



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SECRETARÍA DE POSGRADO

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y OCUPACIONAL.

Trabajo Integrador Final.

**La orientación como intervención que acompaña proyectos
para la vida:**

**La interrupción voluntaria del embarazo como
microproceso.**

Alumna: Lic. Lachalde, María Laura.

Director: Dr. Saforcada, Enrique.

Codirectora: Dra. Ciano, Natalia.

2021

**La orientación como intervención que acompaña proyectos
para la vida:**

**La interrupción voluntaria del embarazo como
microproceso.**

Dedico este trabajo integrador final a mi familia y amigas, por brindarme el apoyo necesario para poder terminarlo y por haber sido lectoras, pares y compinches docentes en la lectura de los avances y en cada una de sus sugerencias.

Dedico este trabajo final a todas las personas que, sin importar sexo, identidad de género u orientación sexual, pueden elegir y llevar a cabo sus proyectos para la vida.

Agradecimientos

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a la persona a quien le debo haber iniciado y continuado mi camino por la orientación. Ella fue mi docente en la facultad pero también en la disciplina. Me motivó a ser parte del Centro de Orientación; me eligió como miembro del Proyecto de Extensión “Volver a elegir: Elaboración de proyectos personales con jóvenes privados de la libertad”; me incentivó en la docencia, en la práctica profesional y en cada artículo que me animaba a escribir. Siempre digo que confío en mí desde un primer instante y eso fue y sigue siendo hermoso y admirable. ¡Gracias mi querida Teresita Chá! ¡Sos única!

Al Dr. Saforcada, Enrique, quien desde un primer momento aceptó muy amablemente y con gran compromiso ser el director del presente trabajo.

A la Dra. Ciano, Natalia por acompañarme como co-directora en este desafío, incentivarme y orientarme en la escritura y realización del trabajo.

Al Dr. Cadenas, Gastón por permitirme acompañarlo en su labor y su comprometida práctica profesional.

A mis docentes de la carrera de posgrado que han sabido generar procesos de enseñanza y aprendizaje motivadores, activos y con un gran compromiso por la profesión; permitiéndome incluir varios de sus aprendizajes en estas líneas.

Agradezco por último, y no menos importante, a las diez personas que me permitieron nutrir de sus experiencias y de su intención y decisión de interrumpir sus embarazos, para poder llevar a cabo el siguiente trabajo integrador final.

1. RESUMEN	6
2. INTRODUCCIÓN	7
3. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES	9
3.1. Modelo teórico operativo en orientación	9
3.1.1 Trilogía orientadora	12
3.1.2 Saberes	17
3.1.3 Campos	17
3.2. Salud mental perinatal	22
3.3. Salud pública	27
3.3.1 Aborto: un asunto de salud pública	32
4. METODOLOGÍA	38
4.1. Problemas e interrogantes	38
4.2. Objetivo general	38
4.3. Objetivos específicos	38
4.4. Hipótesis	39
4.5. Participantes	39
4.6. Instrumentos	39
4.7. Procedimientos	39
5. RESULTADOS	42
5.1. Análisis de la entrevista al profesional médico	42
5.2. Análisis de las entrevistas a las personas con capacidad de gestar	43
6. REFLEXIONES FINALES	47
7. REFERENCIAS	54
8. ANEXOS	59
8.1 Anexo 1. Entrevista al profesional médico	59
8.2 Anexo 2. Consentimiento informado	63
8.3 Anexo 3. Entrevistas a las personas con capacidad de gestar	64

Resumen

En el siguiente trabajo pretendemos ampliar la mirada y perspectiva de la orientación como especialidad que acompaña proyectos para la vida en lo que respecta a un ámbito personal y social.

La maternidad como hecho fisiológico y social puede considerarse un momento evolutivo y propicio para la toma de una decisión sobre continuar la gestación o interrumpir legal y voluntariamente el embarazo. Teniendo en cuenta las diferentes identidades de género, elegimos plantear el término *xaternidad* para dar lugar a aquellas personas con capacidad de gestar que no se identifican con el sexo asignado al nacer y para visibilizar también, a aquellas que no tienen la posibilidad de gestar pero aun así sienten una identificación con el estereotipo de mujer.

Planteamos que la ma-xaternidad como construcción social y proyecto, y la interrupción voluntaria del embarazo como elección ante un proyecto para la vida son pasibles de ser elaboradas y acompañadas desde intervenciones orientadoras. Para corroborar o refutar la hipótesis realizamos una revisión bibliográfica sobre la orientación, la salud mental perinatal y la salud pública; una entrevista semidirigida a un profesional de la medicina y participamos en una consejería de salud sexual y reproductiva donde diez personas con capacidad de gestar consultaron y llevaron a cabo una interrupción legal y voluntaria del embarazo.

Reflexionamos sobre la importancia que tiene el acompañamiento de profesionales de la orientación en la toma de decisiones acerca de la continuación de un embarazo o su interrupción. Observamos el valor que tienen las políticas públicas, la importancia de la información brindada adecuadamente y el lugar que tienen los proyectos educativo-laborales y de cuidado de otras personas por sobre la continuación de un embarazo en un momento determinado.

Palabras claves: orientación, proyecto, interrupción voluntaria del embarazo, salud pública.

Introducción

El presente ensayo es presentado como Trabajo Integrador Final de la carrera de Especialización en Orientación Educativa y Ocupacional dirigida por la dra. Gavilán, Mirta; y dictada en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata entre los años 2017 y 2019.

Mi formación como licenciada en Psicología y profesora de Psicología, es acompañada no sólo de esta especialización sino también de variados cursos, seminarios y actualizaciones en salud mental perinatal, embarazo, maternidades y paternidades adolescentes (EMPA), siempre atravesada y formada en la perspectiva de género. Esta hermosa multiplicidad, propia de la profesión elegida y la realidad en la que vivimos, promueve y genera la escritura de este ensayo. Intentaré, basada en la reflexión y problematización que fui llevando a cabo a lo largo de la carrera de grado y posgrado, articular estas líneas de trabajo: orientación, salud pública y salud mental perinatal.

Entendiendo la orientación como un proceso que puede realizarse a lo largo de la vida de todos los sujetos y en momentos en los que podemos tomar una decisión, elegir entre diversas opciones y pensar a futuro con la elección planteada; comprendemos y valoramos a la maternidad como un hecho crucial decisorio en la vida de la persona gestante y su familia. Maternidad que no siempre se lleva a cabo ya que en oportunidades las personas con capacidad de gestar, deciden no continuar con el embarazo.

Si atendemos al nombre escogido para la carrera podremos fundamentar que este trabajo propone una intervención en el ámbito ocupacional. Ser madre o ser padre es un rol que optamos llevar a cabo, o elegimos no hacerlo. El uso del término “optar” no es ingenuo, históricamente la maternidad está ligada a la mujer: una persona de sexo femenino lleva consigo el mandato de ser

madre, para “realizarse” debe tener un hijo. Sin embargo, en la medida que la maternidad comienza a separarse del designio del sexo femenino, del acto sexual como reproductor, que la persona con capacidad de gestar puede elegir utilizar métodos anticonceptivos e incluso, ante un embarazo, elegir si llevarlo a cabo o no, el término “optar” asume mayor importancia.

Deconstruir la mirada sobre la maternidad y paternidad nos permite pensarlas como un proyecto para la vida. Además, si tenemos en cuenta la perspectiva de género podemos pensar tanto a la maternidad como a la paternidad sin considerarlas ligadas al sexo biológico y dar lugar así a la xaternidad (vocablo que permite pensar en vínculos por fuera de la familia heterocispatriarcal)¹. Por esta razón, en este escrito, dialogaremos en términos de madre, padre y xadre.

El problema aquí planteado es ¿la ma-pa-xaternidad puede pensarse como una decisión que requiera el acompañamiento de un profesional de la orientación? La hipótesis es que la ma-pa-xaternidad como construcción social y proyecto, y la interrupción voluntaria del embarazo como elección ante proyecto para la vida son pasibles de ser elaboradas y acompañadas desde intervenciones orientadoras.

El presente trabajo irá analizando elementos centrales de la orientación, algunos puntos clave de la salud mental perinatal, y los factores que influyen en la toma de decisiones frente a ma-pa-xaternar o abortar, para corroborar o refutar la hipótesis planteada.

Señalamos aquí, la importancia del contexto socio sanitario de la época. Debido a la propagación del COVID-19, las ideas originales planteadas para este trabajo debieron posponerse a tal punto que se reformuló el proyecto de intervención en formato ensayo.

¹ Colectivos LGTBIQ+ (como por ejemplo, @xadresfsm, @paternidadestransargentina) y organizaciones de salud (tales como @redsmperinatal.salud, @aisaludmentalperinatal) suelen utilizar los términos “xaternidad” y “xadres” que figuran a lo largo del ensayo.

En este Trabajo Integrador Final, tenemos en cuenta los “Lineamientos para la incorporación de la perspectiva de género y diversidad en los sistemas de información universitarios” elaborado por el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad.

Marco Teórico y Antecedentes

El Modelo Teórico Operativo en Orientación

Iniciamos con la orientación como especialidad eje y reguladora del ensayo.

A lo largo de la historia, la orientación fue modificando sus prácticas, sus objetivos, fue teorizando en base a las experiencias e ideas en relación a las elecciones y dando cada vez mayor lugar al sujeto de la orientación como persona activa en el proceso. Un sujeto activo, de derecho, con deseos, habilidades, potencialidades, recursos, ideas a futuro, inmerso en un contexto socio-cultural, donde la política, la economía y las relaciones vinculares son consideradas factores que influyen en la toma de decisiones.

Pasamos de considerar la orientación asociada a un hecho puntual, muchas veces relacionado a la elección de los estudios y del trabajo para ser pensada como un proceso a lo largo de toda la vida, en cualquier momento en que cada persona se enfrenta con la posibilidad de elegir, de replantearse un proyecto para la vida.

Bohoslavsky (1985) plantea que el orientado puede llegar a una decisión personal responsable en cuanto a la elección de una carrera y/o un trabajo, haciéndose cargo y comprendiendo la situación que atraviesa; teniendo el orientador como instrumento principal a la entrevista. Llevando a cabo una modalidad clínica, el psicólogo orientador debe estar entrenado en su uso entendiendo por ésta el “conjunto de operaciones mediante las cuales el psicólogo tiene acceso a la comprensión de la conducta del otro y facilita a éste el acceso a su propia comprensión” (p.18).

En este sentido, y en consonancia con los avances de la orientación profesional, mencionamos a la prevención como característica fundamental de la práctica orientadora. Prevenir, en el campo de la salud, significa “preparar e informar a los individuos para que tomen

precauciones contra situaciones riesgosas y aprendan a sostener conductas saludables” (Gavilán, 2015, p.15). De acuerdo a esto, Gavilán (2017) afirma que elaborar un proyecto para la vida y pensarse a futuro es una conducta saludable que permite alejar a las personas de marginaciones psicosociales.

Para poder continuar, tomaremos como punto central lo que entendemos por orientación: el conjunto de estrategias y tácticas que emplea el psicólogo y/o psicopedagogo especializado en Orientación para que el orientado o sujeto de la Orientación, individual o colectivamente, mediante una actitud comprensiva, reflexiva y comprometida, pueda elaborar un proyecto educativo, laboral, personal y/o social a lo largo de la vida. (Gavilán, 2017, p.186)

Partiendo de esta definición y desde una modalidad clínica, el modelo teórico operativo (MTO) propuesto por la Gavilán (2017) será nuestro concepto troncal en este trabajo para poder analizar cada uno de sus elementos constitutivos en relación a la hipótesis planteada. Además, nos permitiremos pensar a la orientación desde la perspectiva de género y derechos humanos.

Este modelo es una herramienta conceptual y práctica para mirar y analizar la realidad, trabajar e intervenir como orientadores. En el año 1995, Gavilán comenzó a teorizar sobre éste hasta que en el año 2006 le termina de dar formato, incluyendo los campos y saberes a la ya planteada trilogía orientadora (procesos, prevención e imaginario social). Profundizaremos cada uno de estos elementos en párrafos siguientes.

El MTO se estructura dentro del paradigma de la complejidad, planteado por Morin (1990) ya que sostiene la intervención orientadora en una realidad en constante dinamismo, con cambios y permanencias, con sujetos activos y capaces de ser los protagonistas de su proceso de

elección pero inmersos en un entorno que funciona influyendo, determinando o condicionando las decisiones. En este escenario social, con una política y economía particulares, con una institución educativa que enseña sumándose a la educación que brinda la familia, está el sujeto. Sujeto con gustos, intereses, habilidades, potencialidades, deseos. Este sujeto tan singular pero rodeado de mandatos, costumbres, tradiciones, imaginarios sociales, es quien debe y puede tomar sus propias decisiones. Es necesario comprender al sujeto de la orientación inmerso en un colectivo, en una trama singular y colectiva. Este entramado propio del ser humano y de su realidad socio-fenomenológica genera que los diversos objetos de estudio, las distintas disciplinas y los campos sobre los cuales se apoyan, se encuentren en permanente interacción, dando lugar a la complejidad, a la multidisciplina, a la interdisciplina y a la transdisciplina.

Veamos aquí, como la siguiente cita refiere a la orientación vocacional, pero si pudiéramos modificarla y leer “ocupacional” en lugar de “vocacional” nos daría un espacio a plantearnos la maternidad como ocupación.

La clínica en orientación vocacional desde una perspectiva crítica es una experiencia que busca acompañar al sujeto frente al imperativo social de elegir revalorizando su subjetividad entramada en las condiciones socio-históricas de época que le toca vivir. Se trata de una invitación a que cada sujeto se interpele sobre su propia búsqueda personal en un contexto social dominado por la creciente incertidumbre. (Rascovan, 2016, p.138)

Así, puede pensarse a la orientación acompañando esta decisión personal sesgada, atravesada, incluida en un marco social que influye sobre la misma. Recordemos nuevamente que la dra. Gavilán (2017), define a la orientación como aquella estrategia que acompaña proyectos personales. Y la decisión de ser madre, padre o xadre (no serlo o no volver a serlo) es un claro ejemplo de proyecto personal.

Müller (2012) señala que el “trabajo clínico como orientadora tiene el objetivo de *colaborar* con esos procesos propios de la vida psíquica humana [...]” (p.135). En nuestra disciplina, uno de los

objetivos es que la persona orientada, desde su lugar de sujeto deseante, como *persona* (y no como producto social), pueda llegar a enunciar sus gustos y proyectos personales, descubrir en qué ocupación y con qué estilo propio de vivir mejor puede hacer aquello que le produce placer y que desarrolle sus potenciales creativos. (p.136)

Teniendo en cuenta lo planteado por estos autores y retomando el MTO, reiteramos el valor de esta herramienta teórico-práctica para intervenir en orientación. A continuación, detallaremos los componentes del modelo presentado, basándonos en los desarrollos de la dra. Gavilán (2017).

Trilogía Orientadora

Proceso. Refiere a los distintos modos de intervención en orientación, que pueden desplegarse a lo largo del tiempo, acelerando o deteniéndose. Daremos cuenta de los tres aspectos de este eje:

Macroproceso. Son los factores que influyen en la vida de las personas y por ende, en la toma de decisiones. Los valores, las representaciones sociales, el contexto político y económico que, directa o indirectamente, intervienen en la vida de todo sujeto, funcionarán como un marco en el momento de la elección personal para el proyecto para la vida. Además, la novela familiar que va estructurando el psiquismo y la sociedad en la que se produce el nacimiento y crianza de la persona, también serán factores influyentes en los sistemas de vida.

Teniendo en cuenta la relación entre lo colectivo y lo singular, lo macro y lo micro, como “los individuos se combinan (en particular compiten y cooperan) entre sí y como, a su vez, el

comportamiento individual está influido (inhibido o estimulado) por el entorno del individuo” (Bunge, 1995, p.32) podemos afirmar que la decisión de formar una familia, estar embarazada, continuar una gestación es una elección personal que se encuentra atravesada por mandatos familiares, sociales, cuestiones laborales, económicas y/o psicológicas.

Microproceso. Este aspecto podemos pensarlo desde dos acepciones.

Por un lado consiste en cortes significativos donde se decide optar por una u otra alternativa. Esta elección se da en el marco de un *continuum* (macroproceso) y puede deberse a un momento de corte sociocultural o evolutivo. Así como optamos qué orientación continuar en el secundario o si estudiar o no en la educación superior, qué tipo de empleo buscar, prepararnos adecuadamente para el retiro laboral, se puede elegir o no ser madre, padre, xadre, formar una familia. Este es un proyecto personal que puede considerarse como un proyecto social ya que quien nazca, llegará a una comunidad específica y en un tiempo determinado.

Por otro lado, refiere al tipo de intervención en orientación que se realiza a un colectivo de personas en el marco de una institución, con una demanda que proviene de la misma y con objetivos específicos. Para esto, como orientadores, debemos realizar un análisis institucional para planificar la intervención y adecuar la metodología de trabajo. El grupo centrado en la tarea (Jasiner, 2019), como metodología, está orientado al sujeto y puede diferenciarse entre dispositivos de taller, grupo operativo, de reflexión, según sea el encuadre escogido.

Cabe mencionar aquí que todas las personas nos encontramos atravesadas por un contexto y una novela familiar que influyen en las decisiones, en esos momentos significativos de elección. Aquí puede notarse la yuxtaposición entre el macroproceso y el microproceso (primera acepción mencionada) (Di Meglio, 2021, p.2) sin que necesariamente se de una intervención orientadora.

Proceso Específico. Es un proceso más especializado, existe una demanda particular por parte del sujeto y puede darse de manera individual o grupal. Quien demanda un proceso específico necesariamente está atravesando un “corte significativo dentro del *continuum*” (Gavilán, 2017, p.117) pero no significa que haya vivenciado una intervención orientadora a nivel de un microproceso (segunda acepción mencionada con anterioridad).

Sin embargo, quien haya participado de una intervención orientadora a nivel de un microproceso, puede elegir transitar un proceso más personalizado, a partir de dudas que puedan mantenerse o surgir de dicho proceso.

Esta intervención es llevada a cabo por “un profesional psicólogo o psicopedagogo especializado en Orientación Vocacional, quien, en forma conjunta con el consultante, elabora un encuadre de orientación a fin de lograr una identificación vocacional ocupacional que sea parte integrante de la identidad personal de este sujeto” (Gavilán, 2017, p.125). La metodología por excelencia en este tipo de proceso es “*la entrevista clínica operativa* que incluye la focalización o centramiento en la temática y problemática orientadora y en todo aquello que contribuya a esclarecerla y resolverla” (Müller, 2012, p.32).

Imaginario Social. Existe un conjunto de creencias que va formulando la sociedad y que muchas veces, aunque no sean ciertas, tienen una fuerza tal que terminan por considerarse reales. Siguiendo los imaginarios actuales se nos presentan ciertos interrogantes: las personas con capacidad de gestar ¿deben convertirse necesariamente en ma-xadres? ¿Qué implica ma-xaternar cuando el embarazo no fue deseado ni aceptado? ¿Hay un real acceso a la información sobre los derechos sexuales y reproductivos? ¿Siempre se puede elegir llevar a cabo un embarazo? ¿Hay una edad y un tiempo social ideal para esto? ¿Es necesario estar en pareja para gestar y formar una familia? “¿Qué mirada tiene la sociedad cuando una joven tiene un hijo/a siendo madre

soltera? ¿Pueden las personas pensar (y llevar a cabo) un proyecto personal ante la mirada de una sociedad que tantas veces, incluso desde el desconocimiento, es prejuiciosa?” (Lachalde, 2020, p.7).

Castoriadis (1988) plantea que “el hombre solo existe en la sociedad y por la sociedad... y la sociedad es siempre histórica. La sociedad como tal es una forma, y cada sociedad dada es una forma particular y singular” (p.66), lo que nos permite reflexionar sobre la producción de imaginarios sociales por parte del macroproceso: cada persona, con su historia personal y el contexto socio-histórico que la atraviesa, experimentará y vivenciará su propio proyecto, con distintas posibilidades y apoyos que también se verán influenciadas por las políticas sociales del momento.

Resulta interesante tomar los aportes de Semidober (2002, p.201):

El abordaje clínico en Orientación Vocacional nos permite desplegar tanto la problemática singular como la social, revisando las identificaciones en juego, los problemas de autoestima, el peso de los mandatos, el sentimiento de culpa por no poder y/o querer cumplir con los mismos, las dificultades en los intercambios, la revisión de los estereotipos culturales que posibiliten la recuperación del deseo, motor de la vida humana.

La licenciada hace ese planteo al reflexionar sobre las posibilidades de elección de las mujeres en el año 1997 en España, y toma conciencia de lo que significan las creencias acerca del rol que deberían desempeñar las personas de sexo femenino y los avances que, lentamente, fueron aconteciendo en relación a la mujer y el trabajo, el proyecto de vida y el poder político. Aquí se vislumbra como, en muchos lugares del mundo, la existencia de una sociedad patriarcal y heteronormativa construye y sostiene roles estereotipados, diferenciando intereses, capacidades

y dando o quitando las oportunidades para que las personas, más allá de su sexo, identidad de género, orientación sexual y expresión de género, puedan elegir libremente.

Prevención. Tomaremos como eje el modelo integral de prevención, compuesto por el modelo epidemiológico social y el modelo educativo formal y no formal, y la praxis preventiva a través de la prevención específica y de la prevención múltiple inespecífica.

La prevención se define como

la capacidad que posee el ser humano y su grupo social para anticiparse, con diferentes estrategias, a situaciones que puedan provocar diversos tipos de daño, posibilitando de ese modo, la creación y/o el fortalecimiento de los conocimientos, actitudes, habilidades y valores que ayudarán a impedir o minimizar el daño. (Gavilán, 2017, p.156)

Tener información sobre salud sexual y reproductiva, el acceso y uso de los métodos anticonceptivos adecuados, proyectar ser madre, padre, xadre, refleja la posibilidad de anticiparse a la concepción de un hijo. En esta ocasión por “anticiparse” no nos referimos, necesariamente, a prevenir embarazos no deseados ni aceptados sino también a lo que genera el deseo como anticipación subjetiva y personal de la gestación, a la seguridad ante una posible interrupción del embarazo, a la realización de estudios para efectuar y sobrellevar un tratamiento de fertilidad.

Una intervención orientadora donde prime la prevención múltiple inespecífica, tiende a lograr un mayor bienestar y calidad de vida para las personas involucradas en la futura decisión (madre, padre, xadre, hijo próximo a gestar, a nacer); apuntando a pensar, reflexionar y modificar (en caso que sea necesario) los distintos estilos de vida de cada uno de los sujetos. Anticiparse al embarazo implica tener en cuenta los cuidados y recaudos necesarios para la gestación, parto,

puerperio, crianza; y en caso de no conocerlos o decidir interrumpir el embarazo, apostar a obtener información adecuada y acompañamiento profesional.

Retomando el modelo integral, damos cuenta que trabajar educación sexual integral en el modelo educativo formal y no formal, reflejaría un espacio por excelencia para abordar ciertos temas, ya que la institución educativa es “considerada eje de la prevención primaria, dado el mayor grado de accesibilidad a un sistema orgánico y mayoritario” (Gavilán, 2017, p.156).

Saberes

Los saberes abordan, tanto de modo separado como conjunto, las distintas cuestiones problemáticas que hacen a la realidad compleja en la cual se interviene. En concordancia con Gavilán (2017, p.168), los saberes, específicos y ampliados, corresponden a los modos de trabajar (conjuntos, restringidos y complejos), donde las disciplinas se articulan con el objetivo de generar nuevos espacios de saber. De este modo, el trabajo a través de la disciplina, la interdisciplina y la transdisciplina nos permite reconocer la incompletud del propio saber y la necesidad del trabajo conjunto y articulado.

Campos

Existen cuatro espacios de conocimiento y práctica sobre los cuales la orientación interviene; estos son el campo educativo, laboral, de salud y de políticas sociales.

Campo Educativo. Refiere al estado de educación, desarrollo e inserción de los sujetos en el sistema formal o no formal, además de atender a la calidad y apostar a la equidad a través de políticas educativas, accesibilidad al sistema, estrategias de permanencia y formación de los actores institucionales. A partir de lo aprehendido en el seminario de la dra. Coscarelli (“El campo educativo y su implicancia en la orientación. Institución educativa y diversidad”) y siguiendo a Sirvent et al. (2006, s/p), podemos diferenciar entre educación formal, no formal e

informal. En cuanto a la primera, refiere al sistema educativo y su institucionalización, con una gradualidad cronológica y estructurada (nivel inicial, primario, secundario y superior). La educación no formal responde a aquellas actividades organizadas por fuera del sistema educativo formal pero que tienen como objetivo acompañar aprendizajes a lo largo de toda la vida. Y una tercera clasificación es la educación informal, que da cuenta de las habilidades y saberes que las personas adquirimos y profundizamos a partir de nuestra propia cotidianeidad.

Campo de la Salud. Incluye la promoción, prevención, tratamiento y asistencia para lograr una mejor calidad de vida. Teniendo en cuenta a la salud de un modo integral, dentro de este campo se incluye también el medio ambiente, la vivienda, la higiene, las políticas sanitarias como determinantes sociales de la salud; y se atiende a las problemáticas psicosociales.

Considerando el seminario “El campo de la salud. Importancia de la psicología sanitaria, su implicancia en la orientación” del dr. Saforcada ampliaremos este campo en el apartado “Salud pública”.

Campo Laboral-económico. Refiere a la inserción, desocupación, precarización, inestabilidad, reconversión como estados dentro de la actividad laboral, y propios de la división social del trabajo. Teniendo en cuenta lo trabajado con el dr. Neffa, para la concepción renovadora del CyMAT el trabajo es considerado un derecho y una necesidad: su naturaleza y significación hacen de él un derecho. Una necesidad, por un lado, social porque nos ayuda a relacionarnos y desarrollar nuestras capacidades (ya que todo trabajo es un trabajo colectivo, con otros, social); por el otro es una necesidad económica porque favorece al desarrollo de la sociedad humana. El trabajo es considerado además, una obligación social, del cual dependen la reproducción de la especie humana, el progreso científico y tecnológico y el mejoramiento de las condiciones generales de vida (Neffa, 2015).

Campo de las Políticas Sociales. Considerando lo aprehendido e incorporado con la dra. Mendicoa en su seminario “El mundo social como construcción y como sistema. Enfoques alternativos. Política y poder en la Argentina actual. Las políticas sociales. Actualización y desarrollo”, afirmamos que la política social se orienta a la solución de problemas ya que está dirigida al bienestar de los ciudadanos. Molina (2002, p.2) plantea que “el conflicto se genera porque el problema que se enfrenta tiene múltiples facetas y hay, por tanto, multiplicidad de soluciones que pueden ser emprendidas, como también porque hay diversidad de intereses entre quienes participan de las decisiones”. Se parte de una realidad que requiere ser transformada, y a través de planes, programas o proyectos se intenta llevar a cabo esa transformación. Según lo desarrollado por Herrera Gómez y Jaime Castillo (2004) la dimensión política en la vida de los seres humanos es determinada por el poder o la autoridad dentro de esa relación humana, que “en su forma más consensual coincide con una relación útil para conseguir objetivos compartidos” (p.178).

Habiendo caracterizado cada uno de los componentes del modelo teórico operativo y pensando en articulación con la temática planteada, profundizaremos los campos mencionados con anterioridad.

Campo Educativo. La Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral (2006) establece que debe brindarse educación sexual integral a todos los alumnos de escuelas públicas y privadas del país, desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria. Destacaremos los objetivos de asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral y promover actitudes responsables ante la sexualidad. Cuando se habla

de educación sexual integral se entiende a la sexualidad desde sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.

Campo de la Salud. Es necesario que personas adolescentes, jóvenes y adultas puedan acercarse a las instituciones de primer nivel en busca de profesionales de la ginecología y obstetricia para poder cuidar, no solo su salud sino también la del niño por nacer, en caso que se decida continuar la gestación. Además, para recibir todo tipo de información que promueva la salud integral de cada sujeto.

En concordancia con Ferrara (2005), quien plantea a la salud como una lucha para conseguir el óptimo vital, podemos afirmar que el hecho de poder proyectarse como madre, padre, xadre y de pensarse en una nueva posición, en un nuevo rol es saludable. Si tenemos en cuenta la definición de salud que brinda la OMS (Organización Mundial de la Salud), anticiparse a la maternidad, paternidad, xaternidad y cuidar de su estado podría encauzar al sujeto en cuestión a un relativo estado de bienestar que articule sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Campo Laboral-económico. Se nos presentan variados interrogantes en cuanto a las condiciones laborales de las personas que atraviesan un embarazo, parto, puerperio y crianza y de las personas que acompañan el parto, puerperio y crianza. Debemos poder considerar las posibles alternativas y realidades para que, como profesionales de la orientación, podamos acompañar la decisión de cada persona. Algunas de estas preguntas pueden resumirse en ¿qué implica para las personas que trabajan en condiciones precarizadas, decidir ser ma-xadres? ¿Pueden elegir hasta qué momento de la gestación trabajar y tomarse licencia? Estos cuestionamientos centrales son aplicados también a las personas de otro sexo e identidad de

género: ¿Qué pasa con quienes deciden ser pa-xadres? ¿Qué ocurre con las licencias por pa-xaternidad?

Campo de las Políticas Sociales. Existen planes, programas y proyectos que tienen el objetivo de informar y promocionar la salud sexual y reproductiva. Un ejemplo es el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003), que apuesta a alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación o violencia, disminuir la morbilidad materno-infantil, prevenir embarazos no deseados, promover la salud sexual de las y los adolescentes, entre otros objetivos.

Salud Mental Perinatal

La ma-xaternidad es mucho más que un hecho fisiológico, biológico en el que a partir de un acto sexual entre una mujer y un hombre, se gesta un bebé. La ma-xaternidad es una construcción social y subjetiva. Simplificarlo es situarnos desde una mirada simplista y no, desde el paradigma de la complejidad.

Considerar este hecho biológico como subjetivo implica pensar en el ma-xaternaje (Oberman, 2001), como el deseo que se pone en juego (o no) en relación a ser ma-xadre, a la figura del hijo, a la elaboración psíquica que conlleva un embarazo y/o la función ma-xaterna.

Desde este paradigma podemos entender a la ma-xaternidad resonando con el ma-xaternaje, tomando el aspecto biológico en relación al psicológico y al social (familia, entorno, comunidad). El campo de la salud (medicina, obstetricia, enfermería, puericultura, psicología) con el campo de las políticas sociales (Plan Nacional de Prevención del embarazo no intencional en la adolescencia, Programa Nacional de Educación Sexual Integral), con el campo de las tecnologías (técnicas de reproducción humana asistida), el campo educativo (Ley N° 14.637, para alumnas embarazadas y para alumnas o alumnos en condición de maternidad o paternidad) y laboral (licencias de maternidad y de paternidad, licencias por fallecimiento de hijo, asignación por embarazo, por nacimiento y adopción, asignación universal por hijo). Incluso, notando la importancia y la permanente relación entre los campos planteados, se hace imprescindible mencionar el campo judicial atravesando, condicionando, regulando el proceso biológico y el proceso de tomar decisiones en cuanto a la ma-pa-xaternidad (Ley N° 25.673 de salud sexual y procreación responsable, Ley N° 26.130 de anticoncepción quirúrgica, Ley N° 26.862 de fertilización asistida, Ley N° 27.610 de interrupción voluntaria del embarazo).

Pensar en el paradigma de la complejidad nos remite a la perspectiva ecosistémica planteada por Bronfenbrenner quien desarrolla una teoría de la ecología del desarrollo humano. Esta perspectiva permite enfocarnos en la salud mental perinatal, teniendo en cuenta los planos del microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. Aquí, los diferentes ambientes, entornos que rodean a la persona son considerados sistemas que se interrelacionan e influyen entre sí (Saforcada y Castellá Sarriera, 2008; Olza, 2020).

Brevemente podemos considerar, según lo planteado por Olza (2020), al microsistema como la gestación y el desarrollo del bebé, junto a los cambios fisiológicos y psicológicos en la persona gestante. Es el sistema o núcleo más pequeño y relacionado a la biología, neurobiología, genética, aspectos emocionales y psicológicos que responden a la díada (persona gestante - hijo), etc... El mesosistema refiere a los cambios psicológicos que vivencia la persona gestante en relación a su entorno más cercano. Hablamos de la dinámica que se va desarrollando entre la díada y la pareja (en caso de que exista), la familia, y de cada uno de ellos con el bebé. En cuanto al exosistema podemos afirmar que la díada va a estar afectada por la articulación que se genere entre diversos sistemas, aunque sea de un modo indirecto. Por ejemplo, las licencias por embarazo o ma-paternidad son un ejemplo dentro de este sistema. El macrosistema, por su parte, refiere a las normas culturales, creencias, valores. Es decir que en este sistema, el contexto social y cultural cumple un rol fundamental en la influencia de los otros sistemas mencionados. Podemos pensar en el patriarcado y sistema capitalista como factores de gran influencia. Olza agrega el concepto de cronosistema para hacer foco en la perspectiva histórica, en aquellos sucesos que se dan en un momento en particular e impactan en el desarrollo (pandemia, divorcio, enfermedad).

La complejidad de este proceso puede verse entramada en la singularidad de cada persona gestante, de cada mujer, de cada hombre, de cada persona que decide (o no) continuar con la maternidad, paternidad, mapaternidad, comaternidad, copaternidad, xaternidad; entramada en la singularidad de cada díada (persona gestante - hije) y de esta díada con su entorno más próximo (pareja, familia, tribu).

Este entramado no se agota en las relaciones vinculares con los otros. Como mencionamos con anterioridad, existen una gran cantidad de profesionales que pueden acompañar esta decisión y este proceso (el cual no acaba con el alumbramiento). Mencionaremos profesionales de la medicina (ginecología, obstetricia, enfermería, instrumentación quirúrgica), profesionales de la salud mental (psicología perinatal), profesionales que se encargan de la preparación y acompañamiento en la lactancia (puericultura y doulas). ¿Por qué no pensar en profesionales de la musicoterapia y del trabajo social como esenciales en este proceso?

No es “iluso” haber mencionado a profesionales de la medicina en la primera línea de trabajadores, ya que estamos partiendo de que la ma-xaternidad, y por ende, la concepción, el embarazo y el parto, no son momentos meramente biológicos; pero aun así, hoy se los relaciona inmediatamente a la fisiología de la persona con capacidad de gestar y al sistema médico como encargado y decisor del proceso. Este trabajo no viene a cuestionar o criticar al sistema de salud, sino que intenta mostrarlo como un elemento más del acompañamiento en el proceso social de la ma-xaternidad.

Así como nombramos que la ma-pa-xaternidad no implica únicamente aspectos biológicos, socio-vinculares en articulación con profesionales de la salud, es preciso retomar la complejidad que presenta la variedad de campos relacionados a este proceso. Dependiendo de cada una de las personas que desee un embarazo, que debe tomar la decisión de continuar o no

con este, que apuesta a la reproducción humana asistida como recurso para alcanzar ese deseo, habrá distintos campos que empiecen a influir más que otros.

Tomar una decisión siempre implica un proceso de reflexión. Un tiempo en el cual la persona debe pensar posibilidades, opciones, recursos y pensarse en cada uno de esos escenarios. Tomar una decisión implica replantear sentidos, mirarse desde una nueva perspectiva, contemplar futuros posibles aunque no asegurados, buscar información sobre la elección a considerar, sentir la necesidad y lo valioso de estar sostenidos, apoyados por un entorno que acompaña desde lo afectivo y muchas veces, desde lo profesional.

¿Por qué pensar que la orientación es una estrategia válida para acompañar la decisión de ser madre, padre, xadre (o no serlo)?

En primer lugar, es una especialidad de la psicología. La psicología como ciencia, es crucial en las distintas etapas de la vida. Y en este momento se presenta una etapa muy importante que es de tal magnitud que da lugar a otra: la decisión de ser madre, padre, xadre y su consecuente resultado (el embarazo) da lugar al nacimiento de una nueva persona.

Esta especialidad está dirigida al acompañamiento en la elaboración de proyectos para la vida y, en este caso un proyecto para la vida y de vida. Un proyecto que implica pensarse en un nuevo rol, con nuevas responsabilidades, obligaciones, con derechos a ser respetados, pero dejando espacio para las ya conocidas responsabilidades, hobbies, roles, etc...

Además, si bien el embarazo es un hecho puntual como proceso biológico, puede darse a lo largo de la vida (a partir de la maduración sexual), y por ende genera distintos interrogantes. Por un lado nos planteamos ¿qué sucede con adolescentes ma-xadres? ¿Qué implica para ellas la ma-xaternidad? ¿Hay un proceso de elaboración frente a esto? ¿Puede considerarse como una decisión? ¿Cómo intervienen los mandatos familiares, el entorno social, la educación sexual

integral, las dificultades en el acceso a las políticas públicas? ¿Qué implica pensar, decidir y atravesar una interrupción del embarazo? Siguiendo estas preguntas y los imaginarios en relación a las mismas, coincidimos con Rascovan (2016) cuando plantea que

La orientación debería promover una fuerte transformación de las prácticas actualmente existentes, a fin de evitar que la futura inclusión de los sujetos en los espacios sociales reproduzca sus “lugares” de origen, es decir, para impedir que las prácticas de la orientación sean dispositivos de la reproducción de la continuidad de un orden social sesgado por la exclusión y la inequidad. (p.46)

Salud Pública

Como sujetos partícipes de una sociedad, inmersos en un contexto socio-histórico determinado, el proyecto de cada cual no depende únicamente de sus ganas y/o iniciativa para desarrollarlo, sino que necesita de políticas públicas acordes a sus necesidades, a un sector educativo, laboral, de salud competentes para que, en este caso, las personas con capacidad de gestar se sientan seguras de tomar una decisión acerca de continuar o no un embarazo.

Es imprescindible considerar que como psicólogos, y más específicamente como orientadores, debemos trabajar sobre lo no dañado cumpliendo una función de protección y promoción sobre la salud de los sujetos, generando eficiencia y eficacia en nuestro labor en el campo de la salud.

La OMS (1948) define a la salud como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo ausencia de enfermedad. Pero debemos tener en cuenta que la noción de “completo” es bastante utópica, ya que no existe ninguna persona que permanentemente mantenga un estado de salud excelente en todas las áreas mencionadas; y la palabra “bienestar” es en sí misma una tautología, “bienestar” significa “estar bien”. Atrás quedó el modelo biologista que considera al ser humano descontextualizado del ambiente y como objeto de estudio a la enfermedad, pero... ¿Qué es estar bien? ¿Adaptarse a las circunstancias y cambios que la vida misma plantea, tal como propone la concepción epistemológica de la salud? No, se debe luchar como sujetos y como comunidad para alcanzar la salud en un estado óptimo (Ferrara, 2005).

Acordando con Saforcada y de Lellis, podemos definir a la salud como la situación de relativo bienestar físico, psíquico, social y ambiental –el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada-, considerando que

dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas (entidad bio-psico-socio-cultural) y sus ambientes humanos (entidad psicosociocultural, bio-físico-química y económico-política), teniendo en cuenta que estos componentes integran a su vez el complejo sistema de la trama de la vida. (2006, p.104)

Esta concepción nos demuestra que los determinantes sociales y psicológicos juegan un rol fundamental en el desarrollo sano de los sujetos. Siguiendo a Morales Calatayud

Es necesario tener en cuenta, y no sólo a nivel de las representaciones populares, que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas también por otras situaciones que rebasan los estrechos límites del cuerpo y que tienen que ver con la subjetividad y el comportamiento individual, así como con el ámbito natural y social en el que el individuo vive, y con los determinantes económicos de su propia realidad. (2016, p.25)

Debemos considerar a los determinantes sociales de la salud como claves en el desarrollo del ser humano; ya que la vulnerabilidad social hace que algunos problemas o riesgos psicosociales sean más frecuentes en unas comunidades que en otras.

Mientras tanto creemos pertinente explicar que la salud pública es la acción colectiva, entre el Estado y la comunidad, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas.

Continuando con lo planteado por Morales Calatayud (2016, p.50), la salud pública según Terris (1992) es:

la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene

personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.

En términos de avances con respecto a estas definiciones y a los paradigmas de la salud pública, tomando los desarrollos de Saforcada y Castellá Sarriera (2008) y Saforcada et al. (2010) especificamos brevemente que el paradigma tradicional gestiona la enfermedad y considera al equipo de salud como el componente principal (debido a la gran importancia que se da a lo biológico –paradigma individual-restrictivo-) y la comunidad es colaboradora. El paradigma de la salud colectiva, superador del tradicional, posee como componente principal de acción al equipo de salud pero la comunidad es partícipe de los procesos de decisión. Es decir, que continúa siendo un paradigma de base médica.

El paradigma de la salud comunitaria, ampliamente superador de los anteriormente mencionados, supone a la comunidad como componente principal y el equipo multidisciplinario de salud es colaborador o participante. Además, la salud positiva es la que se gestiona, es el objetivo principal de dicho paradigma, aunque se atiende, por supuesto, a los casos de enfermedad.

Como profesionales de la psicología, debemos tener en cuenta la realidad particular de la comunidad en la que trabajaremos: conocer los problemas de salud más frecuentes, los determinantes de estos, aplicar las estrategias y tecnologías adecuadas; es decir que debemos prestar atención para conocer y comprender cada situación en un determinado contexto.

En contextos vulnerables, muchas veces, es necesario trabajar para modificar los comportamientos individuales que repercutan en los hábitos y estilos de vida de las personas,

tratando de generar mejor calidad de vida, obteniendo un mejor nivel de la salud para la comunidad.

Esto lo podemos pensar como una de las modalidades de la praxis preventiva desde el modelo integral de prevención. Ésta, la prevención múltiple inespecífica, “está orientada a modificar aspectos que hacen al “estilo de vida” de los grupos. Apunta a trabajar aspectos que subyacen en la multicausalidad, para modificar hábitos y actitudes, y tender al logro de una mejor calidad de vida” (Gavilán, 2017, p.157).

Cada sujeto, como persona participante de la comunidad, como parte constituyente de ésta, mantendrá y propagará las representaciones sociales que se vayan generando. Se lo puede considerar, desde el principio recursivo propio del paradigma de la complejidad propuesto por Morin, como causa y efecto de esta comunidad, ya que incorpora los estilos de vida propios de la comunidad y a la vez los reproduce, manteniéndolos como un hábito de vida.

Pereira (2012) afirma que el embarazo, maternidad y paternidad adolescentes son conceptualizados desde la ciencia y la academia como un problema de salud pública (p.102). Es importante hacer mención aquí que la promoción y protección de la salud son claves en esta situación para acercar información necesaria en relación a cuidados de la salud sexual, a métodos anticonceptivos, al acceso legal a la interrupción del embarazo, al cuidado de la propia salud durante la gestación y la del hijo por nacer. Juegan un papel fundamental los servicios de salud (la accesibilidad, la calidad, el trato con los profesionales, la satisfacción de los usuarios) y los factores subjetivos y hábitos que hacen al estilo de vida.

Saforcada y Moreira Alves (2015) señalan que la sociedad puede ser vulnerada en relación a la salud dependiendo del grado en que sean “mantenidos en la ignorancia con respecto a su potencial capacidad de tomar decisiones con relación a su propia salud” (p.18).

Elegimos hacer mención en este apartado al concepto de “pobreza estructural” ya que notamos que en la bibliografía que utilizamos como marco teórico sobre salud mental perinatal, aparece esta cuestión muy ligada a las personas gestantes que durante su adolescencia, atraviesan un embarazo (más allá de la elección sobre continuarlo o no). La pobreza estructural refiere a la irreversibilidad de la pobreza, ya que genera una dolencia que se instala a través de varias generaciones.

Saforcada et al. (2010, p.238) la definen como:

un conjunto de indicadores que configuran una entidad polimórfica y extremadamente grave, entendiendo por gravedad no la cercanía o alta probabilidad de muerte sino la abundancia de daños (biológicos, biopsicológicos, psicosocioculturales, etc.) y sufrimiento. Es una problemática compleja que se reproduce con progresivo agravamiento a través de la dinámica familiar y la interacción de la familia con el ambiente en donde reside, generándose un particular estilo de vida que obstaculiza el desarrollo pleno del potencial genético.

Además mencionan que “la pobreza estructural exige una política de Estado porque es una de las más graves violaciones consuetudinarias de los derechos humanos y el más eficaz obstáculo para el desarrollo nacional integral” (p. 239).

Los daños se manifiestan en componentes biológicos y neuropsicológicos, psicosociales, subculturales y comunitarios. Hacemos énfasis en estos últimos ya que hay indicadores característicos de este componente que reflejan nuestros aspectos centrales, tales como la imposibilidad de generar proyectos de vida adaptativos (familiares y/o individuales), embarazo adolescente, aborto y maternidad adolescente sin apoyo familiar.

Villa (2005) expresa que los embarazos adolescentes dependen de un problema que involucra “la redefinición de las relaciones de autoridad en la institución familiar, cambios sustanciales en las relaciones de género y de generaciones, así como en los valores culturales atribuidos a la reproducción en la adolescencia de varones y mujeres” (p.200). Afirman esto a pesar del imaginario social que refiere a los embarazos adolescentes de los sectores más desfavorecidos como producto de la “ausencia de otros proyectos personales” (p.199) y como posibilidad de conseguir algo propio. Fainsod y Alcantará, (2005, p.22) manifiestan que estos embarazos adolescentes resultan de riesgo tanto en el aspecto biológico como social (problemas de salud para la persona gestante y/o su hijo, deserción y abandono escolar, dificultad para conseguir un trabajo, reproducción de la pobreza).

Con el objetivo de acercarnos a nuestra temática específica, profundizaremos en el próximo apartado el aborto como un asunto de salud pública en relación a la decisión de interrumpir un embarazo.

Aborto: un Asunto de Salud Pública

En la actualidad y gracias a los movimientos sociales y feministas y al avance en las políticas públicas el aborto es legal, seguro y gratuito, ya que es considerado un derecho de todas las personas con capacidad de gestar. Brevemente detallaremos algunos puntos claves en el avance de esta temática, en nuestro país:

En marzo de 1984, con la conmemoración del día internacional de la mujer, comienza a ponerse el foco (aunque muy tímidamente) en el aborto como un problema social. Muy de a poco, este tema empezó a cobrar mayor visibilización en los distintos encuentros y movilizaciones, hasta alcanzar la cuestión tratada no sólo como un problema social sino de salud pública y como un derecho de todas las personas con capacidad de gestar.

En el I Encuentro Nacional de Mujeres realizado en 1986 en Buenos Aires, funcionó un taller de sexualidad en el que se discutieron asuntos relativos al placer, pero también sobre la corriente ideológica que tiende a subsumir la sexualidad en la reproducción. De allí que se reclamara libertad para el ejercicio de la sexualidad y la maternidad, así como la no discriminación de las personas homosexuales y la demanda por la legalización del aborto. La educación sexual fue también uno de los primeros temas sobre los que se reclamó atención del Estado”. (Brown, 2020, p.5)

Pasados unos años y a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo - 1994) y la Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing - 1995) se empieza a hablar en términos de derechos y salud sexual y reproductiva. En el 2002, se sancionó la Ley N° 25.673 de salud sexual y procreación responsable. Si bien este avance es de gran valor para los derechos sexuales de las personas genera que el aborto pase a un segundo plano en la dimensión de lucha sociopolítica.

Hacemos nuestras las palabras de Brown: “Ahora, las mujeres y/o cualquier persona gestante es comprendida como una persona con derecho a elegir sus planes de vida también en lo relativo a esa potestad no elegida, la capacidad de gestar” (2020, p.8), ya que hace mención del derecho a elegir (derecho eje-base de nuestra disciplina) que se entrecruza o viene a quebrar con el mito de la mujer igual a madre.

Ya en el 2003, en el Encuentro nacional en Rosario, se sientan las bases de la campaña nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito con la presentación del pañuelo verde como marca simbólica de la lucha por el aborto. Tres años después, en esa misma ciudad, se construye el Proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo (de aquí en más IVE). En el año 2018 se presenta por séptima vez este proyecto, con grandes repercusiones sociales y políticas.

En el mes de junio, el proyecto se aprueba en Cámara de Diputados por una diferencia mínima de votos a favor (129 contra 125 en contra y una abstención) pero es rechazado en la Cámara Alta al poco tiempo (8 de agosto).

Finalmente, contamos con la Ley N° 27.610 “Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo”, debido a que el 11 de diciembre de 2020, con 131 votos a favor se consigue media sanción en la Cámara de Diputados, y el 30 de ese mismo mes se aprueba el proyecto IVE en la Cámara Alta convirtiéndolo en ley.

Es importante mencionar aquí, debido a la complejidad y trabajo interdisciplinario e intersectorial que se pretende de la disciplina, que esta ley modifica artículos donde se sancionaba la práctica del aborto y además, tiene en consideración la ley de identidad de género. Sólo por nombrar un artículo donde esto se trasluce, transcribimos el art. 4: “Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la IVE hasta la semana 14 inclusive del proceso gestacional”.

Reid (2019) plantea que la capacidad femenina de llevar a cabo un embarazo (ya sea gestarlo y parirlo) está vinculada a la biología de los cuerpos; pero esta capacidad está atravesada por una condición personal y social que refiere a la decisión de llevar ese embarazo adelante. Como expresa Sebastiani (2018) “si hay derecho a tener hijos debe existir sin falta el mismo derecho para no tener hijos. Se debe buscar la armonización moral entre los conceptos de tener y no tener hijos y no privilegiar a uno sobre el otro”. Según lo mencionado con anterioridad, previo a la ley sancionada en 2020, la clandestinidad de esta práctica era un asunto cotidiano que afectaba la salud integral de la persona con capacidad de gestar, provocando un riesgo en ella. Incluso, gestar y parir un hijo no deseado ni aceptado, genera grandes impactos en la salud integral de quien pare.

No hay “una” o “la” identidad maternal en sí, sino la condición de posibilidad de que una mujer pueda decidir ser o no ser madre, y construir el ejercicio de la maternidad dentro de las relaciones sociales (de género y poder) que la contienen. Esto implica un trabajo psíquico, emocional y relacional que cambia la dimensión subjetiva de cada mujer en su elección (Reid, 2019, p.241).

Es muy interesante observar cómo estos avances en políticas públicas se dan en un contexto social donde se levantan distintas voces en apoyo y en contra de la interrupción voluntaria del embarazo. Apoyados en el interrogante que plantea Caneva (2018) “¿cómo operan las diferentes concepciones de salud en las dinámicas del antagonismo que confrontan a ambas discursividades?” (p.2) vemos reflejado, en los discursos a favor del aborto, una cuestión de salud física, social y mental al considerarse como un problema de salud pública (donde estas tres áreas confluyen). El hecho, además, de que se exija al Estado el cumplimiento de políticas públicas a partir de la lucha de un colectivo de mujeres, movimientos feministas, sociedad en general refiere a la doble responsabilidad que tenemos como ciudadanos y que tiene el Estado frente a la salud de las personas. Incluso, si consideramos esto como una lucha social por lograr una mejora en la salud, nos remitimos a las ideas ya planteadas de Floreal Ferrara.

El discurso pro-vida se basa mucho más en un modelo biologista, haciendo hincapié en las etapas del embarazo, el mito mujer=madre y las creencias religiosas. No toma en cuenta esto como un problema de salud pública pero sí como un aspecto moral a ser juzgado. No tiene en consideración que se plantea como una cuestión universal, de todas las personas con capacidad de gestar y elegir gestar un hijo o no; sino que toma la singularidad de cada persona que opta por llevar a cabo una interrupción del embarazo como un pecado individual.

En Ituarte y López Gómez (2021) se afirma que “el aborto es considerado un proceso con un antes, un durante y un después, así como un evento significativo en la vida de las adolescentes que debe ser analizado en el contexto en el cual tiene lugar” (p.9). Este enunciado nos permite pensar en lo que venimos planteando como definición de orientación: es necesario el acompañamiento en momentos significativos que exceden un tiempo y momento determinado, que son mucho más que un hecho puntual. Estos embarazos que pueden no haber sido deseados o proyectados ni aceptados dan lugar a que, como orientadores debamos acompañar el camino que continuará luego de la noticia y la decisión a tomar, pudiendo alojar a la persona gestante y trabajar juntos las implicancias y los deseos que se ponen en juego en esta nueva etapa.

Reiteramos que para tomar esta decisión, se necesita elaborar el significativo hijo, madre, padre, gestar, parir; considerar el contexto y entorno de la persona que está embarazada, su nivel socioeconómico, su grado de escolaridad, el apoyo familiar (ya sea de una pareja o de su familia de origen).

En distintas investigaciones (Ituarte y López Gómez, 2021; Bahamonde et al., 2018) se vislumbra que en la toma de decisión influyen cuestiones tales como el apoyo de personas significativas, la presión ante la decisión, la responsabilidad ante el cuidado del hijo, los deseos y proyectos personales. Jóvenes mencionan entre otras cuestiones: “soy muy chica y quiero seguir estudiando”, “no quiero ser madre, soy bailarina y necesito seguir trabajando”, “no tengo los medios para tener un bebé”, “no me hallo, no quiero ser madre”, “hace 10 años que estoy en pareja y nunca tuve el deseo de ser madre”, “no está en mis planes tener otro hijo”, “no estoy preparada”, “quiero terminar mis estudios”, “siempre supe que no quería tener hijos”. Estos dichos los señalamos debido a que el proyecto de tener hijos está íntimamente relacionado al deseo y a la actividad educativo-ocupacional.

Para continuar abordando el aborto como la elección de no ser madre, xadre (o no volver a serlo) elegimos, además de la revisión bibliográfica realizada, poder indagar acerca de los factores o motivos que argumentan esta decisión. En el siguiente apartado profundizaremos sobre este relevamiento de datos.

Metodología

Problema e Interrogantes

La orientación se relaciona de una manera muy estrecha a los proyectos educativos y ocupacionales, pero considerando que permite acompañar proyectos a lo largo de la vida y vinculados a aspectos sociales y personales, además de los ya mencionados; decidimos profundizar e indagar en un proyecto personal: elegir no ser madre, xadre o no volver a tener hijos.

Esta elección, como proyecto personal y familiar, está actualmente bajo la mirada social y de las políticas públicas y sanitarias. Al pensarse como una elaboración subjetiva de la persona con capacidad de gestar y donde confluyen las miradas de la comunidad, la familia y distintas políticas, creemos necesario la ejecución de intervenciones orientadoras que acompañen el proceso.

A raíz de esto nos pareció pertinente efectuar una revisión bibliográfica sobre la temática en cuestión, además de entrevistar a un profesional de la medicina encargado de una consejería de salud sexual y reproductiva y a distintas personas con capacidad de gestar que se encuentren tomando la decisión de interrumpir legal y voluntariamente su embarazo. De esta manera, indagaremos sobre los factores que influyen en la toma de esta decisión, qué función cumplen (en caso de existir) otros proyectos de vida en esta elección y qué rol desempeñan los mandatos familiares e imaginarios sociales.

Objetivo General

Comprender a la ma-xa-ternidad como un proyecto personal.

Objetivos Específicos

Identificar los factores que participan en la decisión de interrumpir un embarazo.

Indagar acerca de la influencia del macroproceso en un proyecto personal.

Analizar la presencia de proyectos para la vida como determinantes de la decisión de interrumpir un embarazo.

Identificar la importancia de brindar información adecuada sobre salud sexual reproductiva y no reproductiva, políticas sanitarias, educativas y laborales.

Hipótesis

La ma-xaternidad como construcción social y proyecto, y la interrupción voluntaria del embarazo como elección ante proyecto para la vida son pasibles de ser elaboradas y acompañadas desde intervenciones orientadoras.

Participantes

Se incluyeron 10 personas con capacidad de gestar entre 21 y 37 años, que concurrieron a una consejería sobre salud sexual y reproductiva en la ciudad de Ensenada (provincia de Buenos Aires) en los meses de julio y agosto de 2021.

Instrumentos

Revisión bibliográfica.

Entrevista semiestructurada al profesional médico. encargado de la consejería.

Observación en consultas referidas a salud sexual y reproductiva.

Observación en consultas referidas a post-abortos.

Observación participante en entrevistas estructuradas (historia clínica) a personas con capacidad de gestar en situación de interrumpir un embarazo.

Procedimiento

Obtención de Datos

Iniciamos efectuando una entrevista semidirigida (ANEXO 1) al médico generalista encargado de la consejería y luego, participamos de entrevistas semidirigidas a 10 jóvenes entre 21 y 37 años (ANEXO 3). Estas entrevistas, de las cuales participé como observadora, las realiza el doctor anteriormente mencionado y como profesional participante tuve la posibilidad de incluir alguna pregunta que considerara valiosa para mi trabajo.

Sumado a la historia clínica que solicita el profesional hemos podido incluir preguntas como: ¿Qué personas de tu entorno saben de tu embarazo? ¿Con quiénes consultaste la decisión? ¿Por qué motivos tomas esta decisión? Además de nosotros, ¿recurriste a algún otro profesional para buscar información y/o asesorarte?

Además de estas preguntas, y conociendo las características de una entrevista semidirigida, donde a partir de la palabra de la persona entrevistada pueden surgir nuevos interrogantes, hemos prestado atención a quién acompaña a la consultante o si va sola, a los intereses y proyectos que manifiesta, qué actividad, ocupación tiene cuando se entera del embarazo (o si el embarazo, incluso, interfiere en un proyecto), cómo nombra ese embarazo, etc. Cabe destacar que el profesional trata de no vincular el embarazo al concepto de maternidad, por lo que refiere a tal como “embarazo” o “restos uterinos”.

Es importante dejar en claro que las personas con capacidad de gestar que se acercaron a la consejería dieron su consentimiento para que sus dichos y vivencias puedan ser tomadas en consideración en este trabajo (ANEXO 2). Además, mencionamos que debido a la falta de seguimiento y acompañamiento psicológico hacia estas personas hemos decidido no profundizar en algunos asuntos debido a la emoción sentida y transmitida.

Análisis y Elaboración de los Datos

Los datos obtenidos del profesional a cargo y las palabras transmitidas por las personas consultantes en la consejería, se sistematizaron con el objetivo de ordenar las opiniones relacionadas a la interrupción voluntaria del embarazo, las sensaciones en cuanto a la decisión y los proyectos para la vida de cada una de las entrevistadas. Además, pudo conocerse la importancia de la información o la falta de esta, ante la elaboración de proyectos.

La información proporcionada por las entrevistadas se ordenó para identificar recurrencias que posibiliten establecer categorías de análisis.

Resultados

Análisis de la Entrevista al Profesional Médico

Incluiremos algunos puntos clave de la entrevista semidirigida al profesional encargado de la consejería, en articulación con datos obtenidos de la revisión bibliográfica.

Los espacios de consejería funcionan como un punto de escucha e información que tienen como objetivo principal asesorar a adolescentes y jóvenes en la toma de decisiones, para así fortalecer su autonomía en las elecciones y decisiones relativas a sus derechos sexuales y reproductivos/no reproductivos (Ministerio de Salud de la Nación).

Como puede observarse en la entrevista, la historia clínica de cada persona ha sufrido una variación en cuanto a las preguntas que se indagan, luego de sancionada la Ley N° 27.610; ya que antes se interrogaba sobre el causal salud necesitando conocer el contexto, entorno de la paciente, dónde vive y con quién, cantidad de hijos. De esta manera, se intentaba saber por qué la continuidad del embarazo podría generar un daño en la salud integral de la persona con capacidad de gestar. Actualmente, dada la interrupción del embarazo como una práctica legal y de derecho de toda mujer y personas con distintas identidades de género con capacidad de gestar, las preguntas que suele hacer el médico son en relación a las causas del embarazo y de la decisión. Además, indaga edad, genograma y algunas cuestiones clínicas tales como enfermedades previas.

La consejería funciona como un espacio que, además de asesorar a quien consulta, permite que la persona con capacidad de gestar pueda problematizar los imaginarios sociales en cuanto a la interrupción del embarazo. Estas personas “han llevado adelante un proceso propio e intrasubjetivo de decisión” y desde la consejería, el acompañamiento que se realiza “empodera a las mujeres y las hace salir de la clandestinidad” (Bahamonde et al., 2018, p.24).

Análisis de las Entrevistas a las Personas con Capacidad de Gestar

En función de los objetivos, los datos obtenidos y las recurrencias se han establecido las siguientes categorías de análisis:

Apoyo de la familia/ entorno cercano: dos entrevistadas afirman contar con el apoyo de la persona co-responsable del embarazo (ya sea pareja estable o ex pareja); cuatro de las consultantes manifiestan apoyo de amigas, dos de ellas también presentan apoyo familiar. En total son tres entrevistadas las que revelan apoyo familiar y tres que no aclaran el dato. Una de las personas que manifiesta apoyo de amigas, afirma no querer que su madre se entere.

Vínculo sexo-afectivo: cuatro entrevistadas dan cuenta que el embarazo se produjo a partir de una relación con su pareja. Dos de ellas no aclaran (aunque tampoco se consulta) si la pareja está al tanto del embarazo mientras que las otras dos, manifiestan que ellos saben y acompañan la decisión de interrumpir el embarazo. Tres entrevistadas informan que el embarazo es consecuencia de una relación sexual con su ex pareja (los tres saben la decisión); mientras que una habla de la persona de sexo masculino como *el chico con el que se ve*, y está al tanto de la decisión. Dos entrevistadas no aclaran vínculo y no queda claro si la persona de sexo masculino co-responsable del embarazo está al tanto del mismo y de la decisión de interrumpir.

Maternidad en curso: nueve entrevistadas manifiestan ser madres, mientras que una proyecta la posibilidad en unos años.

Imaginario social: una entrevistada elige la consejería en cuestión porque teme lo que se pueda decir en su ciudad; otra de las entrevistadas duda sobre qué podrían decir los profesionales de la salud acerca de su decisión. El resto de consultantes no manifiesta datos acerca de las creencias instituidas en la sociedad.

Información adecuada: dos entrevistadas aseguran que no hay información suficiente sobre las consejerías; una de ellas, sin embargo, informa que supo del espacio a partir de una conversación con su hermana. Una de las consultantes comunica el desconcierto sobre la información e incluso, manifiesta que por una información incompleta por parte de su ginecóloga no se cuidó con un método anticonceptivo adecuado. En otra de las entrevistas se visualiza que por falta de información o por no haber comprendido la información brindada por los profesionales de la salud, el método de anticoncepción elegido (DIU) no previno el embarazo. No se obtienen datos del resto de las entrevistadas.

Proyectos de familia: dos entrevistadas manifiestan que en la actualidad deben hacerse cargo de un familiar pequeño mientras que, una de las consultantes informa sobre un proyecto de vivienda propia. Las siete entrevistadas restantes no expresan proyectos de familia.

Proyectos educativo-laborales: seis de las entrevistadas hacen mención de sus estudios y/o trabajos como espacios a los cuales deben y eligen dedicarse. No se recaba información de las cuatro entrevistadas restantes.

Teniendo en cuenta las últimas dos categorías, añadimos que la Red de Profesionales de la salud por el derecho a decidir (s/f, p.16), en su proyecto de capacitación, incluye el “proyecto de vida” para tenerlo en cuenta en talleres con personas con capacidad de gestar. Ahí se plantea que para analizar si el embarazo obstaculizaría su proyecto de vida “facilita proponerle a la persona que imagine cómo sería su vida si decidiera tener un hijx, cómo se sentiría, qué cosas tendrían que modificarse, cuáles podría seguir realizando y cuáles no, etc”.

En razón de lo anteriormente planteado, Ramírez Ramírez (2013) realiza una investigación sobre mujeres que optan por un proyecto de vida que no incluye hijos; aquí afirma que la no maternidad voluntaria (NMV) es una decisión de cada mujer, elección que resulta más

sencilla cuando una figura representativa ha optado previamente por esta decisión, y que debe ser considerada como uno de los tantos proyectos para la vida. Las mujeres a las cuales entrevistó han manifestado la importancia de la realización personal por fuera de la maternidad, haciendo foco en el trabajo, los estudios y los viajes; es decir la realización de sí mismas en un ámbito público. Esto genera que podamos pensar y problematizar que “optar por la no maternidad pudiera irónicamente reforzar la tradición [...] de que la crianza es un asunto femenino y que es incompatible con el desarrollo profesional de la mujer” (p.129). Realizamos una comparación con los datos relevados en nuestras entrevistas: si bien nueve entrevistadas ya tienen hijos, es decir que no es el caso de una NMV como plantea la autora; la mayoría (seis consultantes) pone énfasis en que este momento, en el que están optando por una IVE, es adecuado para continuar sus estudios y labores ocupacionales, y no es opción proseguir con el embarazo. Además, el entorno cercano también aparece como factor que acompaña la decisión (ya sea por haber realizado una interrupción, por conocer información adecuada sobre el tema o por apoyar y acompañar el proceso de IVE). La investigación de Ramírez Ramírez permite desconectar el rol de madre del concepto de mujer, romper el mito mujer=madre y dar lugar a pensar la no maternidad como una forma de identidad femenina.

Retomando los datos de nuestras entrevistadas y relacionándolos con la investigación de la autora mencionada previamente, podemos afirmar que ninguna de las diez entrevistadas tiene un proyecto de no maternidad voluntaria. Esta afirmación se debe a que la única persona que no es madre biológica, tiene el proyecto a corto plazo de ser mamá. Ella tiene 32 años y menciona querer ser madre a sus 36. La posibilidad de proyectar ser madre entrevisté un deseo de maternidad y maternaje; la planificación de este momento, es susceptible de pensarse como una instancia óptima y vital para una intervención orientadora. Incluso, deberíamos poder trabajar de manera

anticipada con las personas adolescentes, jóvenes y adultas para prevenir los embarazos no deseados ni aceptados y así evitar que se llegue a interrumpir la gestación.

Reflexiones Finales

A lo largo de la revisión bibliográfica sobre orientación, salud pública y salud mental perinatal, y a partir de los datos obtenidos en el centro de salud podemos reflexionar sobre la importancia que tiene el acompañamiento de profesionales de la salud mental, y más específicamente de la orientación, en la toma de decisiones sobre la interrupción voluntaria y legal de un embarazo o su continuación.

Afirmamos que la ma-xaternidad como construcción social y proyecto, y la interrupción voluntaria del embarazo como elección ante proyecto para la vida son pasibles de ser elaboradas y acompañadas desde intervenciones orientadoras. Podemos llegar a corroborar la hipótesis inicial ya que la ma-xaternidad es una construcción social, además de un hecho fisiológico, y como tal representa para cada persona con capacidad de gestar un momento de elección ante la búsqueda del embarazo y/o la intención de continuarlo o interrumpirlo. Ambas posibilidades son proyectos para la vida y son derechos alcanzados de las personas con capacidad de gestar; por lo tanto, un avance para la sociedad en política de derechos humanos. Una intervención orientadora colectiva puede brindarse con el objetivo de habilitar espacios donde se propicie la elaboración de proyectos para la vida, trabajando distintos saberes individuales y colectivos sobre el embarazo, parto, puerperio y crianza, información sobre salud sexual reproductiva y no reproductiva, leyes laborales, habilidades, saberes, potencialidades para desarrollarse en el ámbito educativo y/o laboral.

La orientación, como especialidad de la psicología, se encuadra en un **paradigma de la complejidad** donde es necesario observar, considerar y trabajar sobre los distintos factores que influyen en las elecciones de cada una de las personas. Como mencionamos en el apartado “El Modelo Teórico Operativo en Orientación”, el entorno sociohistórico de cada persona con

capacidad de gestar se encuentra en permanente cambio; lo que genera que factores culturales, económicos, sociales, familiares y personales intercedan en la elaboración de un proyecto para la vida y de vida. Estos factores no se mantienen constantes, y los sujetos que cuentan con realidades dinámicas, múltiples sentimientos e ideas, provocan que los proyectos puedan variar a lo largo de la vida. Tal como expresa la entrevistada N.B.: “a mí me gustaría poder maternar a los 36 años. Ahora, realmente, no puedo llevar un embarazo sola. Y en ese momento, a los 19 años, menos.”

La elección debe ser elaborada por cada persona, analizando sus beneficios y sus desventajas de acuerdo a los intereses y la realidad que atraviesa en ese momento determinado.

Traer un hijo al mundo implica una persona que pueda sobrellevar física y psicológicamente un embarazo, parto, puerperio y crianza. Estas instancias nos proponen pensar en la necesidad e importancia de:

*acompañamiento adecuado, ya sea familiar, de pareja, tribu, profesional;

*sistema de salud que asesore, acompañe y brinde atención a la persona embarazada y su hijo;

*políticas públicas que den respaldo a las exigencias de mercado y consumo, lo que genera una cuestión económica de fondo que no siempre puede paliarse.

*sistema educativo, que favorezca la permanencia de estudiantes que estén cursando un embarazo y de quienes estén cumpliendo funciones maternas, paternas, xaternas. Además de encargarse, propio de sus funciones, de dictar educación sexual integral.

*políticas de trabajo acordes a las verdaderas necesidades de cada una de las personas. Es de vital importancia repensar la cantidad de días de licencia que se da a cada uno de los miembros de la familia y empezar a visibilizar que una familia no se estructura, necesariamente, a partir de una persona de sexo femenino y una persona de sexo masculino e identidades de género cis.

Para poder ir concluyendo y dejando en claro por qué la orientación es una especialidad que puede y debe acompañar en proyectos para la vida y de vida, volveremos a señalar y repensar puntos clave de la orientación y el modelo teórico operativo, acompañados de fragmentos de entrevistas que ilustran estos aspectos.

Los valores sociales, culturales, el entorno histórico y político, los mandatos familiares en los que cada persona se encuentra influyen en la decisión de interrumpir un embarazo. En estos fragmentos de entrevista puede notarse la importancia del **macroproceso** y las **políticas sociales** y condiciones de **mercado laboral**: “a mi hermana también le conté y ella me banca”, “me acompañan mis amigas, no le puedo contar a mi mamá”, “no quiero volver a tener más hijos. Quiero hacer la ligadura de trompas”, “como conseguí trabajo y tengo recién ahora algo para poder darle a mi bebé, no quiero que a este le falte”, “hace dos años estoy sin trabajo”.

La interrupción del embarazo es considerada como un **microproceso** ya que refiere a un momento evolutivo en la vida de la persona y también a un momento de quiebre social. No nos referimos al término “quebrar” con una connotación negativa pero queremos enfocarnos en el cambio que implica para cualquier persona transitar un embarazo, llevarlo a cabo o interrumpirlo. Aquí la mirada social, el prejuicio, la aceptación, el acompañamiento va a estar sesgado por los **imaginarios sociales** y las ideas instituidas o instituyentes (sea cual sea el caso) dentro de la población: “sé que allá está la consejería, que tendría que ir al hospital, pero también trabajo en la municipalidad y no quiero pasar por esto en mi ciudad, que alguien se entere, se hable...”.

La **prevención**, eje clave de la especialidad, se aprecia dentro del **campo** de la **salud** y el **campo educativo**, de un modo muy particular.

En relación al primero, nos referimos a la importancia de la promoción de la **salud integral**, escuchando el saber de cada persona y brindando la información adecuada sobre enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, cuidados en relación al propio cuerpo y al de terceros, espacios de consejerías sobre salud sexual y reproductiva, controles durante la gestación y postparto, calendario de vacunación, etc. La importancia de la atención médica y psicológica, del tratamiento y del trabajo posterior ante cualquier intervención quirúrgica o medicamentosa (aborto con pastillas, AMEU, parto natural, cesárea). En las siguientes palabras de las entrevistadas deja verse el impacto de este campo y sus profesionales: “hablé con mi psicóloga, ella me alentó a seguir con el embarazo”, “cuando fui al hospital, la doctora insistió en que lo tenga, se largó a llorar, me dijo que iba a ayudarme con el bebé”, “consulté con mi ginecóloga y me dio las pastillas anticonceptivas para que tomara mientras daba de amamantar”, “no quiero sufrir más esos tratos. Yo con el aborto anterior sufrí muchísimo. Me atendieron muy mal en el hospital”.

Notemos el valor de la información: es crucial brindarla de manera clara y certera para otorgar educación para la salud y para que cada persona cuente con esos saberes en las decisiones que pueda tomar. En relación a esto, transcribimos algunas frases de las consultantes sobre saberes acerca de los métodos anticonceptivos, cuidados, espacios de consejerías y acceso a la IVE: “me lo pusieron y listo. No fui a ningún lado después. Al principio estaba todo bien, después me dolía, pero pensé que era dolor típico de cuando te viene”, “me generaba mucha duda la falta de información, no saber cómo se hace, qué pueden decirte los profesionales”, “tengo una amiga que trabaja en el hospital, así que ella me avisó. Si buscás por internet no aparece nada”.

Si bien, en este trabajo integrador final no nos abocamos a la **información ocupacional**, elegimos mencionarla aquí ya que, siguiendo a Lachalde et al. (2021) es imprescindible como una herramienta para que los sujetos puedan “pensar-se” en un proyecto para la vida. El rol del orientador, es acompañarlos en esta búsqueda, apuntando a la reflexión sobre sus verdaderas posibilidades; teniendo en cuenta, por un lado, las fortalezas y debilidades personales y por el otro, la situación macrocontextual que posibilita o dificulta la concreción de esos proyectos. (s/p)

Retomando la importancia de la prevención dentro del campo educativo, podemos mencionar nuevamente la educación sexual integral, las políticas sobre ausentismo y posibilidades de terminalidad dentro de la escuela secundaria para embarazos, maternidades y paternidades adolescentes (EMPA) e incluso, la institución educativa como espacio de contención y sostén. Aun así, es interesante reflexionar sobre los datos obtenidos en las entrevistas. No hubo, en el plazo del tiempo trabajado, adolescentes en edad de escolaridad secundaria que acudieran a la consejería para acceder a la interrupción del embarazo. Lo que sí puede hallarse son varias entrevistadas finalizando estudios superiores, con proyectos laborales y familiares (cuidado de hijos, sobrines, mudanzas): “estoy estudiando. Puedo estudiar porque tengo la tenencia compartida con el papá de mi hija. Eso me da tiempo para estudiar”, “estoy trabajando, soy profesora de Plástica y además me hago cargo de mi primita”, “con mi pareja nos acabamos de comprar una casa, eso lleva plata y también nos está llevando tiempo”, “tengo dos hijos, de 2 y 10 años. Además, me hago cargo de 4 cuñaditos. Yo además estoy estudiando y quiero seguir haciéndolo”. Esto nos plantea nuevos interrogantes: los embarazos adolescentes que se llevan a término, ¿son un proyecto para la vida? ¿Hay una elaboración personal en la decisión de gestar y maternar? ¿Es la falta de información sobre cuidados anticonceptivos la

que genera nuevos embarazos? ¿Es el miedo, el prejuicio, el mandato familiar, la falta de información sobre el acceso a la IVE, lo que propicia la continuación del embarazo? En caso de que fuera un proyecto para la vida, ¿en qué se fundamenta?

Otro punto que nos parece esencial distinguir aquí, a pesar de no haberlo incluido en los objetivos de nuestro trabajo, es la violencia de género. En ciertas entrevistas se pudo observar la aparición de la violencia y nos parece crucial, como profesionales de la salud y comprometidos con los derechos humanos, visibilizarla en estas reflexiones finales. La Ley N° 26.485 manifiesta en su artículo 2 inciso e, que uno de sus objetivos es garantizar “*la remoción de patrones socioculturales que promueven y sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres*”. Elegimos hacer mención de este artículo e inciso en particular porque guarda estrecha relación con los imaginarios sociales en tanto perpetúan prácticas y costumbres que sostienen “*funciones estereotipadas asignadas a varones y mujeres, tanto en lo relativo a tareas productivas como reproductivas*”. La ley garantiza, además, “*decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*” (art. 3, inc. e). Señalamos que en las entrevistas se visualiza violencia de tipo psicológica y sexual, bajo una modalidad doméstica, obstétrica y contra la libertad reproductiva.

Insistimos al afirmar que, como profesionales de la salud, debemos contar con el conocimiento de las normativas vigentes para poder acompañar, asesorar y orientar a pacientes y consultantes. Además de poder brindar la información que se requiera para tomar decisiones al respecto.

Tener en cuenta y poder trabajar en los campos mencionados implica **saberes específicos** de distintas **disciplinas**, diversos modos de problematizar, planificar, analizar variadas

situaciones y un trabajo desde la **interdisciplina**, para apostar a un abordaje integral del ser humano.

Esperamos con este trabajo ampliar la mirada y la acción de la orientación, enfatizando la importancia de adentrarnos en las **políticas públicas** actuales, de contar con **perspectiva de género y derechos humanos** en cada una de nuestras intervenciones como profesionales.

Referencias

- Bahamonde, M. B., Cadenas, G., Delocca, F. M. (16-19 de noviembre de 2018). *Mujeres que deciden abortar: procesos de acompañamiento por parte de un equipo transdisciplinario de salud*. XXXIII Congreso Nacional de Medicina General, Equipos de Salud y Encuentros con la Comunidad.
- <http://www.famg.org.ar/documentos/congresos/premiados/2018/Mujeres%20que%20deciden%20abortar.pdf>
- Boholavsky, R. (1985). *Orientación Vocacional - La Estrategia Clínica*. Nueva Visión.
- Brown, J. (2020). Del margen al centro. De la construcción del aborto como un problema social al aborto como un derecho (1993-2018). *Cuestiones de sociología*, 22. DOI: <https://doi.org/10.24215/23468904e095>
- Bunge, M. (1995). *Sistemas sociales y Filosofía*. Sudamericana.
- Caneva, H. (2018). La construcción del aborto como problema público en Argentina. X Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata
- <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/82348>
- Castoriadis, C. (1988). *Los dominios del hombre*. Gedisa.
- Di Meglio, M. y equipo de cátedra (2021). Repensando el modelo teórico operativo. Libro de cátedra Orientación Vocacional. UNLP (En proceso de publicación).
- Fainsod, P. y Alcantará, A. (2005). Desigualdad, embarazo/maternidad adolescente y escuela media. Trayectorias escolares de alumnas embarazadas y alumnas madres de sectores populares. En V. Llobet (Ed.), *Sexualidad, salud y derechos*. (pp. 18-29) Noveduc.

Ferrara, F. (2005) Clase del Dr. Floreal Ferrara dando un teórico de Salud Mental en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en el año 2005.

<http://cebas1laplata.blogspot.com/?q=floreal+ferrara>

Gavilán, M. (2015). *Desde la Salud Mental a la Salud Integral: aportes de la psicología preventiva*. Lugar Editorial

Gavilán, M. (2017). *La Transformación de la Orientación Vocacional: hacia un nuevo paradigma*. Lugar Editorial

Herrera Gómez, M. y Jaime Castillo, A. (2004). Sistema político y sociedades complejas: estabilidad y cambio. *Revista de estudios políticos*, 126 Octubre-Diciembre 2004.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1096585>

Ituarte, M.L. y López Gómez, A. (2021). Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto de aborto legal. *Cadernos de Saúde Pública*, 37 (2) DOI:

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00235219>

Jasiner, G. (2019). *La trama de los grupos. Dispositivos orientados al sujeto*. Lugar Editorial.

Lachalde, M.L. (2020). Orientar para un proyecto para la vida y de vida. El Modelo Teórico Operativo como eje para una intervención orientadora. *Orientación y Sociedad* 2019/2020, 19 (2) <https://revistas.unlp.edu.ar/OrientacionYSociedad/article/view/9704>

Lachalde, M.L., García, M.N. y Castignani, M.L. (2021). La información ocupacional en la elaboración de proyectos. Libro de cátedra Orientación Vocacional. UNLP (En proceso de publicación).

Ministerio de Salud (1 de noviembre de 2021). *Consejería en Salud Sexual y Reproductiva*.

<https://www.argentina.gob.ar/planenia/consejeria>

Molina, C. (2002). Modelo de formación de políticas y programas sociales. Notas de clase.

Banco Interamericano de Desarrollo. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES).

Morales Calatayud, F. (2016). *Introducción a la psicología de la salud: un enfoque integral*.

Nuevos Tiempos.

Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.

Müller, M. (2012). *Orientación vocacional: aportes clínicos y educacionales*. Bonum.

Neffa, J.C. (2015). Condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT) en salud. *Orientación y*

Sociedad, 15 <https://revistas.unlp.edu.ar/OrientacionYSociedad/article/view/8359>

Oiberman, A. (2001). La palabra en las maternidades. Una aproximación a la Psicología

Perinatal. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 1(1), 87- 91.

Olza, I. (14 de abril de 2020). *Conferencia Parir y nacer en tiempos de pandemia de*

coronavirus. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. [Archivo de video]. Youtube.

<https://youtu.be/ii7VvvIPT-E>

Pereira, J. (2012). Academia, políticas e instituciones. Problemas en las miradas adultas sobre la

maternidad y paternidad en la adolescencia. En A. Peregalli y Y. Sampietro (Eds.),

Maternidades, paternidades y adolescencias. Construirse hombre y mujer en el mundo.

(pp. 101-122) Noveduc.

- Ramírez Ramírez, V. (2013). *Una aproximación sociocultural a la no-maternidad voluntaria* [Tesis de Maestría, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, México]
https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/2517/tesis_valentinaramirez.pdf
- Rascovan, S. (2016). *La orientación vocacional como experiencia subjetivante*. Paidós.
- Red de Profesionales de la salud por el derecho a decidir (1 de noviembre de 2021). *Material para capacitación*. <http://redsaluddecidir.org/descargas/>
- Reid, G. (2019). *Maternidades en tiempos de dese(o)bediencias. Versiones de una clínica contemporánea*. Noveduc.
- Saforcada, E. y Castellá Sarriera, J. (2008). *Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitaria*. Paidós.
- Saforcada, E. y de Lellis, M. (2006). ¿Políticas de salud mental o lo mental en las políticas de salud? En M. de Lellis (Ed.), *Psicología y Políticas Públicas de Salud*. Paidós.
- Saforcada, E., de Lellis, M. Y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y Salud Pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Paidós.
- Saforcada, E. y Moreira Alves, M. (2015). Salud comunitaria: del nuevo paradigma a las nuevas estrategias de acción en salud. En E. Saforcada, J. Castellá Sarriera, J. Alfaro (Eds.), *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*. (pp. 17-44) Nuevos Tiempos.
- Sebastiani, M. (2018). El aborto como un bien social. *Revista de Bioética y Derecho*, 43 (pp. 33-43) <https://www.redalyc.org/journal/783/78355810004/html/>

- Semidober, I. (2002). Identidad femenina y rol ocupacional. *Orientación y Sociedad* 2001/2002, 3, 195-203. <https://revistas.unlp.edu.ar/OrientacionYSociedad/article/view/8221>
- Sirvent, M.T., Toubes, A., Santos, H., Llosa, S., Lomagno, C. (2006). Revisión del concepto de Educación No Formal. Cuadernos de cátedra de Educación No Formal – OPFYL. Facultad de Filosofía y Letras. UBA.
- Villa, A. (2005). Sexualidad y reproducción en el escenario educativo: discursos y prácticas de adultos del sector educación y salud en escuelas medias de la ciudad de Buenos Aires. En A. Donini (Ed), *Sexualidad y familia. Crisis y desafíos frente al siglo XXI*. (pp. 187-214) Noveduc.

Marco normativo

Ley N° 25.673 de 2003: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Ley N° 26.130 de 2006 de intervenciones de contracepción quirúrgica.

Ley N° 26.150 de 2007 de Educación Sexual Integral.

Ley N° 26.485 de 2010 de protección integral a las mujeres.

Ley N° 26.862 de 2013 de reproducción medicamente asistida.

Ley N° 14.637 de 2014 para alumnas embarazadas y para alumnas o alumnos en condición de maternidad o paternidad.

Ley N° 27.610 de 2020 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

Anexo 1. Entrevista al profesional médico

Buenos días Doctor, ¿podría contarme cómo se llega a acceder a una consulta por interrupción voluntaria del embarazo?

Buenos días, acá en la Consejería atendemos por turno. Nos manejamos con un correo, solicitan turno por ese medio y lo que pido es que se hagan una ecografía (incluso ya les doy turno para la eco, así vienen con ese estudio hecho). Trabajamos en articulación con el Hospital Cestino, donde se realizan las ecografías. Me comunico con un referente del hospital y saco el turno. Suele ocurrir que lleguen sin turno, las atendemos igual. Pero siempre pedimos la eco y damos un nuevo turno para que puedan venir y ahí ya podemos hacer la historia clínica, conversar con mayor profundidad. Hacer un consentimiento informado sobre la práctica que va a efectuarse.

Hace mención de la historia clínica, ¿cómo es el proceso de atención?

En esa historia clínica se toman datos básicos como el apellido y el nombre, la edad, el DNI, un teléfono de contacto... Indagamos tres cuestiones básicas: causas del embarazo, reacción al positivo y causas de decisión; hacemos un genograma, y consultamos sobre antecedentes obstétricos, si hubo intentos de abortos previos, enfermedades, diagnóstico de gestación (para esto necesitamos la ecografía) e indicamos el acuerdo terapéutico (uso de pastillas, AMEU, si es ambulatorio o no)

El genograma es un gráfico que nos permite visualizar vínculos y tipos de relaciones.

Antes solíamos hacer muchas más preguntas relacionadas al contexto de la paciente (vivienda, hijos, situación de embarazo) para poder pensar en el causal salud, es decir poder ver si la continuidad del embarazo podría llegar a generar algún problema, malestar, en la salud de la

persona. La salud integral. Ahora, con la ley 27610, no hace falta indagar estas cuestiones porque el aborto es un derecho.

Igual, un punto importante, es que si el embarazo es mayor a 15 semanas hacemos un causal salud.

Nosotros acá, precisamente, trabajamos como asesoría en derechos y tratamiento ambulatorio (además de dar información, brindar, colocar o quitar métodos anticonceptivos). Después de realizarse la interrupción hacemos una entrevista post-aborto para asegurarnos de que esté todo bien... si sintió que se realizó la expulsión, si hubo un sangrado mayor al que se produce en la menstruación y si al cabo de unos días deja de haber síntomas, se hace una eco a las dos semanas (no es obligatoria) sino, se debe derivar al hospital inmediatamente.

Esto que te cuento es en el caso de realizar la interrupción a través de medicación. Y sino, también está la AMEU (aspiración manual endouterina) que se hace en el hospital.

El tratamiento ambulatorio entonces, ¿sería la toma de la medicación indicada?

Claro. Es una práctica que aconsejamos que la puedan hacer con una compañía, que no estén solas. En caso que no la puedan hacer, no tengan el espacio o el tiempo necesario para esto, el hospital brinda un lugar tranquilo para la interrupción. Llegan a las ocho de la mañana y alrededor de las doce, ya se van.

¿Hace cuántos años trabaja en la Consejería?

Hace siete años que trabajo y que nos vamos capacitando con el equipo de profesionales de la red. Esta consejería estuvo en distintos centros de salud pero actualmente, ya hace algunos años, estamos acá (Centro de Salud Carlos Cajade).

En las entrevistas que menciona, ¿hay algún profesional de la salud mental?

Actualmente no. Incluso la profesional psicóloga del Centro está con licencia. No suelen llegar situaciones de personas con angustia o culpa que requieran una atención psi con urgencia. Las personas que acceden a este derecho suelen hacerlo muy seguras. La entrevista post-aborto es más que nada un control.

Por supuesto que cualquier cosa que quieras ir indagando o repreguntando, puedes hacerlo.

Las personas que vienen a consultar, ¿qué edades tienen aproximadamente?

Hay un rango bastante similar entre las personas entre 20 y 30 años y las de 30 y 40. No suelen llegar adolescentes. Cuando lo hacen, muchas veces están acompañadas de sus madres y, en realidad, son las madres las que quieren la interrupción del embarazo.

¿Cómo se aborda un caso así?

En algún momento de la entrevista solicito que la madre pueda irse a la sala de espera para conversar con la adolescente y luego, le explico a la persona adulta que esto es una decisión de la persona que está gestando, no podemos obligar a la adolescente a realizar la práctica porque puede elegir, es su derecho. Suele suceder que las adolescentes ven o piensan al hijo como aquello que les es propio, que pueden lograr tener algo. A veces es el puntapié para dejar el hogar familiar.

Un proyecto para la vida...

¡Claro! Quizás no es algo previamente planificado pero en cuanto se enteran de su embarazo empieza a cobrar este sentido.

Con la sanción de la Ley N° 27.610, ¿se notaron cambios en la demanda?

No, para nada. Hay un factor fundamental que acá cobró mayor relevancia: la pandemia. La ley se terminó viendo opacada por la pandemia. Hay muchas menos consultas, menor accesibilidad al sistema sanitario. Antes de la pandemia atendía a alrededor de doce personas y hoy están

llegando entre cinco y seis. Lo importante también de la ley, es visibilizar el valor que tiene la información. Con info sobre ESI, métodos anticonceptivos, etc... se previenen las prácticas, llegan a la consulta mucho antes que se produzca un embarazo no aceptado.

Retomando una cuestión que planteaba al inicio sobre el embarazo en las quince semanas, me quedé pensando cómo se llega a ese punto. Por lo que pude observar hasta el momento, muchas consultantes deciden dejarle la eco para no quedarse con esa imagen, recuerdo... ¿qué sucede con estos embarazos ya más avanzados? Donde puede o no haber una eco pero sí físicamente empiezan a sentirse y verse los cambios...

Es muy interesante eso que planteas... han venido a consulta personas con un embarazo de veinte semanas... como te decía hay que hacer el causal salud en ese caso y la interrupción sería con pastillas únicamente pero en un hospital porque el riesgo de hemorragia es mayor (hay mucho más sangrado). En situaciones así lo que se ve es un desconocimiento frente a los derechos, no saber qué hacer en un caso así ni a dónde concurrir. Por eso es tan importante la información a tiempo. La decisión está tomada, es un proceso que ya fueron elaborando pero lo que falta ahí es saber cómo llevar a cabo esa elección. Ocurre otras veces que la decisión y la consulta son más tempranas pero que por cuestiones de turno no han logrado acceder a una interrupción en una semana anterior de gestación.

Anexo 2. Consentimiento Informado

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos y procedimientos de esta investigación relacionada a la Orientación y la interrupción voluntaria del embarazo, y mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por la Lic. Lachalde, María Laura.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio.

Asimismo se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Nombre de la persona:

Firma:

Nombre de la responsable de la investigación:

Firma:

Anexo 3. Entrevistas a las personas con capacidad de gestar

Aclaración: La historia clínica que completa el médico es material de la consejería. Aquí se detallan las preguntas y respuestas que nos dan lugar a problematizar cuestiones relativas al proceso de decisión. Se excluye también la explicación médica con respecto a los distintos modos de llevar a cabo la IVE y a los métodos anticonceptivos. Sin embargo, en algunas entrevistas, se mencionan los métodos escogidos (de interrupción y anticoncepción) por la información que puede obtenerse a partir de esa elección.

PM: Profesional médico. PP: Profesional psicóloga. E: Entrevistada.

Entrevista 1. N.B. 32 años.

PM: Buen día, contanos en qué te podemos ayudar.

E: Estoy embarazada y no puedo tenerlo. A principios de este año me separé de mi pareja y dejé de tomar las pastillas. Estuvimos juntos 4 años. Volvimos a vernos y yo me estaba cuidando con los días. Él no quiere ser padre, yo podría pero sola no.

PM: ¿Ésta es una decisión tuya o de tu pareja? Es muy importante que vos puedas estar segura de esta decisión.

E: Es mía, si bien él no quiere yo no puedo tenerlo ahora. Estoy trabajando, soy profesora de Plástica y además me hago cargo de mi primita. Yo ya pasé por esto, tuve a los 19 años con mi anterior pareja, un aborto. Hoy tampoco es el momento. No quiero traer un niño a sufrir, yo ya me hice cargo de una nena que no abortaron pero más o menos.

PP: ¿Te gustaría poder llevar a cabo un embarazo en otro momento?

E: Sí, a mí me gustaría poder maternar a los 36 años. Ahora, realmente, no puedo llevar un embarazo sola. Y en ese momento, a los 19 años, menos. Era, eramos muy inmaduros.

PM: ¿Sos de acá de Ensenada? ¿Cómo te enteras del espacio?

E: No, en realidad soy de XXX. Sé que allá está la consejería, que tendría que ir al hospital, pero también trabajo en la municipalidad y no quiero pasar por esto en mi ciudad, que alguien se entere, se hable...

PP: ¿Hay alguien que te esté acompañando en este momento?

Hablé con mi psicóloga, ella me alentó a seguir con el embarazo. Me acompañan mis amigas, no le puedo contar a mi mamá.

Entrevista 2. A.P. 22 años.

PM: Buen día, contanos en qué te podemos ayudar.

E: Estoy embarazada de mi pareja, hace siete meses estamos juntos. Él no trabaja así que también está de acuerdo con la decisión.

PP: ¿Vos estás estudiando o trabajando actualmente?

E: Hace un año conseguí trabajo y no quiero que le falte nada a este bebé.

PM: ¿Tenés hijos, tuviste embarazos previos?

E: Yo tengo un hijo de un año, lo está cuidando mi mamá actualmente. Ella vive conmigo. Así que como conseguí trabajo y tengo recién ahora algo para poder darle a mi bebé, no quiero que a este le falte.

PM: ¿Contás con el papá del bebé?

E: No, mi ex pareja no se hace cargo económicamente.

PM: ¿Embarazo y parto sin complicaciones?

E: Durante el embarazo no tuve ningún problema pero me desangré en el parto, tuvieron que intervenir inmediatamente.

Método de interrupción: AMEU – Método anticonceptivo: DIU.

Entrevista 3. V.R. 35 años.

PM: Buen día, contanos en qué te podemos ayudar.

E: Quiero interrumpir mi embarazo. Soy mamá de cinco hijos ya.

PM: ¿En qué situación se da este embarazo?

E: Es de mi marido, actualmente estamos separados pero él sabe de esto y está de acuerdo.

PP: ¿Alguien más está al tanto que pueda acompañarte en este proceso?

E: Sisi, pero va a ser él quien me acompañe. Tenemos que organizarnos con los horarios y los chicos.

PP: Recordá que tenés dos métodos para elegir, en el caso que optes por la AMEU podés hacerlo en un horario ya establecido dentro del hospital. ¿Tendrías alguna complicación laboral? ¿Estás trabajando?

E: ¡Sí! Yo estoy trabajando y además estudio hematología. Mis horarios son bastante complicados por lo que prefiero utilizar las pastillas. Yo ya tuve que inducir un aborto, hace dos años, por un embarazo detenido.

PM: ¿Qué cantidad de embarazos tuviste entonces?

E: Tuve cinco, uno de los cuales se detuvo. Tengo mellis de 17 años, 12, 8 y 6 años.

Método de interrupción: Pastillas – Método anticonceptivo: Ligadura de trompas.

Entrevista 4. M.S. 28 años.

PM: Buen día, contanos en qué te podemos ayudar.

E: No quiero seguir con el embarazo. Tengo una nena de 4 años y no quiero otro.

PM: ¿En qué situación se da este embarazo?

No estoy en pareja ahora y él ya tiene tres hijos, se hace cargo sólo de uno y me preocuparía lo que pudiera llegar a pasar con éste. Él sabe que no lo voy a tener.

PP: ¿Alguien más sabe de esta decisión? ¿Quiénes te acompañan?

E: Sí, mis amigos y mi familia están al tanto, ellos me están acompañando.

PP: ¿Actualmente estás trabajando o estudiando?

E: Estoy estudiando. Puedo estudiar porque tengo la tenencia compartida con el papá de mi hija.

Eso me da tiempo para estudiar.

PM: Cantidad de embarazos y complicaciones durante el embarazo o parto.

E: Tuve un aborto espontáneo a los 17, después el embarazo de mi nena y ahora este.

Método de interrupción: Pastillas – Método anticonceptivo: Ligadura de trompas.

Entrevista 5. G.C. 35 años.

PP: Buen día, contanos en qué te podemos ayudar.

E: Necesito interrumpir mi embarazo

PP: ¿Cómo te enteraste de la noticia?

E: Me quedé en blanco, inmediatamente supe que no lo quería. Ojo, de todos modos lo evalué pero no estoy en condiciones de tener otro hijo.

PP: ¿Cuántos hijos tenés?

Tengo uno de 13 y otro de 19. Y perdí un embarazo. Yo trabajo y crio a mis dos hijos, los crie prácticamente sola y no quiero que este pase por lo mismo.

PM: La persona con quien tuviste este embarazo, ¿conoce la decisión?

E: Sí, si bien no es mi pareja es el chico con el que me veo. Sabe y acepta la interrupción. A mi hermana también le conté y ella me banca.

PP: ¿Cómo conociste este espacio?

E: mi hermana sabía que acá se puede venir con esta situación.

Método de interrupción: AMEU – Método anticonceptivo: DIU

Entrevista 6. T.A. 27 años.

PP: Buen día, contanos en qué te podemos ayudar.

E: No quiero tener otro hijo. Tengo otros planes.

PP: Contanos cuántos embarazos tuviste, qué planes hay.

E: Tengo una nena de tres años y otro de 10. No tengo ganas de tener uno más. Con mi pareja nos acabamos de comprar una casa, eso lleva plata y también nos está llevando tiempo. Yo además estoy estudiando y quiero seguir haciéndolo.

PM: ¿Estaban utilizando algún método de anticoncepción? ¿Qué tenés pensado para utilizar luego de la interrupción?

Nos estábamos cuidando con preservativos, antes tomaba pastillas. Así que, calculo que voy a volver a las pastillas.

PP: ¿Cómo te enteraste de la consejería?

E: Tengo una amiga que trabaja en el hospital, así que ella me avisó. Si buscás por internet no aparece nada.

Entrevista 7. G.S. 37 años.

PM: Buen día, contanos en qué te podemos ayudar.

E: No estoy en condiciones de tener otro hijo. Necesito interrumpir este embarazo.

PP: ¿Querés contarnos cómo estás en relación a esta decisión?

E: Estoy muy segura. No fue buscado. Falló el preservativo. Tengo dos hijos que tampoco fueron buscados (tienen 8 y 15) y en ese momento me cuidaba sólo con preservativo también. Además, hace dos años estoy sin trabajo.

PM: El preservativo es un muy buen método para evitar la propagación de enfermedades pero es importante la utilización de otro método que refuerce la anticoncepción. ¿Ya pensaste qué método seguir utilizando?

E: Esta fue una situación diferente. No me convence para nada el DIU, pensé en la posibilidad del chip.

(Aclaración: hacía una semana no había chip en la consejería. Había un faltante de métodos en toda la provincia. Incluso, hacía un tiempo mayor que tampoco contaban con inyección)

PP: ¿Tenés alguien que pueda acompañarte con esta decisión?

E: Si, tengo una amiga. Le conté y es ella la que me contó de la consejería. Cuando fui a la salita en Campamento me dijeron que mejor lo pensara. Y cuando fui al hospital, la doctora insistió en que lo tenga, se largó a llorar, me dijo que iba a ayudarme con el bebé.

La verdad que no está bueno haber vivido eso, y así se me fueron pasando los días. Yo estoy segura de lo que quiero hacer, pero fue una situación muy fea.

Método de interrupción: AMEU (embarazo de 13 semanas).

Entrevista 8. R.M. 34 años.

PP: Buen día, contanos en qué te podemos ayudar.

E: Me gustaría saber cómo se hace y qué se tiene en cuenta para una interrupción del embarazo.

(Profesional médico comienza a explicar métodos de interrupción y modalidad de trabajo)

E: Estoy embarazada otra vez. Ya tengo dos y no estoy preparada para tener otro, por el momento. Me estoy cuidando con las pastillas de lactancia pero pasó.

PM: ¿Con pastillas de lactancia? ¿Qué edad tiene el bebé?

Un año y nueve meses. Cuando lo tuve, consulté con mi ginecóloga y me dio las pastillas anticonceptivas para que tomara mientras daba de amamantar.

PM: ¿Ella te informó del uso? Las pastillas de lactancia sirven mientras el amamantamiento es exclusivo, con la edad de tu bebé y el tipo de alimentación que seguramente está teniendo ya no tienen efecto.

E: Ella me sugirió esas pastillas pero no tenía más información. Claro, yo le doy el pecho de vez en cuando, ya no toma todo el tiempo ni tampoco sólo leche materna. Y a la ginecóloga volví a ir ahora cuando me enteré que estaba embarazada. Ella me derivó para acá.

PP: ¿Qué sentís frente a esta decisión? ¿Quién más está al tanto?

Quiero hacerlo, lo hablé con mi marido pero la decisión es mía. Estoy estudiando además. Me generaba mucha duda la falta de información, no saber cómo se hace, qué pueden decirte los profesionales. Pero gracias, fueron muy claros.

Entrevista 9. M.O. 28 años.

(El profesional chequea el correo electrónico previo a recibir a cada paciente, para corroborar comunicaciones en cuanto a la solicitud de encuentro y envío de ecografías. Se percata de que la joven tuvo entrevistas en el mes de marzo por otra IVE)

PP: Buen día, contanos en qué te podemos ayudar.

Estoy embarazada. De nuevo. ¡¡¡Tengo un DIU!!!

PM: ¿Nosotros te lo colocamos? ¿Hace cuánto lo tenés?

E: No, en el hospital. Pero vine acá con vos porque estaba embarazada y no lo quería. Decidimos que iba a hacer la interrupción en el hospital y que ahí me colocaban el DIU directamente. Todo esto fue en marzo.

PM: ¿Pudiste hacer control del DIU? ¿Tuviste alguna molestia post-colocación?

E: No, me lo pusieron y listo. No fui a ningún lado después. Al principio estaba todo bien, después me dolía, pero pensé que era dolor típico de cuando te viene.

PM: Es muy probable que haya sufrido algún movimiento luego de la primer menstruación. Cuando colocamos el DIU, como seguramente te habré explicado, es necesario hacer una eco luego de la primer menstruación y después a los seis meses. Después ecografías cada un año, por supuesto. No te preocupes que vamos a realizar la interrupción y pensar qué método utilizar.

E: No hice nada. No quiero volver a tener más hijos. Quiero hacer la ligadura de trompas.

PP: ¿Cuántos hijos tenés?

E: Tengo dos hijos, de 2 y 10 años. Además, me hago cargo de 4 cuñaditos. También tuve un embarazo que perdí a los siete meses, por mala praxis. No quiero sufrir más esos tratos. Yo con el aborto anterior sufrí muchísimo. Me atendieron muy mal en el hospital, me pedían cosas que no habíamos conversado acá. Me dijeron incluso que no tenía turno.

(Profesional médico indaga sobre violencia obstétrica y profesionales involucrados).

Método de interrupción: AMEU (con retiro de DIU) – Método anticonceptivo: Ligadura de trompas.

Entrevista 10. C.F. 21 años.

(Llega acompañada de una amiga que ya atravesó una IVE)

PP: Buen día, cuéntenos en qué las podemos ayudar.

E1: Hola, yo la vengo a acompañar a ella. Como ya tuve que venir una vez y ya pasé por esto, la acompaño.

PP: Hola, ¡qué bueno que puedas estar con ella! ¿Cómo estás? De todos modos, en algún momentito vamos a pedir que te retires, si no es molestia, para conversar algunas cosas con ella ¿Vos te animás a contarnos por qué estás acá?

E1: Sí, por supuesto. No hay problema.

E2: Sí, estoy de novia y estoy embarazada. Él es el padre de mi hija de un año y medio también.

PP: ¿Querés contarnos cómo se dio este embarazo? (Profesional pide a la amiga que se retire)

E: No se cuidó. Dejé las pastillas, le pedí que se cuide y no lo hizo. Con mi nena pasó algo parecido. Por unos quistes que tenía tuve que dejar las pastillas y me puse la inyección.

Él no vive conmigo, vivo con mi mamá. Ella sabe del embarazo y sabe que no quiero tenerlo. Me apoya mucho.

PM: ¿Cómo es la relación con él? Dijiste que no se cuidó pero tampoco te cuidó. Es importante que podamos diferenciar eso.

E: Si... en realidad, se van dando muchas cosas en las que me doy cuenta que no me cuida.

Tampoco me ayuda con mi hija, yo encima no trabajo.

(El profesional médico vuelve sobre las palabras de la paciente “tampoco me ayuda” para prestar atención a los deberes y responsabilidades del hombre, y al tipo de relación que está teniendo).

Método de interrupción: Pastillas – Método anticonceptivo: Implante intradérmico.