

Facultad de Ciencias Sociales

Carrera de Psicología



**Trabajo de Diploma presentado en opción al Título de Licenciatura
en Psicología**

**Título: Caracterización de la actitud ante el aborto
inducido en adolescentes que acuden a este servicio**

Autora: Rosa María Barrios Junco

Tutoras: Dra. Dunia M. Ferrer Lozano

MsC. Ena L. Guevara Díaz

Santa Clara, 2016-2017

Exergo

“En última instancia, los músicos deben hacer música, los artistas deben pintar, los poetas deben escribir, si quieren estar en paz consigo mismo. Lo que los humanos pueden ser, es lo que deben ser. Deben ser auténticos con su propia naturaleza”.

Abraham Maslow

Dedicatoria

A los que no tuvieron la oportunidad de decidir por ellos...

A mi familia, por todo lo que esperan de mí.

Y a una personita especial, por crecer como persona todos los días,

por marcar un poquito la diferencia... a mí.

Agradecimientos

✓

A Dios padre, por ponerme en el tiempo y el momento adecuado...

por ser mi roca más fuerte.

A mis padres, por todo el empeño que han puesto en mi crianza.

Porque espero ser al menos un tercio de lo que querían que fuera...

Al resto de mi familia, por ser mi otra roca. Por apoyarme en mis

locuras, aun cuando no las comprendan del todo...

A mis tutoras, Dunia y Ena. Por la guía, la comprensión, la escucha

y el tiempo dedicado. Por ver en mí más de lo que yo misma vi.

A mis amigos de lejos, por estar atentos a pesar de la distancia, por

demostrarme su amor y lo que represento para ellos.

A mis amigas de cerquita, del día a día, del pie a pie y mano a

mano. Por todo lo que me apoyaron, por aguantar mis quejas y mis

lágrimas. Por las risas que me sacan... y por darme albergue. China,

Amarys, Dayana, Lily y Thairry, las voy a extrañar. Gracias chicas.

A Dailyn, por demostrarme que las apariencias engañan. Por ser tan buena amiga, por todo lo que has hecho por mí. Porque eres especial en mi vida y porque si no te agradezco me matas...

Al resto de mis amigos, los de siempre... perdón por no poner nombres, son muchos y no quiero que nadie se enoje, los amooo...

Al 5 de Diciembre, especialmente a Daimé, Youry, Merly, Guesler y Juan Carlos. Por ser fuente de renovación espiritual... Por cambiar lágrimas en baile... por hacerme lo que soy.

A mis amigos escritores, por aceptarme como pupila y ensañarme a amar a mi país. Por afilar mi visión y apoyarme espiritualmente en este camino.

A Carvajal. Porque no te conozco en persona, pero has arrojado tus luces sobre esta investigación.

Al colectivo de profesores de estos 6 años (incluidos los de Sociología), por pulirme y hacerme lo que soy como futura cientista social.

A los médicos y enfermeras de la consulta de misoprostol y
legrado. A Yoel, Yoanka, Maydelín, Luzbel, Estrellita la psicóloga y a
Cristina.

A Estrella y Ada, por ser madres sustitutas. Por el cariño y la
confianza que me brindaron en tan poco tiempo. Las quiero...

Al Centro de Estudios Comunitarios, especialmente a Niurka, por
la bibliografía de última hora.

A Rubén, por su buena voluntad. Por el intento de rescate de
información. Te dije que ibas a estar en los agradecimientos...

A todos los trabajadores de las oficinas de estadísticas a las que fui.

A todos los que estuvieron al tanto, a los que preguntaban y se
preocuparon. A los que ofrecieron abrazos y besos en momentos de
estrés. Gracias, muchísimas gracias a todos...

Resumen

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de caracterizar la actitud ante el aborto inducido en las adolescentes que acuden a este servicio en el Hospital Universitario Gineco Obstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara. A partir de un enfoque mixto de investigación se desarrolló un estudio exploratorio-descriptivo con una muestra de 100 adolescentes entre las edades de 12 y 19 años. Los instrumentos empleados fueron la encuesta sobre actitud ante el aborto inducido y la entrevista psicológica. El procesamiento de los datos obtenidos se realizó a través de análisis de frecuencias y del análisis de contenido.

Se constató la presencia de conocimientos parciales en relación al procedimiento del aborto inducido, centrados en las consecuencias, principalmente en las biológicas. Los motivos más frecuentes de interrupción fueron: querer continuar estudios, no querer tener hijos y considerarse muy joven y no preparada para asumir el rol de madre. Las emociones predominantes fueron el miedo y el arrepentimiento. Las preocupaciones asociadas a esta situación estuvieron vinculadas a la posibilidad de quedar estéril y a la salud sexual. Se evidenció un predominio de adolescentes con un aborto previo y una tendencia a la aceptación de la práctica del aborto. Contradictoriamente existió una predisposición al rechazo hacia su práctica en el futuro. Como resultado final, la actitud ante el aborto inducido en estas adolescentes asume una valencia ambivalente.

Palabras claves: adolescentes, actitud antes el aborto inducido, conocimientos sobre el aborto inducido, vivencias emocionales y tendencias conductuales.

Abstract

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the aim of characterizing the attitude towards induced abortion in the adolescents that attend this service in the Academical Obstetrician Gynecology Hospital "Mariana Grajales" of Santa Clara. From a mixed research approach an exploratory-descriptive study was developed with a sample of 100 adolescents between the ages of 12 and 19 years. The instruments used were the abortion attitude questionnaire and the psychological interview. The data were processed through frequency analysis and content analysis.

It was verified the presence of partial knowledge in relation to the induced abortion procedure, focusing on the consequences, mainly on biological ones. The most frequent reasons for interruption were: continuing studies, to not have children and consider herself very young and not prepared to assume the role of mother. The predominant emotions were fear and repentance. The concerns associated with this situation were linked to the possibility of becoming sterile and to sexual health. It was evidenced a predominance of adolescents with a previous abortion and a tendency to the acceptance of the abortion practice. Contradictorily there was a predisposition to refuse to practice in the future. As a final result, the attitude towards abortion induced in these adolescents assumes an ambivalent valence.

Keywords: adolescents, attitude before induced abortion, knowledge about induced abortion, emotional experiences and behavioral tendencies.

Índice.

Introducción	2
Capítulo I.....	8
1.1. El aborto inducido. Evolución histórica y legal. Situación de Cuba.	8
1.2. Características de la adolescencia. Una mirada a la salud sexual y reproductiva en la etapa.....	16
1.2.1 El aborto como problemática para la salud sexual y reproductiva en la adolescencia.....	19
1.3. Las actitudes como categoría psicológica. La actitud de adolescentes ante el aborto inducido.....	24
Capítulo II.....	33
2.1 Paradigma de investigación.....	33
2.2 Alcance de la investigación.....	33
2.3 Diseño metodológico de la investigación.....	34
2.4 Población y muestra de la investigación.....	35
2.5 Definición conceptual y operacional de la variable.....	39
2.6 Descripción de los instrumentos empleados en la investigación.....	39
2.7 Procesamiento de la información.....	41
2.8 Consideraciones éticas.....	41
Capítulo III.....	44
3.1 Conocimientos y creencias sobre el aborto inducido en las adolescentes.....	44
3.2 Vivencias emocionales asociadas al aborto inducido en las adolescentes.....	49
3.3. Tendencias conductuales en relación al aborto inducido en las adolescentes.....	56

3.4. Análisis integrador.....	62
Conclusiones	65
Recomendaciones	68
Referencias Bibliográficas.....	69

Introducción

INTRODUCCIÓN

La práctica del aborto inducido 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 métodos modernos que se conocen actualmente como es 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 interrupción voluntaria del embarazo, 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 el aborto inducido se encuentran otros factores de orden social, cultural y educativo que influyen en el aumento de los índices de aborto en los mismos.

La baja percepción de riesgo ante el aborto inducido 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 el aborto inducido sea considerado como un método anticonceptivo y de planificación familiar. Ello ha determinado que durante las últimas décadas en el mundo haya disminuido el número de abortos en los países desarrollados, sin embargo, en los países subdesarrollados la cifra ha aumentado elevando el índice mundial de abortos a 56 millones en el año 2015. Así lo reflejan estudios realizados por Sedgh, (2015, p.3-9).

En Cuba el aborto 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 el aborto no es un método anticonceptivo, su práctica se haya instalado en las mujeres cubanas como un método alternativo que combinan con los anticonceptivos propiamente

dichos. En este sentido el aborto inducido 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 aborto, en mayor o menor grado, presentan riesgo de complicaciones.

En relación a ello 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, 2014, 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). 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 (Paláez citado en González, 2013, p.1).

En nuestra provincia en el año 2015 el número de abortos realizados 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 abortos 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 la prevención y promoción de los temas asociados a la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, principalmente asociado al embarazo precoz y el aborto.

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 práctica del aborto inducido, es un problema de salud que atañe a la humanidad y que tiene consecuencias indeseables sobre la vida y la salud, tanto en la de la esfera psicológica, como en la sexual y reproductiva. 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 el aborto inducido en las adolescentes ha sido abordado 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 de la Vega, (2006); Gustavo, 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 el aborto inducido en relación a 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 de riesgo ante el aborto inducido en las adolescentes que solicitaron la interrupción del embarazo en la ciudad de Santa Clara.

Los estudios mencionados anteriormente demostraron amplios espectros de opiniones y valoraciones respecto a la práctica del aborto inducido. 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 el aborto inducido toma auge como práctica anticonceptiva en las adolescentes? ¿Solo la baja percepción de riesgo ante el aborto inducido y la accesibilidad al servicio determinan la popularidad de su práctica? ¿Qué piensan las adolescentes sobre el aborto inducido? ¿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 al aborto inducido.

A pesar de todos estos antecedentes, en la literatura consultada durante el presente proceso de investigación, no se hallaron en nuestro contexto, estudios centrados en el tema de las actitudes ante el aborto en las adolescentes que acuden a este servicio.

Partiendo de un grupo de factores como la elevación de los índices de aborto en las adolescentes en nuestro país, según los cuales más de la mitad de las adolescentes embarazadas deciden interrumpir la gestación; del empleo reiterado del aborto inducido como método de regulación de la fecundidad y planificación familiar, y del interés del Hospital Universitario Gineco Obstétrico "Mariana Grajales" en indagar en esta realidad; se desarrolló la presente investigación a fin de profundizar en la actitud que asumen estas adolescentes ante la interrupción voluntaria de embarazo.

Para ello se asume como problema de investigación: ¿Qué actitud presentan ante el aborto inducido las adolescentes que acuden a este servicio en el Hospital Universitario Gineco Obstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara?

En correspondencia con dicho problema se declaran como objetivos de la investigación:

Objetivo general:

Caracterizar la actitud ante el aborto inducido en las adolescentes que acuden a este servicio en el Hospital Universitario Gineco Obstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara.

Objetivos específicos:

- Identificar el estado de conocimiento sobre el aborto inducido que poseen las adolescentes que acuden a este servicio.
- Describir los procesos afectivos que experimentan ante el aborto inducido las adolescentes que acuden a este servicio.

- Explorar las intenciones conductuales y tendencias de acción relacionadas al aborto inducido en las adolescentes que acuden a este servicio.

La novedad del presente estudio se encontró determinada por las escasas investigaciones halladas dentro de la literatura consultada, lo cual conllevó a que se abordara el tema desde una categoría psicológica que no ha sido frecuentemente investigada en relación al tema. Dicha categoría permite no solo indagar en los conocimientos que poseen las adolescentes en relación a la interrupción voluntaria del embarazo, si no que da la posibilidad de profundizar en las vivencias, significados y tendencias conductuales que asumen estas ante el aborto inducido.

El aporte práctico de la investigación está determinado por la caracterización sociodemográfica y actitudinal que se ofrece, del grupo de adolescentes que solicitaron el aborto inducido, lo que genera un conjunto de recomendaciones a las instancias municipales y provinciales de salud y educación con objetivo de emitir futuras disposiciones preventivas en relación a esta situación. También brinda la posibilidad de trabajar futuramente con las adolescentes que solicitan la interrupción del embarazo a fin de lograr un cambio de actitud ante el aborto inducido y promover más el uso de los métodos anticonceptivos y una sexualidad responsable.

El informe de investigación cuenta con un primer capítulo donde se realizó el abordaje teórico en relación a la evolución histórica y legal del aborto, tanto en el ámbito internacional como en el nacional. Así mismo se argumentaron las principales características de la adolescencia como etapa del desarrollo donde se producen grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la sexualidad. Además, se profundizó en el aborto inducido como problemática en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, así como su repercusión psicológica. Finalmente se abordó la categoría actitud, haciendo especial énfasis en la formación de esta en relación al aborto inducido en las adolescentes que acuden a este servicio.

El segundo capítulo se relacionó a los aspectos metodológicos que guiaron la investigación. En este se profundizó en el paradigma mixto empleado en el desarrollo del estudio, así como el alcance exploratorio-descriptivo del mismo. También se abordaron las características del diseño de investigación, diseño anidado concurrente de modelo dominante. Se realizó la descripción de la población y la muestra empleada, así como, la definición conceptual

y operacional de las variables trabajadas. Acto seguido se realizó una descripción de los instrumentos empleados para el desarrollo del estudio, el procesamiento de la información y las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta para el desarrollo de la investigación.

A partir de ello se presenta el capítulo tres donde se realizó el análisis de los resultados obtenidos a través de los instrumentos aplicados a las propias adolescentes que acuden a este servicio. Para esto se realizaron análisis estadísticos descriptivos, análisis de contenido a las entrevistas realizadas y triangulación de la información obtenida por los instrumentos aplicados.

Además el informe cuenta con un conjunto de conclusiones y recomendaciones. Por último, se anexan los documentos que complementan los resultados del capítulo tres.

Capítulo I

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.1. El aborto inducido. Evolución histórica y legal. Situación de Cuba.

Etimológicamente la palabra aborto proviene del latín abortus o aborsus, de aborior, contrario a orior: nacer. Gutiérrez (2005), define al aborto 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.2). Por otro lado González (2006), lo define como “la finalización de la gestación antes de que el feto alcance la edad gestacional suficiente para sobrevivir fuera del claustro materno” (p.1). La Organización Mundial de la Salud (OMS en lo adelante) en la Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud (2013), define al aborto 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 del embarazo 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 Peregrino de la Vega, en los pueblos primitivos de patriarcado absoluto, el jefe de la familia podía vender e incluso matar a sus hijos, aún 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 el aborto (Peregrino de la Vega, 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: abortos por métodos químicos y abortos por medios quirúrgicos.

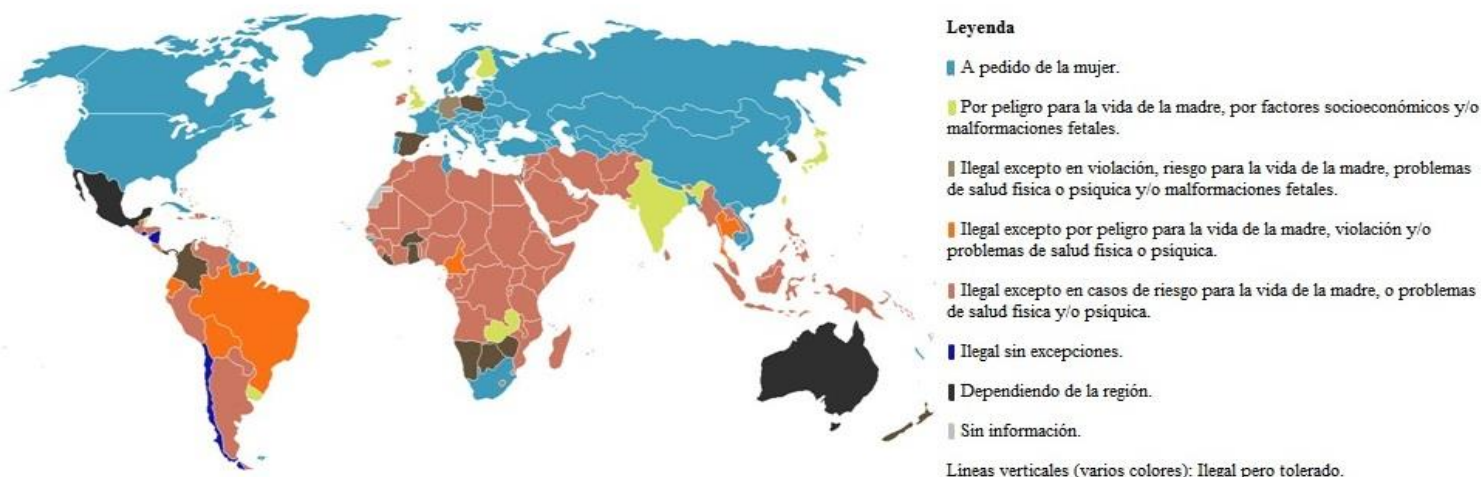
El aborto inducido por métodos químicos consiste en la interrupción del desarrollo del embrión y en su eliminación por el canal del parto mediante la administración de una combinación de fármacos. Por otro lado el aborto por métodos quirúrgicos no es más que la interrupción del desarrollo del embrión 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 y los límites puestos por la legislación y de la propia definición teórica que se asume del mismo.

El aborto inducido puede ser voluntario o terapéutico. El primero consiste en la interrupción del embarazo 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 el segundo es realizado 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 el aborto terapéutico 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 del aborto inducido 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 el aborto inducido sea legítimo y en otros no; y es que, a lo largo de la historia el aborto inducido ha sido penalizado y despenalizado 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 del aborto inducido ha sido la necesidad de combatir los índices elevados de abortos ilegales, con sus complicaciones consecuentes, y como reconocimiento del derecho que tiene las mujeres de gobernar su reproducción.

Rusia fue la pionera en la despenalización del aborto aprobándolo en el año 1920. Ya para la década de los 70 de este siglo muchos de los países europeos, excepto España, habían emitido leyes que aprobaban el empleo del aborto, 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. La siguiente figura permite graficar el posicionamiento actual ante el aborto a nivel mundial.

Fig. 1 Posicionamiento actual ante el aborto

Como se puede apreciar en una gran parte de los países de Europa y América del Norte, el aborto inducido es legal, realizado 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 la práctica del mismo es absolutamente prohibida, estos países se encuentran localizados en América del Sur y Centroamérica. A su vez los países que permiten el aborto sin restricciones coinciden con los países desarrollados que siguen la recomendación de la OMS, en cambio aquellos países cuyos ordenamientos jurídicos prohíben el aborto por considerarlo 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 de estos países el aborto 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 el aborto 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.

Estas regulaciones sobre la práctica del aborto han determinado que entre 1990 y 2014, las tasas de aborto 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 aborto 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 aborto (p.9). En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos en un

Año	Este de Europa	Sur de Europa	Norte de Europa	América del Norte	América Latina y el Caribe	Asia
1990	88	38	22	25	23	17
2014	42	26	18	17	32	24

realizado por la investigadora antes mencionada.

Tabla 1. Evolución del aborto desde 1990 al 2014 por cada 1000 mujeres

Fuente: Sedgh, 2015. Aborto, incidencia entre 1990 y 2014: niveles y tendencias globales, regionales y subregionales. p. 3-6.

Estos resultados concuerdan con la distribución observada en la Figura 1, demostrando que si bien en los países desarrollados la cifra de abortos inducidos se ha reducido, en los países subdesarrollados dicha cifra ha aumentado elevando el índice mundial de abortos a 56 millones en el año 2015.

Hasta aquí se ha analizado cómo los métodos abortivos 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 del aborto 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 práctica del aborto data también desde la época de nuestros aborígenes. “Existen reportes de 1642 donde Fray Bartolomé de las Casas describía que la cantidad de trabajo impuesto por los españoles a las indias las inducía a realizarse abortos y al igual que las indias americanas utilizaban varas de olmo resbalosos para insertarlas en el canal cervical como método abortivo” (Navarro y Ramo, 2006, p.3). Estos métodos fueron cambiando y para 1913 se introducían sondas en la cavidad uterina con fines abortivos. 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 los abortos ilegales con sus consecuentes efectos negativos sobre la salud de la mujer.

En el sentido jurídico, la ley más antigua sobre el aborto 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 el aborto, intencionalmente provocado, pero amparado por una causa establecida legalmente, sería considerado lícito. 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 (Peregrino de la Vega, 2006, p.8-9).

A pesar de las excepciones para la práctica del aborto, antes del triunfo de la Revolución y durante los primeros años de la década del 60 no se realizaban abortos, 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 aborto ilegal y debido a maniobras autoinfligidas aumentaban considerablemente, al mismo tiempo que bajaban las demás causas de mortalidad. Fue entonces cuando se decide, en 1965, crear las condiciones necesarias de institucionalización del aborto por el Sistema Nacional de Salud.

Esta posibilidad en el Sistema Nacional de Salud no constituyó una legalización explícita del aborto; 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 el aborto: cometido o ejecutado por lucro, realizado fuera de instituciones de salud autorizadas, efectuado por personal no médico y practicado 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 las que puede ser realizada la interrupción voluntaria del embarazo. Estas 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 el aborto 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. 5), según la edad gestacional de la grávida y los motivos por los cuales se realiza, existen excepciones que permiten la interrupción del embarazo con más tiempo de gestación. Así los métodos abortivos 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 interrupción voluntaria del embarazo (IVE en lo adelante) 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 el aborto 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 del aborto. 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. Teniendo en cuenta las características de la presente investigación, solamente se describen los procedimientos abordados en la misma, a saber: el legrado uterino y el misoprostol.

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. En los Anexo 8, 9 y 10 se profundizan las especificidades de ambos procedimientos en el contexto hospitalario de nuestro país y específicamente en nuestra provincia.

Desde la despenalización de la IVE se ha hecho una tendencia abortar como forma de controlar la fecundidad personal. Analizando algunas estadísticas se observa que desde 1980 más de un tercio de los embarazos en nuestro país terminan en aborto, convirtiéndose en una tendencia que aumenta cada año. En la siguiente tabla se recoge la evolución de la natalidad y los abortos inducidos en los años comprendidos entre el 2010 y el 2013 en nuestro país. Dichos datos fueron tomados del Anuario Demográfico de Cuba realizado en el 2012 y publicado en el 2013.

Tabla 2 Cuba. Nacidos vivos y abortos provocados.

Años	Nacidos vivos	Abortos	Abortos por cada 100 nacidos vivos
2010	127 746	71 398	56
2011	133 067	83 943	63
2012	125 674	83 682	67
2013	125 880	84 373	67
Total	512 367	323 396	63

Fuente: ONEI-CEPDE, 2014. Anuario Demográfico de Cuba. Cuadro II.1, p.37

Los datos dan muestra del aumento del empleo del aborto cada año, conduciendo ello a que más de la mitad de los embarazos que se producen anualmente en nuestro país terminen siendo interrumpidos. De ellos un gran porcentaje ocurre en las adolescentes, situación que es alarmante no solo desde el punto de vista demográfico si no también salutogénico. 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 (Paláez citado en González, 2013, p.1). Muchas de ellas toman la decisión de interrumpir el embarazo porque no es el momento adecuado 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.

Las cifras muestran una realidad que alerta sobre la necesidad de profundizar en este fenómeno que no solo influye en los procesos demográficos como la natalidad y el crecimiento poblacional si no que además influye en la salud reproductiva de la mujer y su fecundidad. 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.

1.2. Características de la adolescencia. Una mirada a la salud sexual y reproductiva en la etapa.

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 la de los adultos. Esto influye en el que los adolescentes desarrollen nuevas formas de relación con los adultos y los coetáneos, llegando a tener estos últimos gran peso en el bienestar psicológico del adolescente.

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.423). Este autor realza la diferencia entre adolescencia y pubertad, de esta forma define la pubertad como “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 a la adolescencia como “período psicológico que se prolonga varios años más y que se caracteriza por la transición entre la infancia y la adultez” (Coll, 1999, p.425). 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.

Algunos de los cambios que se producen en la pubertad son: 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, 2005, p.97).

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, 2005, p.98).

En Cuba, al igual que en los países desarrollados, existe una tendencia a la reducción de la edad menárquica. Este proceso provoca el despertar temprano de necesidades sexuales sobre todo biológicas, y el arribo a la primera relación sexual precozmente, generalmente sin suficiente preparación para afrontar de manera responsable y consecuente esta experiencia. 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)

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 mejorarla 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 & Buena, 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 los amigos 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, 2007, p.39). 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 de los adolescentes considera que es necesario realizarla -como si fuera una moda-, y así tratan de buscar aceptación del grupo (Martín & Reyes, 2003, p.6).

1.2.1 El aborto como problemática para la salud sexual y reproductiva en la adolescencia.

Prácticamente toda la problemática de la salud reproductiva 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, 2007, p.4).

Junto al inicio de la actividad sexual en edades tempranas y el cambio frecuente de pareja, se encuentra el aborto como conducta sexual de riesgo en las adolescentes. Desde los inicios de la vida humana el aborto y la adolescencia han ido de la mano, multiplicando el riesgo de esta práctica. En nuestro país el aborto inducido se realiza de forma institucionalizada y en las adolescentes de forma diferenciada con las mayores garantías posibles, sin embargo no está exento de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías. Estas van desde los accidentes anestésicos, las perforaciones uterinas, las sepsis, las hemorragias, la enfermedad inflamatoria pélvica e incluso la muerte hasta la ocurrencia de un embarazo ectópico o la infertilidad. 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.

La OMS 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). De lo anteriormente expuesto se presupone que 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, ya que el aborto inducido no solo posee consecuencias a nivel fisiológico si no también a nivel psicológico.

Para la mujer, todo proceder ginecológico tiene una particular significación ya que, la agresión a sus genitales, el miedo a perder su sexualidad, el temor a ver afectada su función reproductiva, el riesgo que implica la anestesia, etc., alteran su estado psíquico. El aborto inducido no es la excepción de esto, en cualquier momento de la vida de una mujer, es una situación que conlleva a estrés y tensión psicológica. Para la mujer interrumpir la gestación, puede provocar por una parte, sentimientos de alivio, reducción del estrés y aumento del bienestar y por otra puede involucrar sentirse acosada por la presión social y por los propios prejuicios que este proceder le puede ocasionar.

Las consecuencias psicológicas que puede acarrear el aborto inducido están estrechamente relacionadas con un grupo de factores sociodemográficos como son la cultura de procedencia, la religión, el nivel de escolaridad, la ocupación, la edad, el estado civil, el apoyo familiar y las características de personalidad, el tiempo de gestación, entre otras. De hecho, el tiempo de embarazo guarda estrecha relación con las reacciones psicológicas en el momento del aborto, debido a que la etapa de angustia o indecisión puede ser más larga, y de esta forma hay mayor influencia de los factores que condicionan un peor estado psíquico.

Estudios realizados por López, Cano y Rebollar (1996) y Bravo (1996) encontraron que en la historia emocional de una mujer que ha tenido un aborto inducido “se pueden identificar tres fases: un período de angustia que ocurre desde el momento en que se decide a recurrir al aborto, ya que en ella surge un conflicto de honda significación sentimental, pues la paciente

siente su embarazo como fruto de una unión deseada; la segunda fase está representada por el aborto en sí, el cual constituye una experiencia desagradable, por cuanto se llega a ella con temor y consciente del riesgo; a éste le sigue una tercera fase, o sea, el intervalo después del aborto durante el cual ocurren ciertas reacciones que pueden estar matizadas por los sentimientos de culpa (López et al,1996, p.35 y Bravo, 1996, p.9). Entre los estados psicológicos presentes momentos antes de la interrupción del embarazo, prevalecen la ansiedad, el miedo y la angustia” (Barriera, Ortiz, Darromán y Montoya, 1999, p. 183). La repercusión psicológica del aborto inducido no solo se limita a los momentos previos o durante el aborto en sí, Payne, en Boston, Estados Unidos, (1986, p.12) en un estudio de seguimiento de los efectos que tiene la experiencia de aborto sobre las emociones de ansiedad, depresión, cólera, culpa y vergüenza, encontraron un decrecimiento significativo de todas ellas seis meses después de la intervención. Esto puede ser muy frecuente en las adolescentes quienes dependen en cierto grado de sus padres y en las cuales no existe aún una madurez psicológica necesaria para enfrentarse a este evento.

Como fue señalado anteriormente, aun las mejores condiciones de seguridad no exoneran al aborto de complicaciones sobre la salud ni de los riesgos físicos y psicológicos que tiene implícito, 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 abortos durante la adolescencia o en su etapa de adulta joven” (Benítez, 2014, p.13). Ello alerta sobre la necesidad de establecer nuevos métodos de prevención del embarazo precoz en búsqueda de evitar el aborto inducido como método de regulación de la fecundidad y de planificación familiar.

En Cuba 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 objetivo de eliminar desigualdades en la situación de salud y en el uso de los servicios. Además 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. 283).

Es por ello que aunque en nuestro contexto el aborto es legal, siempre se han tenido en cuenta los riesgos que la práctica del aborto 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 del aborto inducido 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 (Ver Anexo 11). 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) (Ver Anexo 12). 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) (Ver Anexo 13). 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 abortivos, 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 del aborto 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 al aborto inducido. 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 el aborto inducido en las adolescentes. Sin embargo, ¿es esta la actitud que asumen nuestros adolescentes ante el aborto inducido?

1.3. Las actitudes como categoría psicológica. La actitud de adolescentes ante el aborto inducido.

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, citado en Águila, 2007, p. 4). 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 Águila, 2007, p. 5)

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.

En la presente investigación se asumieron las actitudes desde la concepción de la teoría multidimensional propuesta por 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.67). Estos componentes no se pueden entender como elementos independientes en las actitudes si no que conforman una especie de engranaje donde se complementa 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 a 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 la 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 grupo, 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 cuasi 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 el aborto es más situacional que relacionada al 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 el aborto inducido 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 del aborto 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 mostraron una investigación realizada por Folasade, (2013) con estudiantes de la universidad de Nigeria donde la mayoría de los estudiantes poseían una actitud negativa ante el aborto, tanto en las muchachas como en los muchachos, 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 el aborto en las adolescentes de los últimos años que en las adolescentes de los primeros años de la enseñanza media. 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 el aborto y mientras más bajo el nivel de conocimientos mayor actitud de aceptación hacia el aborto inducido (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 el aborto inducido.

Estudios realizados por Palomino (2009), en la ciudad de Lima arrojaron que el 66% de la muestra presentó una actitud indiferente ante el aborto asociada a la falta de conocimientos sobre el mismo 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 el aborto inducido y la práctica del mismo, 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 del aborto en países latinoamericanos, lo cual puede estar asociado a las tradiciones culturales y al propio hecho de que en muchos de estos países su práctica es ilegal.

En Cuba las investigaciones relacionadas al aborto inducido en las adolescentes se han enfocado desde cuatro perspectivas principalmente: la evolución histórica del aborto en Cuba, la caracterización del proceso de IVE en la adolescencia, el uso del misoprostol en la interrupción del embarazo en las adolescentes y la percepción de riesgo en las adolescentes ante el aborto inducido. En relación a la evolución histórica del aborto en Cuba se encuentran estudios como los de Batista y Álvarez (2011), estos autores realizaron un abordaje sobre las consideraciones históricas y jurídicas sobre el aborto y la regulación menstrual en el país. Por otra parte Benítez (2014) realizó una revisión bibliográfica sobre la evolución del aborto seguro en Cuba. Ambos estudios concuerdan en que la principal causa de legalización del aborto inducido en nuestro contexto fue la necesidad de combatir los índices de abortos 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 IVE 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 del aborto inducido y desprotección en las relaciones sexuales. Similares resultados obtuvieron Urgellés, 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, Gerez, 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 del aborto inducido asociado a la perspectiva sociodemográfica. Entre ellos se encuentran los realizados por Gran, Torres, López y Pérez García, (2013) y los de Albizu-Campos y Alfonso, (2014). En estos estudios se relacionan variables sociodemográficas como la fecundidad, mortalidad y mortalidad infantil con el aborto inducido, la salud y las expectativas de vida.

Por otra parte dentro de las investigaciones relacionadas a la percepción de riesgo ante el aborto inducido 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 de los adolescentes 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 el aborto inducido como un método anticonceptivo y poco riesgoso. La baja percepción de riesgo ante el aborto inducido 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? El precedente de dicha investigación abre camino al presente estudio como continuación y profundización en este fenómeno desde otra categoría psicológica.

A pesar de todos estos antecedentes, en la literatura consultada durante el presente proceso de investigación, no se hallaron estudios asociados al tema de las actitudes ante el aborto en las adolescentes que acuden a este servicio. Un acercamiento a esta realidad desde esta categoría psicológica que no ha sido frecuentemente investigada en relación al tema, permite no solo indagar en los conocimientos que poseen las adolescentes en torno a la interrupción

voluntaria del embarazo, si no que da la posibilidad de profundizar en las vivencias, significados y tendencias conductuales que asumen estas ante el aborto inducido. De ahí que, partiendo de la elevación de los índices de aborto en las adolescentes en nuestro país y del empleo reiterado de este como método de regulación de la fecundidad y planificación familiar se haya decidido realizar la presente investigación. En el siguiente capítulo se ofrecen las consideraciones metodológicas de la misma.

Capítulo II

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Paradigma de investigación

La presente investigación asumió un diseño mixto en búsqueda de caracterizar la actitud ante el aborto en las adolescentes que acuden a este servicio en el Hospital Universitario Gineco Obstétrico “Mariana Grajales”.

“Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (Hernández y Mendoza, 2008 citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 534). Ello ofrece una mejor interpretación mezclando los enfoques cuantitativos y cualitativos mediante la triangulación de la información; ya sea durante todo el proceso investigativo o en una de sus fases específicamente.

El empleo del paradigma mixto y la triangulación de la información en el presente estudio favoreció la profundización en la actitud ante el aborto en las adolescentes que acuden a este servicio ya que, no solo permitió una caracterización del conocimiento que estas poseen sobre esta práctica y sus consecuencias; si no que a través de la perspectiva cualitativa se ahondó en las vivencias, significados, preocupaciones y tendencias de acción que asumen ante el aborto inducido. Ello brindó no solo una cuantificación si no también 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.

2.2 Alcance de la investigación

Teniendo en cuenta los objetivos ya declarados, se desarrolló una investigación con alcance exploratorio-descriptivo. Los estudios exploratorios generalmente determinan tendencias, identifican áreas, ambientes, contextos y situaciones de estudio, relaciones potenciales entre variables; o establecen el “tono” de investigaciones posteriores. Estas

indagaciones se caracterizan por ser más flexibles (...), son más amplias y requieren gran paciencia, serenidad y receptividad por parte del investigador” (Hernández et al, 2014, p. 91)

Por otra parte los estudios descriptivos constituyen una profundización en determinados aspectos de los fenómenos. Con este tipo de estudio “se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández et al, 2014, 92). Estos estudios recogen y miden información sobre los conceptos o variables objeto de estudio, sin embargo, no es su objetivo indagar en cómo se relacionan estas variables entre sí.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto se puede decir que un estudio exploratorio-descriptivo permite acercarse a objetos de investigación poco abordados y mostrar con precisión sus diferentes aristas y dimensiones. Este tipo de investigación suele ser frecuente cuando se explora un tema por primera vez y se busca adentrarse más en la dinámica del fenómeno a fin de caracterizarlo. Este es el caso del presente estudio, donde el alcance exploratorio-descriptivo estuvo determinado por ser un primer acercamiento, desde la perspectiva psicológica, a la realidad asociada al aborto inducido desde la categoría actitud; específicamente en las adolescentes que solicitan la interrupción de la gestación. De igual forma, rebasó los límites exploratorios permitiendo describir los conocimientos y las vivencias emocionales que experimentan estas adolescentes ante esta situación, así como las tendencias de acción asumidas ante el aborto inducido. Ello permitió adentrarse en la dinámica del fenómeno y caracterizarlo.

2.3 Diseño metodológico de la investigación

El estudio se apoyó en un diseño anidado concurrente de modelo dominante, este “colecta simultáneamente datos cuantitativos y cualitativos (...) donde un método predominante guía el proyecto (pudiendo ser éste cuantitativo o cualitativo). El método que posee menor prioridad es anidado o insertado dentro del que se considera central. Tal incrustación puede significar que el método secundario responda a diferentes preguntas de investigación respecto al método primario” (Hernández et al, 2014, p. 559). En la presente investigación el modelo dominante fue el cuantitativo, en la figura 2 se muestra el diagrama del diseño empleado en el desarrollo de la investigación.

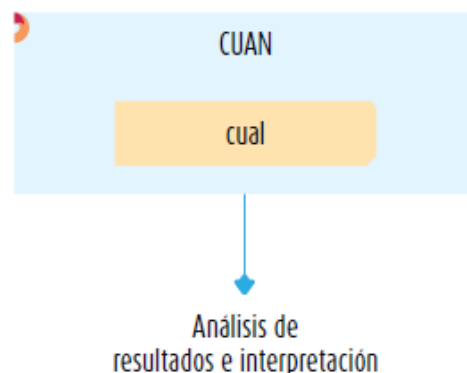


Figura 2. Diagrama del diseño anidado concurrente de modelo dominante cuantitativo

Fuente: Hernández, 2014. Metodología de la investigación. p.560

Dados los objetivos de la de investigación se escogió el predominio de un enfoque cuantitativo que permita la exploración y descripción del fenómeno a través del análisis de frecuencias en relación a los conocimientos que poseen las adolescentes sobre el aborto inducido y sus consecuencias, las creencias asociadas al mismo, los motivos de interrupción del embarazo, las preocupaciones más frecuentes y las vivencias emocionales que experimentan ante dicha situación; así como las tendencias de acción en relación a esta práctica. Por otra parte se buscó complementar dichos datos con el análisis de contenido de las entrevistas realizadas a través de la triangulación de la información, permitiendo una mayor riqueza en los análisis y descripción de esta realidad, ventaja del paradigma asumido en la investigación.

2.4 Población y muestra de la investigación

El estudio se desarrolló en el Hospital Universitario Gineco Obstétrico “Mariana Grajales” del municipio de Santa Clara en la provincia de Villa Clara. Este centro cuenta con un total de 938 trabajadores, de los cuales 219 son médicos que se encuentran distribuidos en las 50 consultas externas y 15 salas con que cuenta el hospital.

Dentro de las consultas externas se encuentra la consulta de Misoprostol. El personal que atiende la consulta está compuesto por un especialista en ginecología y una enfermera, acreditados para la realización de dicho procedimiento. A su vez el servicio de legrado se

realiza en una sala de ingreso compuesta por cinco habitaciones: dos para el ingreso de las pacientes, una recepción, un cuarto para el personal médico y el salón donde se realiza el procedimiento en sí. Es en este contexto donde se atienden a las mujeres que solicitan la interrupción del embarazo por uno de los dos métodos.

La población comprendió 213 adolescentes entre los 12 y los 19 años que acudieron al servicio de legrado o misoprostol en el tiempo comprendido entre el 27 de febrero al 24 de 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.

Teniendo en cuenta las características de la investigación se trabajó con una muestra de tipo probabilística, teniendo en cuenta el predominio del enfoque cuantitativo de la misma. Las muestras probabilísticas se caracterizan por la igualdad de posibilidades para todos los elementos de la población a ser escogidos para conformar la muestra (Hernández et al, 2014, p.179). A partir de las consideraciones de Hernández (2006) para el cálculo de este tipo de muestra, en la presente investigación la misma quedó conformada por 100 adolescentes que acudieron a los servicios de legrado y misoprostol. En la tabla 3 se ilustra la distribución de la muestra según el procedimiento de la interrupción y el tiempo de gestación.

Tabla 3. Distribución de la muestra según el tiempo de gestación y el procedimiento empleado

Procedimiento	Tiempo de gestación en semanas								Total
	5	6	7	8	9	10	11	12	
Misoprostol	1	0	24	15	9	11	3	1	64
Legrado	2	2	13	8	7	3	1	0	36
Total	3	2	37	23	16	14	4	1	100

Fuente: Datos obtenidos mediante el cuestionario de actitud ante el aborto en adolescentes

En la tabla se puede apreciar que el 36% de las adolescentes se sometieron a la interrupción del embarazo mediante el procedimiento de legrado y el 64% de ellas mediante el método del misoprostol. En cuanto a las semanas de gestación el mayor porcentaje se concentra

en aquellas adolescentes que tienen siete semanas de embarazo, constituyendo el 37% del total. De ellas el 24% interrumpió mediante el misoprostol y el 13% mediante el legrado. En contraposición los valores más bajos se centralizan en las cinco y doce semanas, constituyendo el 1% de la muestra en cada caso.

Otros indicadores que permiten caracterizar la muestra son la edad, el nivel de escolaridad y la ocupación. En la tabla 4 se representa dicha distribución.

Tabla 4. Distribución de la muestra por edad, escolaridad y ocupación

		Edad		Total
		12-15	16-19	
Escolaridad	Secundaria Básica	13	20	23
	Preuniversitario	10	43	53
	Técnico Medio	0	11	11
	Universitario	0	3	3
Total		23	77	100
Ocupación	Estudiante	19	47	66
	Trabajadora	0	12	12
	Desempleada	2	11	13
	Ama de casa	2	7	9
Total		23	77	100

Fuente: Datos obtenidos mediante el cuestionario de actitud ante el aborto en adolescentes

El 77% de la muestra se encontró en el rango de edad entre 16 y 19 años, por lo que en relación al grado de escolaridad gran parte de la muestra estaba en el preuniversitario o lo había concluido. En relación a ello se destacó que el 29% se encontraba cursando el 12 grado. Por otra parte, el 33% de la muestra cursaba la secundaria básica, destacando la presencia de 1% que cursaba el 7mo grado.

En relación a la ocupación se evidenció un predominio de las estudiantes, constituyendo el 66% de la muestra, con más presencia de aquellas adolescentes de 16-19 años. Por otra parte llamó la atención que el 13% de las adolescentes se encontraba

desocupada, destacando la presencia de un 2% en el rango de 12-15 años. De igual forma es destacable que de las amas de casa, el 2% estaba en ese mismo rango de edad.

La muestra según el lugar de procedencia estuvo compuesta de la forma que se refleja en el gráfico 1.

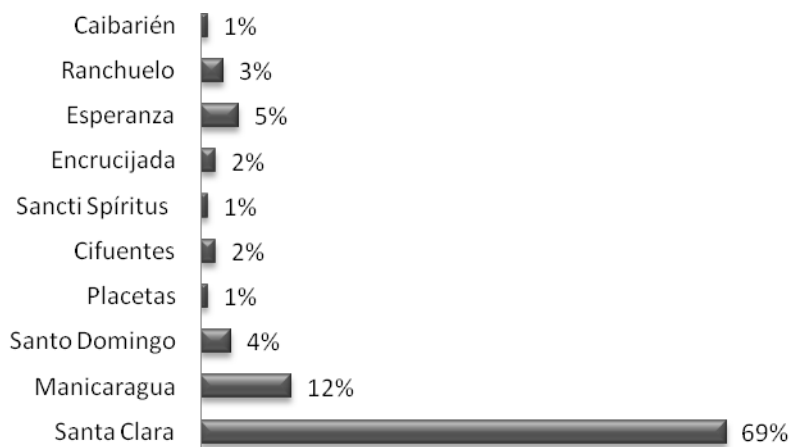


Gráfico 1. Distribución de la muestra según el lugar de procedencia

Fuente: Datos obtenidos mediante el cuestionario de actitud ante el aborto en adolescentes

Según este indicador, 69% de las adolescentes vive en el municipio de Santa Clara, mientras que el 31% se distribuyó entre los restantes municipios y la provincia de Sancti Spíritus. Así mismo quedaron representados todos los consejos del municipio de Santa Clara con un predominio de adolescentes que viven en el reparto Parroquia, constituyendo el 20% del municipio. A este le siguieron los repartos Raúl Sancho y José Martí, con un 11% y un 5% respectivamente.

En cuanto a la presencia de pareja e hijos se evidenció que el 75% de la muestra se encontraba en una relación de pareja, siendo el tiempo promedio de relación de 1,5 años. En cuanto a las adolescentes que llevaban una relación de meses, el promedio de la misma fue de 2,3 meses. Así mismo el 89% de la muestra no tenía hijos mientras que el 11% sí tenía hijos y se encontraba en una relación. Así mismo declararon tener un solo hijo.

Según el color de la piel la muestra estuvo compuesta en su mayoría por adolescentes de piel blanca, constituyendo el 50% de la muestra. Le siguieron las adolescentes mestizas representando el 33%, mientras que un 17% fue de piel negra.

2.5 Definición conceptual y operacional de la variable

En la presente investigación se tomó como variable rectora la actitud ante el aborto inducido. La misma se asumió como la tendencia o predisposición de las adolescentes a evaluar de cierta forma el aborto inducido. Para su mejor comprensión y análisis la variable se abordó desde la teoría clásica multidimensional propuesta por Katz y Scotland (1959) que declara tres componentes de las actitudes: el cognitivo, el afectivo y el conductual.

- Conocimientos asociados al aborto inducido y sus consecuencias: conjunto de datos e información que las adolescentes poseen sobre el procedimiento en sí y sus consecuencias, incluye las percepciones y creencias hacia el mismo.
- Vivencias emocionales ante el aborto inducido: emociones y sentimientos que se generan y asocian al aborto inducido, incluye los motivos de interrupción del embarazo y las preocupaciones asociadas al procedimiento
- Tendencias conductuales: hace referencia a aquellas intenciones conductuales o tendencias de acción en relación a la práctica del aborto inducido. Expresa la conjunción de los dos componentes anteriormente mencionados, es el componente que dinamiza la actitud.

Estas dimensiones a su vez, se tradujeron en indicadores que fueron evaluados a través del cuestionario confeccionado para la investigación y de la entrevista psicológica realizada a las adolescentes. En el epígrafe siguiente se describen dichos instrumentos.

2.6 Descripción de los instrumentos empleados en la investigación

Cuestionario sobre actitud ante el aborto inducido

Descripción: cuestionario ad-hoc diseñado a partir de las consideraciones de García (2011), Surí (2013) y Trujillo y Sembrera (2015). Cuenta con una primera parte de recolección de datos sociodemográficos que permitieron caracterizar la muestra empleada durante la

investigación. Además tiene una serie de 7 preguntas con formato de opciones de respuestas cerradas y otras de carácter abierto.

El cuestionario permitió la recolección de datos en relación a los conocimientos que poseen las adolescentes sobre el aborto inducido y sus consecuencias, así como la identificación de las creencias relacionadas a este. Por otra parte, profundizó en los motivos para interrumpir la gestación permitiendo la identificación de los más frecuentes. También ahondó en el posicionamiento ante la práctica del aborto inducido y su realización en un futuro, tanto en ellas como en otras mujeres. Además favoreció un primer acercamiento a las preocupaciones y vivencias emocionales presentes en estas adolescentes.

Objetivo: explorar la actitud ante el aborto inducido de las adolescentes que recurren a este servicio.

Materiales empleados y condiciones de aplicación: protocolo del cuestionario y lápiz (Ver Anexo 6). Para su aplicación se le propició a cada adolescente un ambiente con adecuada iluminación, ventilación y privacidad.

Calificación e interpretación: se realizó a partir del análisis de frecuencias.

La entrevista psicológica

Descripción: la entrevista semiestructurada se basa en una guía de indicadores preestablecidos a través de los cuales el investigador realiza las preguntas teniendo a su vez la libertad de introducir preguntas adicionales con objetivo de precisar conceptos u obtener mayor información. Para la entrevista empleada en la presente investigación, se establecieron como indicadores los conocimientos que poseen las adolescentes sobre el aborto inducido y las consecuencias del mismo para la salud y el bienestar psicológico; las vivencias que experimentan en relación a esta situación y el posicionamiento y defensa de la práctica del aborto en un futuro, tanto para ellas como para otras mujeres.

Objetivo: profundizar en los conocimientos sobre el aborto inducido, así como en las vivencias que experimentan en relación a esta situación y las tendencias de acción ante esta práctica.

Materiales empleados y condiciones de realización: protocolo de entrevista (Ver Anexo 7). Para la realización de la entrevista se garantizó un clima de privacidad, confianza y seguridad donde la adolescente no se sintiera evaluada o juzgada.

Calificación e interpretación: a través del análisis de contenido.

2.7 Procesamiento de la información

Como se ha mencionado anteriormente, 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 (porcientos). Por otra parte los datos de la entrevista se procesaron a través del análisis de contenido, el mismo se realizó en cuatro fases. En una primera fase se obtuvo la información mediante el registro sistemático de las entrevistas, seguidamente se transcribió y ordenó la información a través del registro en papel de las respuestas de las adolescentes de una forma más estructurada. En una tercera fase se codificó la información mediante la agrupación de la información obtenida en categorías que concentraron las ideas, conceptos o temas similares identificados. Finalmente se realizó la integración de la información relacionando las categorías obtenidas en la fase anterior, entre sí y con los fundamentos teóricos de la investigación.

Partiendo del diseño de la presente investigación el análisis predominante fue el cuantitativo, realizándose análisis de frecuencias a los datos arrojados por el cuestionario. En búsqueda de la integración de los resultados, se empleó la triangulación de dichos datos con los obtenidos a través del análisis de contenido de las entrevistas realizadas a las adolescentes. Para ello se contrastó los porcientos y frecuencias con las categorías que emergieron durante el análisis de contenido y se ejemplificó con frases expresadas por las entrevistadas, que complementaron los datos cuantitativos. Dicha triangulación permitió una mejor comprensión de los resultados de la investigación y de la realidad en cuestión.

2.8 Consideraciones éticas.

La práctica del aborto inducido ha sido a lo largo de la historia fuente de conflictos éticos ya que invade una de las esferas más íntimas de la mujer, ello determina que a la hora de realizarse una investigación esto sea tomando en cuenta garantizando el máximo respeto a su individualidad. En el presente estudio se garantizaron la privacidad y la confidencialidad de las adolescentes entrevistadas, para ello se aplicó el cuestionario y se realizó la entrevista en un local apartado de la consulta donde solo estuvieran la adolescente y la investigadora. Para ello se les pidió previamente su consentimiento informado para participar, de igual forma se pidió el consentimiento informado de los padres o tutores legales. Por otra parte se

garantizó un clima de confianza donde la adolescente no se sintiera juzgada o evaluada, evitando cualquier pregunta o comentario que pudiera resultar hiriente para las adolescentes.

Los resultados obtenidos durante el desarrollo de la investigación se exponen en el capítulo siguiente.

Capítulo III

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1 Conocimientos y creencias sobre el aborto inducido en las adolescentes

El procesamiento de los datos obtenidos a través de la pregunta 1 del cuestionario demostró que en relación al conocimiento sobre qué es el aborto inducido y cómo se realizan los procedimientos de legrado y misoprostol, el 70% de las adolescentes carece de esta información, manifestándose en la falta de elementos técnicos y en la poca elaboración de sus respuestas. El 22% de las adolescentes manifestó un conocimiento parcial basado principalmente en las consecuencias sobre la salud para definir qué es el aborto, 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 el aborto inducido 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, en su forma de realización y en los argumentos técnicos sobre el concepto de aborto. El gráfico 2 refleja estos datos.

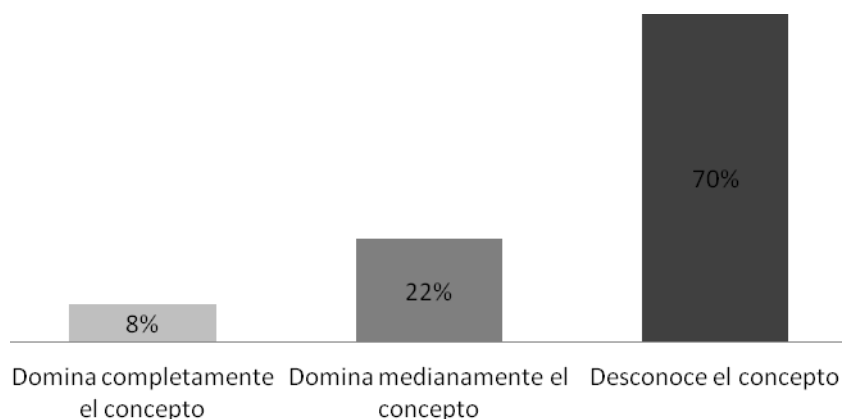


Gráfico 2. Conocimiento sobre el aborto inducido.

Fuente: Datos obtenidos mediante la encuesta de actitud ante el aborto en adolescentes

Si bien predominó un desconocimiento sobre el aborto, los conceptos que ofrecieron las adolescentes, se dirigieron en tres direcciones: un 28% asociado a las emociones que experimentaron ante la situación del aborto inducido, 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 procedimiento, Anexo 14). Así, las adolescentes que poseen 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 asemejan a los obtenidos por Pérez, Soler, Pérez y Fonseca (2015) quienes realizaron un estudio con adolescentes embarazadas en el municipio 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 el aborto inducido 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 el aborto inducido y 13,5% conocimientos eficientes. Trujillo y Sembrera (2015) también obtuvieron resultados semejantes en una investigación realizada con una muestra de 128 estudiantes de una secundaria básica de Perú. El 53,9% de ellos no poseía conocimientos sobre el procedimiento y solo un 22,7% poseía un conocimiento alto.

Las respuestas que ofrecieron las adolescentes durante la entrevista reflejaron que la mayor fuente de información sobre qué es el aborto inducido 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 a ello también resultó insuficiente la preparación que deben recibir 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 a 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, al preguntarles 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 al aborto inducido, si no 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 escases y la baja calidad de la información.

El tiempo de gestación también constituyó un factor influyente, ya que muchas veces el embarazo es 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. En el gráfico 3 se muestra la distribución de los motivos que determinan la elección del tipo de procedimiento.

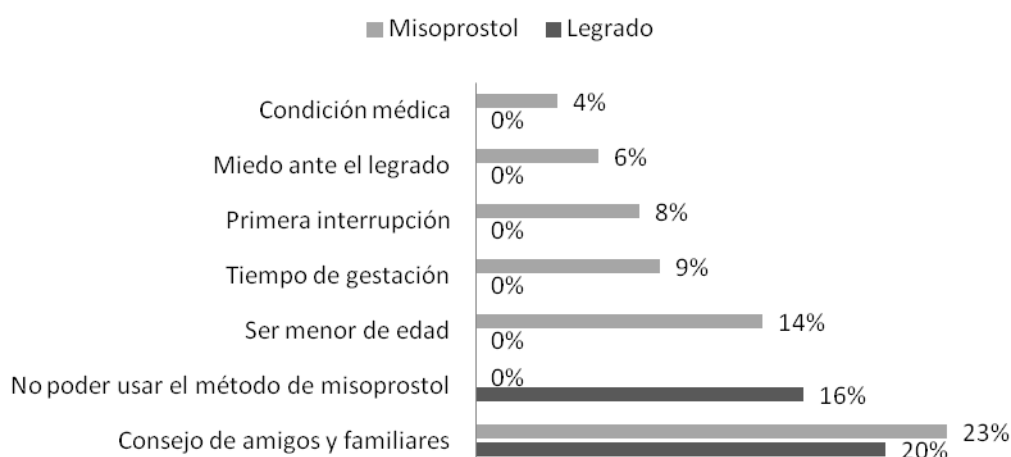


Gráfico 3. Motivos para la elección del tipo de procedimiento

Fuente: Datos obtenidos mediante la entrevista psicológica

Como se observa, predominó la elección del tipo de procedimiento por consejo de la familia y los amigos, traduciéndose en una participación pasiva de las adolescentes en la toma de

decisiones en cuanto al embarazo y el aborto inducido. 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, si no que constituyeron también para muchas de las adolescentes motivos para interrumpir el embarazo. En relación a ello, el 17% de la muestra refirió culminar el embarazo por consejo de los amigos y el 21% de las adolescentes refirió abortar 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 pertenecen a un grupo donde la mayoría iniciaron las relaciones sexuales y tienen antecedentes de aborto; están más expuestas a asumir los mismos comportamientos de sus coetáneas.

En relación a 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 abortar 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 decidieron interrumpir la gestación por presión 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 al aborto inducido 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 a las consecuencias que pueden ocasionar los procedimientos del aborto inducido, 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 del aborto inducido.

El 70% de las adolescentes reconoció que el aborto inducido 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 a 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 14% 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”*. En el siguiente gráfico se refleja la distribución de las respuestas ofrecidas por las adolescentes según este indicador.

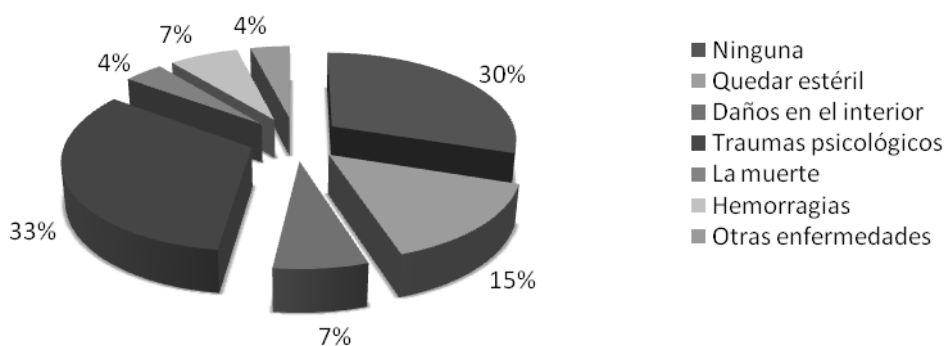


Gráfico 4. Conocimiento de las consecuencias del aborto inducido

Fuente: Datos obtenidos mediante la encuesta de actitud ante el aborto en adolescentes

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 consecuencia alguna. En gran medida ello es 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. Esto en el caso de aquellas que fueron informadas, pues como se pudo apreciar un por ciento considerable no identificó posibles consecuencias en los procedimientos abortivos.

En relación a las creencias asociadas al aborto inducido, 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 las adolescentes 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 esta creencia 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 el aborto ni en qué consiste, vinculándolo principalmente a las consecuencias que puede tener 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.

3.2 Vivencias emocionales asociadas al aborto inducido 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 de contenido de las entrevistas. En el siguiente gráfico se muestra la frecuencia de los motivos según los referidos en el cuestionario aplicado.

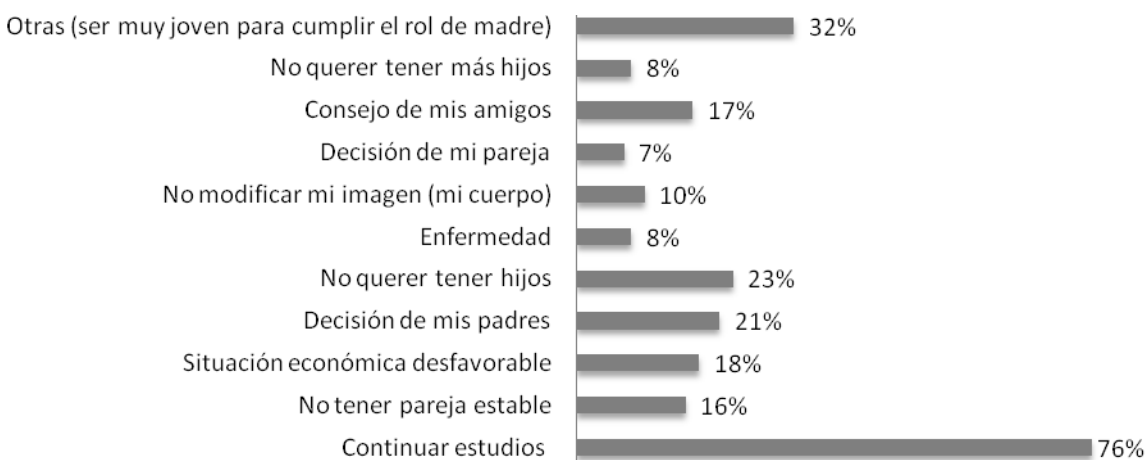


Gráfico 5. Distribución de los motivos para interrumpir el embarazo.

Fuente: Datos obtenidos mediante el cuestionario de actitud ante el aborto en adolescentes

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 se tradujo en una flexibilidad en la justificación y uso del aborto inducido 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 a 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 el aborto inducido 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 asumen la adolescencia como etapa de disfrute, esparcimiento y apertura a experimentar de las “libertades” del ser un poco más adulto. Durante las entrevista 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 el aborto inducido 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 asumen 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 el aborto inducido 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 preservativo y autonomía. 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. En el siguiente gráfico se refleja el empleo de métodos anticonceptivos en estas adolescentes.

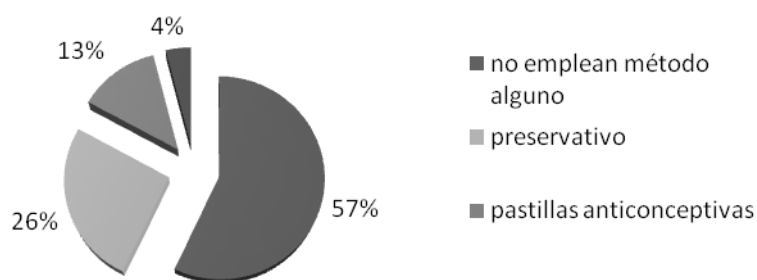


Gráfico 6. Empleo de los métodos anticonceptivos.

Fuente: Datos obtenidos mediante la entrevista psicológica

Como se observa, 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 emplean 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 método anticonceptivo alguno.

Retomando algunos elementos abordados en el epígrafe anterior, el 30% de las adolescentes refirió conocimientos sobre el aborto inducido asociados a emociones

displacenteras y generadoras de culpa. En relación a 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 el aborto inducido 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. En el siguiente gráfico se muestra la distribución según las emociones displacenteras.

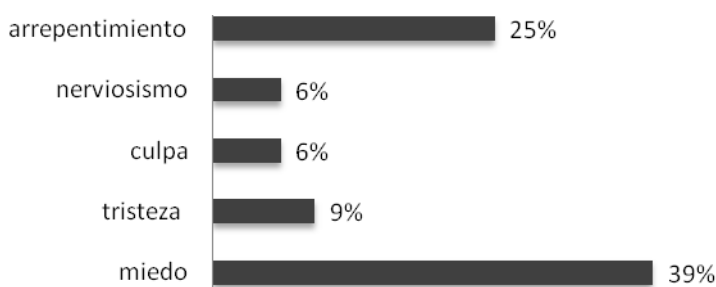


Gráfico 7. Emociones displacenteras.

Fuente: Datos obtenidos mediante el cuestionario de actitud ante el aborto en adolescentes

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 a 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 refirieron 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 del aborto 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. Esta diversidad de factores influyó su manifestación negativa ante la práctica reiterada de la interrupción.

En relación a 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 son: 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. En el siguiente gráfico se muestra la distribución de las preocupaciones referidas por las adolescentes ante el aborto inducido.

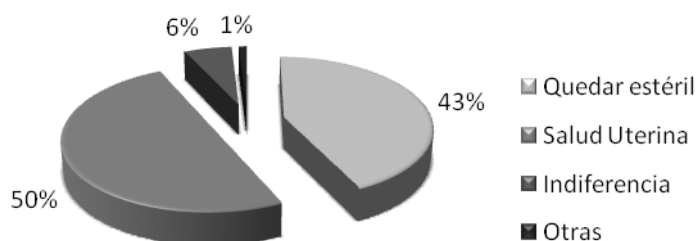


Gráfico 8. Preocupaciones ante el aborto inducido.

Fuente: Datos obtenidos mediante la entrevista psicológica

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 al aborto inducido, 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 la 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 el aborto inducido, en relación a ello el 48% expresaron no poseer conocimientos sobre el procedimiento y al preguntarles si les gustaría ampliar la información, respondieron que no.

3.3. Tendencias conductuales en relación al aborto inducido en las adolescentes

Para el análisis de las tendencias conductuales en relación al aborto inducido, se definieron como indicadores las experiencias abortivas previas, la defensa de la práctica del aborto inducido 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. En el siguiente gráfico se muestra la distribución según este indicador.

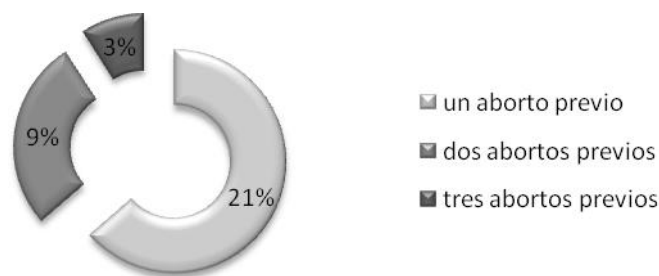


Gráfico 9. Experiencias abortivas previas.

Fuente: Datos obtenidos mediante la entrevista psicológica

Según los datos, el mayor por ciento de las adolescentes se realizó un aborto con anterioridad, siguiendo aquellas que tuvieron dos y tres experiencias de interrupciones previas. Partiendo del 33% con antecedentes de abortos, se encontró que el 11% se interrumpió previamente a través del método de legrado, el 17% a través del método de misoprostol y el 5%

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 interesantes en relación a las preocupaciones y emociones que experimentaron las adolescentes ante esta situación y las experiencias abortivas previas. Las tablas 3 y 4 se reflejan dichos comportamientos.

Tabla 3. Preocupaciones vinculadas con las experiencias abortivas previas, datos en porcentaje

Preocupaciones	Abortos previos		
	1	2	3
Esterilidad	33,3	27,2	0
Salud Sexual	27,2	15,1	3,03
Indiferencia	39,5	57,7	96,7

Fuente: Datos obtenidos mediante la encuesta de actitud ante el aborto en adolescentes

Tabla 4. Emociones vinculadas con las experiencias abortivas previas, en por ciento

Vivencias Emocionales	Abortos previos		
	1	2	3
Miedo	42,4	9,09	3,03
Tristeza	3,03	0	0
Culpa	3,03	3,03	0
Nerviosismo	0	0	0
Arrepentimiento	30,3	3,03	0
Alivio	3,03	3,03	0
Neutro	3,03	0	0

Fuente: Datos obtenidos mediante la encuesta de actitud ante el aborto en adolescentes

Como se aprecia en las tablas, existió una tendencia a la disminución de las preocupaciones y emociones displacenteras a medida que aumentó el número de abortos previos. De esta forma, en las adolescentes con antecedentes de una y dos interrupciones previas, 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 abortivas previas y los conocimientos sobre las causas asociadas al aborto inducido. En la tabla 5 se muestran dichos resultados.

Tabla 10. Relación entre conocimiento sobre las consecuencias y experiencias abortivas previas, en por ciento

Abortos previos	Conocimiento sobre consecuencias		
	Daños biológicos	Daños psicológicos	Ninguna
1	30,3	24,2	9,09
2	12,1	9,09	6,06
3	0	3,03	6,06

Fuente: Datos obtenidos mediante la encuesta de actitud ante el aborto en adolescentes

Según el análisis de los datos, se constató que las adolescentes con uno y dos abortos previos reconocieron tanto daños biológicos como psicológicos con un predominio de los primeros. En contraste, el 3,03% de las adolescentes que se han realizado tres interrupciones reconocen daños psicológicos en esta práctica, no reconociendo que pueda conllevar a daños biológicos.

En relación a la defensa de la práctica del aborto 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 constituyen excepciones para el empleo de estos métodos, si no que son características de esta etapa. En el gráfico 9 se reflejan los resultados en relación a ello.

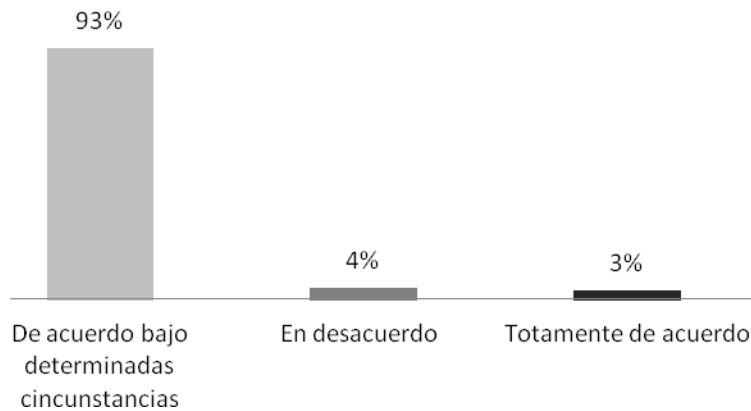


Gráfico 9. Defensa de la práctica del aborto

Fuente: Datos obtenidos mediante la entrevista psicológica

La generalidad de las adolescentes se mostró de acuerdo con la práctica abortiva ante determinadas situaciones, seguida de aquellas que están en desacuerdo con la misma. Así mismo, la menor cuantía estuvo totalmente de acuerdo con la práctica abortiva. 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 del aborto bajo determinadas circunstancias asumieron el aborto inducido 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 el aborto inducido como una alternativa para otras mujeres, recomendando en primer lugar el empleo de métodos anticonceptivos. En relación a ello, muchas de ellas expresaron que a partir de esta 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 que 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 del aborto, 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 práctica abortiva tuvieron como motivos de interrupción el no querer modificar su imagen corporal y no desear tener más hijos. En los ítems 4 y 6 de 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 del aborto, 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, aun cuando los porcentajes entre una y otra tendencia no se alejan demasiado. En el siguiente gráfico se reflejan los resultados obtenidos en relación a este aspecto.



Gráfico 10. Disposición ante la práctica futura del aborto inducido

Fuente: Datos obtenidos mediante la entrevista psicológica

El 37,5% de las adolescentes que presentaron una tendencia negativa ante la práctica futura del aborto refirió como argumento a su postura las experiencias abortivas 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 práctica abortiva ante determinadas situaciones que involucraran metas de su proyecto de vida. Esto se tradujo en que, si bien valoran la posibilidad de no volver a emplear el método, existen posibilidades de que vuelvan a emplearlo en tanto se encuentren en situaciones similares a las que constituyeron motivos para la interrupción. Esto conjuntamente con la poca elaboración personal de sus respuestas, determina que dicha disposición ante la práctica futura del aborto inducido sea 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 mediato 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 práctica abortiva 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 toma afectiva 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 del aborto.

3.4. Análisis integrador

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 tendencia de acción en función de la valoración que hace el sujeto del objeto actitudinal y en base a los componentes anteriormente mencionados.

En relación a la actitud ante el aborto inducido en las adolescentes que acuden a este servicio en el Hospital Materno de Santa Clara, se encontró que las adolescentes presentaron bajos niveles de conocimiento asociados a qué es el aborto inducido y cuáles son sus procedimientos y cómo se realizan. Vinculado a ello, la conceptualización que poseen está relacionada con las consecuencias biológicas de esta práctica. Por otra parte, un grupo de adolescentes manifestó como creencia asociada al aborto la concepción del mismo como un crimen.

A pesar de poseer conocimientos sobre las consecuencias del aborto sobre la salud en estas adolescentes se observó una tendencia a la aprobación del empleo del aborto 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 traducen en una flexibilidad en la justificación y uso del aborto inducido como método anticonceptivo y de regulación de la fecundidad. Lo que evidenció una postura ambivalente ante la práctica abortiva 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 el aborto inducido fuera ambivalente. El desconocimiento sobre el aborto inducido 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 la práctica abortiva; aun 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 del aborto inducido y consecuentemente en la actitud de forma general.

En relación a 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 el aborto en los adolescentes encuestados fue ambivalente y vinculada principalmente a los motivos de interrupción.

La actitud ambivalente de estas adolescentes ante el aborto inducido constituyó un llamado de alerta ante la efectividad de los programas destinados a la promoción de una sexualidad responsable en los adolescentes y a la prevención del embarazo precoz y el aborto. El conocimiento parcializado sobre el aborto inducido 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, determinó que muchas veces la mayor fuente informativa tanto de los procedimientos abortivos como de sus consecuencias provino 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, el aborto inducido, 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 práctica abortiva en vista a reducir el número de adolescentes que acuden a esta práctica, cuidando su salud sexual y reproductiva.

En este sentido podrían ser oportunas algunas sugerencias derivadas de los resultados obtenidos:

- Fortalecer el trabajo preventivo, principalmente en las enseñanzas secundarias y preuniversitarias, en temáticas relacionadas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia.
- Fortalecer el trabajo en las instituciones básicas de salud en relación a la promoción de una sexualidad responsable en los adolescentes y a la prevención del embarazo precoz y el aborto inducido.
- Continuar potenciando el trabajo conjunto entre las instituciones educativas y de salud en la promoción de una sexualidad responsable en los adolescentes y a la prevención del embarazo precoz y el aborto inducido.
- Continuar potenciando el trabajo de temáticas relacionadas a la salud sexual y reproductiva en los adolescentes en las escuelas de padres.

Conclusiones

CONCLUSIONES

A partir del análisis realizado, se arribaron a las siguientes conclusiones.

- Predominó un pobre conocimiento sobre el aborto inducido y sus procedimientos, poniendo énfasis en la identificación de las consecuencias biológicas mayormente. Se constató en menor medida la creencia del aborto como un crimen.
- Se constató 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 del aborto inducido.
- Se evidenció ante la práctica abortiva una postura ambivalente, 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.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES

Como resultado de la investigación se recomienda:

- Dar a conocer los resultados de la investigación a los directivos del Hospital “Mariana Grajales” y a otras instancias de salud y educación (nivel municipal y provincial), comprometidas desde su encargo social con la atención a esta problemática.
- Continuar esta línea de investigación en estudios futuros incluyendo a las adolescentes que recurren a otros métodos para la interrupción voluntaria del embarazo.
- Extender el estudio a otros agentes educativos como la familia, la escuela y los centros de salud con vistas a profundizar en la atención que dan desde su rol a esta situación.
- Profundizar mediante otros estudios en la familiarización de las adolescentes con experiencias previas en el uso de estos métodos.

Referencias Bibliográficas

