a ser inestables y a veces promiscuas, por la elevada necesidad del adolescente de explorar su cuerpo y tener experiencias con “el otro” en este terreno (Domínguez, 2004, p. 218).

Todas estas transformaciones puberales se vinculan estrechamente a la esfera autovalorativa y al carácter de la valoración que recibe el adolescente en su vida cotidiana por parte de los adultos y coetáneos, en la medida en que se van produciendo estos cambios. En esta edad, la actividad sexual, desde besos casuales, mimos y caricias, hasta el coito, satisfacen una cantidad de necesidades importantes, de las cuales la menos importante es el placer físico. Más importante es la habilidad de la interacción sexual para mejorar la comunicación, para ejemplificar la búsqueda de nuevas experiencias, para proporcionar madurez, para estar a tono con los compañeros de grupo, para lograr acabar con presiones y para investigar los misterios del amor (Teva, Bermúdez & Buela, 2011, p. 36). Es por ello que la imagen que los adolescentes tienen de sí mismos y de sus relaciones con sus iguales y con sus progenitores está relacionada con su sexualidad.

Los adolescentes se encuentran con dos grandes fuentes de influencia social en su desarrollo: los amigos, que adquieren un papel fundamental en este período; y la familia (especialmente los padres). El grupo escolar en el que se desenvuelve el adolescente ejerce gran influencia, y su conducta va a estar altamente influenciada por la opinión del grupo a la hora de tomar decisiones y acometer una tarea; además este constituye una vía de transmisión de normas, comportamientos y valores, que en ocasiones es más influyente que la propia familia. Para los adolescentes la amistad significa entablar relaciones duraderas basadas en la confianza, la intimidad, la comunicación, el afecto y el conocimiento mutuo. Durante este período se valora a los amigos principalmente por sus características psicológicas, y por ello son las personas ideales para compartir y ayudar a resolver problemas de esta índole como pueden ser: la soledad, la tristeza, las depresiones, entre otras. “Esta concepción de la amistad en los adolescentes es posible por el avance cognitivo que se produce en la toma de perspectiva social, que consiste en adoptar la posición de una tercera persona para analizar más objetivamente sus relaciones, es decir, tal y como las vería una tercera persona” (Peláez, 2008, p. 63).

Esta influencia que ejerce el grupo de iguales en el adolescente ha determinado que la actividad sexual se convierta en una norma necesaria para pertenecer al grupo. La mayoría considera que es necesario realizarla —como si fuera una moda—, y así tratan de buscar aceptación del grupo (Martín y Reyes, 2003, p. 6).

En Cuba, al igual que en los países desarrollados, existe una tendencia a la reducción de la edad menárquica. Como se ha mencionado anteriormente, este proceso provoca el despertar temprano de necesidades sexuales sobre todo biológicas, y el arribo a la primera relación sexual precozmente, en la mayoría de los casos sin suficiente preparación para afrontar de manera responsable y consecuente esta experiencia afectando la salud sexual y la reproductiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS en lo adelante) ha definido la salud sexual como “el completo bienestar físico y psicológico en el plano sexual y que supone la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad, de manera que se enriquezcan y estimulen la personalidad, la comunicación y el amor” (OMS, 1994, citado en Schiappacasse, 2003, p. 5). Así mismo, asume como salud reproductiva “la condición en la cual se logra el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social para la madre, el padre y los hijos y no solamente en ausencia de enfermedad o trastornos de dicho proceso” (OMS, 1994, citado en Schiappacasse, 2003, p. 5).

Tanto la salud sexual como la reproductiva no se limitan a la ausencia de una disfunción o enfermedad o de ambos; si no que incluye también los derechos sexuales de las personas y que, a su vez, estos se reconozcan y garanticen. Estas definiciones además implican que las personas tengan la capacidad de reproducirse, puedan hacerlo con los mínimos riesgos; que se pueda regular la fertilidad, y que puedan disfrutar de una sexualidad placentera y segura sin riesgos para su fecundidad y salud general, capacidad que en la adolescencia no se halla aún desarrollada por las propias características de la etapa.

Prácticamente toda la problemática de la salud sexual y reproductiva del adolescente se vincula a esta tendencia de los jóvenes a practicar conductas sexuales riesgosas (Della y Landoni, 2003, p. 17), entre las cuales se observan: inicio cada vez más precoz de la vida sexual; poco reconocimiento de los riesgos; las relaciones sexuales son imprevistas y ocurren en lugares y situaciones inapropiadas; experimentan continuos cambios de pareja; tienen poco conocimiento de la sexualidad; no se plantean el control del embarazo; demuestran escasa orientación y uso de anticonceptivos; y poseen insuficiente información sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS en lo adelante) y su prevención. “Asimismo, tienen poca experiencia para reconocer los síntomas del embarazo y son renuentes a aceptar la realidad de su situación. Por otra

parte, desconocen adónde acudir para obtener orientación y ayuda, y en general vacilan en confiar en los adultos” (Hernández, 2008, p.230 y Peláez, 2008, p.64). Ello hace que el embarazo precoz en la adolescencia sea una problemática cada vez más preocupante, más aún al estar vinculado al abuso de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE en lo adelante).

La interrupción voluntaria del embarazo en la adolescencia como problemática social y de salud

Junto al inicio de la actividad sexual en edades tempranas y el cambio frecuente de pareja, se encuentra la IVE como conducta sexual de riesgo en las adolescentes. Desde los inicios de la vida humana la interrupción del embarazo y la adolescencia han ido de la mano multiplicando el riesgo de esta práctica.

En nuestro país la IVE se realiza de forma institucionalizada y en las adolescentes de forma diferenciada con las mayores garantías posibles, sin embargo no está exenta de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías. Estas van desde los accidentes anestésicos, las perforaciones uterinas, las sepsis, las hemorragias, la enfermedad inflamatoria pélvica hasta la ocurrencia de un embarazo ectópico o la infertilidad e incluso la muerte. Estas complicaciones hacen mella significativa en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, quienes no poseen una maduración total de su sistema reproductor, exponiéndolas a un mayor riesgo.

El comienzo cada vez más temprano de la maduración sexual repercute en el problema de la sexualidad de forma significativa, ya que a edades más tempranas los adolescentes se encuentran biológicamente preparados para fecundar sin que ello signifique que posean el desarrollo biológico necesario para tener un embarazo óptimo, ni la madurez psicológica necesaria para enfrentar la maternidad y la educación de un hijo. Estudios realizados por Leyva, Sosa, Guerra, Mojena y Gómez arrojaron que en nuestro contexto el 40 % de las adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14-15 años y el 33,3 % entre los 12-13 años (Leyva *et al*, 2011, p. 327). Por otra parte los índices de fecundidad en las adolescentes también han aumentado, llegando a representar el 15,2 % de la fecundidad total del país en el año 2015 (Anuario Demográfico de Salud, 2014). Dicho aumento de la fecundidad en la etapa de la adolescencia no fuera tan preocupante si las prácticas sexuales en este periodo no

estuvieran asociadas a las prácticas de riesgo mencionadas anteriormente, especialmente al abuso de la IVE y sus consecuencias.

Como fue señalado anteriormente, aún las mejores condiciones de seguridad no exoneran la interrupción del embarazo de complicaciones sobre la salud ni de los riesgos físicos y psicológicos que tiene implícitos, fundamentalmente, cuando se realiza en la etapa de la adolescencia y la juventud temprana. Lo cual conduce a que “el 70 % de las mujeres que acuden a una consulta de infertilidad tienen como antecedente uno o más interrupciones durante la adolescencia o en su etapa de adulta joven” (Benítez, 2014, p. 103). La relación de la IVE con la infertilidad determina que esta no solo sea preocupante en términos de salud, si no que al vincularse con otras variables como la fecundidad, la natalidad y el envejecimiento poblacional pase a constituir también una problemática social.

Nuestro país vive hoy una crisis de fecundidad, variable esta que ha ido en detrimento desde finales de los años setenta. Hace más de treinta años que los índices de fecundidad se encuentran por debajo del índice de reemplazo, con la consecuente incidencia en el envejecimiento poblacional. “Uno de los factores que influyen en el detrimento de los índices de fecundidad es precisamente la alta tasa de las IVE y su influencia en la infertilidad” (Fariñas, 2013).

La definición de la variable fecundidad se complejiza debido a la variedad de las determinaciones biológicas y sociales que influyen en ella. Algunos autores señalan que dentro de la misma se estudia el conjunto de fenómenos cuantitativos directamente ligados a la procreación. Por otra parte, Freedman plantea que la fecundidad puede referirse al número de nacimientos en una población determinada en un período específico de tiempo, mientras que Pressat sostiene que se habla de fecundidad cuando se refiere de manera específica a las circunstancias de la procreación humana (Cárdenas, 2015). A pesar de las diferencias entre una y otra concepción, existe un consenso entre los estudiosos del tema al considerar los aspectos cuantitativos y las determinaciones sociales y de otra índole, como los cambios históricos que ha experimentado (Welti *et al*, 1997 citado en Cárdenas, 2015).

Se puede decir que la fecundidad se define como, la capacidad de una mujer, un hombre o una pareja, de producir un nacimiento (Welti *et al*, 1997 citado en Cárdenas, 2015). Se habla de fecundidad efectiva cuando se refiere a un nacido vivo. Por otro lado

es muy importante tener en cuenta las diferencias existentes entre los conceptos fecundidad y fertilidad. La primera se refiere al resultado efectivo de la procreación mientras que la segunda se refiere a la capacidad biológica que posee una mujer, hombre o pareja para engendrar un hijo. Opuesto a este concepto se encuentra el de infertilidad, que es la imposibilidad de concebirlo. Una mujer fértil puede decidir no tener hijos, y mantener tal calidad aunque la fecundidad sea nula (Wolti *et al*, 1997 citado en Cárdenas, 2015).

En relación con esto, la IVE es un fenómeno que afecta a la reproducción de la población como factor de carácter social y el embarazo en edades tempranas, constituye una de las problemáticas vinculadas a la fecundidad en nuestro país por su relación con el índice de infertilidad. En un estudio sobre los determinantes de la fecundidad en Cuba se ponderó el papel que jugaban cada uno de los determinantes próximos de la fecundidad, una de las conclusiones de ese estudio fue que la IVE ocupa “el segundo lugar entre los determinantes de la disminución de la fecundidad; el primero fue la utilización de contraceptivos” (Fernández, 2010).

Como se ha mencionado con anterioridad, a la larga el abuso de la IVE puede terminar causando infertilidad y “en nuestro contexto se ha convertido en una de las causas de la disminución del índice de la natalidad, donde entre un 12 y un 14 por ciento de las parejas no puede tener hijos” (Mendaro y Álvarez, 2014). No es fortuito entonces que el proceso de envejecimiento poblacional que vive Cuba, el cual además de demostrar el desarrollo social alcanzado, tiene como otras de sus condicionantes la baja natalidad que caracteriza el escenario social, así como el bajo número de hijos promedio por mujer, de los cuales es inferior el promedio de hijas hembras, aspecto clave para el llamado reemplazo poblacional (Fariñas, 2013).

Los análisis realizados nos permiten concluir que lo que puede ser considerado a simple vista como un problema relativo a la salud individual, en realidad se articula en una cadena que con el tiempo termina convirtiéndose en una problemática demográfica y por tanto preocupante a escala social. La sexualidad y la conducta sexual se expresan a nivel individual, interpersonal y comunitario. Un adolescente sexualmente saludable es capaz de comunicarse con su familia, interactuar con sus pares de forma respetuosa, y es capaz de expresar amor e intimidad de manera apropiada. La sexualidad sana implica madurez psicológica y cognitiva que permita a la persona comportarse de manera que promueva su salud, incluyendo su salud sexual y reproductiva. Es decir, debe tener

capacidades que les permitan apreciar su propia sexualidad, disfrutar de los sentimientos sexuales, ser responsable de su conducta sexual y ser capaz de evitar situaciones que le lleven a consecuencias no deseadas.

El desarrollo sexual se produce a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales, la familia incide decisivamente sobre la conducta sexual del adolescente. Estudios realizados demuestran que los medios de comunicación y la televisión, la escuela y los pares, y el hogar, en este orden, son las tres fuentes de información sobre la sexualidad que reciben los adolescentes. Además estos aspectos serán los que representan un papel principal en el desarrollo y la salud del adolescente (Schutt-Aine, Maddaleno, 2003).

Los aspectos abordados anteriormente alertan sobre la necesidad de establecer nuevos métodos de prevención del embarazo precoz en búsqueda de evitar la IVE como método de regulación de la fecundidad y de planificación familiar. Dicha necesidad es contemplada en nuestro país, donde constituye una prioridad elevar la calidad de vida de la población, para ello se mantienen e impulsan los avances en el sector de la salud, por ello se realizan importantes transformaciones con el objetivo de eliminar desigualdades en la situación de salud y en el uso de los servicios.

También se busca perfeccionar el sistema, haciéndolo eficiente y sostenible, en particular los referidos a la salud sexual y reproductiva que son objetivos priorizados, tanto por su significado humano como por su impacto en el estado de salud general y en el desarrollo sostenible de la población. Para ello se cuenta con un sistema único de salud, basado en la atención primaria con carácter intersectorial, integral y descentralización de los servicios especializados desde niveles terciarios y secundario hasta el policlínico, que asume la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud y que abarca un número de consultorios del médico y la enfermera de la familia insertados en la comunidad (Gran, Torres, López y Pérez, 2013, p. 233).

Aunque en nuestro contexto la IVE es legal, siempre se han tenido en cuenta los riesgos que esta práctica puede ocasionar en las pacientes, por lo que los médicos colaboran en la preparación, la supervisión y evaluación de actividades para la regulación de la fecundidad y la planificación familiar, poniendo especial atención en las adolescentes. Para ello se han desarrollado diferentes programas que están destinados a la atención de temas relacionados con la promoción de la sexualidad

responsable y la prevención de las ITS y el embarazo precoz. Dentro de estos programas se encuentra el Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes (PNAISA), el Programa Nacional de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo y el Programa de Educación de la Sexualidad con Enfoque de Género y Derechos Sexuales en el Sistema Nacional de Educación.

El Programa Nacional de Atención Integral a la Salud del Adolescente se contempla la atención diferenciada a las adolescentes para la realización de la interrupción de la gestación en las instituciones de salud de nivel secundario. Ello garantiza que de cierta forma disminuyan los riesgos ante la realización de este procedimiento, aunque no en su totalidad. Por otra parte una de las directrices del Programa Nacional de Planificación Familiar y Riesgo reproductivo está encaminada a propiciar conocimientos, orientación y servicios a los adolescentes y jóvenes en relación a la salud sexual y reproductiva partiendo del trabajo del médico y enfermera de la familia (MINSAP, 2001, p. 9).

Finalmente el Programa de Educación de la Sexualidad con Enfoque de Género y Derechos Sexuales en el Sistema Nacional de Educación tiene como objeto la promoción y formación en los adolescentes de una sexualidad responsable, abordando temas como la calidad de vida, la planificación familiar y el embarazo, entre otros tantos, mediante la utilización desde las escuelas de metodologías participativas vinculadas a la experiencia de vida personal y al contexto social donde se desarrollan los adolescentes (MINED, 2011, p. 5-8). Estos programas tienen como objetivo común preparar a los adolescentes para asumir de forma responsable su salud sexual y reproductiva, así como potenciar en ellos la planificación familiar desde la prevención y la anticoncepción y no desde los métodos de interrupción, sin embargo, a pesar de la existencia de dichos programas y de los esfuerzos de los sistemas de salud y educación, en nuestro país el número de IVE sigue elevándose.

Se puede concluir que la garantía y protección del ejercicio del derecho humano reproductivo debe asegurar que la interrupción del embarazo se realice en las condiciones más saludables y con los menores riesgos posibles. En este sentido, la práctica de la IVE debe considerarse como un recurso extremo y no constituye un método ordinario anticonceptivo de regulación de la fecundidad. Lo ideal sería brindar una educación sexual y servicios de contracepción lo suficientemente eficaces como para reducir al mínimo el número de los embarazos no deseados, evitando las

complicaciones físicas y psíquicas que acompañan la interrupción de la gestación. Especialmente en las adolescentes quienes por las propias características biológicas y psicológicas poseen mayor riesgo a enfrentarse a complicaciones físicas y mentales. De ahí la necesidad de potenciar una actitud responsable ante la sexualidad, el embarazo y la interrupción voluntaria del embarazo en las adolescentes. Sin embargo, ¿es esta la actitud que asumen nuestros adolescentes ante la interrupción voluntaria del embarazo?

Las actitudes como categoría psicológica. La actitud de las adolescentes ante la interrupción voluntaria del embarazo

Una de las categorías más trabajadas en Psicología es la actitud, principalmente desde la Psicología Social. Varios han sido los autores que han ofrecido su definición sobre dicha categoría, estas definiciones pueden agruparse en tres grandes grupos: las definiciones de carácter social, las definiciones conductuales y las cognitivas. Dentro de las primeras se encuentran autores como Thomas y Znaniecki (1918), para quienes las actitudes serían “reflejo a nivel individual de los valores sociales de su grupo” (Thomas y Znaniecki, 1918, citado en Sánchez y Mesa, 2002, p. 10) y se reflejan en patrones conductuales propios de los miembros de un grupo y que regulan las interacciones entre ellos.

Por otra parte la perspectiva conductista asume la actitud como una predisposición a actuar o responder de una forma determinada ante un estímulo u objeto actitudinal (Bem, 1967, citado en Sánchez y Mesa, 2002, p.10). Mientras que en las definiciones cognitivas se encuentran varios autores como Secord & Backman (1964), quienes definen la actitud como “ciertas regularidades de los sentimientos, pensamientos y predisposiciones de un individuo a actuar hacia algún aspecto del entorno” (Secord & Backman, 1964, citado en Sánchez y Mesa, 2002, p. 10). Por otro lado Fishbein & Ajzen (1975), la definen como “una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud” (Fishbein & Ajzen, 1975, citado en Sánchez y Mesa, 2002, p. 10)

Hay otros autores como Cook & Selltiz (1976), que declaran que la actitud es “una disposición fundamental que interviene en la determinación de las creencias, sentimientos y acciones de aproximación-evitación del individuo con respecto a un objeto” (Cook & Selltiz, 1976, p. 62). Para Martínez (1999), el concepto de actitud implica “ciertos componentes morales o humanos, exige un compromiso moral y se

define como una tendencia o disposición a percibir y reaccionar en un sentido” (Martínez, 1999, citado en Sánchez y Mesa, 2002, p. 11)

Uno de los autores más destacados en el estudio de las actitudes en el campo de la Psicología es G. Allport, este autor comprende las actitudes como un “estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona” (Allport, 1935, p. 9). Otros autores como :Krech & Crutchfield, asumen las actitudes desde otra perspectiva, considerándolas “un sistema estable de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos, emociones y tendencias de acción desfavorables o favorables respecto a objetos sociales” (Krech & Crutchfield, 1948, citado en Sánchez y Mesa, 2002. p. 12).

Si bien las definiciones pueden inclinarse a poner énfasis en distintos aspectos, la mayoría de estas se centran en la naturaleza evaluativa de las actitudes, considerándolas juicios o valoraciones que implican respuestas de aceptación o rechazo hacia el objeto actitudinal. Los puntos comunes en las diferentes concepciones determinan entonces que las actitudes sean consideradas como experiencias subjetivas que no pueden ser analizadas directamente, sino a través de sus respuestas observables. Así mismo, representan respuestas de carácter electivo ante determinados valores que se reconocen, juzgan y aceptan o rechazan; mediado por la alta carga afectiva y emocional que poseen. Además son adquiridas y constituyen aprendizajes relativamente estables que pueden ser susceptibles a la reorientación e incluso al cambio, es decir, pueden ser enseñadas. Su significación social puede ser determinada en los planos individual, interpersonal y social.

Por su parte Katz & Scotland proponen la concepción de la teoría multidimensional de las actitudes (Katz & Scotland, 1959). Esta como su nombre lo indica comprende la actitud conformada por tres componentes: el cognitivo, el afectivo y el conativo o comportamental. Desde este enfoque la actitud es concebida como “una tendencia o predisposición del individuo a evaluar de cierta forma un objeto o símbolo de ese objeto” (Katz & Scotland, 1959, p. 427). Estos componentes no se pueden entender como elementos independientes en las actitudes si no que conforman una especie de engranaje donde se complementan entre sí para dar lugar a un todo más complejo. Si bien es necesario analizarlos por separado para su comprensión, en la vida cotidiana se dan en una manifestación integrada que

es la propia actitud. Ello hace que en gran medida esta sea una de las categorías más difíciles de trabajar y medir en Psicología.

El componente afectivo ha sido considerado como fundamental por el peso que tiene en la evaluación sobre el objeto actitudinal. Durante la interacción con un objeto es muy probable que se asocie a determinados sentimientos de agrado o desagrado, especialmente si los referentes que se poseen son de alguna importancia (interés, valor) para el sujeto. Generalmente aquellos objetos con los cuales se ha tenido experiencias previas, suelen ser los más proclives a obtener una carga afectiva más intensa, aunque ello no indica que la reflexión y el conocimiento no lo doten también de dicha carga afectiva. Este componente constituye la fuente principal de diferenciación entre las actitudes y otras categorías como pueden ser las creencias y las opiniones, las cuales se caracterizan por su carga cognoscitiva.

En cuanto al componente cognitivo se puede decir que este podría ser la introducción al fundamento principal de la actitud, es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto actitudinal. Este componente incluye las percepciones y creencias hacia el objeto, mientras más conocimiento detallado se posee del objeto mayor será la asociación para que exista una actitud. Es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto, si no se conoce el objeto o no se posee suficiente información no se generarán actitudes. La representación cognoscitiva del objeto puede ser vaga o errónea, generando entonces actitudes de valencias de poca intensidad, de carácter nulo o ambivalente, siendo insuficientes entonces para fundamentar por sí solos una actitud determinada.

Finalmente el componente conativo o comportamental hace referencia a aquellas intenciones conductuales o tendencias de acción en relación con una actitud y al objeto actitudinal. Este componente expresa la conjunción de los dos componentes anteriormente mencionados, es el componente que dinamiza la actitud. Es la verdadera relación entre el objeto y el sujeto. Por supuesto, aun cuando estos son los componentes esenciales de las actitudes, no son los únicos que las determinan; las normas sociales, las vivencias, la influencia del medio, los otros y la propia personalidad constituyen agentes mediatizadores en la formación de las actitudes.

Las actitudes no solo propician la conducta y son parte de un sistema de representación de la realidad, si no que a su vez cumplen varias funciones en la vida cotidiana. Según Freitas y Pisco (2013), las actitudes poseen “función de clasificación, de conocimiento del mundo, de defensa del yo y de expresión de este y de los valores personales” (p. 26). Las actitudes permiten clasificar muchos aspectos y objetos de nuestro ambiente en categorías dicotómicas como bueno-malo o útil-inútil, etc. Algunas constituyen un mecanismo de defensa del yo y otras permiten expresar y reforzar la imagen que se tiene de sí mismo y de los valores propios. Las actitudes también permiten conocer el mundo en tanto forman una serie de valores preconcebidos y afirmaciones acerca de distintas formas del ser propio y el medio, constituyendo instrumentos muy útiles en este sentido.

Para otros autores como Morales (2007), las actitudes tienen como función “la organización del conocimiento, la utilitaria y la de expresión de valores” (p. 460). Las funciones de organización del conocimiento y de expresión de valores se corresponden con las funciones planteadas por los autores abordados anteriormente. La función utilitaria permite optimizar las relaciones con los demás permitiendo conseguir lo que se quiere y evitar aquello que se considera dañino.

Por otra parte, Palomino (2009) incorpora las funciones de evaluación de los objetos y de ajuste social. Para esta autora, poseer una actitud determinada hacia un objeto es más funcional que no tener ninguna, ya que permite orientar la acción, planteando que “las actitudes más accesibles, son aquellas que implican una asociación fuerte entre objeto–evaluación, siendo más funcionales y ayudando a guiar la acción hacia el objeto. La actitud poco accesible no puede ser buena guía para la acción y no cumple su función de evaluación de objetos de forma satisfactoria” (p. 29). La función de ajuste social es la que conduce a formar parte de un grupo determinado y a la vez hace que el individuo se ajuste a este, asumiendo las actitudes que predominan en el mismo.

Las funciones de las actitudes están vinculadas a la valencia que estas tienen hacia el objeto actitudinal. Dicha valencia puede ser positiva, negativa o neutra. Según Morales, (2007) la valencia asume además diferentes grados de polarización, pudiendo ser la positiva de extremosidad alta, donde la persona considera el objeto actitudinal como algo altamente positivo o de extremosidad media, donde se hace una evaluación medianamente positiva del objeto actitudinal, de la misma forma ocurriría entonces con

la valencia negativa (p. 459). También puede darse el caso de que ante determinado objeto, persona o fenómeno, el individuo carezca de actitud o este genere ambivalencia. Esto está determinado por la carencia de información relacionada al objeto actitudinal, a la falta de significado de dicho objeto actitudinal en la vida de la persona o a conflictos que el mismo genere.

Se puede resumir que las actitudes constituyen una tendencia o predisposición adquirida, de carácter relativamente duradero que implica una orientación sistemática de la conducta hacia determinados objetos, personas, situaciones y fenómenos sociales. Estas se encuentran mediatizadas por la información que se posee sobre el objeto actitudinal, las experiencias previas con el mismo y la asociación emocional que se le asigna. Es decir, las actitudes no son conductas sino predisposiciones para actuar selectivamente, para conducirse de determinada manera en la interacción social.

En la etapa de la adolescencia las actitudes asumen características especiales ya que como se ha analizado anteriormente es una etapa caracterizada por disímiles cambios que generan dudas e incertidumbre, por lo cual es comprensible que las actitudes en esta etapa sean inestables y que en muchos casos estén influenciadas por la opinión de los coetáneos que componen el grupo donde se desempeña el adolescente. De ahí que el componente afectivo posea una significación particular en esta etapa de la vida. La adolescencia constituye una etapa donde recién se comienza a experimentar en la interacción sexual, el disfrute de la amistad, las salidas en grupos, las primeras fiestas nocturnas, el inicio del consumo de bebidas alcohólicas y donde se comienzan a perfilar los intereses profesionales, en fin es una etapa donde el adolescente se comienza a descubrir como adulto.

Ante situaciones como un embarazo precoz surge entonces la realidad del truncamiento del disfrute de todas estas experiencias a lo cual se le suma la presión social que ejercen la familia y los amigos, por lo que en muchos casos las adolescentes deciden (o sus padres deciden por ellas) interrumpir el embarazo. En este sentido la actitud ante la interrupción del embarazo es más situacional que relacionada con el objeto actitudinal en sí, determinando que en muchos casos sea ambivalente.

Además de estos factores, existen otros de naturaleza demográfica y sociocultural que influyen en la actitud ante la IVE como pueden ser, el nivel de escolaridad y las creencias religiosas. Ejemplo de ello constituyen los hallazgos de

estudios realizados por Jaime, Luna y Bautista (2010) en adolescentes de la zona metropolitana de México. Estos mostraron una polémica ante la práctica de la IVE ya que a pesar de existir una desviación hacia el rechazo de la práctica no es una actitud abiertamente negativa. Dicha actitud estuvo mediada por las creencias formadas en la familia y en la religión que profesan, fuente principal del andamiaje sobre el que forman su criterio. Similares resultados mostró una investigación realizada por Folasade, (2013) con estudiantes de la universidad de Nigeria donde la mayoría poseían una actitud negativa ante dicha práctica, asociada también a la práctica de alguna religión.

Por otra parte investigaciones realizadas por: Fengxue, Isaranurug, Wongsawass& Nanthamongkolchai, (2003) en una secundaria básica en la provincia de Nahkon Phantom en Tailandia, mostraron actitudes más positivas ante la interrupción de la gestación en las adolescentes de los últimos años de la enseñanza, que en la de los primeros años. En dicha investigación el nivel educacional se encontró significativamente relacionado con la actitud positiva ante la IVE.

En contraste, investigaciones realizadas con estudiantes del 5to año de un centro de nivel medio en Perú, arrojaron que a mayor conocimiento mayor actitud de rechazo hacia esta práctica y mientras más bajo el nivel de conocimientos, mayor actitud de aceptación hacia la misma (Trujillo y Sembrera, 2016). Ello refleja la influencia del factor sociocultural sobre la formación de las actitudes especialmente relacionadas a un tema tan controversial como es la interrupción voluntaria del embarazo.

Estudios realizados por Palomino (2009), en la ciudad de Lima arrojaron que el 66 % de la muestra presentó una actitud indiferente ante la interrupción de la gestación, estos resultados estuvieron asociados a la falta de conocimientos sobre la misma y de experiencias personales asociadas a la IVE. En las investigaciones antes mencionadas se evidencia la influencia del componente cognitivo y afectivo en la propia formación de la actitud ante la interrupción voluntaria del embarazo, influenciados por las características del contexto social donde viven los adolescentes. Así mismo, existe un espectro amplio de posicionamientos ante esta práctica destacando la tendencia a la indiferencia y el rechazo de esta práctica en países latinoamericanos, lo cual puede estar asociado a las tradiciones culturales y al propio hecho de que en muchos de estos países es ilegal.

En Cuba las investigaciones relacionadas con la IVE en las adolescentes se han enfocado desde cuatro perspectivas principalmente: la evolución histórica de la misma

en Cuba, la caracterización del proceso en sí en la adolescencia, el uso del misoprostol en la interrupción del embarazo en las adolescentes y la percepción de riesgo de estas adolescentes ante la IVE.

En relación con la evolución histórica de la interrupción voluntaria del embarazo en Cuba, se encuentran estudios como los de Batista y Álvarez (2011). Estos autores realizaron un abordaje sobre las consideraciones históricas y jurídicas sobre esta práctica en el país. Por otra parte Benítez (2014) realizó una revisión bibliográfica sobre la evolución de la IVE segura en Cuba. Ambos estudios concuerdan en que la principal causa de legalización de la interrupción de la gestación en nuestro contexto, fue la necesidad de combatir los índices de interrupciones ilegales y las consecuentes muertes maternas. Así mismo reconocen una tendencia a la elevación del empleo de este procedimiento en la última década.

En cuanto a la caracterización del proceso de IVE en las adolescentes se encuentran como antecedentes las investigaciones de Doblado, De la Rosa y Junco (2010) quienes realizaron una caracterización de la misma en adolescentes que acudieron a este servicio en el hospital “Dr. Julio Rafael Alfonso Medina” de Matanzas. Los resultados arrojaron que el grupo de edad predominante estuvo entre los 15-17 años y la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue de 15 años. Así mismo se evidenció una tendencia hacia la práctica sistemática de la interrupción del embarazo y desprotección en las relaciones sexuales. Similares resultados obtuvieron Úrgeles, Reyes, Figueroa y Batán (2012), en estudios realizados con adolescentes de La Habana, donde se repitieron las tendencias mencionadas anteriormente.

Otro estudio con resultados similares fue el realizado por Fernández, Jerez, Ramírez y Pineda (2014) en una caracterización de la IVE en adolescentes que acudían a esta en un policlínico del municipio Pinar del Río. En dicha investigación el grupo de edad predominante estuvo entre los 18-19 años y el rango de edad de inicio de la primera relación sexual fue entre los 14 y los 17 años. También se evidenció el desuso del condón en las relaciones sexuales, aunque una parte significativa de las adolescentes refirió embarazo por fallo del método. Así mismo, el motivo más frecuente de solicitud de la interrupción fue ser muy joven para asumir el rol de madre.

Otro grupo de estudios han estado dirigidos al abordaje de la interrupción de la gestación asociada a la perspectiva sociodemográfica. Entre ellos se encuentran los

realizados por Gran, Torres, López y Pérez García (2013) y los de García, Albizu-Campos y Alfonso (2014). En estos estudios se relacionan variables sociodemográficas como la fecundidad, mortalidad y mortalidad infantil con la IVE, la salud y las expectativas de vida.

Por otra parte dentro de las investigaciones relacionadas con la percepción de riesgo ante la interrupción voluntaria del embarazo en las adolescentes se encuentra como antecedente importante, el estudio realizado por Surí (2013) en el Hospital Gineco Obstétrico “Mariana Grajales” de Villa Clara. En el mismo se trabajó con adolescentes que acudieron a este servicio y se encontraron como principales factores de riesgos variables sociodemográficas como el inicio precoz de las relaciones sexuales, la prevalencia del nivel medio de escolaridad en los familiares y las condiciones de la vivienda. Así mismo, otros factores de riesgo identificados fueron: la poca comunicación con los padres y la pareja; la poca calidad y cantidad de información recibida sobre temas asociados a la sexualidad, proveniente tanto de la familia como de la escuela, el equipo de salud y los medios de difusión masiva.

Además se encontró que la mayoría de las adolescentes consideraba la interrupción de la gestación como un método anticonceptivo y poco riesgoso. La baja percepción de riesgo ante la IVE y sus consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva evidenciada en dicha investigación nos lleva a preguntarnos: ¿constituye este un factor determinante en la actitud que asumen las adolescentes ante esta práctica?

Un acercamiento a la actitud ante la interrupción voluntaria del embarazo en las adolescentes de Villa Clara

Estudios realizados por Barrios, Ferrer y Guevara exploraron dicha categoría en un grupo de adolescentes que solicitaron la interrupción de su gestación en el Hospital Universitario Gineco Obstétrico “Mariana Grajales”. La investigación siguió el paradigma mixto, específicamente se realizó un estudio con alcance exploratorio-descriptivo. La triangulación de la información se efectuó a partir de la aplicación de un cuestionario *ad hoc* y la entrevista psicológica. Ello brindó una comprensión de las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual de las actitudes, lo cual se tradujo en una panorámica del fenómeno mucho más completa y dinámica.

La población comprendió 213 adolescentes entre los 12 y los 19 años que acudieron al servicio de legrado o misoprostol del hospital anteriormente mencionado,

en el tiempo comprendido entre marzo y mayo del 2017. La misma se dividió en 111 adolescentes que interrumpieron el embarazo mediante el método de legrado y 102 que lo hicieron mediante el método de misoprostol. A partir de la población se trabajó con una muestra de tipo probabilística, siguiendo las consideraciones de Hernández (2006) para el cálculo de este tipo de muestra. En la investigación la misma quedó conformada por 100 adolescentes que acudieron a los servicios de legrado y misoprostol en el período estudiado.

Siguiendo la teoría multidimensional de las actitudes, se establecieron los tres componentes actitudinales como dimensiones a explorar y se tradujeron en indicadores que fueron evaluados a través del cuestionario confeccionado para la investigación y de la entrevista psicológica realizada a las adolescentes. El procesamiento del cuestionario se realizó a través del SPSS para Windows en su versión 22, para ello se emplearon medidas de frecuencias absolutas y relativas. Por otra parte los datos de la entrevista se procesaron a través del análisis de contenido. Los resultados obtenidos se agruparon según las dimensiones de la teoría multidimensional de las actitudes anteriormente analizada.

Conocimientos y creencias sobre la interrupción voluntaria del embarazo en las adolescentes

El procesamiento de los datos obtenidos a través de la pregunta 1 del cuestionario demostró que en relación con el conocimiento sobre qué es la IVE y cómo se realizan los procedimientos de legrado y misoprostol, el 70 % de las adolescentes careció de esta información, manifestándose en la falta de elementos técnicos y en la poca elaboración de sus respuestas. El 22 % manifestó un conocimiento parcial basado principalmente en las consecuencias sobre la salud para definir qué es la interrupción voluntaria del embarazo, así mismo no hubo una elaboración definida sobre cuáles son los procedimientos y cómo se realizan. Solo un 8 % demostró poseer información de calidad sobre la IVE en sí y los procedimientos para su realización. Esto se reflejó en el nivel de profundidad de sus respuestas, en la identificación de los métodos de interrupción y en los argumentos técnicos sobre el concepto de la misma.

Si bien predominó un desconocimiento sobre la práctica, los conceptos que ofrecieron las adolescentes, se dirigieron en tres direcciones: un 28 % asociado a las emociones que experimentaron ante la situación, un 64 % a las consecuencias del

procedimiento y un 8 % al procedimiento en sí. Ello se corroboró con las categorías que emergieron en el análisis de contenido (definición desde emociones, consecuencias y procedimientos. Así, las adolescentes que demostraron poseer información respecto al tema, reconocieron en este “un aborto provocado por métodos quirúrgicos o mediante el uso de pastillas”, “provocar la muerte del bebé por decisión voluntaria de la madre cuando este no es viable fuera del útero, se hace a través de pastillas o en el salón”.

Estos hallazgos se asemejaron a los obtenidos por Pérez, Soler, Pérez y Fonseca (2015), quienes realizaron un estudio con adolescentes embarazadas en el municipio de Campechuela en nuestro país. La muestra de dicho estudio estuvo compuesta por 50 adolescentes, de ellas el 80 % mostró un nivel bajo de conocimiento sobre la IVE y sus consecuencias, así como de temas asociados a la salud sexual y reproductiva.

En otros contextos se encontraron investigaciones con resultados similares, como la realizada por García y Panduro (2013). Esta constituyó un estudio con 200 adolescentes peruanos donde el 86,5 % presentó conocimientos deficientes sobre la interrupción de la gestación y 13,5 % conocimientos eficientes. Trujillo y Sembrera (2015), también obtuvieron resultados semejantes en una investigación cuya muestra fue de 128 estudiantes de una secundaria básica de Perú. El 53,9 % de ellos no expresó conocimientos sobre el procedimiento y solo un 22,7 % demostró un conocimiento alto.

Las respuestas que ofrecieron las adolescentes durante la entrevista reflejaron que la mayor fuente de información sobre qué es la IVE y cuáles son los procedimientos mediante los que se realiza, provino de las amigas con experiencias previas de interrupciones y de la familia, quedando en último lugar el personal de salud. En relación con ello también resultó insuficiente la preparación recibida en las escuelas mediante los programas y espacios creados con el objetivo de abordar dichos temas, lo que demostró la necesidad de continuar insistiendo en la promoción de los métodos anticonceptivos, la prevención del embarazo precoz y el abordaje de otros temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

De igual forma, la información la obtuvieron una vez que habían detectado el embarazo y no de forma preventiva. En este sentido, cuando se les preguntó si se consideraban suficientemente informadas al respecto, el 40 % de las adolescentes refirió que no. Sin embargo, ante la posibilidad de ampliar dicha información el 18 % respondió negativamente, argumentando que “prefiero no saber”, “ya sabré cuando pase

por esto”. Ello denotó no solo desconocimiento asociado a la IVE, sino poco interés en profundizar en el tema; lo cual determina su carácter circunstancial.

Esto contribuyó a que en la mayoría de las adolescentes el proceso de toma de decisión sobre qué método escoger para interrumpir el embarazo y al mismo tiempo las acciones que proyectaron hacia su salud sexual y reproductiva, fueran menos eficaces dada la escasez y la baja calidad de la información.

El tiempo de gestación también constituyó un factor influyente, ya que muchas veces el embarazo fue detectado después de las 6 semanas, dejando un período de 4 semanas para decidir el tipo de proceder y cumplir con los requisitos clínicos necesarios para la interrupción. De esta forma la generalidad de las adolescentes decidió el procedimiento a realizarse por influencia de los padres y amigos o por la decisión que tomaron los especialistas de salud, tanto del consultorio médico como de las consultas de misoprostol y legrado, lo que se tradujo en una participación pasiva de las adolescentes en la toma de decisiones en cuanto al embarazo y la interrupción del mismo.

De igual forma, el papel de la pareja como co-decisor fue pasivo, comportamiento que se repitió en el procedimiento de misoprostol. Durante el análisis de contenido, las entrevistas arrojaron que las adolescentes que interrumpieron su embarazo por el método de legrado lo escogieron además porque “(...) no se siente nada porque te ponen anestesia y no sufres, ni ves nada y no duele”. En el uso del misoprostol se observó igualmente un predominio de la influencia de la familia y los amigos sobre la elección del procedimiento, siguiéndole el ser menor de edad para interrumpirse a través del método de legrado.

Estos elementos no solo contribuyeron a la elección del tipo de procedimiento, sino que constituyeron también para muchas de las adolescentes motivos para interrumpir el embarazo. En relación con ello, el 17 % de la muestra refirió culminar la gestación por consejo de los amigos y el 21 % refirió interrumpirse por presión de la familia.

En cuanto a la influencia de las amigas, estudios realizados por Álvarez, Rodríguez y Sanabria (2009) en nuestro contexto, encontraron que las adolescentes que pertenecieron a un grupo donde la mayoría iniciaron las relaciones sexuales y tuvieron antecedentes de interrupciones; estuvieron más expuestas a asumir los mismos comportamientos de sus coetáneas.

En relación con la influencia de los padres en la toma de decisiones, en la literatura consultada no se hallaron investigaciones vinculadas al tema en nuestro contexto. Sin embargo, estudios realizados por Fernández, Leal, Lozano y Pastor (2010) con estudiantes mexicanos, obtuvieron resultados similares donde el 16% de la muestra fue obligado a interrumpir la gestación por presión de la familia. De igual forma investigaciones llevadas a cabo en España, por Doblado *et al*, (2010) arrojaron que el 69,5 % de las adolescentes tomaron la decisión por coacción de los padres.

Este tipo de evento familiar pone en la mirilla los procesos de comunicación, resolución de conflictos y la función educativa de la familia como posibles catalizadores de dichas situaciones. El papel activo de esta institución conjuntamente con las entidades educativas y de la salud en la promoción de los métodos anticonceptivos y la prevención del embarazo precoz, no solo garantiza bajas probabilidades de que ocurra si no que favorece la comprensión y el apoyo ante este tipo de situaciones y promueve a su vez una sexualidad responsable en las adolescentes. Destacando la necesidad de continuar haciendo hincapié en la labor conjunta de estas instancias sociales.

El poco conocimiento en relación con la IVE evidenció la poca efectividad de los programas destinados a prevenir el embarazo precoz en la adolescencia y a la promoción de una sexualidad responsable, conduciendo a la necesidad de establecer nuevas alternativas a la hora de poner en práctica dichos programas.

En relación con las consecuencias que pueden ocasionar los procedimientos de la IVE, los datos se centraron en los riesgos que representa la interrupción del embarazo mediante el legrado o el uso del misoprostol, lo cual se vinculó con el indicador conocimiento sobre las consecuencias del procedimiento.

El 70 % de las adolescentes reconoció que la interrupción puede traer consecuencias para la salud y el bienestar psicológico, con una tendencia a reconocer y mencionar mayormente los daños biológicos. Ello fue corroborado en las entrevistas mediante el análisis de contenido donde las categorías que emergieron estuvieron orientadas en estos dos polos de igual forma. En relación con los daños biológicos las expresiones más frecuentes fueron “puede provocar hemorragias, daños en el interior, entre otras”, “(...) enfermedades cérvico-uterinas”, “la muerte”. Es importante destacar que dentro de los daños biológicos uno de los más reconocidos fue la posibilidad de

quedar estéril, constituyendo el 15 % de las respuestas, dato que sobresalió también en las preocupaciones más frecuentes relacionadas al procedimiento.

Por otro lado, en relación a los daños psicológicos expresaron que “siento que nunca voy a ser la misma”, “me pone muy mal, me deprimó y me pongo muy nerviosa”, “me altero y siento que soy mala persona”.

El 37 % de las respuestas se centraron en los daños biológicos que puede ocasionar la interrupción del embarazo, seguido de un 33 % que reconoció los daños psicológicos y un 30 % que no consideró consecuencias algunas. En gran medida este es el resultado de la información que recibieron estas adolescentes una vez que decidieron interrumpir el embarazo, ya que generalmente las consecuencias que fueron mencionadas por los amigos, familia o especialistas del área de salud se vincularon al aspecto biológico. En el caso de aquellas que fueron informadas, pues como se pudo apreciar un por ciento considerable no identificó posibles consecuencias en los procedimientos de la IVE.

En relación a las creencias asociadas la interrupción de la gestación, se identificó solo un 7 % que refirió considerarlo como asesinato. Si bien este no es un dato cuantitativamente significativo, si lo es en el aspecto cualitativo ya que esta creencia generó en las adolescentes fuertes conflictos emocionales ante la toma de la decisión de interrumpir el embarazo y en el momento de su realización. De esta forma se encontraron asociados a esta creencia emociones de tristeza y ansiedad que generaron culpa y arrepentimiento en las adolescentes.

Durante la entrevista el 12 % de las adolescentes expresaron que “es terminar con una vida”, “es un asesinato” y “es un crimen, no se debería hacer”. La mayoría de estas no se encontraron seguras de la decisión que tomaron, si no que estuvieron presionadas por la familia o la pareja. Sin embargo, ni los posibles conflictos intrapersonales, ni las vivencias emocionales negativas que generaron en ellas, movilizó su comportamiento en rechazo a la interrupción del embarazo en ese momento.

A modo de cierre se puede concluir que una parte significativa de las adolescentes mostró no dominar qué es la IVE ni en qué consiste, vinculándola principalmente a las consecuencias que puede traer para la salud sexual esta práctica. Incluso a la hora de referir las consecuencias las respuestas más frecuentes se movieron entre no reconocer la posibilidad de estas o poner énfasis en el impacto biológico. En el

caso de las consecuencias psicológicas, si bien fueron mencionadas por el 33 %, no se apreció elaboración personal ni conocimiento real, no trascendiéndose de la frase trastorno psicológico para detallarlos mejor.

Vivencias emocionales asociadas a la interrupción voluntaria del embarazo en las adolescentes

Como se mencionó anteriormente las creencias constituyen uno de los factores que intervinieron en las vivencias emocionales que experimentaron las adolescentes ante la interrupción del embarazo, sin embargo los motivos y las preocupaciones asociadas a esta decisión también ejercieron fuerte influencia en ellas.

A través de la pregunta 4 del cuestionario se abordaron los motivos para interrumpir el embarazo, los datos obtenidos se movieron en cuatro direcciones: conflictos intrafamiliares, realización profesional, situación económica y otras aspiraciones, lo cual coincide con las categorías emergidas del análisis del contenido de las entrevistas.

Como se aprecia, los motivos más frecuentes fueron la continuación de estudios, ser muy joven y, no estar preparada para cumplir el rol de madre y no querer tener hijos, quedando muy cerca la presión ejercida por los padres para tomar la decisión. De manera general, estos motivos no constituyeron situaciones excepcionales como pueden ser el padecimiento de una enfermedad o el fallo del uso de algún método anticonceptivo, si no que fueron situaciones cotidianas asociadas a la etapa. Esto señaló una flexibilidad en la justificación y uso de la IVE como método anticonceptivo y de regulación de la fecundidad.

La continuación de estudios dio al traste con el hecho de que el 66 % de la muestra estuvo compuesta por estudiantes, lo cual se tradujo en la aspiración a una realización profesional como prioridad antes que la maternidad. En relación con ello, en el análisis de contenido de la entrevista refirieron “todavía tengo que estudiar y graduarme”, “quiero ser una buena profesional”, “después que me gradúe y lleve un tiempo trabajando, será el momento para ser mamá”, “quiero seguir en mi deporte” y “hay muchas cosas en el orden profesional que quiero hacer antes de tener un hijo”. Para estas adolescentes la interrupción constituyó “una oportunidad para las jóvenes que quieren seguir estudiando”, “un chance para crecer, trabajar y construir mi vida para después ser madre”.

El no querer tener hijos se manifestó conjuntamente con la continuación de estudios, reflejando una proyección de la maternidad a largo plazo en el proyecto de vida de estas adolescentes y dándole prioridad al esparcimiento y la recreación. Esto se vinculó con otras razones planteadas para la interrupción. En relación a ello, el 32 % de la muestra refirió querer disfrutar la juventud y no sentirse preparada para cumplir el rol de madre. Estas adolescentes asumieron la adolescencia como etapa de disfrute, esparcimiento y apertura a experimentar de las “libertades” del ser un poco más adulto. Durante las entrevistas algunas de ellas expresaron “este es mi tiempo de salir, pasear, fiestar, tener novio y disfrutar mi juventud”, “hay mucho que salir y disfrutar antes de parir”. De esta forma asumieron entonces la IVE como una alternativa que “permite disfrutar la juventud”.

Sin embargo, en esta realidad se reflejó una contradicción determinada por las propias características de la adolescencia y es que, si bien las adolescentes asumieron esta etapa de la vida como momento de disfrute y esparcimiento, no mostraron responsabilidad ante la salud sexual y reproductiva. Muchas de ellas manifestaron desconocimiento sobre la IVE y a pesar de conocer teóricamente las consecuencias que puede tener sobre su salud, no se protegieron durante sus relaciones sexuales. Este comportamiento estuvo determinado por despreocupación, tendencias a tener relaciones sexuales esporádicas y no planificadas y por el tiempo de relación con la pareja. Esto reflejó una baja percepción de riesgo ante las ITS y el embarazo precoz, así como falta de habilidades para la negociación del uso del condón. En relación a esto el 67 % de las adolescentes a pesar de tener conocimientos sobre los métodos, expresaron no conocer las vías existentes para acceder a ellos y cómo utilizarlos adecuadamente.

La mayoría de las adolescentes no empleó métodos anticonceptivos durante sus relaciones, lo cual reflejó una posición irresponsable ante la salud sexual y reproductiva, determinada por la edad y la inexperiencia característica de esta etapa. Por otro lado, resultó interesante que el 18 % de las adolescentes que emplearon algún método anticonceptivo refirió estar embarazada por fallo del método y el 25 % por descuido en alguna ocasión.

González y Quintana (2015), obtuvieron resultados similares en un estudio realizado con adolescentes del municipio Plaza de la Revolución, donde el 74,2 % de estas no emplearon métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales. El estudio realizado por Rodríguez y Molina (2015), a partir de la revisión de los datos del período

2010- 2014 de los Anuarios Demográficos, arrojó también una tendencia hacia el desuso de los métodos anticonceptivos en esta etapa.

En el contexto internacional se encontraron las investigaciones de Doblado et al (2010), en España, que obtuvieron resultados similares donde un 56,2 % de las adolescentes que interrumpieron su embarazo no emplearon métodos anticonceptivos alguno.

Retomando algunos elementos abordados en el epígrafe anterior, el 30 % de las adolescentes refirió conocimientos sobre la IVE asociados a emociones displacenteras y generadoras de culpa. En relación con esto, algunas de las expresiones verbales durante la entrevista fueron “es algo triste”, “es un procedimiento que te marca para toda la vida”, es un dolor que no se quita”, “te deja una sensación de vacío”, “es muy triste a fin de cuentas estás quitando una vida”.

Como se puede apreciar las emociones asociadas a la situación se relacionaron con el conocimiento sobre la interrupción voluntaria del embarazo en estas adolescentes, lo cual evidencia la multidimensionalidad de las actitudes y la estrecha relación entre sus componentes.

Las emociones que experimentaron las adolescentes ante esta situación se dividieron en dos direcciones: hacia emociones displacenteras y hacia emociones que generaron tranquilidad, categorías que emergieron también en el análisis de contenido de las entrevistas.

Las emociones más experimentadas fueron el miedo y el arrepentimiento, lo cual se corroboró en el completamiento de frases, específicamente en el ítem 4, donde la mayoría de las adolescentes refirieron experimentar miedo ante la situación. Ello debido a que, para muchas fue la primera vez que se sometieron a este tipo de procedimiento, por lo que las preocupaciones estuvieron principalmente dirigidas a las consecuencias biológicas del procedimiento. En relación con esto algunas de las expresiones referidas por las adolescentes fueron “tengo mucho miedo de todo”, “me asusta lo que me pueda pasar”, “tengo miedo de las consecuencias que pueda tener para mi salud”, “estoy preocupada y no puedo estar tranquila”.

Respecto al arrepentimiento, las respuestas giraron alrededor de la falta de responsabilidad al no emplear un método anticonceptivo para prevenir el embarazo,

algunas de ellas refirieron que “tenía que haberme cuidado”, “si hubiese usado condón no tuviera que estar aquí”. En consecuencia, el 34 % de las adolescentes señalaron en relación al ítem 5 del completamiento de frases, que le aconsejaría a una amiga que se cuidara si fuera posible. Esto constituyó reflejo de que partieron de esta experiencia para aconsejar a otras mujeres sobre el tema.

En un 12 % de las adolescentes el arrepentimiento, la tristeza y la culpa estuvieron vinculados a la creencia de la interrupción de la gestación como crimen, manifestándose en expresiones como “tengo remordimiento, me siento culpable, este bebé no es responsable de mi descuido”, “estoy siendo mala persona”, “siento miedo de lo que los demás puedan decir de mí, estoy matando a un bebé”. Estas respuestas evidenciaron conflictos que estuvieron determinados en gran medida por el hecho de que estas adolescentes no estuvieron totalmente seguras de querer hacerlo o tomaron la decisión al considerar que son muy jóvenes y no sentirse preparadas para cumplir el rol de madres. Así mismo, el 9 % de las adolescentes que reportaron estas vivencias emocionales expresaron como motivo de interrupción del embarazo los conflictos intrafamiliares.

En relación con las emociones generadoras de tranquilidad, se encontró que el 3 % de las adolescentes experimentó alivio ya que constituyó una alternativa de solución a un problema. En este sentido los motivos asociados a estas emociones fueron: no querer modificar su cuerpo, no desear tener más hijos, continuar estudios y seguir el consejo de los amigos. En el análisis de contenido de la entrevista las adolescentes refirieron “me siento tranquila porque me lo puedo sacar”, “es un alivio”, “estoy bien porque voy a salir de un problema”.

Las emociones más frecuentes fueron las displacenteras, destacándose el miedo y el arrepentimiento, influyendo a su vez, en las preocupaciones ante esta situación. Estas, se encontraron estrechamente vinculadas a las consecuencias de esta práctica, específicamente en relación a la posibilidad de quedar infértil y en cuanto a la salud sexual.

Según los datos, la mitad de la muestra refirió preocupaciones asociadas a la salud sexual principalmente. Estas preocupaciones se vincularon al conocimiento que poseen en relación a las consecuencias biológicas. A su vez, el análisis de contenido manifestó dos tendencias en relación a la salud sexual, un 17 % dirigido hacia la

posibilidad de que queden restos y 33 % hacia los posibles daños como pueden ser hemorragias, perforaciones, etc. Ello se reflejó en expresiones como “me preocupa cómo salga de esto”, “temo que me dañen el interior”, “tengo miedo a que me queden restos”, “me preocupa que tenga una hemorragia”. Como se aprecia hubo una estrecha relación entre las preocupaciones y las emociones que generaron esta situación en las adolescentes. En el caso específico de estas preocupaciones, se manifestó mayormente el miedo y el nerviosismo.

Por otra parte, se manifestaron preocupaciones vinculadas a la posibilidad de quedar estéril, relacionadas también con emociones como el miedo, la tristeza y el arrepentimiento. Ello se reflejó en expresiones como “tengo miedo de no poder tener hijos nunca más”, “me preocupa que quede estéril, sería un dolor muy grande para mí”, “me preocupa y me hace sentir triste la posibilidad de no poder tener hijos en un futuro”, “lo que más temo es que cuando quiera no pueda ser mamá”. De igual forma la mayoría de las adolescentes que refirieron estas preocupaciones y emociones asociadas a ellas se encontraron por vez primera en esta situación.

En contrapartida, las adolescentes que refirieron no tener preocupaciones asociadas a la IVE, tuvieron experiencias abortivas previas. Estas adolescentes representaron el 6 % de la muestra y a su vez fundamentaron su seguridad no solo en las propias experiencias previas si no en la calidad del servicio y la profesionalidad de los especialistas. Durante las entrevistas estas refirieron “no me preocupa nada, los médicos de aquí son muy buenos y saben lo que hacen”, “no hay de qué preocuparse, yo confío en que todo va a salir bien, no tiene por qué ser diferente a las veces anteriores”.

Motivos, vivencias emocionales y preocupaciones no se pueden analizar por separado, si no que requieren de ser interpretados desde su interfuncionalidad. De esta forma se destacó que el 53 % de las adolescentes que refirieron como motivo para interrumpir el embarazo la continuación de estudios experimentaron emociones de miedo, tristeza, nerviosismo y arrepentimiento y presentaron preocupaciones en relación a su salud sexual y a la posibilidad de quedar estéril. Así mismo, es necesario analizar su vínculo con el conocimiento sobre la IVE, en relación con ello el 48 % expresó no poseer conocimientos sobre el procedimiento y al preguntarles si les gustaría ampliar la información, respondieron que no.

Tendencias conductuales en relación con la interrupción voluntaria del embarazo en las adolescentes

Para el análisis de las tendencias conductuales en relación a la IVE, se definieron como indicadores las experiencias previas, la defensa de la práctica y la disposición a su práctica futura.

En relación a las experiencias de interrupción, se constató que el 33 % de la muestra tuvo alguna experiencia previa. Según los datos, el mayor por ciento de las adolescentes de este grupo se realizó una interrupción con anterioridad, siguiendo aquellas que tuvieron dos y tres experiencias de interrupciones previas. Partiendo del 33 % con antecedentes como total, se encontró que el 33,3 % se interrumpió previamente a través del método de legrado, el 51,5 % a través del método de misoprostol y el 15,2 % combinó ambos métodos con anterioridad. Esto reflejó alta confianza en los métodos, baja percepción de riesgo y a su vez, la familiarización de su uso en nuestro contexto.

Los datos obtenidos a través del cuestionario reflejaron tendencias en relación a las preocupaciones y emociones que experimentaron las adolescentes ante esta situación y las experiencias abortivas previas. En este sentido, existió una tendencia a la disminución de las preocupaciones y emociones displacenteras a medida que aumentó el número de interrupciones previas. De esta forma, en las adolescentes con antecedentes de una y dos interrupciones, se constataron preocupaciones mayormente vinculadas a la posibilidad de quedar estéril y vivencias de miedo y arrepentimiento. En contrapartida, las participantes con tres experiencias previas mostraron mayor indiferencia ante las consecuencias y menos emociones displacenteras, reflejando una familiarización con los métodos y una disminución de la percepción de riesgo ante el uso de los mismos. Resultados parecidos se hallaron entre las experiencias previas y los conocimientos sobre las causas asociadas a la IVE.

Según el análisis de los datos, se constató que las adolescentes con una y dos interrupciones previas reconocieron tanto daños biológicos como psicológicos con un predominio de los primeros. En contraste, el 3,03 % de las adolescentes que se realizaron tres interrupciones reconocieron daños psicológicos en esta práctica, no identificando que esta pueda conllevar a daños biológicos.

En relación con la defensa de la práctica de la IVE se encontró una tendencia a la aceptación de la misma bajo determinadas circunstancias como pueden ser la continuación de estudios, el ser muy joven y no estar preparadas para cumplir el rol de madre, querer disfrutar de la juventud y no tener hijos, entre otras. Situaciones que como se mencionó anteriormente no constituyeron excepciones para el empleo de estos métodos, si no que son características de esta etapa.

La generalidad de las adolescentes se mostró de acuerdo con la práctica de la IVE ante determinadas situaciones, seguidas de aquellas que están en desacuerdo con la misma. Así, la menor cuantía estuvo totalmente de acuerdo con dicha práctica. En el análisis de contenido realizado a las entrevistas emergieron en relación a este aspecto dos categorías: aprobación de la práctica y desaprobación de la misma.

Las adolescentes que aprobaron la práctica de la IVE bajo determinadas circunstancias asumieron la interrupción como una alternativa de solución ante un problema. De estas adolescentes, el 73,1 % asumió como motivo de interrupción la continuación de estudios, el 14 % el ser muy joven y no estar preparada para ser madre y el 12,9 % querer disfrutar la juventud. Sin embargo, en el ítem 4 del completamiento de frases, las respuestas que ofrecieron se vincularon a que aconsejarían a sus amigas que lo pensarán bien y que no interrumpieran el embarazo de ser posible.

Al profundizar en esta aparente contradicción las adolescentes expresaron que “no le aconsejo a nadie lo que no me gusta para mí”, “creo que debería ser la última opción”, “(...) si lo puede tener que lo tenga, no me gustaría que mis amigas pasaran por esto que estoy pasando yo”, “no quisiera tener que hacerlo, pero tengo que seguir estudiando”. Como se pudo analizar ya sea desde lo socialmente esperado o por la toma emocional que implicó esta situación en ellas; estas adolescentes no aconsejaron la interrupción de la gestación como una alternativa para otras mujeres, recomendando en primer lugar el empleo de métodos anticonceptivos. En relación con ello, muchas de estas expresaron que a partir de la experiencia comenzarían a protegerse en sus relaciones sexuales.

En cuanto a las adolescentes que refirieron estar en desacuerdo con esta práctica, coincidieron con aquellas que plantearon como motivo de la interrupción los conflictos intrafamiliares. Durante la entrevista estas adolescentes refirieron que “si no fuera por mis padres y los demás no lo haría, pero tengo que evitar problemas”. En este

caso, la posición de dichas adolescentes quedó claramente reflejada en los ítems 4 y 6 del completamiento de frases del cuestionario. Respecto al primer ítem refirieron que aconsejarían a sus amigas no interrumpir el embarazo y en relación al segundo expresaron que quisieran tener el bebé. Así mismo mostraron una disposición negativa ante la práctica futura, refiriendo en las entrevistas que “ya no lo haría de nuevo, ni aunque tuviera que vivir sola bajo un puente”.

Por otra parte, las adolescentes que estuvieron en total acuerdo con la IVE tuvieron como motivos de interrupción el no querer modificar su imagen corporal y no desear tener más hijos. En los ítems 4 y 6 del completamiento de frases, las respuestas de estas adolescentes se centraron en que aconsejarían su práctica a sus amigas y que quisieran continuar con su vida como antes de estar embarazadas. De igual forma, durante la entrevista expresaron “le diría a mi amiga que se lo hiciera, el aborto es lo mejor cuando uno no quiere tener un hijo”, “para mí es lo mejor”, “creo que es una opción más y que beneficia a muchas muchachas que están en una situación parecida a la mía”, “es una opción fiable y segura”.

Respecto a la disposición hacia la práctica futura de la IVE, se reflejaron dos posiciones: hacia la disposición positiva y hacia la negativa. En el análisis de contenido también se observaron dichas tendencias. En relación a esto predominó la disposición negativa, aún cuando los porcentajes entre una y otra tendencia no se alejaron demasiado.

El 37,5 % de las adolescentes que presentaron una tendencia negativa ante la práctica futura, argumentó su postura en las experiencias previas. Durante el análisis de contenido algunas de las respuestas que ofrecieron en relación a ello fueron, “este es el último que me saco”, “no, a partir de ahora me cuido, esto no volverá a pasar”, “el próximo va para afuera, pero después de 9 meses”. Sin embargo, estas adolescentes coincidieron con aquellas que refirieron estar de acuerdo con la interrupción ante determinadas situaciones que involucraron metas de su proyecto de vida. Esto se tradujo en que, si bien valoraron la posibilidad de no volver a emplear el método, existe la alternativa de que recurran otra vez a su uso mientras existan situaciones similares a las que las llevaron en este momento a practicarse la interrupción. Esto conjuntamente con la poca elaboración personal de sus respuestas, determinó que dicha disposición ante la práctica futura de la IVE fuera más bien situacional.

Como soporte de ello se encontró el comportamiento de aquellas adolescentes que expresaron que volverían a interrumpir el embarazo partiendo de los propios motivos que influyeron en la decisión actual. En relación a ello, el 18,1 % expresó como motivo de interrupción el no querer tener más hijos, el 38,6 % el no desear tener hijos como proyecto mediano y el 43,3 % querer disfrutar de la juventud.

Otras de las razones que ofrecieron como justificación para el uso de los métodos abortivos fueron la calidad del servicio y la preparación de los profesionales de la salud. En este sentido durante la entrevista expresaron “lo volvería a hacer sin pensarlo, no quiero tener hijos”, “si no es el momento adecuado lo haría, quiero tener hijos cuando termine mi carrera y sea una buena profesional”, “confío en la medicina y lo volvería a hacer a pesar de los riesgos”, “sí, lo volvería a hacer”.

A modo de cierre se puede concluir que la mayoría de las adolescentes se realizó por primera vez una interrupción. También un porcentaje significativo de la muestra estuvo de acuerdo con la IVE bajo determinadas situaciones relacionadas a su proyecto de vida. Por otra parte, se evidenció una tendencia a la disposición negativa hacia la práctica futura marcada por un carácter situacional reflejado en los motivos de su interrupción y en el impacto afectivo que implicó esta situación en ellas. Finalmente, se observó en las adolescentes que tuvieron un mayor número de interrupciones una disminución de la percepción de riesgo ante las consecuencias de la interrupción voluntaria del embarazo.

A forma de resumen

Las actitudes constituyen un complejo multidimensional integrado por la esfera cognitiva, asociada a los conocimientos con relación al objeto actitudinal; la afectiva que abarca las vivencias emocionales asociadas al objeto, y la conductual que determina las tendencias comportamentales. Estas constituyen una disposición a la acción en función de la valoración que hace el sujeto del objeto actitudinal y en base a los componentes anteriormente mencionados.

En relación con la actitud ante la interrupción voluntaria del embarazo en las adolescentes que acudieron a este servicio en el Hospital Materno de Santa Clara, se encontró que las adolescentes presentaron bajos niveles de conocimiento asociados a qué es la IVE y cuáles son sus procedimientos y cómo se realizan. Vinculado a ello, la conceptualización que demostraron poseer estuvo relacionada con las consecuencias

biológicas de esta práctica. Por otra parte, un grupo de adolescentes manifestó como creencia asociada a la práctica la concepción de la misma como un crimen.

A pesar de poseer conocimientos sobre las consecuencias de la IVE sobre la salud en estas adolescentes se observó una tendencia a la aprobación de la IVE bajo determinadas situaciones que comprometieron su proyecto de vida, constituyendo razones de interrupción del embarazo. De esta forma los motivos más frecuentes fueron: la continuación de estudios, no querer tener hijos y considerarse muy joven y poco preparada para asumir el rol de madre. Estos se tradujeron en una flexibilidad en la justificación y uso de la IVE como método anticonceptivo y de regulación de la fecundidad. Lo que evidenció una postura ambivalente ante dicha práctica en el futuro. Esta ambivalencia estuvo dada en la coexistencia de rechazo a partir de las emociones displacenteras presentes, unido al temor, a las consecuencias de estos métodos y la aceptación de los mismos como alternativa para el logro de sus proyectos futuros.

Todos estos elementos determinaron que la actitud que asumieron estas adolescentes ante la interrupción voluntaria del embarazo fuera ambivalente. El desconocimiento sobre la IVE y sus procedimientos, conjuntamente con el dominio de las consecuencias y el hecho de que para muchas es la primera interrupción; generaron emociones displacenteras en estas adolescentes, acompañadas de preocupaciones mayormente vinculadas a la salud sexual y reproductiva. A su vez, los motivos actuantes en la decisión de interrumpir el embarazo se tradujeron en situaciones vinculadas a sus proyectos de vida, lo cual determinó que asumieran una postura de aprobación ante esta práctica; aún cuando refirieron aconsejar a otras mujeres preferiblemente el uso de métodos anticonceptivos, mediatizado también por la toma afectiva que implicó dicha situación en ellas. Esto determinó una postura ambivalente en la disposición ante la práctica futura de la interrupción y consecuentemente en la actitud de forma general.

En relación con ello, en la literatura consultada no se encontraron estudios relacionados al tema en nuestro contexto con los que se pudieran contrastar dichos resultados. Sin embargo, en el ámbito internacional investigaciones realizadas por García (2013), arrojaron resultados similares en una muestra de estudiantes de los primeros años de la universidad de Morelos en México, donde la actitud ante la IVE en los adolescentes encuestados fue ambivalente y se vinculó principalmente a los motivos de interrupción.

La actitud ambivalente de estas adolescentes ante la interrupción constituyó un llamado de alerta ante la efectividad de los programas destinados a la promoción de una sexualidad responsable en los/las adolescentes y a la prevención del embarazo precoz y la interrupción voluntaria del embarazo. El conocimiento parcializado sobre la IVE y el dominio de las consecuencias biológicas solamente, reflejaron que han existido limitaciones en el trabajo desde las instituciones educativas y los Grupos Básicos de Trabajo en la labor informativa sobre estos temas, volcando el peso de esta función en la familia quien a su vez no se encuentra preparada cabalmente para su ejecución. Entonces, cuando esta situación se da en el núcleo familiar genera crisis que en muchas ocasiones conlleva a conflictos que no solo dañan la dinámica familiar si no que influyen significativamente en los estados emocionales y en la personalidad en formación de la adolescente.

Todo esto, conjuntamente con las características de la etapa, determina que muchas veces la mayor fuente informativa tanto de los procedimientos de interrupción como de sus consecuencias provenga de los amigos, generalmente adolescentes que han estado en la misma situación.

Ello demostró que no es suficiente la promoción de los métodos anticonceptivos, habría que plantearse entonces nuevas formas de poner en práctica estos programas a fin de garantizar servicios e información en relación a los anticonceptivos de alta eficacia y que sean de fácil acceso a este sector de la población. Pero sería necesario no solo trabajar desde estos temas si no también de otros tantos vinculados a la salud sexual y reproductiva como pueden ser las relaciones de pareja, el embarazo precoz, la interrupción voluntaria del embarazo, los derechos sexuales, la planificación familiar, entre otros.

La educación sexual de los adolescentes y la formación en ellos de una sexualidad responsable es una tarea que compete a toda la sociedad, por tanto es necesario fortalecer el trabajo conjunto entre las instituciones educativas y de la salud desde las bases primarias de ambas, ya que solamente así se podría alcanzar una mayor efectividad en la aplicación de los programas. Solo así se lograría modificar la actitud de estas adolescentes ante la IVE con vistas a reducir el número que acuden a esta práctica, cuidando su salud sexual y reproductiva.

Conclusiones

A partir de los análisis realizados anteriormente se puede concluir que en relación con la actitud ante la interrupción voluntaria del embarazo en las adolescentes que acuden a este servicio en Villa Clara, predominó un pobre conocimiento sobre la IVE y sus procedimientos, poniendo énfasis en la identificación de las consecuencias biológicas mayormente y se constató en menor medida la creencia de esta práctica como un crimen.

Además se evidenció que la intención de superación profesional y la inexperiencia en el rol materno constituyeron los motivos de interrupción más frecuentes. Las principales emociones experimentadas fueron el miedo y el arrepentimiento, mientras que las preocupaciones estuvieron mayormente vinculadas a las consecuencias de la interrupción de la gestación.

Finalmente se constató ante la IVE una postura ambivalente, dada en la coexistencia de rechazo a partir de las emociones displacenteras presentes unidos al temor a las consecuencias de estos métodos y la aceptación de los mismos como alternativa para el logro de sus proyectos futuros.

Referencias bibliográficas

- Anuario Demográfico 2014. "Indicadores seleccionados sobre fecundidad". Recuperado de <http://www.estudios-economicos-cubanos.org/documentos/anuarios-demograficos/anuarios-demografico-2014>.
- Allport, G. (1935). Attitudes. En Murchison (ed), Handbook of social psychology. Worcester: Clark University Press.
- Álvarez, L., Rodríguez, A. y Sanabria, G. (2009). "Salud sexual y reproductiva en adolescentes cubanos". La Habana: Abril.
- Barriera, M., Ortiz, S., Darromán, R. y Montoya, M. (1999). "Respuesta del estado psicológico en adolescentes con interrupción del embarazo". *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 179-183.
- Batista, O. y Álvarez, Z. (2011). "Breves consideraciones históricas y actuales acerca del aborto y la regulación menstrual". *MEDISAN*, 15(8), p. 1180-1184.
- Benítez, M. (2014). "La trayectoria del aborto seguro en Cuba: evitar mejor que abortar". *Novedades en población*, 20, p. 87-104.
- Bravo, O. (1996). "Vamos a ser mamá y papá". La Habana: Pueblo y Educación.
- Cárdenas, D. y Mederos, A. (2015). "Las razones de la cigüeña santaclareña. La fecundidad de los profesionales del municipio desde una mirada sociodemográfica". (Tesis de Licenciatura). Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Villa Clara, Cuba.
- Castañeda, R. (2014). "Interrupción voluntaria del embarazo: métodos químicos y quirúrgicos". *Medisan*, 10(5), p. 21-35.
- Coll, C. (1999). "Desarrollo psicológico durante la adolescencia. En Desarrollo psicológico y educación. Tomo I", (pp. 433-491). España: Alianza.
- Cook, F. y Sellitz, L. (1976). "The nature of attitude and cognitive responses and their relationship to behavior". En Petty, Ostrom y Brock, (pp. 62-76). Hillsdale: Erlbaum.
- Della, M. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual con relación a los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-67-1-uso-de-metodos-anticonceptivos-e-informacion-sexual-con-rela.html>.
- Doblado, N., De la Rosa, I. y Junco, A. (2010). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(3), 409-421.
- Domínguez, L. (2004). "Papel de los cambios biológicos y su repercusión psicológica en las etapas de la adolescencia y la juventud". En *Psicología del Desarrollo: Adolescencia y Juventud* (pp. 214-246). La Habana: Félix Varela.
- Down, M. y Philip, E. (2005). "El aborto en la historia de la humanidad. En *Historia de la Ginecología y la Obstetricia*" (pp. 20-32). San Salvador: Española.
- Fariñas, L. (2013). "Fecundidad en Cuba: urgencias y desafíos". *Periódico Granma*, 17 de octubre del 2013. Recuperado de: <http://granma.co.cu/2013/10/17/nacional/artic01.html>.

- Fernández, H., Gerez, S., Ramírez, N. y Bouzón, A. (2014). "Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes". *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 40(2), p. 197-205.
- Fernández, N., Leal, T., Lozano, R. y Pastor, O. (2010). "Actitud ante el aborto provocado". Estudio en adolescentes de Morelos. *Revista UNAM*, 12(3), p. 47-55.
- Fengxue, Y., Isaranurug, S., Wongsawass, S. & Nanthamongkolchai, S. (2003). "Attitudes toward adolescent pregnancy, induced abortion and supporting health service among hog school syudents in Phuttamonthon district, Nakhon Phathom province". *Journal of Public Health and Development*. 1(1), 25-32.
- Folasade, A. (2013). "Attitude of adolescents towards abortion in Ilorin Metropolis". *Internacional Journal of Psychology and Cpunseling*, 5(4), p.62-65.
- Freitas, L. y Pisco, G. (2013). "Conocimiento y actitudes hacia el aborto en usuarios del módulo de atención integral del adolescente": (Tesis de Licenciatura). Hospital Regional de Loreto. San Juan Bautista, Perú.
- García, C. (2013). "Estudio de actitudes hacia el aborto en universitarios de Morelos". *Brecha Digital*, 20(3), p. 45-60.
- García, L., López, L. y Alonso, M. (2013). "La bioética y el derecho de las adolescentes en el aborto". *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 39(4), p. 404-412.
- García, M. y PAnduro, R. (2013). "Actitudes ante la despenalización del aborto en adolescentes de la enseñanza media". *Acta Médica Peruana*, XXX(6), 110-127.
- García, R., Albizu-Campos, J. y Alfonso, M. (2014). "Coyuntura económica, procesos demográficos y salud. La experiencia cubana". *Novedades en Población*, 20, p.73-86.
- González, A. y Quintana, L. (2015). "La anticoncepción en adolescentes de Plaza de la Revolución: 1996-2011". *Novedades en población*, 10, p. 87-94.
- González, B. (2006). "El aborto como problema social". *Revista de Obstetricia*, 5(3), p. 430-439.
- González, I. (2013, septiembre 5). Adolescentes cubanas abusan del aborto. *Inter Press Service*, p.7.
- Gran, M., Torres, R., López, L. y Pérez, M. (2013). "Fecundidad, anticoncepción, aborto y mortalidad materna en Cuba". *Revista Cubana de Salud Pública* 39(5), p.822-835.
- Gutiérrez, M. (2005). " El aborto. Atención humanizada de sus complicaciones como estrategia para la disminución de la mortalidad materna". *Acta Médica Peruana*, XXII(2), 80-85.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). "Metodología de la investigación". México: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernández, Z. (2008). "Conductas sexuales riesgosas y adictivas en estudiantes universitarios". *Psicología y Salud*, 18(2), p. 227-236.
- Himes, N. (1970). "Medical history of contraception". *Research and Development*, p.1.

- Jaime, S., Luna, Y. y Bautista (2010). "Actitud ante la interrupción voluntaria del embarazo de las madres adolescentes". *CFIE*, 7, p. 240-246.
- Katz, D. y Stotland, E. (1959). "Argumento preliminar de la teoría de la estructura y cambio de las actitudes" (pp.423-475). En Koch (ed), *Creencias actitudes y valores*. Madrid: Alhambra.
- Leal, P. (2013). *La interrupción voluntaria del embarazo dentro de los derechos sexuales y reproductivos: un análisis desde la perspectiva de género, las actitudes y representaciones del personal de enfermería*. (Tesis de Maestría). Universidad de Jaume. Vigo.
- Leyva, R., Sosa, Z., Guerra, C., Mojena, O. y Gómez, P. (2011). "Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional". *Medisan*, 15(3), p.10-16.
- López, M., Cano, A. y Rebollar, M. (1996). *Embarazo en la adolescencia. Resultado de dos*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Martín, A. y Reyes, D. (2003). "Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud". *Escuela Nacional de Salud Pública*. 8(3), p.6-14.
- Mendaro, V. y Álvarez, M. (2014). "Caracterización de un grupo de pacientes infértiles con antecedentes de aborto provocado". (Tesis en opción a especialidad). Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba.
- Ministerio de Educación (MINED) (2011). "Programa de Educación de la Sexualidad con Enfoque de Género y Derechos Sexuales en el Sistema Nacional de Educación". La Habana.
- Ministerio de Salud Pública (MINSAP) (2001). "Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes". Cuba.
- Ministerio de Salud Pública (MINSAP) (2001). "Programa Nacional de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo". Cuba.
- Miranda, Y. (2012). *El aborto inducido y la salud mental: estudio cualitativo sobre la incidencia del síndrome post aborto en Puerto Rico*. (Tesis de Doctorado). Universidad de Turabo. Puerto Rico.
- Morales, F. (2007). Actitudes. En Morales, F., Moya, M., Gaviria, E. y Cuadrado, I. (coords), *Psicología Social*, (pp. 457-490). Madrid: McGraw-Hill.
- Navarro, M. y Ramos, M. (2006). "El aborto provocado desde una perspectiva sociológica". *Revista de Sexología y Sociedad*, 4(7), 2-4.
- Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI). (2014). *Anuario demográfico de Cuba, 2013*. Recuperado de <http://www.onei.cu/PublicacionesDigitales/PublicacionesDigitales.asp?cod=A>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). "Aborto sin riesgos". *Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*, p.15.
- Palomino, M. (2009). *Qué saben sobre el aborto inducido y qué actitudes se evidencian en los adolescentes I.E. Micaela Bastidas*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Payne, B. (1986). "Efectos psicológicos del aborto". *Principios básicos de la terapia*, 8, p.8-20.

- Peláez, J. (2008). "Educación de la sexualidad en función de prevenir el embarazo en las adolescentes". *Revista de Ciencias Médicas*, 15(4), 60-68.
- Pelegrino, D. (2006). "Aspectos bioéticos relacionados con el aborto". *Revista Cubana de Enfermería*, 22(3), 1-11.
- Pérez, E., Soler, Y., Pérez, R. y Fonseca, M. (2015). "Caracterización psicosocial de un grupo de adolescentes embarazadas del municipio Campechuela". *Novedades en población*, 10, p.73-78.
- Rodríguez, D. y Molina, M. (2015). "Fecundidad adolescente en Cuba: algunas reflexiones sobre su comportamiento por provincias y zonas de residencias". *Novedades en población*, 10, p. 79-96.
- Rodríguez, T. y Salgueiro, L. (2015). "Aborto y natalidad, razones médicas o de conveniencia a la salud en la sociedad". *Revista de Ciencias Médicas*, 19(4), p.775-789.
- Sánchez, S. y Mesa, M. (2002). "Aproximación al concepto de actitud. En Actitudes hacia la tolerancia y la cooperación (pp. 10-35)". Madrid: McGraw-Hill.
- Sedgh, G. (2015). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1990 to 2014. *The Lancet*, 379(4), 625-632.
- Surí, Y. (2013). *Percepción de riesgo en adolescentes que solicitan el aborto inducido*. (Tesis de Maestría). Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Villa Clara, Cuba.
- Tardón, L. (2016, mayo 12). "La tasa de aborto ha caído en los países desarrollados". *El Mundo*, p. 5.
- Teva, L., Bermúdez, P. y Buela, R. (2011). "Los adolescentes. Lidar con ellos desde la comprensión". *Psicología y Salud*; 7(2), p.36-42.
- Trujillo, G. y Sembrera, E. (2016). "Conocimientos y actitudes sobre el aborto inducido en adolescentes del 5to año de secundaria de una institución educativa". *Revista Apuntes Universitarios*. 1(6), p. 47-60.
- Urgellés, S., Reyes, E., Figueroa, M. y Batán, Y. (2012). "Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior". *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4), p.549-557.