

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

*Modos de abordaje de los y las psicólogos/as en
acompañamientos de interrupciones
voluntarias/legales del embarazo (IVE/ILE).*

Autora: Milena Andrea Fessia

Dirección: Esp. Uriel Forzano – Prof. Ana Belén Juárez

Paraná, 26 de Noviembre de 2025



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional.

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAyCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales



FHAyCS

Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Investigación con trabajo de campo

“Modos de abordaje de los y las psicólogos/as en acompañamientos de Interrupciones Voluntarias/Legales del Embarazo (IVE/ILE)”

AUTORA: **Fessia, Milena Andrea**

DNI 40.115.791

milenafessia@gmail.com | 0342-5283642

EQUIPO DE DIRECCIÓN

Esp. Forzano, Uriel

DNI 30.489.543

urielforzano08@gmail.com

Prof. Juarez, Ana Belén

DNI 31.578.636

anabelenjuarez85@gmail.com

Paraná, 26 de noviembre de 2025



Agradecimientos

A mi mamá, por elegir quedarse por acá. Por estar cerca, para ver.

A mi papá, por saber ser confianza, mimo y trinchera.

A Julia, mi amor incondicional, razón inquebrantable, mi punto de inflexión e inspiración para intentar, con más vehemencia, que vivamos en un mundo mejor.

*A mi ley primera: Mauro, Diego y Sebastián. Por siempre volver.
Por ser cuidado, por tener fe, por sostenernos.*

A la Chiche y Nelson, que se me fueron pronto pero habiendo compartido lo suficiente como para saber cuánto me gustaría que estén hoy acá. Chín chín, timba y abrazo de gol.

*A Mica, Ine y Aldi: por ser en quienes pienso primero si algo amerita festejar.
Y porque son para mí el lugar más seguro del mundo.*

A Viqui y Anto, entramado invaluable de ironías, confidencia y sostén.

*A Casimiro, por el ronroneo tranquilizador, flamante compañero de estudio y de la vida.
A Mateo, Brisa y Azul, que supieron ser abrigo en más de un invierno de estudio.*

*A mi, por permitirme la pregunta, la duda y la pausa.
Y también, por dejarme merecer.*

*A todas.
Por todas.
Para todas.*

Índice general de contenidos

Agradecimientos	2
Índice general de contenidos	3
Resumen	4
Capítulo 1: Construcción del problema	5
1.1 Descripción y justificación de la problemática.....	5
1.2 Planteo de interrogante.....	9
1.3 Objetivos	9
1.4 Supuesto.....	10
Capítulo 2: Estado del arte	11
Capítulo 3: Marco teórico	19
Capítulo 4: Diseño metodológico	28
4.1 Modalidad de investigación.....	28
4.2 Diseño de investigación	28
4.3 Unidad de análisis.....	28
4.4 Técnica de recolección de datos.....	29
4.5 Resguardos éticos.....	29
4.6 Método de análisis	30
Capítulo 5: Análisis de datos	32
5.1 Herramientas y recursos	34
5.2 Espacios ¿de?	42
5.3 Decisión y voluntad.....	49
5.4 Entre leyes.....	56
Capítulo 6: Conclusiones finales	64
Referencias bibliográficas	67
Anexos	71

Resumen

El presente trabajo consistió en una investigación de campo de tipo cualitativo, que tuvo como objetivo general identificar y describir modos de abordaje existentes en la actualidad en acompañamientos de interrupciones tanto voluntarias como legales del embarazo desde el rol de psicólogos y psicólogas, en los distintos niveles de atención de la salud, realizando entrevistas semidirigidas a cuatro profesionales que, al menos respecto a la temática, se desempeñan en el ámbito público, de manera que nos permitieran un acercamiento a la problemática desde el ejercicio de la profesión, en un determinado encuadre y contexto.

Como objetivos específicos, buscamos identificar los modos de abordaje de psicólogos/as en Interrupciones Voluntarias o Legales del Embarazo, explorar diferencias entre los que se llevaban a cabo previo a la sanción de la ley de IVE N° 27.610 y los posteriores a la misma, analizar herramientas y/o recursos utilizados para acompañar la decisión de la persona gestante de interrumpir el embarazo y también poder indagar de qué manera es abordada la categoría de decisión en la temática desde el lugar de los psicólogos/as.

Establecimos ejes a raíz de los cuales elaboramos el modelo de preguntas y luego fuimos desarrollando el escrito, utilizando a su vez el análisis de frases significativas para adquirir de las transcripciones lo más pertinente de acuerdo con nuestros objetivos. Dicho análisis lo realizamos a partir de una perspectiva teórica psicoanalítica, apelando a pensar la categoría de salud desde una perspectiva integral, atravesada por múltiples factores que en su dialéctica la determinan, como lo son los factores físicos, psíquicos, políticos, socioeconómicos e históricos de cada momento particular.

Como resultado de esta investigación, arribamos a la conclusión de que hay multiplicidad de modos de abordaje desde el rol de psicólogos y psicólogas en estos acompañamientos. Por un lado, la posibilidad de acompañar y alojar dándole un lugar preponderante a la noción de decisión y lo que ella implica, mayormente desde la conformación de equipos que, si bien no reflejan una interdisciplina estricta, sí se alejan de un enfoque unilateral y absolutamente jerárquico. Por otro lado, descubrimos también otra práctica habilitadora desde dicho rol, como lo es la posibilidad de denunciar irregularidades e incumplimientos de la ley.

Por último, concluimos que es imprescindible y urgente la conformación de espacios de formación desde la profesión en la temática que nos implica aquí, y la producción de contenido al respecto, así como también de posibles espacios de promoción.

Palabras claves: *abordaje – decisión – aborto.*

CAPÍTULO 1

1.1 Descripción y justificación de la problemática

Ante todo, es de considerable importancia aclarar que el tema que aspiramos a tratar en la siguiente investigación de campo es denominado “Modos de abordajes de los y las psicólogos/as en acompañamientos de Interrupciones Voluntarias/Legales del Embarazo (IVE/ILE)”, de forma que apuntamos a conocer de qué manera es que se dan estos acompañamientos y cuáles son las categorías que emergen en los mismos, entendiendo a dicho proceso como parte fundamental de un entramado que apunta a la salud integral de quienes lo atraviesan, y en cuya subjetividad impacta profundamente.

En relación con esto, lo que Ana Cecilia Augsburger y Sandra Silvana Gerlero (2004) nos dicen es que

El concepto de subjetividad y sus modos específicos de constitución resultan un aporte insoslayable para quienes exploramos la expresión colectiva de los procesos de salud – enfermedad mental, y de los procesos psíquicos implicados en las formas de vivir, enfermar, padecer y sanar. Las nociones de sujeto y subjetividad han estado ausentes. (p. 1)

Es por eso que nos resulta de suma importancia conocer acerca de esos impactos y qué hay para hacer desde nuestro lugar como agentes de salud mental.

La situación problemática que planteamos obtiene una importancia a nivel nacional, para todos los sectores y todas las edades de la población. En primer lugar, durante el año 2019, habíamos pensado investigar sobre experiencias de abortos llevados a cabo en clandestinidad: sus efectos, sus motivos, sus consecuencias, las relaciones de poder que allí se establecían. Para eso, habíamos pensado entrevistar mujeres que hubiesen atravesado dicho proceso, y de esa forma poder abordar cómo y de qué manera lo hacían, con qué consecuencias, con qué acompañamientos, teniendo en cuenta que no estaban amparadas (al menos en los casos que no respondiesen a las causales estipuladas) por una ley.

En Argentina, en aquel entonces la práctica abortiva era punible por el capítulo 1 del código penal (1921), tanto para la mujer que se lo practicaba como para el profesional involucrado, en los artículos 85, 86, 87 y 88, con dos excepciones: evitar el peligro de vida de la madre o si dicho embarazo provenía de una violación (artículo 86). Estos dos últimos casos tampoco se encontraban realmente garantizados ya que han existido situaciones donde alguna de las causales estaba presente pero los abortos eran demorados y juzgados tanto social como penalmente, y es por esto que los abortos en nuestro país eran llevados a cabo en marcos de ilegalidad, clandestinidad e incluso de penalidad.

La lucha por la consecución del aborto legal es de larga data, no es una lucha iniciada recién ahora en éste resurgimiento feroz del feminismo ni de la mano de la marea verde – movimiento feminista que reúne a mujeres de distintos países de Latinoamérica, conformado en pos de la lucha por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito- y ha quedado demostrado en numerosos casos que las mujeres siempre han abortado y/o han tenido intención de hacerlo, incluyendo a aquellas que explícitamente se proclaman en contra de la legalización del mismo. Dependiendo la época, la lucha ha resurgido o ha sido acallada, y mantenerlo de manera ilegal sólo respondía a intereses políticos, religiosos y morales de las clases dominantes que difícilmente se verían tocadas por la desdicha de no poder acceder y/o de ser juzgados, ya que en caso de querer acceder podrían fácilmente conseguirlo. De esta forma, se ha visto siempre mayormente desfavorecidas –y de manera prácticamente exclusiva- a las mujeres que no posean el capital y/o los recursos (como suele serlo, por ejemplo, la imposibilidad de acceso a determinada información o incluso de llegada física a los establecimientos necesarios) para acceder, es decir, aquellas potenciales usuarias pero de más bajos recursos.

El 30 de diciembre del año 2020, la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) fue legalizada a nivel nacional (Ley n° 27610) marcando ésta sus diferencias con la Interrupción Legal del Embarazo (que es aquella que se permite sólo bajo causales como: embarazo riesgoso para la salud de la mujer gestante, embarazo producto de una violación, embarazo de persona que no tuviese las facultades de decidir, es decir, que no se la considere apta para llevar a cabo la elección de comenzar ese embarazo y/o llegar a término con el mismo). En la IVE de ninguna manera quedan exceptuadas las causales, pero dejan de ser las únicas condiciones posibilitadoras del acceso a la interrupción: se buscó con esto, entonces, darle un lugar preponderante a las nociones de deseo, decisión y voluntad, siendo las mismas elementos suficientes para ser atendidas, informadas y asesoradas para acceder a dicha práctica, hasta la semana 14 de gestación (o fuera de ese plazo si el embarazo fuese producto de una violación, o si la salud integral de la persona gestante estuviese en riesgo, llamándose ILE a la misma). En consonancia con esto, se sostiene que “la salud se relaciona con la posibilidad de elegir sobre el proyecto de vida que se tenga, promoviendo el ejercicio de la autonomía y el empoderamiento” (Santamaria E., 2020, p. 114).

La cuestión básica residió y reside aún hoy en que, de una u otra forma, los abortos han existido y seguirán existiendo, pero al haberse legalizado se apunta a que puedan ser realizados de formas más seguras, que la mortalidad materna disminuya enormemente, y que la *subjetividad de la persona gestante sea respetada*, entendiéndose que basta con que su voluntad sea la de interrumpir la gestación. Entendemos que la sanción de la ley (sumado a su reglamentación y su efectivo cumplimiento, que depende tal como veremos más adelante de los más variados factores -por ejemplo, la implementación de planes, información, herramientas y recursos-) es sólo el primer paso que permitiría que se realice en condiciones dignas y garantizadas, tanto por y para los profesionales como para las usuarias, en el tiempo que la misma establezca.

De esta manera, nos resultó interesante poder plasmar la coyuntura espacio temporal que se produjo entre el inicio de este trabajo y su reelaboración, dándole lugar a la consecución de la ley y a poder pensar el rol de los/las psicólogos/as en acompañamientos y abordajes de los procesos de Interrupciones Voluntarias y Legales del Embarazo. Buscamos también poner en tensión el lugar de los y las psicólogos/as en estos abordajes previo a la consecución de la ley y luego de la misma, remitiéndonos incluso a la sanción de la Ley de Salud Mental N° 26.657 y cómo ésta también implicó modificaciones no sólo al ser impulsada, sino también luego de su reglamentación y puesta en práctica.

Las vertientes que resultan determinantes en este tema son muchas, y prestamos especial atención a la capacidad de decidir que se le otorga a la mujer, particularmente desde el lugar de profesionales de la salud mental, de psicólogos/as, capacidad históricamente menoscabada y condicionada por aquellos estratos de la sociedad que se encuentran en posiciones de mayor poder, y que por intereses particulares –de las más diversas índoles- han decidido qué ocurrirá con los cuerpos de las mujeres, en qué tiempos, de qué formas, bajo qué circunstancias, y cuáles serán o deberán ser sus efectos, velando así la posibilidad de que algo distinto se pueda decir o hacer al respecto.

Partimos de pensar algunos conceptos desde los cuáles estos profesionales de la salud mental pudieran –o no- trabajar, entendiendo que no es igual cualquier perspectiva, idea ni marco desde el que se inicia, desde el que se observa y fundamentalmente se oye. Por eso investigamos la existencia de equipos, las llegadas a las instituciones de las usuarias, el enfoque de cada establecimiento, las maneras de trabajar y abordar la problemática antes y después de la ley, la existencia de espacios de escucha o la posibilidad y necesidad de creación de estos, en caso de que no los hubiese.

Buscamos, entonces, determinar cómo es atravesado este proceso existiendo actualmente un amparo por parte de la sociedad, una palabra escrita –la Ley- que aspira a ahondar en la profundidad de cada caso particular, otorgando el derecho –que, de base, la declaración universal de los derechos humanos sancionada en 1948 en París establece- a poder decidir sobre nuestros propios cuerpos y a forjar nuestra propia subjetividad (subjetividad que la pensamos como conformada de las más diversas maneras según cómo se transite y sea acompañado, o no, este proceso).

La justificación del problema reside en que es una cuestión que nos atraviesa profundamente desde hace algunos años, que hemos buscado defender y militar en diversos espacios y de distintas formas, entendiendo además que el aborto es un derecho que se ha conseguido porque se ha apelado a una reforma estructural de las relaciones de poder, políticas, religiosas y socioeconómicas, en la incesante búsqueda de la libertad de los cuerpos y los derechos de las mujeres.

Sobre esto, retomar a Pedro Luis Castellanos (1990) nos resulta propicio cuando nos dice

La descripción y explicación de la situación salud-enfermedad no es independiente de quién y desde cuál posición describe y explica. ... El predominio de una forma de pensamiento no es sólo función de su mayor capacidad explicativa en abstracto, sino de su mayor capacidad explicativa desde el punto de vista de quienes tienen el poder de hacer determinar sus proyectos. (p. 3)

Creemos que la cuestión del aborto absolutamente tiene que ver con los procesos de salud y enfermedad, entendiendo como ya mencionábamos a la capacidad de ejercer la toma de decisión sobre nuestros cuerpos biológicos y sobre nuestros proyectos de vida y maneras de vivir como algo inherente a la salud física y psíquica.

Tal como hemos indicado anteriormente, la práctica abortiva es una práctica que viene ejerciéndose hace ya tiempo y que seguirá llevándose a cabo, como así también la decisión de abortar, entendiendo a la misma como una situación particular del aquí y ahora, determinada por múltiples factores personales y contextuales e impulsada no por el deseo de atravesar por un aborto sino tal vez por el de no ser madre en determinado momento, y/o la intención de consecución de otros proyectos personales que podrían verse turbados por la maternidad inesperada y no deseada, no planeada.

Es así como apuntamos a pensar que

La IVE proporcionaría un marco normativo que valore la capacidad de elegir sobre el propio cuerpo, sobre el proyecto de vida que quieren y sobre los deseos que tienen. La libertad en la toma de decisiones sobre el propio cuerpo, la sexualidad y la reproducción, aporta a la construcción de ciudadanía, autonomía y la construcción de 'sujetas de derecho'. (Zaldúa, 2016, p. 119)

Por ende, lo que esperamos es que su legalización aporte un marco que funcione como sostén y provea las condiciones de seguridad y amparo que las mujeres –todas y cada una de ellas- merecen al atravesar por esta situación, entendiendo que no implica por extensión que habrá un aumento del número de abortos realizados o de mujeres que deseen hacerlo, aunque sí disminuiría la mortalidad materna y la condena social y moral que se recibe.

Buscamos –y sostuvimos a lo largo de todo el transcurso que implicó el escrito- que la temática pueda ser tomada como lo que efectivamente es: una cuestión de salud pública, que inevitablemente es de índole social y política, y que si bien unos pocos son los que cuentan con la última palabra, puedan escribirla sin pensar en intereses personales (como los religiosos) y sin la hipocresía de castigar y condenar al resto, sabiendo además que quienes pertenecen a determinados sectores gozan de más privilegios y podrían acceder a dicha práctica en cualquier momento si así lo desean, por contar con los recursos y las herramientas necesarias.

Por otro lado, apuntamos a poder pensar y repensar cuáles y cómo pueden ser los abordajes de los y las psicólogos/as en acompañamientos de IVE/ILE, trabajando también la categoría de decisión y voluntad entendidas esencialmente como responsabilidad y de ninguna manera como culpa, lo que consideramos es también un cambio esencial y necesario ya que marca una diferencia con la idea de la ILE (Interrupción Legal del Embarazo), donde dichas categorías quedaban mayormente por fuera y lo primordial eran en realidad situaciones o factores que no tenían propiamente que ver con la subjetividad de la persona, sino con las ya mencionadas “causales” que en verdad no tenían como punto nodal la voluntad de la persona gestante, o al menos la excedían.

Es importante aclarar que la ley de IVE no sustituye ni cancela la ILE. Por un lado, otorga la posibilidad del acceso a la interrupción por el sólo hecho de así decidirlo - tal como ya indicamos, hasta determinada semana de gestación, no en cualquier momento -. Por otro lado, en semanas más avanzadas de gestación donde para acceder a dicha práctica son requeridas las causales y la misma es llamada propiamente ILE, no deja de proveerle a la voluntad de la persona gestante un lugar preponderante, estableciendo la no interpelación y/o crítica de esa decisión, entendiendo que las causales obtienen un lugar determinante pero que hay allí también una palabra que enuncia, que dice, que expresa una intención, un sujeto de la enunciación, y como tal debe ser realmente escuchada y atendida, convirtiéndose en una demanda.

A modo de culminación de la justificación de la problemática pero siendo uno de los ejes centrales y motivador del presente trabajo, intentamos evidenciar que la currícula de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Entre Ríos no cuenta con materias o programas específicos de la temática, y es por eso que también nos surgió el interés de realizar este Trabajo Integrador Final acerca de este abordaje, ya que lo consideramos también como parte de las incumbencias de los y las psicólogos/as. Lo entendemos así debido a que es un tema que atañe -y enunciamos de esta forma una posición- a la salud integral de las mujeres, compuesta ésta entre otras variantes, por la salud mental y reproductiva de la persona gestante, entendidas como componentes fundamentales de la subjetividad de la persona, comprendida así como más que un cuerpo biológico capaz de concebir y llevar adelante un embarazo.

1.2 Planteo de interrogante

¿Cuáles son los modos de abordajes de psicólogos/as que se dan en acompañamientos de Interrupciones Voluntarias/Legales del Embarazo (IVES/ILES), en efectores de salud públicos del primer y tercer nivel de atención, en las Ciudades de Santa Fe y Paraná?

1.3 Objetivos

El objetivo general fue:

- Conocer cuáles son los modos de abordaje que se dan por parte de los y las psicólogos/as en acompañamientos de Interrupciones Voluntarias/Legales del Embarazo.

Por otro lado, los objetivos específicos fueron:

- Identificar los modos de abordaje de los/las psicólogos/as en Interrupciones Voluntarias/Legales del Embarazo.
- Explorar diferencias entre los modos de abordaje de los/las psicólogos/as en Interrupciones Voluntarias/Legales del Embarazo previos a la Ley de IVE (27.610) y posteriores a la misma.
- Analizar herramientas y/o recursos utilizados para acompañar la decisión de la persona gestante de interrumpir el embarazo.
- Indagar de qué manera es abordada la categoría de decisión en la temática desde el lugar de los y las psicólogos/as.

1.4 Supuesto

El supuesto que establecimos en la ideación de este trabajo de investigación es que el abordaje por parte de los y las psicólogos en procesos de IVE/ILE consiste fundamentalmente en el acompañamiento y la contención de la persona gestante en su decisión de interrumpir el embarazo a través de una escucha que no sea sugerente pero sí atenta, y que apunte a que la persona pueda responsabilizarse de la elección que realiza.

CAPÍTULO 2

2.1 Estado del arte – Antecedentes

A continuación, elaboramos un montaje con los antecedentes que utilizamos aquí, en el presente trabajo, una vez ya planteados tanto el objetivo general como los objetivos específicos. Consta de seis referencias bibliográficas que pesquisamos para poder describir el estado del arte (también conocido como estado de debate) de la problemática a tratar, es decir, qué dicen los y las distintos autores/as y/o escuelas, qué se piensa actualmente al respecto de esto, qué ideas, trabajos, conceptos, hemos podido utilizar y/o nos han permitido obtener un panorama acerca de la problemática.

A su vez, esto nos permitió también comenzar a desplegar inquietudes y preguntas que de a poco forjen el camino para ir más allá de lo ya conocido y de lo que ya se venía realizando, la manera en que ya se venía trabajando, lo que se encontraba establecido tal vez hace un tiempo considerable y conlleva por ende a que algunas maneras de hacer se cristalicen y perduren en el tiempo, sin crítica alguna.

De esta manera, mencionamos en primer lugar las investigaciones de índole internacional.

ROSETE, Daniel Hernández; HIPÓLITO ESTRADA, Rocío. “Dificultades de acceso al aborto en contextos de interrupción legal del embarazo: narrativa de estudiantes de bachillerato en una comunidad campesina de México”. 2018. Departamento de Investigaciones Educativas, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados, Ciudad de México, México.

Realiza un estudio etnográfico de tipo fenomenológico, explorando sentidos a través de entrevistas semi estructuradas a mujeres de entre 18 y 24 años inscritas en el bachillerato del pueblo, que enfrentan la posibilidad de interrumpir un embarazo y entendiéndolas como agentes reflexivos, es decir, que asumen cierta agencia al momento de actuar. Para esto, fue elaborando un diario de campo que describe aspectos de la vida cotidiana, como lo son por ejemplo el salón de clase, las canchas, los baños, etc.

Lo tomamos como antecedente debido a que encontramos varios puntos de conexión con el tema a tratar y en particular algunos que ya hemos mencionado, como lo son la incidencia de las ideologías religiosas, aún en contextos de legalidad (a partir de la mayoría de edad), y cómo esto conlleva al estigma social y moral. Deja en claro cómo se adhiere a la idea del embarazo como enderezamiento social, y la desinformación que proveen los adultos para persuadir a no abortar, sumado a la objeción de conciencia por parte de los profesionales.

Brinda claridad acerca de lo que es ver la vida humana a partir de la concepción, pero no teniendo en absoluto en cuenta a la mujer como sujeto de derecho, con capacidad de decidir por sí misma, implicando asimismo y por consecuencia el no respeto a la privacidad y al anonimato (incluso, reitero, en contextos donde se cuenta con -o al menos hay sancionada- una ley que debería amparar el derecho a la práctica).

Habla de la gran desventaja que implica, en todos los casos, el bajo nivel económico, de educación, de recursos y de información para el acceso a las prácticas de salud y sin ser, por supuesto, el acceso al aborto la excepción a esa regla.

Puntualiza, a raíz de todo esto, cómo puede darse el surgimiento de la culpa, la influencia de los prejuicios religiosos incluso en instituciones laicas, la supervivencia de la clandestinidad en algunas situaciones, dispositivos, instituciones, incluso pese a un contexto de legalidad, y cómo todo esto puede afectar al retraso en los tiempos que enmarcan la toma de decisión.

Como resultado, arriba a conclusiones que versan sobre los siguientes puntos. Por un lado, establece que fundamentalmente las usuarias a veces no acceden a la práctica más por miedo al no anonimato y la falta de confidencialidad con el personal médico y no médico, que por una creencia personal. Esto puede llevarlas a que lo continúen pese a haberlo dudado o, en algunos casos, a que intenten otros métodos (más peligrosos) como lo son, por ejemplo, los abortos con infusiones herbolarias. Por otro lado, si bien no menciona -que es aquí uno de los puntos fundamentales- estrictamente el rol de los psicólogos, sí pone mucho énfasis en la importancia de avanzar con una educación laica en educación sexual, que libere de prejuicios y haga hincapié en la confidencialidad entre las partes, tanto si se desea acceder a la interrupción como para promocionar el cuidado en la salud sexual y reproductiva.

CARRIL, Elina; GÓMEZ LÓPEZ, Alejandra: “Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de ilegalidad y penalización. Significados, prácticas y efectos en las mujeres uruguayas”. 2007. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, de la Facultad de Psicología. Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República de Uruguay.

El trabajo de estas autoras consta de un estudio de tipo cualitativo en base a entrevistas semi estructuradas pero hechas en profundidad que se le realizaron a mujeres que transitaron por la experiencia del aborto voluntario en Montevideo, que tuviesen entre 20 y 59 años y que hubiesen transitado dicha experiencia en los últimos diez años.

Hemos decidido recabar este estudio para esta investigación fundamentalmente porque retoma la cuestión de los aspectos psicológicos que se ven implicados en el aborto voluntario, de los efectos que esto tiene, de los distintos significados que se le van atribuyendo en cada subjetividad. Por esto, plantea como objetivo general generar información científica sobre los aspectos psicológicos del aborto voluntario en un contexto de ilegalidad y penalización, que aporten además insumos a los debates legislativos sobre el tema.

Como objetivos específicos, busca indagar y comprender los significados asociados a la práctica para cada mujer; identificar los efectos psíquicos y la relación que estos pueden tener con las condiciones de vida de cada mujer y el contexto en el que se lleva a cabo la práctica; identificar las rutas de la toma de

decisión a partir de sus experiencias. Ésta última nos permite un abordaje profundo sobre las características particulares que imprimen al aborto el secreto, la clandestinidad, el aislamiento y el ocultamiento. Nos aporta, además, datos precisos sobre mortalidad materna, particularmente resultado de prácticas llevadas a cabo en condiciones que son ampliamente inadecuadas para su realización, como aquellas denominadas comúnmente y en la jerga tradicional como “caseras”.

Nos concede información desde una perspectiva psicoanalítica pero basándose, a su vez, en una perspectiva de género, atendiendo a las diferencias que se establecen entre los distintos géneros existentes y de qué forma esto repercute, también, a la hora de decidir interrumpir una gestación y la manera en que puede ser llevado a cabo. Contiene información sobre las distintas formas de realizar un aborto voluntario, y sus respectivas repercusiones a nivel bio-psico-social (por ejemplo, si es por vía medicamentosa o quirúrgica).

De esta manera, nos ha brindado información sobre ejes que han sido vertebradores de nuestro trabajo. La idea de decisión y las formas diversas de arribar a ella, de construirla, y de trabajarla en los espacios de escucha. Los impactos subjetivos, distintos en cada mujer que transita la experiencia. La incidencia del afuera, de las redes de sostén, de las instituciones, del contexto del país, de la realidad cercana, familiar, de la historia de vida. Los efectos que produce la ilegalidad, entendiéndose en contraparte lo importante de que la ley exista y que enmarque, que dé lugar, que simbolice, nombre e inscriba una práctica que viene ejerciéndose hace tiempo.

Finalmente, las autoras obtuvieron como resultados finales que la práctica del aborto no había producido efectos traumáticos duraderos e inhabilitantes en las mujeres, habiendo podido las mismas continuar sus proyectos de vida y su vida sexual y afectiva; tampoco encontraron evidencias del llamado “Síndrome Traumático Post Aborto”.

Asimismo, encontraron que todas las experiencias fueron vividas, previo a la práctica, con angustia y temor, fundamentalmente por la clandestinidad. La interrupción produjo alivio en muchos de los casos, y pudo establecerse que, a mayor convicción previa, mayor alivio. También otras entrevistadas documentaron haber sentido pena, tristeza y dolor psíquico; emociones esperables para una situación que es vital y muy difícil. A algunas, les surgieron cuestionamientos acerca de su posición en relación a la maternidad, las estrategias de anticoncepción y el sostenimiento de sus vínculos sexoafectivos.

Por último, apareció notoriamente la importancia de la transmisión de información y conocimientos para acceder de forma segura y menos prejuizada a la práctica, y en consonancia con esto, el miedo que despertó en las usuarias los vacíos de conocimiento que tenían sobre el tema. Esto realza la necesidad de producción de conocimiento acerca de la problemática y de espacios a los que asistir para solicitar acompañamiento.

FEMENIA MONTSERRAT, Alicia Isabel en su tesis doctoral titulada “El aborto provocado en relación a la temática de la feminidad desde una perspectiva psicoanalítica”. 2016. Facultad de filosofía de la Universidad complutense de Madrid.

La investigación que realiza la autora es de tipo descriptiva-cualitativa y consta de dos perspectivas: una que intenta analizar el discurso de los grupos y otra de carácter teórico clínico, basándose ésta última en el testimonio de pacientes en proceso de análisis que han pasado por la experiencia de un aborto provocado. Sus interrogantes fundamentales tienen que ver con cuáles pueden ser los motivos que, pese a tener información sobre métodos anticonceptivos, por ejemplo, igual se producen los embarazos; qué es lo que oculta y muestra ese hecho, y si necesariamente el embarazo promueve un acceso a la maternidad.

Tuvo como objetivo general poder identificar y describir en los escritos freudianos sobre la feminidad lo que está en juego como disposición significativa en la comprensión del embarazo que no llega a término, y las decisiones implicadas que se ponen en juego a la hora de tener o no un hijo. Como objetivos específicos buscó describir las identificaciones primarias de las mujeres que han pasado por abortos provocados; caracterizar en esas experiencias qué circunstancias existían, qué decisiones se conjugaban y de qué manera se implicaba eso con la noción de maternidad; identificar regularidades en la clínica acerca de las dificultades en el procesamiento psíquico de esta experiencia.

Este trabajo nos otorgó esencialmente una mirada psicoanalítica que permite abordar categorías fundamentales como lo son la feminidad, el deseo inconsciente, las funciones simbólicas y el duelo. Fomenta la posibilidad de una escucha que apunte a la interpretación de cada caso en su singularidad, sumando además un elemento fundamental como lo es la incidencia del contexto socio histórico pertinente. Nos permitió, a su vez, pensar en profundidad sobre el sufrimiento que puede implicar la práctica según en qué condiciones y de qué manera se dé, y los síntomas que pueden existir después de la misma.

Critica la idea de la IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) argumentando que al hablar de voluntad implica solamente la cuestión consciente, y considera que es necesario hablar de las motivaciones inconscientes que hacen que se conciban embarazos no deseados incluso teniendo, por ejemplo, amplia información sobre anticoncepción. De esta manera, se pregunta a qué se deben estos embarazos no deseados, y de qué y quién una mujer se embaraza en estos casos, y qué es lo que se aborta, qué es lo que se interrumpe.

Nos aportó también la idea de doble moral (que abarca mayormente a las mujeres religiosas, que se postulan por ejemplo en contra de la legalización, pero su gran mayoría se ha realizado un aborto, o ha colaborado a que alguna persona cercana pueda acceder), y cómo ha sido en Madrid el paso del rechazo total acerca del tema a una amplia aceptación, lo que me lleva a pensar el pasado no muy lejano que se

vivió en Argentina e incluso los años que le siguieron a la ley, abarcando incluso el presente, y las lecturas sociales que la misma obtuvo, además de sus efectos.

Por último, pero no menos importante, retoma lo fundamental que se vuelven los espacios de promoción y prevención, que por sobre todas las cosas entiendan a la salud como algo integral. La autora menciona numerosas veces la cuestión acerca de que muchas veces no basta con tener información técnica acerca de cómo evitar un embarazo. Por eso cree que serían fructíferos espacios de escucha o de orientación acerca de lo que la salud sexual representa, acerca de la implicancia que tienen en ella otros factores más allá de lo físico, donde se fomente poder hablar de experiencias que hayan sido traumáticas o que generen dolor psíquico.

Recurrimos también a investigaciones de índole nacional, que a continuación describiremos.

En primer lugar, *La autora BAIGORRIA, María Inés en “Discursos en debate sobre el aborto en Entre Ríos. Desentramando problemas, controversias e impasses.”. 2015. Licenciatura en Psicología, Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Entre Ríos, Sede Paraná.*

Esta autora realizó una investigación de tipo cualitativo, con un interrogante que ronda acerca de cómo la cuestión de los distintos discursos existentes acerca de la problemática del aborto impacta de lleno tanto en las prácticas que se ejercen (desde todos los ámbitos y todas las profesiones), qué implicancia tiene en la subjetividad de las mujeres, de qué manera condiciona las formas de atravesar esa experiencia y, para nada menor, cómo eso impactaba en la no legalización de la práctica a nivel país.

Los debates que se fueron estableciendo nos permitieron comprender cómo y de qué manera estos diferentes discursos –y sus particulares perspectivas y entramados que generan- atraviesan el debate sobre el aborto y fundamentalmente construyen el objeto de pensamiento desde distintos lados, en base a definiciones y visiones propias del ámbito al que pertenecen. Particularmente, desarrolla los discursos jurídico, provida y feminista, y como los distintos escenarios, ámbitos y actores aportan sus peculiaridades al debate.

Nos resultó propicio recurrir a esta investigación a la hora de ubicar qué información había sobre la experiencia del aborto y qué se estaba haciendo -y podía hacerse- desde el rol de psicólogos para con las usuarias porque pensar esta discordancia entre discursos y ámbitos y su manera de cristalizar formas de llevar a cabo toda la cuestión de las interrupciones del embarazo, atenta por completo con la idea de pensar a la salud como algo integral y no compartimentado.

Se vuelve entonces evidente la idea del trabajo en equipo, de la conjugación de saberes, de la puesta en juego de distintas profesiones, distintos roles, distintos saberes, y desde allí abrir nuevos debates y pensar nuevas maneras. La conclusión a la que se arriba es que lo que sucedía en esa actualidad -y que es algo

que no pierde vigencia- se regía principalmente por discursos religiosos, o de algunos sectores de la población denominados “provida”, que no presentaban argumentos o aportes racionales, sino que estaban guiados mayormente por modos de vida o elecciones acerca de distintas creencias.

Es así que hace referencia a cómo ha sido tomado el aborto en el transcurso de las diversas épocas y culturas, de la mano de las más variables formas de entender y definir un aborto, por ejemplo, dependiendo de la disciplina que lo aborde, sus paradigmas y sus concepciones. Hace hincapié en la incidencia que tuvo el cristianismo en la problemática que aquí se trabaja, relacionándola directa y estrechamente con la penalización.

Otra investigación que tomamos como base para entablar nuestro trabajo es la de la autora *ABREGÓ, Ana Lucía*. “*Discurso publicitario y sujeto de deseo: análisis crítico del discurso publicitario sobre las mujeres como sujeto de deseo*”. 2016. *Licenciatura en Psicología, Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Entre Ríos, Sede Paraná*.

Es un trabajo de tipo cualitativo también, entendiendo que respecto a la temática que apelamos a tratar, y desde el enfoque que se le da, no resultan tan propicios los datos estadísticos. Es justamente un análisis crítico del trato que se le da a la subjetividad de las mujeres por regirse socialmente a la misma con discursos “que venden”. Su pregunta problema es acerca de cómo esos discursos publicitarios enajenan a la mujer como sujeto de deseo. Tiene como objetivo, entonces, indagar acerca de las formas en que esos sentidos se expanden y reiteran a lo largo del tiempo, y ejercen un poder.

Apunta a poner en tela de juicio las formas en que eso que vemos en la televisión, algunas de las cosas que leemos, los folletos, las publicidades de la vía pública y un sinnúmero de estímulos, determinan formas de hacer y decir, formas de trabajar, de pensar a la corporalidad femenina, a su subjetividad, a decidir de qué manera deben ser tratadas, cuáles son las cosas que serían “más de mujer” o mejores para el género.

Se nos permite de esa forma un análisis del discurso publicitario y se concluye su incidencia en el país que habitamos, entendiéndolo como decididamente patriarcal y heteronormativo. Demuestra, entonces, cómo este discurso contribuye ampliamente a los estereotipos universales que existen acerca de la mujer, y cómo la alejan constantemente de la posición como sujeto deseante y empoderado, principalmente con derechos que le deberían ser garantizados (como aquellos que de manera directa apuntan a su propio cuerpo, modo de vida, decisiones).

Realiza un acercamiento a cómo ese mismo discurso, que objetualiza a la mujer, incide sobre temáticas afines como lo son por ejemplo los cupos laborales (y la no igualdad entre varones y mujeres al respecto), la educación sexual integral y, precisamente, el debate por la legalización del aborto, teniendo en cuenta

que desde el aspecto legal era en ese entonces una práctica penalizada que implicaba la no decisión de la mujer sobre su propio cuerpo -o una posible penalidad al respecto-.

Por último, nos aporta conceptos psicoanalíticos como el de sujeto y deseo, y apunta con ellos a deconstruir los sentidos naturalizados, los roles tradicionales, y a pensar qué lugar ocupan hoy los discursos sociales, que dejan huellas que reproducen el mantenimiento de relaciones sociales injustas. A su vez, critica las ideas lacanianas sobre las diferencias entre los géneros, de qué manera y por qué éstas se reproducirían. Como conclusión, equipara fundamentalmente la lógica patriarcal a la lógica capitalista, y las subjetividades que éstas continuamente producen y reproducen.

Para culminar el apartado de antecedentes que nos han colaborado en la elaboración de este trabajo y que nos han aportado ideas, nociones y conceptos, recurrimos a:

RAMÍREZ, Ma. Elizabeth: "Mujeres que abortan. Experiencias y subjetivaciones de un aborto clandestino". 2018. Licenciatura en Psicología de la Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Entre Ríos, Sede Paraná.

Este trabajo fue una investigación de campo de tipo cualitativo, en la que se entrevistó de manera semi dirigidas a diversas mujeres que hubiesen atravesado la experiencia de llevar a cabo un aborto clandestino. Su interrogante giraba en torno a de qué manera esa experiencia puede tener un impacto subjetivo, y cuáles pueden ser esos impactos en cada singularidad. Por eso tuvo como objetivo general indagar, a raíz de la narrativa de esas mujeres, qué inscripciones subjetivas había tenido esa experiencia en cada una de ellas, teniendo en cuenta fundamentalmente el contexto de ilegalidad, pero también el contexto personal y el resto de factores que pudieran haber incidido.

Lo que nos permitió dicha investigación fue un primer acercamiento a los aspectos legales que penalizaban en ese entonces el aborto: cuáles eran los artículos que conformaban esa ley, qué tipo de penas se establecían, en qué situaciones la práctica podía estar contemplada. Esto fue de gran importancia porque, en contraposición, permitió una lectura más atenta de la ley actual que contempla el acceso a la interrupción del embarazo; fue posible observar las diferencias, no sólo de lo evidente y de la diferencia entre la legalidad en sí y la penalidad (incluso en situaciones que estaba permitido), sino de cómo cada contexto impacta de lleno en las usuarias en los distintos momentos.

También nos otorgó definiciones de algunos conceptos centrales como lo son, para el tema que nos compete aquí, el de aborto y clandestinidad; definiciones pensadas desde distintos ámbitos, lo que promueve una lectura más integral y una comprensión más completa del fenómeno. La autora utilizó principalmente una perspectiva psicoanalítica, lo que nos brindó un acercamiento a la problemática en algunas puntualizaciones desde ese campo y esa práctica, ubicando por ejemplo el lugar del Otro desde la teoría lacaniana y el impacto que ese Otro tiene en dicha experiencia.

Finalmente, implica la pregunta sobre el rol del psicólogo en el debate de ese momento acerca de la legalización del aborto, ya que prevalecía un contexto de tensión entre lo ilegal y lo legítimo. Conllevó a dialogar con los principios que universalizan las consecuencias psíquicas del aborto, atendiendo a las singularidades, al caso por caso, a las experiencias personales y su inscripción: el mismo hecho, o similar, no tiene el mismo efecto en todas ellas.

Nos aportó además la categoría de trama sensible, que atiende a un cuidado especial a la hora de acercarse a un campo –en este caso además entrevistando personas que han atravesado una experiencia compleja- que está penalizado y condenado legal, moral y socialmente. Se deben prever las formas de acercamiento, de diálogo y de pregunta ya que puede generar incomodidades, temores o angustias en la persona que está siendo entrevistada sobre, no se debe olvidar, una experiencia que ha sido crítica en su historia.

CAPÍTULO 3

Marco teórico

En primer lugar, es de vital importancia definir qué entendemos como **aborto**, desde las distintas aristas que nos competen y que se ven implicadas en este análisis. Refiriéndonos a la concepción que se utiliza de este término en la medicina, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como la interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.

La inquietud que nos surge es qué sucede cuando la intención es la de abortar y el deseo es el de no continuar con ese embarazo, entendiendo además que probablemente el mismo se lleve a cabo de cualquier forma, tal vez incluso terminando con la vida de la madre. A su vez, podríamos entonces preguntarnos: ¿de qué es madre? ¿madre de quién, si no hay un deseo puesto allí, si no hay voluntad de continuar?

Respecto a esto, Emilce Dio-Bleichmar (1992) nos dice

Entonces, ¿qué hacer? El movimiento feminista cierra filas y profundiza su repliegue; se trataría de una naturaleza violentada por la cultura, de manera que es necesario retomar a lo propio, a lo no corrompido, a un territorio supuestamente virgen de los afanes de poder.

Cuando hablamos de la ley como ese Otro, es siempre una ley condicionada, escrita, proclamada por todo este conjunto que, previo a lo citado, bien menciona la autora: “el conjunto social con sus instituciones y sus prácticas posicionan a la mujer”. (p. 136)

Otro aspecto fundamental para comprender el momento de actualidad que reina respecto a la temática que nos invita, es el legal. Esto es así porque dicho marco es el que principalmente reglamenta, entre otras cosas, la práctica profesional de quienes trabajan con las usuarias que deciden acceder a la práctica: médicos, asistentes sociales, psicólogos, entre otros. Determina qué es, por ejemplo, una mala praxis y qué no; qué cosas se pueden hacer, se *deberían* hacer, y cuáles quedan por fuera del marco de lo permitido y normativizado.

Al decir que determina qué se puede hacer, es interesante destacar que de esa manera cierra algunas posibilidades y se abren otras. Previamente a la consecución de la ley, las maneras de acompañar, de estar, los espacios que podían generarse, las formas de hacer e ideas que podían proponerse, se

encontraban turbados por ese fantasma de ilegalidad, por el miedo, por el juzgamiento. En este recortar y encuadrar, pueden pensarse otros dispositivos, otras intervenciones, posibilita el advenimiento de algo nuevo en la praxis brindando además un amparo en la legalidad tanto del derecho, pragmática, como de lo simbólico: ¿qué sucede sino con eso que no está nombrado ni delimitado?

Por esto es importante retomar algunos puntos esenciales de la Ley 27.610 (2020) de Acceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo, de manera que podamos aproximarnos teóricamente a lo que es ahora un derecho, y que establece:

- a) *Decidir* la interrupción del embarazo de conformidad con lo establecido en la presente ley;
- b) Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud, de conformidad con lo establecido en la presente ley;
- c) Requerir y recibir atención postaborto en los servicios del sistema de salud, sin perjuicio de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados de conformidad con la presente ley;
- d) Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces. (p. 1)

En cuanto al ejercicio profesional, la ley aclara que el personal de salud -dentro del que se cuenta a quién esté ejerciendo como profesional en Psicología- debe garantizar las siguientes condiciones mínimas y derechos en la atención del aborto y postaborto:

- a) Trato digno. El personal de salud debe observar un trato digno, respetando las convicciones personales y morales de la paciente, para erradicar prácticas que perpetúan el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar;
- b) Privacidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener y transmitir información y documentación clínica de la paciente debe garantizar la construcción y preservación de un ambiente de confianza entre el personal de salud y las personas que solicitan la atención, y observar el estricto respeto por su intimidad, dignidad humana y autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la confidencialidad. ... Asimismo, deberá protegerse a la paciente de injerencias ilegítimas por parte de terceros. ...

c) Confidencialidad. El personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Debe informar durante la consulta que la confidencialidad está garantizada y resulta alcanzada por el secreto médico. ...

d) Autonomía de la voluntad. El personal de salud debe respetar las decisiones de las pacientes respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. Las decisiones de la paciente no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad.

e) Acceso a la información. El personal de salud debe mantener una *escucha activa y respetuosa* de las pacientes para expresar libremente sus necesidades y preferencias. La paciente tiene derecho a recibir la información sobre su salud; el derecho a la información incluye el de no recibir información inadecuada en relación con la solicitada. (p. 2)

Al hablar del contexto de legalidad actual que reina sobre el aborto en Argentina (no siempre exceptuados de penalidades y complicaciones), intentamos pensar a esa ley escrita como ese gran Otro, que tiene función de sostén, de amparar, asentar, acompañar. Con el efectivo cumplimiento de esa legalidad lo que se busca es poder relanzar las cuestiones del deseo, de la voluntad, de la decisión, que son fundantes de posiciones subjetivas y por tanto dignificantes, y es desde allí que pensamos los acompañamientos desde el lugar de profesionales de la salud mental.

Como tercer punto desde el cuál pensar esta categoría conceptual, nos interesa poder realizar un acercamiento a ella desde lo que piensa el psicoanálisis. Para esto, la autora que fundamentalmente nos ha servido de referencia ha sido Martha. I. Rosenberg con su libro “Del aborto y otras interrupciones. Mujeres, psicoanálisis y política”, donde realiza una recopilación histórica de sus escritos, charlas y conferencias, impregnada de su perspectiva psicoanalítica y a la vez colmada por la militancia en cuestiones de género, a lo largo de muchos años.

Entendiendo entonces al aborto como una *interrupción*, con base en las definiciones que de la práctica nos otorgan la medicina con base en la biología y por otro lado la ley con base en cuestiones del derecho, creemos certero retomar a Rosenberg (2020) cuando nos dice que

Decidir un aborto es una acción que cambia profundamente la posición del sujeto en las relaciones personales y sociales; la manera en que se gestiona y regula la sucesión de las generaciones, mediada por la heterosexualidad y su normatización a través de los estereotipos de género y de familia tradicionales. Interrumpe.

Es una práctica contrahegemónica, contracultural, a pesar de que las mujeres que abortan no tengan la conciencia de que están resistiendo y desafiando la actividad maternal, prescripta como identidad esencial del género femenino. Identidad abyecta e ininteligible desde la perspectiva patriarcal heteronormativa que designa la maternidad como esencia de todo cuerpo femenino. Interrumpe.

La interrupción de este orden marca el surgimiento de un sujeto político, dispuesto a defender la identidad de “*mujer abortante*”¹ como una identidad posible de ser legitimada en el campo de los derechos.

Forma parte del creciente despliegue de poder de las mujeres en el campo político, económico y cultural, obtenido en su lucha por el reconocimiento del valor de su trabajo de reproducción de la vida social, hasta ahora negado y como tal naturalizado. Construye otra cultura. Resignifica los vínculos intra e intergenéricos. Interrumpe. Abre otra historia. (p. 35)

Los decires de esta autora complejizan y profundizan lo anteriormente mencionado, a la vez que reúne distintos aspectos armando un entramado sobre qué significa abortar, sobre que implica una historia, que implica modificaciones, sobre las relaciones de poder que están en pugna y sobre los efectos posibles de esa interrupción. Hace alusión a que lo que se interrumpe no es solamente un embarazo, sino también dialécticas en juego, lógicas opresoras sostenidas durante mucho tiempo, violencias ejercidas sobre las mujeres.

Nada de esto le es ajeno a la posibilidad -o no- de hacer a los psicólogos y las psicólogas que trabajan actualmente con la temática, que reciben a las usuarias y acompañan ese proceso. Todo el contexto determina una práctica y formas de ver, hacer y escuchar. ¿Desde dónde se ve y se escucha?

Por esto es que nos surgió, como otra de las categorías conceptuales principales, la de **decisión**.

La autora Susana Rostagnol (2016), antropóloga uruguaya, nos dice que

¹ La cursiva es nuestra.

Frente a un embarazo no esperado, al cúmulo de sensaciones y emociones que vive la mujer, se abre, por lo general, un panorama confuso, que incluye negación del test de embarazo positivo, angustia, desesperación, *fantasear*² con tener un hijo, revisión de proyecto de vida, etcétera. Es una lista casi infinita. Cada mujer vive un conjunto de emociones y sentimientos que prevalecen ante cualquier racionalidad. Una decisión no resulta del mero razonamiento, ya que implica una encrucijada ética. La mujer se enfrenta a una responsabilidad de la cual no se puede evadir y debe actuar.

A partir de esa experiencia extremadamente compleja, la mujer va construyendo su decisión de abortar o continuar ese embarazo. Varias y diversas son las consideraciones que entran en juego durante su proceso de construcción. Hay idas y vueltas; difícilmente se arrije a una de manera inmediata y unívoca. Las mujeres explicitan algunas razones, mientras que otras quedan implícitas en sus narrativas, sin ser expresadas como tales. Rara vez es una sola, sino que se combinan.

Es una decisión compleja porque todo es relativo (al momento vital, a la relación de pareja, a la situación económica, y podemos continuar), no existen universales con relación a la maternidad, ni al embarazo ni al aborto. Por el contrario, sus significados y sentidos están mediados por las circunstancias específicas presentes cada vez que se produce: clase social, origen étnico-racial, existencia de otros hijos, presencia de la pareja, compromisos profesionales, entre otros varios. (p. 120)

Podemos pensar desde una perspectiva psicoanalítica que aquella mujer que por su voluntad apela a esta práctica y requiere acompañamiento psicológico, entendida como sujeto de derecho, es entendida como responsable de esa elección y es desde allí que se plantea un abordaje, sin repreguntas, derivaciones ni postergaciones. En ese sentido, la ley indica que la mujer gestante que toma esa decisión debe ser atendida en el centro de salud al que acuda, y que se le deben brindar las herramientas para que pueda acceder a la práctica con las menores dilaciones en el tiempo que sean posibles, teniendo en cuenta además que habitualmente lo que sucede es que el tiempo apremia bastante, porque todo cambia semana a semana, incluyendo los modos de acceso a la práctica, los modos de realizarlo, los efectos que eso tenga, las maneras posibles de acompañar.

Cuál es, entonces, el lugar de la decisión y de la voluntad (con su consecutivo abordaje) que tenemos en un lugar y una época que al fin hoy nos otorga el derecho a decidir sobre nuestros cuerpos, que intenta irrumpir en las relaciones de poder que históricamente han equiparado la figura de la mujer con la figura

² La cursiva es nuestra.

de la maternidad y empieza a pensarse a la mujer como un más allá de un cuerpo gestante. Un contexto que empieza a pensar, por fuera de los intereses religiosos que han sido el hilo vertebrador de grandes oposiciones en esta lucha, qué ocurre con esa mujer que debe someterse, tal vez, a cursar un embarazo no deseado, en algunos casos sin los recursos necesarios para afrontarlo - y no hablo sólo de los económicos - y finalmente con un hijo al que tal vez en ningún momento consiguió empezar a desear, lo que resulta sin dudas nocivo para ambos, complejizando establecer una relación allí, volviéndolo a veces imposible.

Desde ese momento en adelante, la emergencia de la responsabilidad en análisis aparece como uno de los objetivos fundamentales del tratamiento. Así, en diferentes ámbitos “psi”, se busca que el paciente se responsabilice, que se implique en sus actos y en sus dichos, que acepte su participación en su padecimiento, que se dé cuenta de cómo él tiene que ver con la causa de su malestar. (Canale, F., 2016, p. 20)

Consideramos necesario al utilizar una noción la mayoría de las veces ligada a la rama jurídica como lo es la de responsabilidad, y por lo tanto a la idea de culpa, dejar en claro que a lo que se apela es a que el sujeto en cuestión pueda conocer qué lo lleva a esa decisión, cómo lo piensa, qué cosas son las que lo atraviesan, lo preocupan, lo interpelan, y lo hacen llevar adelante -o no- la decisión y acceder a la práctica. Se busca que el sujeto se inmiscuya en su propia historia, y desde allí pueda construir relatos y entramados que permitan que el suceso se inscriba y se simbolice.

Es por eso que Lacan (1950) denuncia la tendencia a una concepción sanitarista y con categorías nosológicas del derecho penal y la criminología, que no atienden a los factores que pueden contribuir a determinadas formas de actuar, o tramos de la historia personal que permiten ir hacia una dirección y no hacia otra. Es así que el psicoanálisis no cree en la libertad total del sujeto, el mismo se va forjando a través de las significaciones que le son dadas y que lo conforman, y lo que va haciendo con ellas, cómo se van encadenando y resignificando. Desde allí es que actúa, sufre, desea, y la noción de responsabilidad apunta a que ese sujeto pueda dar cuenta de que lo que le sucede le concierne, y cuál es su lugar en su propia historia.

Sostenemos que es aquí mismo donde la lógica de nuestra disciplina podría aportar al enfoque integral que venimos mencionando, remitiéndonos al concepto de interdisciplina que nos brinda Elichiry. La psicología proporciona espacios de sostén y de escucha atenta que permiten alojar subjetivamente a la mujer gestante que toma esta decisión -sin emitir juicios ni opiniones-, complementando de esa forma a el trabajo de médicos, enfermeros, trabajadores sociales. A su vez, estos últimos complementan a los y las psicólogos que se encuentren trabajando allí. Lo pensamos como lógicas que coexisten, se colaboran, generan nuevas dinámicas, y no establecen una jerarquización de saberes.

Por otro lado, pensamos que puede actuar de forma de colaborar con el efectivo cumplimiento de la ley, de forma que el sujeto en cuestión no sea avasallado y sea respetada tanto su palabra como su cuerpo. Por último, consideramos que se pueden otorgar herramientas simbólicas que permitan atravesar dicha interrupción del embarazo de manera que se cuente con elementos para afrontar tal decisión, fundantes de subjetividad, constitutivos de la persona.

Ya nos dice Freud (1901) que “no hay en lo psíquico nada que sea producto de un libre albedrío, que no obedezca a un determinismo” (p. 236). Nos parece pertinente retomar dicha afirmación porque es a lo que apuntamos al retomar el concepto de decisión: es algo que se construye desde múltiples puntos y que condensa, al enunciarse, resabios de la historia personal, del contexto político y social en el que vive la usuaria en ese momento... y que tampoco es ajeno al lugar *desde* el que trabaja el psicólogo. Y es desde allí desde donde se piensa la escucha y los espacios amenos. Como contracara, no sería igual si todo esto no fuese tenido en cuenta, y la praxis sería algo más mecanizado en lo que esa escucha no tuviese todo esto como premisa.

Como tercer concepto central, a raíz del cuál hemos construido la pregunta problema que ha servido de guía, aparece el de **abordaje**. Al respecto, el Colegio de Psicólogos lo define como

El abordaje en psicología se refiere a la forma en que los profesionales de la salud mental se acercan y tratan a los pacientes durante el proceso terapéutico. Es una estrategia o enfoque que se utiliza para comprender y tratar problemas psicológicos y emocionales de las personas.

El abordaje terapéutico es fundamental en la práctica de psicología, ya que proporciona un marco de trabajo para el profesional en la aplicación de las técnicas y herramientas adecuadas para cada caso. ... El abordaje terapéutico no es un enfoque único y universal³, sino que existen diferentes corrientes y modelos teóricos que influyen en la forma en que se aborda el tratamiento psicológico. (Colegio de psicólogos, S.f., sección Abordaje en psicología: definición y enfoques terapéuticos)

Lo que nos preguntamos es justamente qué acciones se estaban tomando desde la profesión, qué cosas eran posibles de hacerse y cuáles no, y si efectivamente se estaban llevando a cabo. Elegimos esa categoría conceptual porque consideramos que abarca los más diversos modos de hacer, las distintas praxis que se han dado en el transcurso del tiempo.

Es interesante para acercarnos al entendimiento sobre cómo piensa el abordaje la perspectiva psicoanalítica (entendiendo que es la que se trabaja aquí, y que es desde la que abordan las situaciones

³ El subrayado es nuestro.

todos los profesionales entrevistados), retomar a Nestor Aliani (2015) en su libro “Psicopatología, Psicoanálisis y Orden médico” de manera de aproximarnos a algunas consideraciones que deben ser tenidas en cuenta.

Allí, para plasmar una distancia y algunas diferencias entre el orden médico tradicional (en cuanto a la salud mental, la psiquiatría clásica) y la técnica psicoanalítica, retoma principalmente la idea de la lengua como un todo no completo. Entendiendo al psicoanálisis como una técnica y una práctica que fundamentalmente trabaja desde y con la palabra, eso implica que no está todo dicho, que en el discurso siempre hay posibilidades de que algo nuevo advenga, hay espacios, hay vacíos, hay *faltas*.

Éste retoma entonces lo que postula Lacan cuando critica la idea de comprensión, entendiendo que comprender es una acción que le otorga a los significantes un sentido absoluto y cerrado, que obtura entonces la posibilidad de que se haga algo distinto, y que no permite la circulación de sentidos ni la dialéctica entre significaciones. En cambio, se adopta la idea de interpretación, que lo que permite es justamente que los distintos significantes puedan ir apareciendo, se puedan ir poniendo en juego de distintas maneras, y entonces en la superficie comience a haber nuevos sentidos, y no sólo sentidos únicos y ya dados.

Es por eso que desde el psicoanálisis, podemos pensar que las maneras de abordar están -si bien, como nos dice Jacques-Alain Miller (1997) en “Introducción al método psicoanalítico” no hay patrones sino principios- guiadas por la idea de interpretación e intervención, entre otras. La noción de intervención está intrínsecamente relacionada. Su etimología hace referencia a *venir entre*, y en este campo en particular se la entiende como el aporte que el psicoanalista puede hacer en una situación determinada con el paciente, en esos lugares que se abren cuando comienzan a descoagularse los sentidos cristalizados, y relanzar desde allí la posibilidad de otorgar sentidos nuevos y hacer otra cosa con eso que le está sucediendo.

Frente a esto, consideramos de gran importancia que la temática que aquí se trata no sea abordada por un único profesional y/o desde una sola visual, desde una sola perspectiva. Por un lado, debido a lo que anteriormente mencionamos acerca de que el acceso al aborto es una práctica que responde a múltiples factores sociales, culturales, económicos y religiosos. Por otro lado, porque aspiramos a que, entendiendo como ya establecimos anteriormente a la salud de manera integral, el tratamiento de la misma y en este caso de las usuarias que acceden a la interrupción de un embarazo – afirmando que eso tiene un impacto en la salud del sujeto – esté dado de manera conjunta, pensada y planeada por todos los profesionales que sean requeridos, cubriendo la mayor cantidad de aristas posible en lo que al tratamiento refiere.

Es por esto que pensamos en la idea de interdisciplina, siendo para ello esencial retomar a Nora Elichiry (1997) que nos dice

La orientación interdisciplinaria surge de una concepción constructivista de la realidad, siendo ésta considerada como una totalidad estructurada, pero a la vez estructurante. Desde esta visión, la interdisciplina reconoce que la realidad no es algo obvio, unívoco y simple que se puede comprender fácilmente, sino que es contradictoria. En este sentido la interdisciplina se basa en la complejidad y unidad de la realidad, por un lado, y en la división del trabajo científico necesario para la evolución de la ciencia, por otro.

La interdisciplinareidad incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y transformación. Estos intercambios disciplinarios implican además interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad entre esas áreas, con intercambio de instrumentos, métodos, técnicas, etc. (p. 4)

Pensamos que es estrictamente necesario un sostén integrado por múltiples disciplinas que trabajen en conjunto y no yuxtapuestas, de manera que el abordaje sea realmente integral y particular para cada sujeto, que si bien adopte algunas premisas como principios básicos, que comprenda la singularidad de cada caso. Que haya una escucha, que haya respeto por la decisión, que haya un aseguramiento del cumplimiento efectivo de la ley, que no haya avasallamientos de la subjetividad por parte de ningunos de los profesionales, que el proceso suceda lo más salubrementemente posible.

No basta sólo con la consulta médica, sino que es necesario -en un acompañamiento ideal- que advengan también psicólogos/as, trabajadores/as sociales, y cualquier otra profesión que se requiera en cada caso singular, trabajando los mismos de manera conjunta. Por tal motivo, es que aspiramos a trabajar en diversas instituciones que permitan elaborar variados análisis, y allí poder visualizar qué profesionales trabajan en los casos mencionados y de qué manera.

CAPÍTULO 4

Diseño metodológico

4.1 Modalidad de investigación

Como mencionamos anteriormente, la modalidad que utilizamos en el presente trabajo fue la de una investigación de campo, entendiendo a la misma siempre acompañada de lo que Rosana Guber (2004) denomina como reflexividad. Con esto intentamos decir que hay constantemente una tensión entre lo que el investigador plantea al comienzo de su investigación y lo que efectivamente va sucediendo cuando el mismo accede al campo: no hay una fijeza o una exactitud en lo que se espera del lugar, ni de los agentes que se investigarán, e incluso pueden ir moldeándose los objetivos del trabajo, las hipótesis, las preguntas e intenciones del propio investigador. Se piensa que es una construcción que se sostiene a lo largo de todo el trabajo, y que depende tanto del bagaje previo del investigador como de los investigados, y de cómo eso se vaya interrelacionando en determinado momento y contexto.

4.2 Diseño de investigación

A su vez, el diseño que utilizamos para la elaboración del mismo es de tipo cualitativo, es decir, como Sampieri (2003) nos plantea, un tipo de trabajo que utiliza recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación y que puede o no probar hipótesis en su proceso de interpretación. Consideramos que ese era el estilo de investigación adecuada para la problemática que planteamos aquí, ya que no aspiramos a ahondar y/o realizar cuestiones, por ejemplo, de índole estadística, sino a focalizar en cada caso particular y desde allí poder obtener distintos discursos y modos de acompañamientos de psicólogos/as en IVE/ILE, con las categorías de decisión y voluntad como algunos de los ejes estructuradores.

En otras palabras, siguiendo a Taylor y Bogdan (1987) la podemos definir como “la investigación que produce datos descriptivos, las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (p. 20), lo que reafirma el porqué de utilizar esta metodología en la problemática que nos compete aquí.

4.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis a la que recurrimos estuvo conformada por psicólogas que han acompañado procesos de IVE/ILE en la Ciudad de Santa Fe y de Paraná. Por un lado, entrevistamos a dos psicólogas de efectores de salud del tercer nivel, como el Hospital J.B Iturraspe de la Ciudad de Santa Fe y el hospital J.M Cullen, también de dicha ciudad. Por otro lado, acudimos a un centro médico de salud (también conocido como CAPS – Centros de Atención Primaria/Prioritaria de la salud) que actúa en el

primer nivel de atención de la salud en el B° Paprocki, donde entrevistamos a una psicóloga. Además, pudimos entrevistar a una psicóloga de la ciudad de Paraná, que trabajó en la Dirección de Maternidad e Infancia de esa ciudad y se desenvuelve también en un dispositivo que brinda atención a mujeres que están pensando en acceder a una interrupción. De esta manera, fueron cuatro las profesionales entrevistadas.

4.4 Técnica de recolección de datos

Como técnica de recolección de datos utilizamos entrevistas semidirigidas, en las cuales tuvimos presentes preguntas de orientación pero que a la vez permitieron a la persona que estaba siendo entrevistada contar lo que desease y hasta donde desease, permitiendo además que puedan contar todo tipo de datos que en el momento considerasen importantes y/o pertinentes respecto al tema planteado. Asimismo, y retomando a Guber (2004), es importante destacar que lo que llamamos “datos” es en realidad ya la transformación de lo empíricamente obtenido en las entrevistas; en el campo lo que se recopila es información, y luego el investigador en su propia selección le aporta a determinadas cosas y/o representaciones una significación, que es lo que lo convierte en datos que considera útiles para la investigación.

Al respecto, nos gustaría por un lado mencionar que no fue fácil la consecución de las entrevistas, particularmente respecto a poder averiguar sobre profesionales de la salud mental -en particular psicólogos o psicólogas- que trabajasen con la problemática, o hubiesen trabajado en algún momento. Por otro lado, al momento de realizar los primeros acercamientos, no siempre obtuvimos buena predisposición; nos encontramos con algunas resistencias al momento de pactar días y horarios para la realización de estas, de manera que algunas ni siquiera pudieron llevarse a cabo.

Nos hemos encontrado también con resistencias a hablar del tema, lo que reforzó la idea establecida previamente de que fue durante mucho tiempo un secreto a viva voz, algo que la mayoría de la población siempre supo que sucedía y continúa sabiendo que sucede, pero sigue siendo juzgado incluso en el ejercicio profesional que intenta acompañar el proceso de las usuarias. Lo que también hubo fueron pequeños intercambios, comienzos de un intento de coordinación para realizar entrevistas que luego no nos brindaron más respuestas o mutaron a una negativa.

4.5 Resguardos éticos

De esta manera, nos resulta importante aclarar que tuvimos entonces determinados resguardos éticos. Conocíamos ya la profesión que ejercían, por eso fue que decidimos entrevistarlas, y tuvimos en cuenta desde el inicio la existencia del secreto profesional para con las usuarias que han sido acompañadas. Al respecto, también mantuvimos resguardado a la hora de realizar la transcripción escrita de las grabaciones los nombres de pila, a modo de respetar la privacidad.

La coordinación en cuanto a hora y lugar en que se llevarían a cabo las entrevistas la realizamos a través de mensajes de texto. En los primeros contactos pudimos presentarnos, explicarles de qué manera habíamos arribado a sus contactos o habíamos conseguido comunicarnos con ellas, contarles a qué universidad y facultad asistíamos, de qué se trataba el trabajo y por qué lo habíamos elegido, cuál era más o menos el armado de la pregunta problema, cuánto demorarían aproximadamente las entrevistas. Al momento de encontrarnos, llevamos impresa una guía de preguntas que nos permitieron recabar información sobre determinados ejes:

- La existencia, o no, de equipos de trabajo. Su conformación. En ese marco, la llegada de la usuaria a los establecimientos.
- Modificaciones en la práctica a partir de la sanción de la ley N° 27.610. Recursos y herramientas disponibles. Relación con la Ley Nacional de Salud Mental.
- Las categorías de voluntad, decisión y duelo; intervenciones posibles respecto a las mismas.
- La posibilidad de existencia de un duelo, el acompañamiento desde esa perspectiva, su relación con la función materna.

Consideramos también de fundamental importancia recalcar que luego de la elaboración de cada una de ellas fueron surgiendo nuevos interrogantes, que incluso impulsaron a un viraje en la pregunta problema bosquejada en un principio, y finalmente nos encontramos frente a nuevas preguntas e ideas que nos fueron transversales a la hora de plasmar todo en el trabajo. No son preguntas que hayan sido respondidas o que se hayan vuelto centrales, comprendiendo que es estrictamente necesario realizar un recorte para la elaboración de este tipo de investigaciones; pero sí fomentaron cambiar el curso de algunas ideas, repensar maneras de decir y escribir, y la búsqueda de distintos conceptos y/o bibliografías que, consideramos, permitieron un análisis más profundo.

4.6 Método de análisis

Para llevar a cabo el análisis de dichas entrevistas, el método que se utilizamos fue el análisis de frases significativas, propuesto por Badano y Díaz. Intentamos con éste pesquisar, en la transcripción de las entrevistas, significantes, categorías, representaciones y/o ideas analíticas y empíricas que resultasen pertinentes al tema de la presente investigación, que apuntasen a construir respuestas para la pregunta que nos hacemos, y también a abrir preguntas nuevas. Para esto, fue necesario hacer foco en las maneras de decir, en los énfasis que el entrevistado aporta, las expresiones que utiliza, e incluso recurrir a anotaciones que hayamos hecho durante las entrevistas (como por ejemplo de cuestiones gestuales o posturales del momento).

Por último, y también con base en el decir de Taylor y Bogdan (1987), es importante destacar que el análisis de datos que efectuamos a partir de las entrevistas realizadas, en verdad comienza a darse previo a ellas en su planificación, y también durante y luego de haberlas realizado, ya que entendemos a este

análisis como un proceso continuo y que difícilmente resulte acabado. Planeamos utilizar el enfoque que los autores definen como el desarrollo de una comprensión en profundidad de los escenarios o personas que se estudian, realzando el porqué de haber elegido este tipo de investigación y no una de índole cuantitativa.

CAPÍTULO 5

Análisis de datos

El análisis de datos consta fundamentalmente de poner a dialogar lo que ha surgido en las distintas entrevistas con la bibliografía que fuimos encontrando, seleccionando y que consideramos pertinente para la temática y lo escuchado en esos encuentros, arribando a su vez a un análisis o una conclusión propia. De esa manera, fuimos elaborando nuestra posición frente a lo que nos preguntamos y la hipótesis que habíamos planteado.

Para tal fin, realizamos cuatro entrevistas en total. Al inicio tuvimos contacto con más personas, pero finalmente fueron cuatro las que pudieron concretarse. Todas ellas contaron con un formato interactivo y fueron semiestructuradas, y se realizaron de manera individual. Duraron aproximadamente treinta minutos y trabajamos con una guía de preguntas que nos permitió más o menos plasmar un encuadre y obtener información pertinente al tema. Asimismo, es importante destacar que en cada escena nos surgieron preguntas nuevas o las ya pensadas las planteamos de distinta manera, además de que recibimos respuestas muy variadas (tanto en el contenido como en la forma) frente a todas ellas.

Lo mencionado nos conduce a Mayan (2001), quien nos enseña que este tipo de entrevistas permiten recolectar la información a partir de una serie de preguntas abiertas, pero que han sido pensadas y formuladas con anticipación, siguiendo un orden específico. Existe un intercambio dinámico entre entrevistador/es y entrevistado, intentando así lograr respuestas atravesadas por la singularidad de cada participante y dejando además abierta la posibilidad de que surjan nuevos interrogantes en relación con las respuestas obtenidas.

Es importante tener en cuenta que esas entrevistas representan un recorte en el espacio y en el tiempo, y que de ninguna manera implican la totalidad de modos de abordaje de psicólogos y psicólogas en procesos de interrupciones voluntarias o legales del embarazo, ni contemplan todas las perspectivas posibles para el trabajo con dicha temática, ni nos promueven al arribo del surgimiento de todos los conceptos inherentes a la pregunta que nos hacemos.

Asimismo, ese recorte es sumamente posibilitador ya que con las respuestas obtenidas procedemos, en primer lugar y en base a las preguntas que han sido similares en las cuatro ocasiones, a la selección y comparación de frases significativas. Es así que una vez hecha la transcripción escrita de lo que teníamos grabado en notas de voz, y luego de algunas relecturas, tomamos de cada entrevista aquello que nos pareció más importante, más representativo de lo que queríamos trabajar o de lo que buscábamos responder en esa pregunta, y pusimos esas respuestas a dialogar.

Intentamos pensar por ejes, ejes que determinaron de qué se trató cada uno de los cuatro capítulos correspondientes al análisis de datos, y desde allí ir haciendo un intercambio entre las respuestas

obtenidas, la bibliografía acorde que fuimos encontrando, las sensaciones que se nos fueron despertando y las ideas que nos fueron surgiendo, así como perspectivas, conceptos y preguntas.

En todo el trayecto que implicó la elaboración de este trabajo, desde el bosquejo primero de la idea hasta la ideación de la guía de preguntas, luego su efectiva realización con profesionales de la salud mental y finalmente elaborando este análisis, constantemente se dio el surgimiento de ideas nuevas y de inquietudes que fomentaban más o distintas lecturas, incluso de lo ya obtenido.

Acorde al tipo de investigación que escogimos, junto al formato descriptivo cualitativo seleccionado, y la utilización de entrevistas semi-estructuradas, intentamos ser fieles a la voz de las cuatro psicólogas entrevistadas realizando recortes y utilizando citas textuales extraídas de las grabaciones. En un primer momento -posterior a la realización de las mismas- seleccionamos las oraciones que más nos resonaban, que de alguna manera respondían a -o decían algo de- los ejes que previamente habíamos pensado para llevar a cabo el análisis, y también surgieron otros a raíz de ver que había frases o conceptos que se repetían y que a priori no habían sido pensados o tenidos en cuenta.

Luego de esa transcripción y primera selección, continuamos con la ideación de los capítulos pertinentes al análisis: cuáles serían las frases a utilizar en cada uno, cómo los nombraríamos, qué bibliografía pondríamos a dialogar con eso que habíamos extraído. Fue de esa forma que arribamos a la elaboración de los cuatro capítulos que sobrevienen a continuación, donde intentamos plasmar la relación entre lo escuchado, lo transcripto, lo seleccionado como “significativo”, los conceptos previamente establecidos, los nuevos que surgieron, la bibliografía elegida.

5.1 Herramientas y recursos

¿Qué se está haciendo con lo que se *tiene*?

*Algo es posible: un pensamiento y en acción.
Juntarse, hablarse, darse palabras,
Sería más exacto trabajar (¡oh, sorpresa!)
con la producción de sueños.
Y alguien desea algo, para Juana...
... y también para l(a)s demás.*

*Gilou Royer de García Reinoso,
en Algunas consecuencias psíquicas de las transformaciones sociales.*

En el presente capítulo lo que buscamos trabajar, o al menos comenzar a vislumbrar, es qué está sucediendo efectivamente en el campo disciplinar respecto al aborto, tanto en el caso de interrupciones legales como de interrupciones voluntarias del embarazo. Para eso, fue también importante poder tener una aproximación a los recursos con los que se está contando, los espacios que se tienen, los equipos que se han conformado, con qué profesionales y de qué manera se relacionan los mismos, las perspectivas desde las que se trabaja o se intenta trabajar.

Formulamos preguntas acerca de cómo es la llegada de las usuarias, entendiendo que no es igual en todas las instancias del embarazo, por un lado, ni en cualquier zona en la que se habite. Desde allí, buscamos conocer cómo se activan los procesos, qué es lo que sucede, cómo se piensa la idea de acompañar (¿se piensa la idea de acompañar?) y a qué se está apuntando en la praxis, tanto en el día de hoy como en los tiempos pasados cercanos. Preguntamos también acerca de los cambios luego de la sanción e implementación de la ley, de cómo es *alojada* la idea de voluntad y/o decisión, cómo intervienen allí los psicólogos/as, cuáles son las trabas que aparecen actualmente para quienes deciden dedicar parte de su tiempo a acompañar dichos procesos, qué se piensa acerca del duelo -si se considera que es un fenómeno que debe ser tenido en cuenta y transitado en estos casos, o no- y cómo.

Es importante, para poder comprender las preguntas formuladas así como las respuestas seleccionadas para llevar adelante el análisis de datos, tener en cuenta que realmente el aporte al campo disciplinario de la psicología respecto al aborto (o podría pensarse que a las cuestiones de género, más ampliamente) es realmente escueto en la actualidad, que la temática continúa aún hoy muy velada y con poca circulación de saberes, y que como tal, nos fue difícil incluso pensar qué preguntar y en dónde hacerlo, no teniendo casi nociones acerca de lo que estaba sucediendo en el campo.

Por lo tanto, nos resultó propicio traer a colación todas aquellas respuestas, frases o ideas que suscitaron inquietudes, dudas, intereses, relaciones, posibilidades de analizar, y tratar de agrupar aquellas que se entienden como hablando de lo mismo o de puntos similares, para de esa manera articularlos con

bibliografía y con lo observado y trabajado desde nuestra parte, y así arribar a consideraciones que se irán deslizando al finalizar cada capítulo y, de manera más acabada y a modo de cierre, en el capítulo de las conclusiones finales.

Son cuatro las entrevistas que pudimos realizar. Una sola fue en un centro de salud, que representa el nivel primario de atención a la salud, y se ubica en una zona periférica de población de muy bajos recursos, en su mayoría. Consideramos que es un dato relevante porque la psicóloga entrevistada nos indicó que eso trae consecuencias, debido a que particularmente las usuarias a veces no se animan a acercarse para informarse y/o realizarse la práctica, y que son muy fuertes allí los rumores que se comentan incluso cuando las ven simplemente acercarse a dicho centro de salud:

“En los casos de chicas que quieren acceder a una IVE o lo están considerando, hay una primera cosa que complica ... al ser una zona rural y humilde, hay mucho prejuicio sobre la práctica del aborto y mucho juzgamiento. ... Eso puede generar algunos condicionamientos. Por otro lado, asisten normalmente con las madres, a veces ni siquiera se animan ellas a hablar ... es difícil de esa manera discernir de quién es la decisión, qué es lo que está sucediendo, cuál es el contexto...” (Entrevista N° 1, p. 73 de los anexos)

Cabe destacar que, al ser un centro de atención primaria de la salud, allí solamente es posible acceder a interrupciones voluntarias del embarazo, es decir, sólo es posible interrumpir embarazos hasta la semana 14 y sin necesidad alguna de una causal que justifique dicho acceso. Asimismo, por el marco de vulnerabilidad que se vive en esas zonas, es complejizado el acceso a la práctica debido a que los niveles de juzgamiento son muy altos. Por extensión, consideramos que es también difícil el ejercicio de la práctica en esas condiciones: la llegada de las usuarias debe ser muy sigilosa, la consulta con la médica debe estar disfrazada -debe registrarse que es una consulta por cualquier motivo, pero no por un aborto- y las derivaciones a la entrevista con la psicóloga no son sencillas ni están sistematizadas, es decir, no es algo que suceda en todos los casos.

El trabajo que se realiza allí, o que se intenta realizar, de ninguna manera puede ser ajeno a ese contexto. La psicóloga en cuestión trabaja en un marco de secretismo que impregna las entrevistas y/o cualquier alternativa o intento de acompañamiento, aunque puede ser llevado a cabo de igual forma. Otra cosa que sucede es que las usuarias, aún luego de la práctica, pueden no animarse a volver al espacio por el riesgo de que alguien sospeche, incluso pese a notar que contribuiría a su bienestar o a elaborar un proceso. El miedo a la condena social condiciona el acceso a la interrupción del embarazo pese a estar legalizado y contar las mujeres con *el derecho* al mismo, y sin dudas condiciona las maneras de hacer, por lo que nos parece pertinente retomar a Silvia Lampugnani (2017) que nos dice

Lo social-comunitario es un campo que convoca a esfuerzos interdisciplinarios e intersectoriales para la comprensión e intervención (como intervenir: venir-entre) en los procesos psicosociales que afectan la vida cotidiana de los sujetos, los grupos y las instituciones generando producciones de sentido que influyen en los modos de bienestar-malestar de los sujetos y su participación social. (p. 3)

Seguramente no sea igual la manera en que pueden ser puestos en práctica algunos conocimientos en dichas zonas y dichos establecimientos, que en otros. Como así tampoco es igual el acceso, desde el lugar de usuaria o posible usuaria, en esos contextos que, por ejemplo, en clínicas privadas. Se establecen en cada marco distintas relaciones de poder, se conjugan otras formas de posibilitar-se (o no) tanto desde el lugar de quien busca acceder al sistema de salud como desde el lugar de quien se encuentra allí haciendo su trabajo, particularmente cuando hablamos de salud mental. Incluso, retomando aquí el decir de algunas de las entrevistadas, no son iguales los tiempos existentes, las dilaciones que se presentan normalmente (representando, incluso, prácticas de des-cuidado):

“Cuando llegan, hay que actuar, porque casi nunca hay mucho margen de tiempo. A veces vienen con la decisión completamente tomada... a veces están dubitativas y es cuando la médica las deriva a mi consulta o me invita a alguna entrevista en conjunto. A veces las usuarias solicitan la consulta psicológica, y se les da acceso... Allí es donde se intenta dilucidar algo, hacer preguntas que despejen lo que está sucediendo y que permitan ver por dónde va lo que la persona quiere o piensa, imagina, fantasea con que va a suceder. Sin ser sugerentes, intentando alojar...” (Entrevista N° 1, p. 73 de los anexos)

Es interesante que podamos pensar que esas dilaciones, esas esperas o ese *dejar pasar* el tiempo, no pueden de ninguna manera ser carentes de sentido. Podemos leerlo hasta como un síntoma, de alguna manera un síntoma a nivel social, entendiendo que es un suceso que está traccionado por cuestiones ocultas, escondidas, veladas, asimismo inconscientes y que expresa allí, en su aparición en la realidad pragmática, lógicas subyacentes a los modos de vivir actuales o del último tiempo. No es sin razón de ser, no es algo sin-sentido (aunque puede, a simple vista, parecerlo) ni es algo que suceda de manera inmotivada.

Nos resultó inevitable arribar al pensamiento de que esto guarda una íntima relación con lo que anteriormente mencionamos acerca de la poca producción que hay sobre el tema. En consonancia con esto, algo que surgió en la última entrevista que realizamos nos llamó poderosamente la atención:

“La facultad está quedando muy atrás, me parece, en relación a la inclusión de problemas de la época, en la investigación de problemas de la época. Todas las veces que nos hemos presentado nosotros a las jornadas de la facultad, que la última vez ya fue el año número cuatro, nunca hay otro trabajo sobre el tema. Es muy interesante como *síntoma* porque es una facultad que tiene un 90 por ciento de mujeres, y a nadie se le ocurre pensar...” (Entrevista N° 4, p. 93 de los anexos)

En la compilación hecha libro que tiene de nombre “El derecho al aborto en la formación Psi”, Elsa Schvartzman (2020) nos dice claramente que es un aspecto importante a considerar porque además de la relevancia de la producción científica o del conocimiento per se, hace hincapié en lo que llama apropiación participativa y el ejercicio de prácticas de exigibilidad, en el sentido de fomentar la autonomía y el poder de decisión. No es igual siquiera posibilitar el pensamiento, mucho menos la información o el acercamiento a una práctica de la que no se habla y nada se escribe. Es desde allí que consideramos esto como un síntoma: responde a las lógicas establecidas y obedece a silenciar algo que va en contra de ellas, no siendo un producto mercantilizado ni mercantilizable. La práctica de un psicólogo o psicóloga en estos acompañamientos no es bajo ningún punto de vista pensada como algo monetizable, y por eso no está en la orden del día, o no lo ha estado por mucho tiempo. Tampoco lo es que las mujeres tengan derecho a elegir.

Esto permite por un lado que comiencen a forjarse algunas modificaciones en las relaciones humanas, en las jerarquías de poder profundamente cristalizadas, que emerjan más preguntas acerca de por qué y cómo, que *se inscriba* algo de esto que para muchas es hace ya tiempo duda, secreto, miedo, y ahora también -de a poco- un derecho. Leerla nos permitió pensar que hay, además de un derecho a elegir sobre nuestros cuerpos y nuestros proyectos, un *derecho a saber* -como profesionales de la salud mental- qué procesos subjetivos puede implicar llevar a cabo un aborto tanto para las usuarias como para los profesionales que acompañan, y cuáles son las incumbencias (y por qué no, obligaciones) que versan en torno a eso.

Retomando lo que sucede en la llegada de las mujeres gestantes que consideran interrumpir su embarazo a las instituciones de salud, hay algunos puntos en común que leemos como muy valiosos. Por un lado, aparece siempre al menos la intención de establecer equipos, y a veces la efectiva conformación de ellos. Al respecto:

“No contamos con un equipo interdisciplinario y/o compuesto al menos por numerosos especialistas; trabaja allí la médica clínica, una asistente social, hay un laboratorio y estoy yo, que a veces hago consultorio y a veces hago entrevistas con la médica” (Entrevista N° 1, p. 73 de los anexos)

“En el hospital hay un equipo que toma las situaciones desde la semana 14 o 15... conformado por tres áreas: servicio social, ginecología que en nuestro hospital abordan hasta la semana 20 de embarazo (después, ya pasan a maternidad) y salud mental. ... El pedido ingresa por lo que acá se llama cuidado progresivo ... y desde la secretaría de salud sexual o desde alguno de los equipos de primer nivel se envía el informe, por expediente, solicitando turno. ... En nuestra evaluación se evalúa la causal. ... El equipo entero. Las 3 áreas deben estar de acuerdo, o al menos 2. Y también se evalúan los riesgos, que no es un detalle menor. Porque en el segundo trimestre de embarazo hay otros riesgos, muy complejos respecto a la placenta...” (Entrevista N° 3, p. 85 de los anexos)

“Habitualmente las usuarias vienen derivadas de los centros de salud ... y nos llegan por mail las situaciones al equipo de consejería, que está formado por médicas, psicólogos y trabajadores sociales. Las causales habitualmente vienen ya conformadas, los estudios realizados ... y nosotros lo que hacemos en el hospital es un espacio de escucha, que lo llamamos consejería; allí no es que volvemos a reevaluar la causal, sino que no es lo mismo acercarte a un primer nivel o a otro efector para solicitar la interrupción que llegar al hospital para efectuarla. Se juegan otras cosas, otros momentos subjetivos, y las emociones aparecen desde otro lugar ... sí preguntamos cómo es que llega al hospital, en base a qué tomó esta decisión, si viene acompañada, si sabe cómo es el procedimiento. ... Es un espacio de escucha, la recibimos a la paciente siempre en equipo, entre los 3 profesionales, para hacer esta primera escucha, este primer abordaje, para explicarle un poco de qué se trata este procedimiento” (Entrevista N° 3, p. 76-77 de los anexos)

A propósito de lo que venimos mencionando, y como modo de traer a colación otro recorte realizado en una de las entrevistas acerca de la conformación de los equipos, no queremos dejar de mencionar lo novedoso y posibilitador de salirse de un lugar encapsulado en y por el orden médico, donde todas las posibilidades de hacer eran pensadas desde allí -como así también los efectos de cualquier práctica humana-. No implica por supuesto que los conocimientos que aporta la medicina no sean profundamente necesarios, y que por lo tanto siga siendo imprescindible que haya médicos presentes en los equipos de trabajo que venimos trayendo a colación. Pero sí creemos que la incorporación de otros roles profesionales -y de entender los efectos *más allá del cuerpo físico*, de la carne- es un reflejo también de la lucha social que se ha librado alrededor del aborto y de las cuestiones de género.

Frente a esto, Nestor Aliani (2015) nos cuenta cómo el psicoanalista tiene como territorio de su praxis la escucha de un “hecho enunciativo” y no ya, si bien no le es ajeno, al cuerpo biológico objeto de la práctica médica. Esa escucha, nos dice, fue el relevo de la mirada médica, entendiendo igualmente que el sujeto está, justamente por hablar, implicado con su cuerpo. Ese *hablar* recorta un objeto que se desprende de ese cuerpo biológico.

Es sumamente interesante esta idea porque consideramos que, si ese hablar se vuelve tan importante, también se vuelven esenciales entonces los espacios de escucha. No se dice de qué ni cómo hablar, pero sí es fundamental que del otro lado se escuche y se dé lugar a eso que el otro nos está diciendo.

“Por eso para nosotros haber construido el equipo de trabajo que hemos construido es muy relevante. En el *trabajo conjunto* no es que el saber médico pesa más que nuestra opinión.” (Entrevista N° 4, p. 94 de los anexos)

“En nuestro dispositivo, entonces, todo esto es lo que está pasando por ahora al menos. Tenemos idea de continuar, el equipo está creciendo. Tenemos pensado formalizar algo que ya estamos haciendo, que es incluir los embarazos de riesgo entonces ampliar el nombre del dispositivo y llamarlo de atención integral pero del embarazo complejo, porque también entendemos de que el aborto sigue siendo un embarazo complejo, que se interrumpe, pero un embarazo.” (Entrevista N° 4, p. 97 de los anexos)

A raíz de los intercambios ya citados y el transcurrir de todas las entrevistas nos resulta un tanto difícil poder aseverar la efectiva implementación de lo que anteriormente hemos definido como interdisciplina. Nos da la impresión de que más bien hay una multidisciplina, es decir varias disciplinas que desde su lugar plasman el intento de trabajar en conjunto, de manera ordenada, programada, durante un tiempo sostenido, sin que sea sólo un intercambio liso de saberes. Pudimos apreciar que en algunos equipos eso está más avanzado, notoriamente casi establecido, pero aún hay cosas no pautadas y propuestas muy endebles. Asimismo, no consideramos a raíz de lo oído que cada disciplina trabaje únicamente desde su posicionamiento, unilateralmente, sino que evidenciamos un intercambio, reuniones en equipo, propuestas de sostenimiento de los dispositivos, aspiraciones a perdurar en el tiempo y a elaborar nuevas ideas.

Desde nuestro punto de vista y lejos de ser una crítica, conseguimos leer esto como un avance y como un punto de partida fundamental. Es resultado y resultante de la salida hacia el habla, hacia el no secretismo. La conformación de equipos que no son efímeros, que tienen ideas, que programan formas de actuar, que se basan en una ley, que realizan consultas, se capacitan, datan de algo que está comenzando a ser dicho, de un acceso que se está abriendo, facilitando. Se lo está pensando para que se

pueda llegar, al menos para que la información pueda llegar. En consonancia con lo planteado desde el inicio del trabajo y de manera transversal a éste, creemos que esto no es ajeno a una consideración de la salud como algo integral, donde la salud gestante es importante, y la salud mental también; por lo tanto, el trabajo de los psicólogos hace su marca allí.

Hay algunas otras cuestiones que fueron surgiendo y creemos forman y conforman al abordaje y/o posibilidades de hacer que intentamos analizar, a saber:

“... Si bien nosotros les pedimos siempre a las usuarias que nos cuenten si hay alguna situación que la sienten incómoda o inoportuna, eso sigue sucediendo, sobre todo con el personal de enfermería o de limpieza. Por ahí ingresan, se ponen a hablar y cuestionar: ¿estás segura? ¿por qué no lo tenes y lo das en adopción? ¿y si te ayudan con recursos económicos?; comienzan a juzgar y cuestionar, y esto genera mucho malestar. Nosotros lo que empezamos a hacer en el último tiempo... es denunciar... empezamos a elevar las denuncias a la dirección de salud sexual...” (Entrevista N° 2, p. 78 de los anexos)

“Por otro lado, también lo que se habilitó en esto de que se cuenten experiencias, es la intervención en casos de más gravedad. Hubo incluso un caso similar al de Ana María Acevedo, que se pudo denunciar, que hubo un amparo legal distinto, que se notó, aunque fue tarde, la mujer murió, es decir, no tuvo acceso a la práctica, ni asesoría. Pero más tarde la mamá lo denunció, se comprobó, como psicóloga yo asistí al tribunal, y el desenlace fue lo que se puede llamar ‘positivo’. Eso también sentó un precedente” (Entrevista N° 1, p. 74 de los anexos)

El trabajo de los psicólogos y psicólogas en los accesos al aborto toma entonces otro lugar, y otro valor. No sólo han comenzado a tener un rol fundamental en cuanto a los espacios de escucha o lo que podríamos denominar como un aspecto más clínico, sino que son por ejemplo los encargados -entre otros- de denunciar las situaciones de hostigamiento que sufren algunas usuarias y de generar, de esa manera, por un lado un mejor y más respetuoso ambiente, considerando al mismo algo fundamental en un momento que subjetivamente no es para nada fácil de atravesar; y por otro, contribuyen a una cuestión estadística que se supone podría servir para optimizar algunos aspectos en las instituciones de salud – por ejemplo, pensar herramientas, dispositivos, espacios que sean beneficiosos para las mismas - y que desde los escalones de más arriba puedan establecer y sistematizar pautas y/o protocolos que amparen a las mujeres cada vez más de padecer esas situaciones.

Además, las denuncias también se basan en casos que han sido llevados a cabo de maneras incorrectas, o a plazos que la justicia ha establecido de manera injusta e inadecuada. Esto es realmente interesante porque colabora en la lucha por el derecho obtenido -y digo obtenido no asegurado, ya que como bien dijo Simone de Beauvoir (1949), hay que mantenerse alerta al tratarse de derechos fácilmente cuestionables frente a crisis sociopolíticas - de manera que haya hechos, causas, expedientes al respecto que amparen una batalla al menos momentáneamente ganada. Han asistido a juicios y entrevistas que más allá de colaborar testimonialmente en la defensa de un caso singular, sientan precedentes para casos futuros y, por ende, constituyen huellas a nivel colectivo a las que es posible recurrir.

No consideramos exagerado entender a esto como un proceso instituyente, transformador de manera vehemente de lo social. Por eso es que -y a modo de concluir este capítulo- nos es propicio retomar a Martha Rosenberg (2018) que, en una charla-debate de la Facultad de Psicología de la UBA, nos dice

Esto, para intentar decir cuál es la demanda. La demanda histórica es la de las mujeres, de igualdad de derechos y de igualdad de reconocimiento social con los varones, que vienen organizando desde hace milenios la sociedad centrada en el poder masculino. ...

... Ahora, me parece que lo que caracteriza el movimiento por el derecho al aborto es su carácter instituyente. La maternidad como institución está pensada sobre la base del modelo de la maternidad en la sociedad patriarcal. Y todo lo que se refiere a los últimos años... con respecto a las transformaciones del lugar de las mujeres en la sociedad, y del lugar de las mujeres en las estructuras de parentesco incluso, son derivadas de prácticas instituyentes en función de esta demanda y este objetivo de las mujeres. (p. 45-47)

Como agentes de la salud mental, luchar por la defensa de un derecho es instituyente: representa instituir -o al menos intentar instituir- nuevas prácticas. Instituye nuevos saberes, así como también pelea por derrocar algunos antiguos y encasillados. Instituye un corrimiento, un lugar nuevo, la posibilidad de un vacío y una pregunta que mueve, juega, y entonces allí, instituye *otras formas de hacer*: ¿qué se denuncia y a quién? ¿qué se escucha... y a quién?

5.2 Espacios ¿de?

La escucha que (se) habilita.

*“Para todas, es una invitación:
a armar el mundo que desean...
... y que nos merecemos.”*

Martha I. Rosenberg, Del aborto y otras interrupciones.

En este segundo apartado del análisis de datos, nos interesó poder decir algo sobre los espacios que se han creado y formado para la atención de mujeres que llegan con la idea -no importa cuán firme- de interrumpir un embarazo y lo que eso implica a nivel personal. Anteriormente pudimos conocer la existencia de equipos, cómo están habitualmente conformado los mismos y algunos accionares que llevan a cabo. Eso dio paso a lo que aquí desarrollaremos, que busca más bien que podamos pensar lo que ha sucedido en la singularidad de cada caso, en cada proceso individual (llamamos individual con el sentido de pensar el caso por caso, de ninguna manera entendiendo el proceso como algo aislado del resto de personas y la multiplicidad de factores).

Lo que pudimos descubrir es la existencia de un espacio de escucha, a veces llamado “espacio de consejería”. En eso se suscita el acuerdo con lo aprehendido en una capacitación que brindó el colegio de psicólogos de Entre Ríos, llamada “Psicólogos en IVE e ILE”: no está bien usado el término de consejería, porque no es lo que se busca, justamente, dar consejos. Por fuera de esa cuestión más del orden etimológico, y con base en los relatos que pudimos escuchar, entendemos que tampoco es eso lo que se busca en los espacios activos ni lo que efectivamente se hace. Es de esa manera que pudimos arribar a distintas categorías conceptuales que conforman a la manera de posicionarse de los profesionales, lo que por supuesto no es ajeno a la tarea que llevan a cabo ni a los resultados de la misma. *No se oye lo mismo desde cualquier lugar, no es lo mismo cualquier escuchar.*

A continuación, nos remitimos a los recortes de los relatos que nos permitieron elaborar este segmento del análisis:

“... Se formó la consejería de un modo reconocido, tenemos este espacio de escucha, saben en el hospital que existimos, tenemos estas médicas que fueron nombradas particularmente para trabajar en esta consejería. ... Cuando la causal está y se lleva a cabo el procedimiento, acompañamos durante todo el proceso de internación, en el antes, en el durante y en el después... y siempre referenciamos con algún psicólogo del centro de salud.” (Entrevista N° 2, p. 81 de los anexos)

“La conclusión es que no es sin consecuencias y efectos subjetivos, una decisión de estas. Cosa que tampoco se plantea en las consejerías. No se plantean las consecuencias que como sujeto ético uno debe tener en cuenta. Si tomas una decisión, tenes que saber qué puede pasar, al menos como posibilidades. ... El equipo lo que hace es esto: ‘es un proceso que vos elegís, no es que te dormís y no te vas a enterar’. Es como responsabilizar al sujeto de su decisión. Tienen registro de todo el momento. Qué inscripción tenga eso, se sabrá a posteriori. Y hago una excepción, hablo de ética y no de moral, no de la moral victoriana. Una cuestión de posición ética subjetiva frente a la castración, frente a su deseo, frente al semejante.” (Entrevista N° 3, p. 89 de los anexos)

“Desde allí se abren diferentes cuestiones. Nosotros tenemos muy claro la perspectiva del equipo, y es que *nosotros acompañamos la decisión de las mujeres*, no estamos ahí para que las mujeres aborten, sino que estamos ahí para acompañar la decisión de la mujer. ... Esa *escucha atenta* nos permite discernir en qué condiciones de la decisión está la mujer.” (Entrevista N° 4, p. 92 de los anexos)

“... Es una problemática que afecta directamente a la subjetividad y a los procesos personales de las personas gestantes. Es importante que puedan hablar de eso, que se pueda decir algo sobre el resto que deja, aunque no necesariamente tenga que ser o representar algo terrible para todas. Sí es cierto que se han habilitado más posibilidades de conversar sobre eso, lo que permite otorgarle un sentido, elaborar algo del suceso. No siempre es inmediato, hay chicas que vuelven después de meses, hay incluso mujeres que se han realizado abortos hace años y recién hoy comienzan a hablarlo; a veces algún suceso x les despierta esa vivencia, y en el marco de la ley, es que se permiten hablarlo, decirlo en voz alta. Además, es una manera de compartir experiencias, de saber que no están solas, de que no son las únicas que han tenido que atravesar experiencias.” (Entrevista N° 1, p. 74 de los anexos)

Es importante, previo a traer a colación algunos conceptos y algunas ideas a las que arribamos, entender que los espacios de escucha de los que hablamos en este artículo y que se han creado para el acompañamiento al que nos abocamos aquí, no corresponden a los espacios tradicionales de escucha que habitualmente pone en práctica el psicoanálisis (mencionamos ésta y no otra perspectiva porque es aquí desde la que se intenta teorizar y desde la que nos han hablado las profesionales entrevistadas). Asimismo, entendemos posible -y es lo que a continuación se intenta- poder evidenciar cómo variados y numerosos conceptos y principios de ese paradigma se aplican en estos espacios.

La cuestión principal por la cual mencionamos que no es correcto llamar a estos espacios como “de consejería”, es porque en los distintos relatos que obtuvimos, lo que escuchamos es radicalmente opuesto a eso. Lo que apareció es la idea de entrevistas (que normalmente no implican más de dos o tres encuentros) que permitan en primer lugar, ver qué es lo que el sujeto -en este caso la mujer embarazada que considera acceder a una interrupción- tiene para decir; se le permite contar lo que se le vaya ocurriendo, lo que vaya considerando relevante.

Se le hacen sí, de ser necesario, preguntas acerca de la situación actual, de los acompañamientos con los que cuenta, del contexto familiar cercano, de las maneras en que arribó a ese lugar y a esa idea, entre otros (amén de esto, es importante no olvidar que en muchos de estos casos, hay preguntas que deben ser hechas porque se debe realizar una causal que ponga, tanto a la usuaria como a los profesionales, dentro del marco de la ley). El hecho de interrogar permite ofrecerle a la persona un lugar propio, un lugar subjetivante, que en vez de dar algunas cosas por sentado - como por ejemplo que si está ahí es lisa y llanamente porque *no quiere o no puede* tener ese bebé - dé lugar a pensar otros determinismos. Permite otorgarle el lugar de *ser quien habla, quien enuncia algo*, quien se apropia de un discurso, que antes que todo tiene que ver consigo misma. Y no es entonces el analista quien decide qué está queriendo decir.

Al respecto, Ernesto Sinatra (2004) en su constante intento de acercarnos a teorizaciones que resultan indispensables para entender a Lacan, nos dice

¿Cómo se hace para no colocarse en el lugar del Otro que decide respecto a la significación de quién habla?⁴ El sentido común, en ese sentido, es nuestro peor consejero. Por eso la interrogación permite abrir la obviedad supuesta en los enunciados formulados, y al mismo tiempo conduce a estar atento a los pequeños detalles que puedan dar indicadores diagnósticos de la localización fantasmática...”. (p. 13)

Cuando mencionamos que estos encuentros son distintos a lo que habitualmente se entiende como espacio de escucha o de análisis, pensamos que es este uno de los puntos que se relaciona directamente. Hay factores que modifican esa práctica y la vuelven aplicable, pero desde otro lugar, o desde otra manera: principalmente porque tal como hemos reiterado, los tiempos apremian. Sin embargo, la diferenciación en cuanto a lo que un espacio de consejería representaría, nos resulta de vital importancia porque es una de las pocas *reglas* (al menos así la llamó Freud) que advierte el psicoanálisis

⁴ El subrayado es nuestro.

Consiste en no querer fijarse en nada en particular y en prestar a todo cuanto uno escucha la misma atención parejamente flotante⁵. ... El precepto de fijarse en todo por igual es el correspondiente necesario de lo que se exige al analizado, a saber: que refiera todo cuanto se le ocurra, sin crítica ni selección previas.” (Freud, S., 1912, p. 111-112)

Esto implica intentar todo lo que se pueda no tener un juicio previo y poder escuchar abiertamente lo que esa mujer tiene para contarnos. Es por esto que consideramos muy importante que se formen espacios curriculares, capacitaciones donde además haya intercambios con otros equipos y otras profesiones, otros campos disciplinares; es una manera de, frente a una problemática que es relativamente nueva -no porque hace poco que se lleve a cabo, sino porque hace relativamente poco tiempo que se la acepta por fuera de la clandestinidad y, más aún, se le otorgan herramientas y recursos como lo son el acompañamiento psicológico- aprender a escuchar, a nombrar, a pensar alternativas, a intercambiar experiencias, a construir relatos.

Por supuesto que nadie - y hablamos desde el lugar de los profesionales - se encuentra allí y se para en posición de tabula rasa, como mente completamente en blanco, sin ningún bagaje previo. Tampoco es a lo que se aspira, ya que es importante para intervenir, para actuar, tener algunas construcciones. Pero sí se aspira a que exista una cierta disponibilidad, a que se tenga en cuenta que no todo está sabido a priori, a tener presente que constantemente surgen situaciones que no esperamos, que son propias de cada historia y que no hay ningún libro que nos diga cómo prevenir o cómo abordar, paso por paso. Se trata de una “ignorancia docta”, al decir de Miller (1997), que nos invita a voluntariamente olvidar algunas cosas ya sabidas para dar lugar a lo nuevo que va a ocurrir.

Es por esto que nos resulta interesante arribar a algunas otras ideas prácticas que se sostienen desde la perspectiva psicoanalítica, que las creemos presentes en lo que hemos podido escuchar y leer, y que parecen ser propicias para que se desarrollen procesos formadores de subjetividad, que fomenten la apropiación de una posición subjetiva como tal, no pensándolo en términos dicotómicos de bien/mal, no intentando emitir un juicio ni apelar a la duda, sino aspirando a que quién habla pueda ir construyendo qué dice, qué busca, qué pasa, cómo es que se encontró en esa situación, cómo puede elaborarse ese proceso para que pasen cosas distintas a futuro.

Una de esas ideas es la de la posición abstinente del analista, posición de quien está allí escuchando, que debe poder recibir lo que esa mujer cuenta y al respecto no emitir consejos, opiniones ni sugerencias. En los casos de las mujeres que están pensando en abortar, no se puede de ninguna manera responder a la pregunta sobre qué deben hacer, fundamentalmente porque nadie tiene la respuesta. Se trata de que ellas puedan ir dilucidando qué fantasía tienen al respecto, qué pensamientos rondan por su mente acerca

⁵ El subrayado es nuestro.

de la situación, cuál es la historia que han construido alrededor del hecho de matenar/la maternidad, y qué pueden hacer *en ese momento* con todo eso.

En consonancia con todo esto, hemos podido observar también la idea y la puesta en práctica de una escucha que se hace desde (y para) la *singularidad* de cada caso. Esto es importante porque si bien son espacios que se desarrollan por un denominador común -léase, espacios de escucha todos que se están desarrollando en dispositivos/instituciones/establecimientos de salud que trabajan con interrupciones voluntarias o legales del embarazo- dan pie a la emergencia de la particularidad de cada persona que asiste y a la conformación de la historia que, como decíamos, las hizo llegar a ese *aquí y ahora*. Una clínica del caso por caso.

Cada singularidad está conformada por una multiplicidad de elementos y factores, no todos conscientes -decimos más: los conscientes son los menos- y no todos de índole psíquica. Hay un contexto que condiciona, que interfiere y determina también, y que el psicólogo que interviene en ese espacio debe intentar conocer, al menos vislumbrar, y tener en cuenta: contexto afectivo, contexto relacional, educacional, económico, entre otros. Y también hay determinismos psíquicos que son distintos en cada sujeto, y es imprescindible tenerlos en cuenta. Desde el diccionario mismo de Psicoanálisis, nos definen justamente esto como una sobre determinación o determinación múltiple:

Hecho consistente en que una formación del inconsciente (síntoma, sueño, etc.) remite a una pluralidad de factores determinantes. ... La formación remite a elementos inconscientes múltiples, que pueden organizarse en secuencias significativas diferentes, cada una de las cuales, a un cierto nivel de interpretación, posee su propia coherencia.” (Laplanche, J.; Pontalis, J. B., 1967, p. 411)

Consideramos que es a raíz de todas estas consideraciones teóricas y de posicionamiento profesional, desde las que se ha trabajado según lo que las entrevistadas nos cuentan, y desde las que se arriba a determinados resultados y se siguen pensando formas de hacer. Mencionan la falta de acompañamiento en el sentido de que en el “después de” las usuarias no lo tienen asegurado, y con esto también nos dicen que continúa siendo una problemática que no tiene un espacio completamente conformado - como si lo hay, por ejemplo, para determinadas franjas etarias o algunas problemáticas específicas-. Pensamos que es esencial que se despliegue una atención integral que abarque el antes, el durante y el después de la práctica, y para eso es de suma importancia ver cómo se llega a la decisión y/o a la puesta en práctica de ella.

Esto nos permite darnos cuenta de que es una práctica que los profesionales de la salud mental entienden que no es sin consecuencias subjetivas, que no es sin efectos psíquicos en cada mujer que se realiza una interrupción. Por eso aspiran a una prevención, a un acompañamiento en el mientras tanto y a una atención post aborto. Y en relación con esto, hemos podido identificar las siguientes frases:

“Hay una irrupción de una situación en la vida que esa mujer no está queriendo atravesar. Siempre también hacemos mucho hincapié, a menos que haya sido una situación de abuso, en la utilización de métodos anticonceptivos. ... Hablamos mucho sobre la importancia del cuidado y que esto permite decidir, que eso aloja de otro modo un embarazo, y que esto genera un impacto que es una pérdida, de alguna manera, de un montón de cosas, no sólo de un feto.” (Entrevista N° 2, p. 81 de los anexos)

“Lo que uno siempre observa es que luego de una ILE o una IVE no hay acompañamiento a posteriori de lo que puede implicar un duelo gestacional. Puede implicar una depresión post parto, o puede implicar un brote psicótico, no sabemos qué puede pasar, y no hay un acompañamiento.” (Entrevista N° 3, p. 88 de los anexos)

“Lo que pasa también con los embarazos tan avanzados es que uno tiene que ubicar qué pasó, por qué hay tanta demora. Después de haber escuchado tantas mujeres, puedo ubicar clínicamente que cuando se arma la idea de hijo, *un hijo no se aborta*. Un hijo, con la fantasía de hijo, con la idea de hijo, con el proyecto de hijo, no se aborta. Y hay muchas mujeres que vienen aún con todas esas ideas a decir “no, bueno, pero yo igual no lo quiero” ... entonces se trabaja ese punto, hay algo que lo transforma en *imposible de abortar*. Por eso cuando se demora la consulta es importante indagar qué pasó, porque muchas veces esa demora tiene que ver con que “pensé que lo iba a continuar, entonces hice los primeros controles, y ya le conté a mi familia, así que todos saben” y después, *¿vas a abortar todo eso? Porque lo que hay que abortar es todo eso.*” (Entrevista N° 4, p. 96 de los anexos)

Cuando decimos que no en todas las mujeres la búsqueda o la intención de interrumpir un embarazo - nunca entendiéndose esto como deseo *de* atravesar por dicha práctica- es conformada por las mismas cuestiones, decimos también que los efectos que sobrevendrán luego no son iguales en cada caso. Por eso es importante la formulación de preguntas, salirse un poco de los sentidos cristalizados e intentar encontrar nuevas respuestas, otorgarles otras significaciones, y así poder bosquejar al menos algo del impacto subjetivo que esto pueda llegar a tener.

Con tal motivo es que entendemos que no deja de ser fundamental la búsqueda de responsabilidad por parte del sujeto. No debe esto leerse como culpa y/o la emisión de un juicio, sino como la implicancia y la responsabilidad de alguien que *elige* hacer algo y que, por ende, debe conocer las posibles

consecuencias y afrontar su parte en el proceso. Esto habilita inscripciones que también repercutirán en otros momentos de la vida, ya sea para cuestiones que a simple vista no parezcan tan cercanas a la idea de la maternidad o tal vez sí, por ejemplo, en la instauración de la posibilidad misma de maternar, de la inauguración de la posición materna, que por ejemplo no es ajena en absoluto al duelo que se haga -o no- de este hecho.

Implica permitir al sujeto apropiarse de su discurso y cuando esté posibilitado, inscribir algo acerca del acontecimiento. Como se menciona también en las entrevistas e intentamos pensar aquí, es una responsabilidad que tiene que ver con una cuestión ética, con un posicionamiento, y no apunta a una moral victoriana de lo que podría estar correcto o incorrecto, de algo que podría o no ser bien visto por los otros. No debemos perder eso de vista, particularmente para una práctica que durante mucho tiempo se sostuvo en marcos de ilegalidad y que, por lo tanto, sentir culpa era lo esperado.

La culpabilidad supone declararse: atestiguar una falta, una mácula y recibir el juicio condenatorio o absolutorio del Otro...

La culpa inconsciente es una falta ignorada por el sujeto, y el sujeto no puede escapar a la responsabilidad de interrogar sobre esa falta, porque aún ignorada, remuerde en el pentagrama de la subjetividad, provoca malestar, remordimientos, vergüenzas, inhibiciones, autoacusaciones, actos impulsivos incomprensidos, crímenes inmotivados, etc. Interrogar a ese malestar, con otro y en transferencia, supone el intento de que esa falta ignorada se torne negociable por el significante. Tal la responsabilidad como asentimiento subjetivo⁶ que le cabe al sujeto del inconsciente freudiano... (Gerez Ambertín, M., 2005, p. 39 y p. 46)

Entendemos que a esto apunta también Miller (1987) cuando, retomando a Lacan, nos habla de la atribución subjetiva retrotrayéndose a la dimensión significante, a la importancia del encadenamiento de estos, y cómo allí se plantea elementalmente la cuestión del sujeto, de quién habla y desde qué posición.

⁶ El subrayado es nuestro.

5.3 Decisión y voluntad.

¿Mi cuerpo, mi decisión?

*“No, no entendía, no sabía si me hablaba del amor,
del sexo, del aborto o de ser madres.
¿Solas cuándo? ¿Solas siempre?”*

Claudia Piñeiro, Catedrales.

En los capítulos anteriores pudimos desarrollar, en base a las entrevistas y la elaboración de un análisis que no es completamente acabado, las cuestiones acerca de la llegada a los espacios, un acercamiento a las dinámicas sostenidas allí, y a la forma en que particularmente los profesionales de la salud mental que se encuentran trabajando en esos espacios se ocupan de lo que al hecho de atravesar un aborto compete para las usuarias. En eso, arribamos fundamentalmente a la idea de que dichas usuarias puedan tomar debida cuenta de la responsabilidad subjetiva que frente a eso tienen, de lo que implica la toma de una decisión, de que ésta última tiene y tendrá efectos a niveles no sólo corporales sino también psíquicos, subjetivos.

La noción de *decisión* tomó entonces un lugar central. Al escuchar las respuestas a nuestras preguntas y en general lo que cada entrevistada quiso contar, observamos que fue una categoría que surgió repetidas veces y no sólo de manera anecdótica. Entendemos que esto es así porque es lo que fundamentalmente habilita el acceso a la práctica, tanto de manera física como de manera subjetiva, y que permite o al menos vuelve más posible algo de la elaboración acerca del hecho.

Lo que esto nos suscitó fue la intención de poder pensar esta categoría propiamente desde el psicoanálisis, y de qué forma eso puede ser abordado en los espacios anteriormente descritos. Esto nos implica pensar en que no se responde sólo a una voluntad consciente, sino que es importante poder vislumbrar algo de las motivaciones inconscientes, de los significantes que *nos son dados*, de la forma que cada una tiene de apropiarse de eso, y de cómo todos estos ítems pueden ponerse en juego a la hora de decidir, en este caso, interrumpir un embarazo.

“... El varón aborta primero, en el ochenta por ciento de los casos. Y me parece que es muy importante decirlo a esto. Hay algo en la construcción de la decisión y *en quién decide qué*, y hasta podemos ir más allá y pensar *de qué cuerpo hablamos* cuando hablamos de cuerpo, ya que está muy resonada la idea ésta de ‘mi cuerpo mi decisión’. A mí me parece que es muy interesante porque sirvió en clave de campaña, y que claro que necesitábamos un argumento de peso para poder desanclar el sometimiento de la mujer al discurso médico, entonces hubo que hacer fuerza sobre la autonomía del cuerpo, cosa que la mujer perdía para el discurso médico. Por muchos momentos la mujer deja de ser

objeto de mirada de la medicina, pero si hay un momento en el que la mujer es objeto de mirada para la medicina es en el embarazo, en su condición de gestante. Entonces claramente si se estaba intentando defender esa autonomía de la mujer, claro que sí, que había que hacer hincapié en la autonomía de los cuerpos. Y entonces ‘mi cuerpo, mi decisión’ fue una gran frase.” (Entrevista N° 4, p. 92-93 de los anexos)

“Por eso es algo tan paradójico esto de ‘mi cuerpo, mi decisión’, porque claramente desde ningún punto de vista, si pensamos el cuerpo desde el psicoanálisis, nunca podemos pensar que ese cuerpo se arma solo.” (Entrevista N° 4, p. 94 de los anexos)

No es esta la única cita que lo menciona con tanta claridad, pero consideramos que es un excelente disparador de esta parte del análisis y nos abre las puertas para comenzar a desarrollar algunas ideas que van de la mano con la categoría de la decisión, con la cuestión acerca de la voluntad. En primer lugar, si bien no creemos que la cifra del ochenta por ciento -en relación a la mención sobre que los varones abortan primero- deba ser tomado como algo preciso, como una estadística exacta, sí es interesante lo que sigue a continuación. Podemos pensar, también, que el lugar de ese varón puede ocuparlo otra persona: por ejemplo, una mamá, algún otro familiar, alguna amistad, cuestiones laborales, etcétera.

De lo que se trata fundamentalmente es de que nos constituimos con y por los otros. No somos sin los otros. Nos habla Freud durante gran parte de su obra de la importancia del investimento de los cuerpos, de lo que implican las zonas erógenas, de lo que pueden acarrear aquellas zonas que no han sido libidinizadas. Nos dice Lacan incontables veces que el cuerpo es un cuerpo de lenguaje; que nos constituimos por los significantes que nos son dados, significantes de otros, que se posicionan en conjuntos -las cadenas significantes- y pueden ir variando en su forma de encadenarse, de relacionarse. Esto es así desde los inicios de la constitución del sujeto, que es de inicio solamente un ser viviente. Para ser más precisos, nos resulta apropiado traer a colación de manera textual a Lacan (1957) en su Seminario V, de “Las formaciones del inconsciente”

Nada intersubjetivo podría establecerse si el Otro, con mayúscula, no habla. ... El deseo está obligado a la mediación de la palabra y esta palabra sólo tiene su estatuto ... en el Otro como lugar de la palabra. Quiero decir que la distinción entre el Otro y él es la más difícil de las distinciones a establecer en el origen. ... Como los pensamientos del sujeto se han formado en la palabra del Otro, es completamente natural que en el origen sus pensamientos pertenezcan a dicha palabra.

Estas dos formas de ambigüedad, estos dos límites, uno situado en el plano imaginario, otro perteneciente al orden simbólico por el que el deseo se funda en la palabra del Otro, estas dos formas de franqueamiento que hacen que el sujeto se aliene, no se confunden. Por el contrario, es su discordancia la que le abre al sujeto una primera posibilidad de distinguirse. Se trata de ver cuándo y cómo el deseo del sujeto, alienado en la demanda, profundamente transformado por el hecho de tener que pasar por la demanda, puede y debe reintroducirse. (p. 366)

Pese a ser un apartado que habla propiamente de los inicios de la constitución del sujeto, es importante que podamos entender la forma en que esa constitución se da, y que a lo largo de toda su vida el sujeto continúa conformándose de estas maneras, obteniendo distintas significaciones en base a las modificaciones que obtiene en las cadenas significantes que le son inherentes. Lacan nos habla de que esta alienación es condición sine qua non para la instauración de la subjetividad, así como también nos habla de lo fundamental que es la separación de ese Otro, de esos otros, para formar nuestra propia historia que de ninguna manera es ajena a ese intercambio.

Es así que consideramos propicia la pregunta acerca de qué se decide y quién decide. Es importante poder interrogar, desde el lugar que le es otorgado en este caso a esas psicólogas, para que la paciente en cuestión pueda ir construyendo algo en ese relato acerca de lo que le sucede, de lo que piensa, de las fantasías que tiene, de sus temores, de sus deseos, de sus anhelos. Poder correr ese velo, adentrarnos en esa selva espesa, y de a poco empezar a saber: qué es lo que está pasando, si detrás hay un círculo de contención, si sus afectos están próximos, si tiene claros los motivos, si sabe que implica consecuencias, cuáles cree que son.

Al respecto debemos tener en cuenta las condiciones en que se decide, y con eso queremos decir cómo se da la construcción de esa decisión. Por eso volvemos a retomar a Susana Rostagnol (2016)

Carácter de único que tiene cada aborto concreto es lo señalado por Rosalind Petchesky: «En las mismas circunstancias, para la misma mujer, la conciencia sobre el aborto es multifacética y contradictoria» (Petchesky, 1984: 365); es decir, en cada caso particular, la mujer tomará una decisión específica. Pocas veces, las causas se presentan puras, y es por ello que esta se va construyendo a través de un proceso de idas y vueltas, inseguridades y desazones. ... No se trata de fórmulas mecánicas; la sensibilidad, el sistema de relaciones y la historia personal de las mujeres constituyen aspectos fundamentales en el proceso de elaboración de dicha decisión. Es necesario, además, localizar el aborto en la circunstancia específica en que se realiza; dicho de otra manera, es imprescindible situar ese

embarazo no esperado en la circunstancia concreta de vida de esa mujer, que la lleva o le permite tomar la decisión de abortar.⁷” (p. 121)

No se debe poner en tela de juicio lo que esa mujer cuenta, ni intentar sugerir algo contrario o siquiera en favor de la idea que traiga a colación ella, sino escuchar atentamente, alojar lo que cuenta, e intentar abrir preguntas que sean posibilitadoras para ella de ir construyendo una posición propia, en la que identifique cuál es su voluntad, qué es lo que la tracciona hacia allí. Esto le permite una elaboración, o al menos sienta las bases para que la misma sea posible, y que haya un duelo que se atravesase o una inscripción que se asuma, de modo que no suscite síntomas o aparezca expresado en diversas formaciones o malestares con variadas expresiones.

Esto nos retrotrae a lo surgido en la Entrevista N° 4 acerca de que esta decisión, el atravesamiento de ese momento, implica una *tragedia*. Implica una tragedia porque representa un dilema, algo frente a lo que la persona tiene que elegir. No intentamos decir con esto que sea una tragedia al modo de que por realizarse un aborto su vida vaya a volverse terrible ni mucho menos; puede incluso pensarse que, en contraparte, llevar a cabo ese embarazo no deseado también implicaría una tragedia. Lo consideramos una noción propicia para poder continuar interiorizando la idea del duelo, de un duelo que no es lineal, que no es instantáneo, un duelo que implica duelar toda la construcción que se hizo acerca de la idea, todas esas fantasías que se crearon alrededor. Porque no es necesario duelar cualquier cosa.

En este dilema es precisamente donde se puede intervenir, donde se puede alojar, brindar una escucha atenta y desde una posición abstinentes, distinta a las lógicas que tradicionalmente se han sostenido. Esto sienta precedentes, instaura otras bases para que se pongan en práctica nuevos dispositivos, distintas praxis. Al respecto

Una pregunta simple, tal vez reveladora de cierta ignorancia o incapacidad para entender el profesional que escuchaba, funcionó como un corte. ... Fue efectiva clínicamente en el sentido del despliegue de un material que hasta entonces permanecía oculto. Pareciera intervenir otro componente de la comunicación y no solo el sentido de los términos que dice el profesional. Se revelaría una posición del enunciador. ... La línea argumental de los sentidos médicos, en la cual el paciente estaba alienado, quedó interrumpida por esa pregunta, que funcionó como interpretación, como separación de su alienación. (Aliani N., 2015, p. 119)

⁷ El subrayado es nuestro.

Por lo mencionado hasta aquí, y si hacemos énfasis en lo dicho acerca de que eso que no sea hablado, que no sea esclarecido, que no arribe entonces a una inscripción en el sentido de poder responsabilizarse de ese hecho, podrá producir un síntoma, es que nos interesa retomar la noción de resignificación. Es otra idea que nos permite arribar a una mejor concepción acerca de cuáles son los lugares que un psicólogo o una psicóloga pueden ocupar allí, qué es lo que puede hacer y qué es lo que implica su hacer. Eso que por fuera del secretismo se está pudiendo hacer, estos encuadres que ahora pueden permitirse y los espacios que ahora toman -otra- existencia, son esenciales para que algo *distinto* pueda pasar en la subjetivación de esas mujeres a raíz del paso por un aborto.

Se nos hizo estrictamente necesario poder traer recortes de cada una de las entrevistas donde se hace referencia a esta cuestión, ya que es desde allí que nos surgieron estas ideas a tratar y además nos dan un anclaje en la experiencia clínica, en la experiencia en el campo, que es lo aquí intentamos trabajar:

“Sí es cierto que se han habilitado más posibilidades de conversar sobre eso, lo que permite otorgarle un sentido, elaborar algo del suceso. No siempre es inmediato, hay chicas que vuelven después de meses, hay incluso mujeres que se han realizado abortos hace años y recién hoy pueden hablarlo; a veces por algún suceso x se despierta esa vivencia y, en el marco de la ley, es que se permiten hablarlo, decirlo en voz alta. Es una manera de compartir experiencias, de saber que no están solas...” (Entrevista N° 1, p. 74 de los anexos).

“No es sólo preservar el útero, como dirían los médicos, sino las secuelas emocionales que deja y que no son pocas. ... Hacemos hincapié en que es importante tener un par de encuentros (con un psicólogo), quizás en el momento que la usuaria lo sienta pertinente; no en lo inmediato porque no pueden en lo inmediato quizás procesarlo... explicándoles justamente esto, que genera un impacto, que quizás no se siente de manera inmediata porque al principio hay un alivio pero después pueden empezar a aparecer otras emociones que está bueno trabajarlas para poder tomar esta decisión desde otro lugar, y para poder maternar a futuro en el caso de así desearlo.” (Entrevista N° 2, p. 80 de los anexos)

“Todo depende mucho de la estructura de la personalidad ... pero además de un parto también hay un duelo gestacional, les guste o no. Y dependiendo de qué posición ética tengan, de qué estructura de personalidad tengan, de qué fantasía tengan sobre esto, no es sin consecuencia y no es sin efectos para el psiquismo y para el cuerpo de la mujer, que también sufre los efectos, algunas más y otras menos. A veces esto se ve reflejado a posteriori o en un futuro, cuando a lo mejor piensan en la posibilidad de

la maternidad. ... A veces aparecen mucho más tardíamente síntomas que tal vez no se asocian a esto, o no en primer lugar. Me ha pasado en la clínica privada de pacientes que han querido empezar a pensar en la maternidad sin encontrarla, y que de base había algún aborto en la adolescencia escondido bajo mil llaves.” (Entrevista N° 3, p. 89 de los anexos)

“Por ejemplo, cuando hay algún tema emocional dando vueltas, el misoprostol no funciona. Pero es increíble... cinco días de misoprostol, al límite de la dosis, y nada. ... Esta paciente en particular yo ya la había visto, llevaba dos días internada y no pasó nada... al tercer día, me piden que vaya porque ya era muy extraño, y ese día no pude ir, así que fui recién al cuarto día, pensando que ya habría expulsado, porque es más o menos el promedio el tercer día cuando hay demoras. Y no, no expulsó, entonces fui y pudimos ubicar ahí algo, pude preguntar con claridad qué era lo que estaba pasando porque evidentemente pasaba algo de otro orden que no era farmacológico porque lo farmacológico estaba al límite, y me pudo decir que ella había tenido un aborto a los 14 años y lo había hecho obligada por la mamá. Entonces claramente esa situación era muy traumática para ella.

Esta chica pudo ubicar eso de que había habido una situación traumática anterior que no había trabajado nunca, eso simplemente había sucedido, y que ahora hacía síntoma con eso. Pero bueno, ha habido situaciones así, por ejemplo de otra chica que tampoco le había dicho a nadie... el secretismo al momento de la internación.” (Entrevista N° 4, p. 94 de los anexos)

Es interesante, para que podamos pensar el camino que se aspira de modo que la persona pueda comenzar al menos a responsabilizarse de esa decisión, y también a modo de cierre de este capítulo que ha tenido su base precisamente en esa idea, poder retomar a Cornelius Castoriadis (1997) cuando nos dice

Todos nuestros actos encuentran su condición de posibilidad efectiva, tanto en lo que se refiere a su materialidad como a su significación, en el hecho de que somos seres sociales que viven en un mundo social. ... No somos individuos flotando libremente por encima de la sociedad y de la historia, dotados de una capacidad para decidir soberanamente, desde el absoluto, qué hacer, cómo hacerlo y cuál será el significado de esos actos. (p. 254)

Insistimos en que aquello que no es apropiado es probable que, con el paso del tiempo, a raíz de otra vivencia tal vez que suscite aquel hecho primero en el tiempo, algo aparezca, algo haga síntoma, retorne desde algún lugar donde estaba reprimido. Por eso creemos que resulta fundamental el sostenimiento de esta escucha, aunque -al menos todavía- no esté estipulado que dure una mayor cantidad de encuentros, y que pueda *des-obturarse* algo de esto que nos aparece como “dato”, como dicho en voz alta pero no implicando una elección subjetiva, la cual no es sin resto. Martha Rosenberg (1987) resume bien esta idea

Lo que el psicoanálisis permite es la captación de ese movimiento de apertura-cierre, y su única política posible es levantar todos los obstáculos para que esa palpitación advenga. Y en ella alguna verdad irrumpa, de manera que, al volver a cerrarse, el discurso quede esponjado por la verdad que recubre. (p. 55)

Entendemos esto como una de las muchas formas de abordaje, *de a-bord(e)ar*, que fuimos conociendo en este transcurso.

5.4 Entre leyes.

¿Qué relación puede pensarse entre la Ley nacional de acceso al aborto y la Ley nacional de Salud Mental?

“Bastará una crisis política, económica o religiosa para que los derechos de las mujeres vuelvan a ser cuestionados.

Estos derechos nunca se dan por adquiridos, debéis permanecer vigilantes toda vuestra vida”

Simone de Beauvoir

El presente capítulo, y el último previo a las conclusiones finales, nace fundamentalmente por dos cuestiones. En primer lugar, porque la pregunta problema que nos ha guiado a lo largo de toda la elaboración de este escrito busca pensar el campo disciplinar de la psicología en una problemática social y actual como lo es la de la interrupción de los embarazos, el acceso al aborto, sea de manera voluntaria o por un motivo que se encuadre como legal. La pregunta es acerca de qué puede hacer, de qué manera puede estar y trabajar allí un psicólogo, cuáles son las posibilidades de su praxis.

Esto de ninguna manera podemos pensarlo por fuera del campo de la salud mental, y por lo tanto consideramos necesario tener en cuenta la ley que al respecto existe a nivel nacional. En consonancia con eso, debido a que la pregunta la hemos planteado respecto a una práctica específica y que también tiene hoy su propia legislación, es menester ponerlas a dialogar, encontrarles puntos de conexión o, por qué no, de desconexión; averiguar acerca de lo que permiten, de lo que implican desde su sanción, de lo que representan en la profesión, de todo lo que habilitan.

En segundo lugar, este capítulo fue ideado porque entendemos que la Ley tiene un lugar primordial en el psicoanálisis. La idea de legalidad, de lo inscripto (o no), la idea de aquello llamado simbólico que resulta determinante para las conformaciones subjetivas, atraviesa la obra de Lacan y nos es acá un eje ineludible, a raíz también de lo que se hemos podido obtener como respuesta acerca de las preguntas que bordeaban la cuestión de las leyes, en todas las entrevistas realizadas.

¿Hay similitudes entre ambas? ¿Qué cosas se han modificado desde la sanción de las mismas? ¿Son otros los recursos, las herramientas con las que se cuenta? ¿Cuál es el amparo que implican, cuáles son las trabas que han surgido? ¿Cómo se puede pensar la relación entre el acceso a la IVE o ILE y la salud mental?

“Creo que es importante que el marco normativo esté, que siempre de alguna manera ayuda a ligar cuestiones que quedaban en el aire, aunque siempre lleve años que su práctica se regule y, además en una temática tan sensible, se cumpla sin objeciones. ... En cuanto a la práctica como profesionales,

sí creo que es importante la implementación de la ley y que se han notado algunos cambios. No tanto en lo que uno hace dentro del consultorio o en las entrevistas, sino que ya no hay tanto sesgo y que se puede hablar un poco más de esto. ... Antes era algo ilegal, que no estaba permitido hacerse a menos que se contase con causales, entonces nuestro trabajo también quedaba en un gris que podía generar un cierto miedo. ... Algo que quedaba en el aire ahora puede tener algún tipo de ligazón.” (Entrevista N° 1, p. 74 de los anexos)

“Se cambió en función de que dentro del hospital previo a la ley se hacían algunas interrupciones y eran de alguna forma clandestinas... teníamos que buscar un momento en el quirófano que no haya gente que sea objetora. ... A partir de la ley, *se puso sobre la mesa que esto había que hacerlo*, ya no desde la clandestinidad y de ver que no se moleste a nadie, sino como una práctica y *como una práctica más de salud*, como cualquier práctica de salud.” (Entrevista N° 2, p. 79 de los anexos)

“Yo lo que noto, aunque no sé si tiene que ver con este equipo, es que disminuyó un poco la demanda. No sé a qué se debe, si es que se están cuidando más o si es que están llegando a término los embarazos. Pero después de la sanción, en el primer nivel de atención, de entrada -y yo en esto no comparto- se les preguntaba si lo iban a tener o no. ... Como si fuera una pregunta de protocolo. Esto lo cuentan mucho otras mamás u otras pacientes.” (Entrevista N° 3, p. 87 de los anexos)

“Yo que trabajé en los dos momentos, digamos, con la ley y sin la ley, te puedo asegurar que el contexto de la ley es mucho más reconfortante al interior de las instituciones. Hay un plano de análisis interesante para ser mirado y es el contexto en el que se sostiene el trabajo, es decir, nos corremos de pensar cómo miramos a las pacientes, a las usuarias, y nos ponemos a mirar desde dónde las atendemos... Hay que estar también en ese lugar, porque los procesos subjetivos que se despliegan son completamente distintos...” (Entrevista N° 4, p. 96 de los anexos)

Lo que nos lleva a pensar estos recortes que se traen a colación, es por sobre todas las cosas en la idea de ligazón. Consideramos que tanto la ley de salud mental como la ley del aborto sólo por existir -claro que lo que las antecede y la forma en que se arribó a su consecución es importantísimo, pero no es a lo que aquí nos abocamos- *nombran* y regularizan algo que anteriormente, al menos en lo explícito, lo establecido o lo dicho en voz alta, no tenía existencia alguna.

La ley regula, brinda un sostén, viene a decirnos que esto sí sucede y que al respecto algo hay que hacer. Y nos brinda pautas, principios, artículos que nos dicen qué sí, cómo, y qué no: esto no significa que sólo por estar sancionadas su efectiva implementación -así como por arte de magia- ya traiga resultados asombrosos. Lo que sí significa es una habilitación para poder pensar distinto, para postular otra práctica, para seguir preguntando-nos qué se puede hacer. Ambas leyes nos dicen que es imperioso un trato digno, una escucha atenta, el respeto a los derechos, la garantía del acceso a las prácticas que ambas inmiscuyen. Ambas leyes amparan el derecho a decidir, sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas, nuestros proyectos y planes, y establecen cómo -dentro de esa misma ley- eso debe ser puesto en práctica.

La ley vincula, pone algo allí donde antes *no había nada*. Nada escrito. Como hemos repetido, el aborto es una práctica que existe desde tiempos remotos y que responde a ideologías y políticas de cada época. No es distinto lo que pasa con la ley de salud mental. Los padecimientos subjetivos han existido desde siempre, pero se los ha nombrado de otra forma (los locos, los peligrosos, los alienados) y, por lo tanto, se ha pensado de otra forma lo que había que hacer con eso.

La ley mueve algo obturado: el o los movimientos que la anteceden comienzan a cuestionar lo establecido, los sentidos que más que cristalizados se encontraban mejor dicho profundamente instaurados. La ley es la explicitación de un cambio, la habilitación a que esos sentidos se relacionen de otra manera, a que haya preguntas sobre qué y cómo se puede hacer, estando claro *sobre qué*.

Hay multiplicidad de imaginarios contruidos acerca de quienes padecen cuestiones de salud mental y también sobre la mujer. Hay significantes que le son otorgados a ambos y que versan acerca de la vulnerabilidad, la debilidad, el peligro. La sociedad capitalista y patriarcal, que sólo apunta a fomentar lo que sea productivo, lo que pueda monetizarse, lo que traiga resultados aquí y ahora, cree que los locos deben estar encerrados y que las mujeres deben cumplir con aquello que históricamente se pensó que venía a *hacer y ser*: madre.

Por esto es indispensable que podamos pensar estas dos legalidades, que apuntan a dos estratos que socialmente han sido siempre muy vulnerados. En el aborto aparece una mujer que habla, que dice, que decide, que enuncia y podríamos decir que ahora *tiene derecho de*: de un espacio que la aloje y que le permita un proceso lo más ameno posible -en cuestiones subjetivas-.

Frente a todo esto es que el rol de los psicólogos nos aparece con una interrogación, ya que desconocemos mucho de lo que se está haciendo y de lo que se puede hacer, extendiéndose esta posibilidad mucho más allá incluso del consultorio o el espacio individual de escucha y de “análisis”, como habitualmente se lo conoce. Acorde a lo que hemos desarrollado, de lo que se trata es de poder vincular el sufrimiento, poder narrar algo acerca del suceso y que la persona se apropie del hecho. La

ley viene a nombrar eso, a sancionarlo, y en el ejercicio de quienes trabajan con la salud mental, es importante porque ayuda a regular su práctica.

Acerca de esta idea, retomamos a Martha Rosenberg (2020)

El orden que da sentido al significante mujer es el patriarcado, en cuya lógica la opresión de las mujeres es ‘natural’. Ahora bien, la modificación del sentido del significante mujer sólo puede ser lograda a través de una praxis social.

El psicoanálisis no se propone la modificación del orden social... pretende dar cuenta de la adquisición por los individuos de su herencia cultural y social; de qué manera las ideas y leyes que regulan los intercambios sociales se interiorizan bajo la forma del inconsciente, determinando el lugar de los sujetos en relación a ese orden. ...

Práctica de lo singular, ha desarrollado conceptualizaciones teóricas que posibilitan una comprensión profunda de los efectos del orden patriarcal en lo que respecta a la constitución de la subjetividad. Pensar la femineidad en dependencia del significante implica que no hay ningún significado fijado, adherido a esa categoría, que no sea contingente, problemático, construido discursivamente. No hay, en esta perspectiva, un contenido unificador y tipificante que defina el ser de la mujer, ni en el nivel biológico, ni psicológico ni sociológico. (p. 48)⁸

Hasta acá respecto a la importancia que tiene la existencia de estas leyes como soporte simbólico, como posibilitador de intercambios, de movimientos en las cadenas significantes productoras de significaciones y por ende de subjetividad, como nombramiento y posibilidad de ligazón. Hasta acá, decimos, y no porque sea menor. Esto nos permite ubicar lo que representa la sanción e implementación de estas dos leyes a nivel subjetivo de las usuarias y también de los trabajadores, que para nada son ajenos al paso por esa experiencia ni a cómo es posible trabajar en ella.

Si bien hablamos acerca de la posición abstinent, de una atención flotante, en el sentido de que quien está en el lugar de terapeuta no sugiera, no aconseje y tampoco se vea *tomado* por el discurso de la paciente, de modo pueda escuchar todo con el menor juicio posible, no significa esto que no tiene nada puesto allí, y que no presencie escenas, situaciones o discursos que lo afecten subjetivamente, que se inscriban de alguna manera en su psiquismo.

⁸ El subrayado de la cita es nuestro.

Hay un aspecto que podríamos llamar más bien “pragmático” en todo esto, es decir la praxis que se lleva a cabo en la realidad material, que está sin dudas determinado por todo el bagaje simbólico del que venimos hablando. Es interesante poder pensar algo acerca de cómo el psicólogo está pudiendo implementar -o no- esto en la realidad efectiva, qué impacto ha tenido la implementación de estas leyes en su trabajo, de qué manera repercute la existencia de una legislación en el día a día. Vemos esto como una manera de intentar “bajarlo a tierra” y así poder conocer el estado actual de las cosas, tener verdaderamente un acercamiento hacia los aspectos en los que se han realizado avances y hacia los que habría que reforzar, o qué cuestiones aún no se han podido siquiera implementar, qué otras ideas van surgiendo.

No podemos dejar de tener en cuenta, asimismo, que propiamente respecto al aborto hay cuestiones legales que refieren a tiempos cronológicos que son ineludibles, y que dictan posibilidades dependiendo por ejemplo de en qué semana de embarazo se esté. Acerca de esto las psicólogas entrevistadas nos cuentan, por ejemplo, que han debido delimitar hasta qué semana tomarían las demandas, que han debido consensuar en equipo de qué manera se abordaría cada situación, que han debido estipular la conformación de causales -en los casos de interrupciones luego de las 14 semanas- y que, pese a que haya distintos motivos por los que la decisión de interrumpir el embarazo pueda demorarse, o al menos la llegada al establecimiento para llevarlo a cabo, no todas las situaciones pueden ser tenidas en cuenta de manera de que accedan a la práctica.

Frente a esto, lo que hemos podido escuchar es

“Los 3 psicólogos que estamos, con las dificultades médicas, con las dificultades de la práctica, la exposición de las usuarias por ahí a intervenciones que son crueles, por ahí hemos dejado de funcionar, nos hemos corrido. A veces decimos que si no cambian algunas cosas no vamos a seguir, porque sentimos que somos cómplices de una *mala praxis*.

Necesitamos tener *algo que nos ampare a todos para poder hacer la práctica...* y ahí aparecen múltiples situaciones, desde causales muy claras hasta causales que te dan cuentas que están armadas para que el tercer nivel las tome y después esas mujeres se empiezan a cuestionar, o no están tan seguras, o nos damos cuenta que quizás hay influencias de otros actores en la decisión... *Nosotros necesitamos elementos para encausarlo dentro de la ley.*

Es también lo que pasa con la ley de salud mental. La tenemos hace un montón de años y sin embargo nosotros no somos un servicio, somos un equipo de trabajo, no tenemos camas dedicadas, no

hay personal de enfermería quizás capacitado puntualmente para las situaciones concretas de salud mental. O sea, las leyes se aprueban pero después pasa mucho, y a veces algunas ni siquiera llegan a cumplimentarse como debería ser, respetando las situaciones y las particularidades de cada situación.

Todo el tiempo lo que vemos que no funciona de manera regular, lo vamos elevando a la dirección de salud sexual. ... Se hizo una capacitación de Nación ahora donde convocan a los equipos que trabajamos en situación de interrupción de embarazos en el tercer trimestre, y no había cupo para psicólogos. ... No se tocaba la parte de la salud mental, por lo que vuelvo a lo mismo: *estas dos leyes nuevas hay, que incluso yo creo que se acompañan, y no hay cabida desde la postura política.*" (Entrevista N° 2, p. 82-83 de los anexos)

Todo esto es importante decirlo porque no se debe perder de vista que, en consonancia con lo que hemos intentado plasmar en el transcurso de los capítulos, no es una cuestión banal. Tanto la cuestión de la salud mental como lo respectivo al aborto, son temáticas profundas, multi determinadas y multi determinantes, que se han militado, se han defendido y se han peleado para poder arribar a nuevos horizontes. A veces la difusión masiva, la publicidad, entre otros, hacen que un poco se pierda el foco y se banalicen problemáticas de índole colectiva que son elementales.

Esto afecta también las formas de ejercer y los procesos a los que se exponen las usuarias. Por eso son importantes las capacitaciones -como así también nos resulta sintomático la no convocatoria a las mismas-, los espacios curriculares, la producción de contenido acerca de la temática, los grupos de estudio, el análisis de experiencias de quienes trabajan con el tema. Creemos necesario adentrarse en el campo, conocer cuáles son -desde el lugar de trabajadores- nuestras obligaciones, nuestros derechos, las garantías que debemos brindar, y por supuesto: las posibilidades. Conocer entre lo que las leyes plantean y lo que la experiencia nos acerca, qué se puede hacer y qué no, de qué maneras. Esto también es algo que acaba por parecer tal vez hasta sensato, pero en el ejercicio efectivo lo que aparece es que no hay conocimientos al respecto. Tal reflexión data en especial de lo escuchado en la Entrevista N° 4:

"Es importante hacer cierto señalamiento, porque también de la mano de esta idea de 'tu cuerpo, tu decisión' hay como *una suerte de banalización de lo que significa el aborto*, como superficialidad; 'no, listo, te dan las pastillas y ya está' o 'te internan y es un toque, te pasan a quirófano y ya está'. Entonces nosotros aclaramos cómo se vive el proceso, que es desagradable, que te descompones, que es un espanto lo que pasa con las pastillas... ese proceso de las pastillas, por más que se internen hay que

darlo, no es que entran al quirófano y nada más. Es toda una serie de cuestiones que son muy importantes de puntualizar.

Claro que hay un montón de cosas que, por ejemplo, cuando se trata de niñas abusadas, se hace todo, hasta lo imposible, para que todo ese pasaje sea lo menos traumático posible, en las condiciones que se pueda, porque hay procedimientos médicos quirúrgicos que cuando por ejemplo se pasa el tercer trimestre no se pueden hacer... Es complejo, y *tratamos de que se pueda tratar con la complejidad que el problema tiene, y no banalizarlo.*” (Entrevista N° 4, p. 98 de los anexos)

Desde el lugar de psicólogos también es que debemos tomar una decisión, acerca de cómo llevar adelante esa práctica en cada situación y en cada momento particular. Implica una responsabilidad, implica asumirse como un sujeto ético. No hay frente a eso pautas o puntualizaciones exactas, entendiéndose que justamente se apunta a la singularidad de cada caso y a ver qué se hace en ese momento, con eso que aparece; pero esto no desliga al profesional de asumir una posición desde la cuál escuchará e intervendrá si lo considera necesario. Hay elecciones que se juegan allí acerca de qué decir, cómo decir, e incluso desde la elección misma de ejercer acompañando a esas mujeres.

En este segmento del análisis, entonces, intentamos dejar asentada la importancia del *nombramiento* de los fenómenos a raíz de las leyes, lo esencial de delimitar las posibilidades en la práctica, de que no se impregne de banalidad o superficialidad y se la siga postulando como una problemática de índole social y colectiva, que responde a una multiplicidad de relaciones -particularmente de poder- y que además incumbe a cuestiones del derecho, de la equidad social, del respeto, y cómo no, de la constitución subjetiva.

Es así que a modo de cierre nos resultó interesante poder traer a colación la conclusión a la que los integrantes de la Red de Equipos de Salud Sexual y Reproductiva del Área Programática del Hospital General de Agudos “DR. J. M. PENNA” (2020) arribaron

La colectivización progresiva de la concepción de salud integral y la construcción de una perspectiva de trabajo en común permitió a los equipos de la Red iniciar un proceso de búsqueda de estrategias y articulaciones internas no solo para acompañar situaciones de ILE, sino para capacitarse y compartir información sobre la legislación vigente y las prácticas desarrolladas en otras provincias. De este modo, situaciones que hasta ese momento se tomaban bajo la modalidad de consejerías de reducción de riesgos y daños (bajo la premisa del derecho a la información) comenzaron a ser encuadradas como Interrupciones Legales del Embarazo.

Este cambio implicó hacer propia la posición desde la cual, partiendo desde una concepción integral de la salud, cualquier embarazo que implica una maternidad forzada plantea riesgos a la salud mental y, en definitiva, a la salud integral de cualquier mujer o persona con capacidad de gestar.”⁹ (p. 88)

⁹ El subrayado de la cita es nuestro.

CAPÍTULO 6

Conclusiones finales

*“Un cierre y una apertura,
un ya transitado y una ventana a su afuera
(¿un abismo?).”*

Martha I. Rosenberg, Del aborto y otras interrupciones.

Luego del recorrido que hemos hecho hasta acá, que abarca desde el comienzo de ideación de este trabajo, la elección de modalidad, la consecución de las personas a entrevistar, la realización de esas entrevistas, el acercamiento a bibliografía un tanto conocida y a otra completamente novedosa, y por último el acercamiento a otra lectura de lo escuchado y puesta en juego con lo leído, nos fue posible llegar al capítulo final, que es justamente el de las conclusiones a las que se arribó luego de todo lo mencionado.

No es nuestra intención brindar respuestas cerradas y concisas a todas las preguntas que nos hemos ido haciendo, incluso a la pregunta problema semilla de todo lo desarrollado, pero sí poder puntualizar algo acerca de lo que nos hemos encontrado, de lo aprehendido, de lo que representó para nosotros el acercamiento a un campo sobre el que sabíamos muy poco y lo enriquecedor que eso nos resultó.

En cuanto al supuesto que establecimos al inicio, en el que propusimos que desde el lugar de psicólogos o psicólogas sería posible acompañar a quienes acceden a una interrupción legal o voluntaria del embarazo alojando y brindando contención en ese proceso, creemos que puede ser en cierto punto confirmado. Decimos en cierto punto y no solamente confirmado, porque no resulta hoy un enunciado completo acerca de lo que efectivamente está sucediendo. Tampoco es del todo clara la idea de contención, pese a que es algo que aparece.

Nos resultó sumamente valioso el encuentro con algunas experiencias profesionales en la temática, y que dichas personas nos hayan podido contar qué es lo que están haciendo, por qué, desde dónde, cuáles son modos de operar. A priori creemos haber tenido una lectura bastante más llana, más lisa, un tanto más lineal de los hechos y de las posibilidades existentes para poder hacer. Pudimos descubrir que actualmente hay equipos que trabajan en la atención de abortos y que no están conformados solamente por médicos -y que realmente existen, queremos decir, que no son equipos aislados, casos excepcionales-, y también conseguimos adentrarnos en la diferenciación de las prácticas en cuanto a voluntarias y legales, por qué es que se diferencian, para qué (desde el lugar de profesionales) y de qué manera se trabaja con eso.

Pudimos retomar categorías tal vez conocidas, y brindarles otra impronta: por un lado particular, por lo que la problemática implica, y por otro lado porque sale del dispositivo analítico “tradicional”. Reflotar

las categorías de atención flotante, de la posición abstinentes, de la atribución subjetiva, todas ellas inherentes a la cuestión, nos brinda un recurso fundamental. Pensar la noción de decisión y cómo la misma es abordada, aunque no sea en numerosos encuentros, pero de igual forma abordada. Nos resulta un aporte sumamente valioso encontrarnos con todas estas nociones aplicadas en equipos, aspirando a una interdisciplina, normalmente en pocos encuentros, pero que delimitan el modo de hacer.

Nos fue enriquecedor establecer una dialéctica entre lo que implica la ley de salud mental y la ley del aborto, las relaciones que se establecen entre ellas. Debimos para eso estar próximos a las mismas y eso nos permitió, en conjunto con las entrevistas, dar debida cuenta de cómo las mismas realmente regulan el ejercicio profesional, y cómo son habilitadoras: desde la ilegalidad mucho no se puede decir ni hacer, y lo que se hace no es sin el sesgo inherente a trabajar desde el miedo, desde el secreto, desde los mínimos recursos y herramientas. Como investigadores nos fue bisagra entender eso, porque nos reflejó claramente que no se trabaja de la misma manera desde detrás del telón que frente a una situación donde la justicia debería, al menos, brindar un amparo y una cobertura; y fue bisagra porque nos permitió pensar que hay situaciones o prácticas que damos por sabidas o por naturalizadas, y en verdad son innumerables las cuestiones que se juegan detrás, y cómo éstas van determinando tanto la subjetividad de los profesionales como de las usuarias.

Como toda investigación, la que aquí nos convoca no es ajena al momento ni al espacio en el que se realiza. No son iguales los discursos que surgen en cada momento ni lugar, ni las formas en que se relacionan las personas o se determinan las prácticas que se llevan a cabo y/o que se pueden efectivizar, y es por eso también fundamental que podamos hacer el debido hincapié en que aparecen marcas de esto en lo escuchado y en lo elaborado. Nos resulta imposible despegarnos de la idea de que es vital que comience a haber espacios de información, de formación, al menos optativos para que algo empiece a movilizarse y sea posible obtener más información acerca de cómo abordar los procesos de aborto desde nada más ni nada menos que nuestro campo disciplinar. Creemos que esto permite una mayor posibilidad de *un mejor hacer*, con profesionales capacitados, que tengan algunos saberes propios de la problemática, y permite también de esa manera un “mejor” atravesamiento de estas interrupciones por parte de las usuarias.

En la cuestión propiamente práctica, pudimos conocer que además de los espacios de escucha que originalmente existen para alojar a las usuarias y charlar acerca de su decisión y la construcción de la misma, también son espacios de denuncia para ellas. No es algo menor, ya que entonces pudimos entender al psicólogo también como un agente instituyente, encargado por ejemplo de denunciar irregularidades o situaciones que se encuentran por fuera del marco de la ley. Esa es una acción que tiene un valor incalculable, porque es definitivamente una forma de legitimar una praxis social y *no otra*, de continuar defendiéndola.

En relación a todo esto, consideramos que sería positivo que exista al menos una especie de puntualización acerca de cómo abordar estos casos y que la misma llegue a quienes debe llegar. Si bien la ley determina muchas cuestiones acerca de qué debe suceder y cómo debe ser recibida y atendida la usuaria, los equipos no dejan de depender muchas veces de las lógicas internas de la institución en la que trabajan, por ejemplo. Y eso complejiza mucho las cosas. Sería importante asimismo poder pensar cómo sostener espacios de escucha más prolongados, espacios que sigan existiendo luego de llevarse a cabo la interrupción, que es un momento muy difícil habitualmente; en caso de realizarse derivaciones, pensar de qué manera eso puede optimizarse, y que las usuarias realmente sepan que cuentan con esos espacios y que es importante que, cuando puedan, asistan.

Por último, creemos que también sería propicio generar espacios más bien de índole preventiva, también conocidos como de “promoción de la salud”, de información, para que desde la profesión se puedan brindar ideas, contenidos, charlas, que expliquen la importancia de los cuidados previos, de la posibilidad de acceder a información, del impacto subjetivo que conlleva la realización un aborto.

Referencias bibliográficas

- Abregó, A. L. (2016). *Discurso publicitario y sujeto de deseo: análisis crítico del discurso publicitario sobre las mujeres como sujeto de deseo*. [Tesis de Grado Lic. en Psicología. Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Entre Ríos] Sede Paraná, Entre Ríos.
- Aliani, N. (2015). *Psicopatología, psicoanálisis y orden médico*. Rosario, Argentina. Editorial Mar por Medio.
- Augsburger, A. C.; Gerlero, S. S. (2004). *La inclusión de la subjetividad en la epidemiología. Identificando nuevos paradigmas*. Revista Psicología y Sociedad N° 16. Pp. 71 a 80.
- Baigorria, M. I. (2015). *Discursos en debate sobre el aborto en Entre Ríos. Desentramando problemas, controversias e impasses*. [Tesis de Grado Lic. en Psicología. Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Entre Ríos]. Sede Paraná, Entre Ríos.
- Berra, A. M.; De Lellis, M. (2016). *La mortalidad materna y los servicios de salud y justicia: un abordaje interdisciplinario e intersectorial*. Anuario de Investigaciones, vol. XXIII, pp. 211-217 Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina. Enlace: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369152696062>
- Bouvier, S. (1949). *El segundo sexo*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Debolsillo.
- Canale, F. (2016). *Responsabilidad y ex-sistencia en la experiencia psicoanalítica*. Verba Volant, Revista de Filosofía y Psicoanálisis, Año 6, N° 1, 2016.
- Carril, E.; Gómez López, A. (2007). *Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de ilegalidad y penalización. Significados, prácticas y efectos en las mujeres uruguayas*. Facultad de psicología de Uruguay. Enlace: <https://instituciones.sld.cu/genero/files/2012/12/Informe-Aspectos-Psicol%C3%B3gicos-del-aborto-voluntario-en-contextos-de-ilegalidad-y-penalizaci%C3%B3n.pdf>
- Castellanos, P. L. (1990). *Ficha: Sobre el concepto de salud enfermedad*. Publicado en Bol. Epidemiológico OPS. 1990; vol. 10, N° 4.
- Castoriadis, C. (1997). *El avance de la insignificancia*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Eudeba.
- Cátedra libre por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito de la facultad de psicología de la universidad de Buenos Aires. (2020). *El derecho al aborto en la formación psi*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Teseo.
- Código Penal de la Nación Argentina [C.P.N.A]. Ley N° 11.179. Capítulo I: Delitos contra la vida. Artículos 85, 86, 87 y 88. (1921)

- Colegio de Psicólogos de San Juan. (S.f). Abordaje en psicología: definición y enfoques terapéuticos. Enlace: <https://colegiodepsicologossj.com.ar/definicion-de-abordaje-en-psicologia/>
- Declaración universal de los derechos humanos. (1948). París, Francia. Recuperada de: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Díaz, R.; Badano, M. (2014). Ficha de cátedra: Análisis de la entrevista. Frases significativas. Maestría de Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social. UNER. Entre Ríos, Argentina.
- Dio-Bleichmar, E. (1992). Los pies de la ley en el deseo femenino. En Fernández, A. M. (Ed.). *Las mujeres en la imaginación colectiva: Una historia de discriminación y resistencias*. (pp. 136). Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- Elizalde, S.; Mateo, N. (2018). *Las jóvenes: entre la 'marea verde' y la decisión de abortar*. Enlace: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/731/73158180006/index.html>
- Femenia Montserrat, A. I. (2016). *El aborto provocado en relación a la temática de la feminidad desde una perspectiva psicoanalítica*. Facultad de psicología, Universidad complutense de Madrid. Enlace: <https://eprints.ucm.es/38340/1/T37474.pdf>.
- Fernandez, A. M. (1992). *Las mujeres en la imaginación colectiva: Una historia de discriminación y resistencias*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- Freud, S. (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Buenos Aires, Argentina. Obras Completas, Tomo VI. Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina. Obras Completas, Tomo XII, Editorial Amorrortu.
- Elichiry, N. (1987). La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En *El niño y la Escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Nueva Visión. Pp. 333-339. Enlace: <https://medicinaunlam.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/04/ua04-elichiry1.pdf>
- Gerez Ambertin, M. (2005). *Culpa, responsabilidad y castigo en el discurso jurídico y psicoanalítico*. San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina. Volumen I. Editorial Letra Viva.
- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1950). *Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en la criminología*. Escritos I. Buenos Aires, Argentina. Editorial Siglo XXI.
- Lacan, J. (1957). *Las formaciones del inconsciente*. Seminario V. Lección XX, “El sueño de la bella carnífera”. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.

- Lampugnani, S. (2014). *Historia del psicoanálisis y lo comunitario en la Argentina*. Paraná, Entre Ríos, Argentina. Licenciatura en Psicología; Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, UADER.
- Laplanche, J.; Pontalis, J. B. (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- Levin, S. (2018). *¿Salud sexual y reproductiva sin libertad? El conflicto por el aborto en Argentina*. Enlace: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/731/73158180002/index.html>
- Ley N° 26.657. “Ley Nacional de Salud Mental” (2010)
- Ley N° 27.610. “Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).” (2021)
- Maroto Vargasa, A. (2010). *Al amparo de la noche: abortos clandestinos y salud mental*. Revista Costarricense de Psicología, vol. 29, núm. 44, pp. 65-75. Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica. San José, Costa Rica. Enlace: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748708001>
- Mejía Carmona, O. (2022). *Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales*. María J. Mayan, traducción de César A. Cisneros. Revista Multidisciplinaria De Investigación - REMI, 1(1), 105–110. Enlace: <https://revistas.ues.edu.sv/index.php/remi/article/view/2458>
- Miller, J. A. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (S.f). Enlace: https://www.who.int/es/health-topics/abortion#tab=tab_1
- Piñero, C. (2020). *Catedrales*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Alfaguara.
- Ramírez, M. E. (2018). *Mujeres que abortan. Experiencias y subjetivaciones de un aborto clandestino*. Paraná, Entre Ríos, Argentina. Biblioteca de la FHAYCS, UADER.
- Red de Equipos de Salud Sexual y Reproductiva del Área Programática del Hospital General de Agudos “DR. J. M. PENNA”. (2020). Experiencias de equipos de salud frente a la ILE. El trabajo en red como facilitador. En Cátedra libre por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito de la Facultad de Psicología de la UBA (Ed.). *El derecho al aborto en la formación “psi”*. (p. 88). Buenos Aires, Argentina. Editorial Ruda.
- Rosenberg, M. (2018). Escuchar las demandas, instituir la subjetivación del derecho al aborto. En Cátedra libre por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito de la Facultad de Psicología de la UBA (Ed.). *El derecho al aborto en la formación “psi”*. (p. 45-47). Buenos Aires, Argentina. Editorial Ruda.

- Rosenberg, M. (2020). *Del aborto y otras interrupciones. Mujeres, psicoanálisis, política*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Milena Caserola.
- Rosete, D. H.; Hipólito Estrada, R. (2018). *Dificultades de acceso al aborto en contextos de interrupción legal del embarazo: narrativa de estudiantes de bachillerato en una comunidad campesina de México*. Departamento de Investigaciones Educativas, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados, Ciudad de México, México. Enlace: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000305003&lang=es
- Rostagnol, S. (2016). *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y la reproducción*. Montevideo, Uruguay. Editorial Biblioteca Plural.
- Royer De Garcia Reinoso, G. (1994). *Algunas consecuencias psíquicas de las transformaciones sociales*. Diarios Clínicos N° 7. El niño y la historia. Revista de psicoanálisis con niños y adolescentes. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lugar.
- Sampieri Hernández, R.; Collado Fernández, C.; Lucio Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana, México D.F.
- Schvartzman, E. (2020). A propósito de la Marea Verde. En Cátedra libre por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito de la Facultad de Psicología de la UBA (Ed.). *El derecho al aborto en la formación "psi"*. (p. 21). Buenos Aires, Argentina. Editorial Ruda.
- Sinatra, E. (2004). *Las entrevistas preliminares y la entrada en análisis*. Cuadernos del ICBA N° 9, Cap I y II. Buenos Aires, Argentina. Editorial Grama.
- Taylor, S.F; Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos de investigación cualitativa. La búsqueda de significados*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- Zaldúa, G. (2016). *Intervenciones en psicología social comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Teseo.

Anexos

Modelo de entrevista

- ¿Hay un equipo que trabaja en el abordaje de la problemática? ¿Cómo está conformado?
- ¿Cómo se da la llegada a la institución de la persona gestante que desea acceder a una IVE, y cómo es el proceso que inicia allí (teniendo en cuenta aspectos institucionales, directivos, médicos, o cualquier otro que se considere pertinente)? Desarrollar acerca de por qué llegan al tercer nivel de atención en edades gestacionales ya avanzadas, cuáles son los motivos, cómo se inicia.
- ¿Desde la sanción e implementación de la ley, ha habido modificaciones en la forma de trabajar y abordar las IVE en relación a cómo se trabajaba antes de la misma? En caso de que sí, ¿Cuáles? ¿Hay otros recursos y/o herramientas?
- ¿Qué puede decirse acerca de lo que implica la voluntad en la IVE? ¿Cómo aparece dicha categoría en la persona que busca acceder, cómo es abordada? ¿Cómo interviene allí el equipo de psicólogos/as?
- ¿Se observa alguna relación respecto a la temática y la sanción de la ley de IVE, con la ley Nacional de Salud Mental y su implementación? (En relación a cómo han podido ser -o no- puestas en práctica, al amparo existente, a los recursos otorgados, a las trabas que surgen, etc).
- Como psicólogos/as, ¿cómo se puede pensar la relación entre el acceso a la IVE y la salud mental?

Entrevista N° 1

Psicóloga M

Milena: Buenas tardes, ¿cómo estás? Ante todo quiero agradecerte mucho por el espacio, por la oportunidad, por el tiempo... esta entrevista es importante para mi TIF, fue complicada la búsqueda de personas que pudieran brindarme información. Por un lado porque no encontré tantas profesionales que trabajasen o hayan trabajado en la temática, por otro lado porque hay personas que no han querido acceder a este espacio.

Cuando tenía que comenzar con el proyecto, opté por preguntarme qué me interesaría al momento de ejercer, al menos como ideal... y en eso arribé a la pregunta problema que nos trae a este momento, y comencé la búsqueda de psicólogos/as que pudiesen colaborar.

M: Buenas tardes Milena, con mucho gusto. Comentame cuál es exactamente la pregunta problema de tu trabajo, y a continuación puedes ir contándome las preguntas que te serviría realizarme, o que tengas como guía. Voy a ir contándote todo lo que se me ocurra y crea que puede serte útil.

Milena: Exactamente, tengo una guía de preguntas, sólo a modo de que podamos ir orientándonos. La pregunta problema de mi TIF es sobre los modos de abordaje que pueden tener psicólogos y psicólogas en procesos de IVE/ILE. En primer lugar, consultarte si en el lugar donde trabajas cuentan con un equipo de profesionales para el abordaje de dicha temática, y cómo es que se da la llegada de la persona gestante a la institución.

M: Te pido que me recuerdes, entonces, tu pregunta es sólo sobre las IVEs o también incluye a las ILEs? Teniendo en cuenta que cada procedimiento varía según semanas de gestación.

Milena: Mi pregunta problema abarca a ambas. En primer lugar, había pensado sólo trabajar con las IVEs, pero creo que fue porque había algunas cuestiones técnicas que no tenía en claro. Al realizar la primera entrevista en el Hospital Iturraspe de Santa Fe, que responde a otro nivel de atención, pudieron contarme acerca de la diferenciación. Ahí pude darme cuenta de que mi intención era trabajar con ambas situaciones, y poder obtener experiencias de trabajadores psicólogos/as para ambos casos. Me interesaba poder pensar la práctica en los dos momentos y sentía que tenía muy poco conocimiento.

M: Bueno, bien, entonces comienzo a comentarte. Cualquier cosa me vas frenando o me repreguntas lo que necesites. En primer lugar, yo trabajo en un centro de salud, eso implica que sólo atendemos lo que sería el primer nivel de atención. Es así que asisten allí personas gestantes que van a querer realizar, o que al menos quieren consultar por, la IVE (es decir, la interrupción voluntaria del embarazo); para la que no hacen falta causales, sólo que la persona decida acceder, si está de menos de 14 semanas de gestación.

Este centro de salud se ubica en una zona rural, y es uno de los pocos accesos a la salud que tiene la población de dicha zona (al menos acceso real, al que puedan llegar por sus propios medios, sin que les exija muchísimo tiempo o un costo de dinero alto). Allí van adultos, niños, adolescentes, y por todo tipo de motivos. No contamos con un equipo interdisciplinario y/o compuesto al menos por numerosos especialistas; trabaja allí la médica clínica, una asistente social, hay laboratorio y estoy yo, que hago allí consultorio y a veces también asisto a algunas entrevistas con la médica, por ejemplo.

En los casos de las chicas que quieren acceder a una IVE o al menos lo están considerando, hay una primera cosa que complica normalmente esa asistencia y el proceso que continúa porque al ser una zona rural y de población humilde, hay mucho prejuicio sobre la práctica del aborto y mucho juzgamiento. Si alguna asiste al centro de salud, ya hay comentarios que circulan; eso muchas veces tiene una llegada que no es positiva, que puede generar algunos condicionamientos. Por otro lado, asisten normalmente con las madres; a veces ni siquiera son ellas que comienzan a hablar, o se animan a hablar; de esa manera es difícil discernir de quién es la decisión, qué es lo que está sucediendo, cuál es el contexto o el trasfondo de la situación. La mayoría de las mujeres que asisten son niños o adolescentes, y que cuentan con muy poco tiempo porque no asisten en las primerísimas semanas.

Ese es un factor importante: cuando llegan, hay que actuar, porque casi nunca hay mucho margen de tiempo. A veces vienen con la decisión completamente tomada y sólo pasan por la consulta médica para asesorarse y obtener los recursos, a veces están dubitativas y es cuando la médica las deriva a mi consulta o me invita a alguna entrevista en conjunto. A veces las usuarias solicitan la consulta psicológica, y también se les brinda el acceso a la misma.

Allí es donde se intenta dilucidar algo, poder hacer preguntas que despejen eso que está sucediendo y que permitan aunque sea empezar a ver por dónde va lo que la persona embarazada quiere o piensa, imagina, fantasea con que va a suceder. Sin ser sugerentes, sino intentando alojar; reitero, teniendo en cuenta que los tiempos, desgraciadamente, apremian.

Milena: Me interesaba mucho preguntar acerca de eso, si de alguna manera se intentaba despejar esa especie de “confusión” o duda al respecto, particularmente entendiendo de que no es algo que se pueda sugerir o aconsejar, sino que hay que prestar atención a lo que la persona manifiesta y ver desde allí cómo se puede acompañar.

Al respecto, quisiera preguntar, ¿qué cambios crees que hubo desde la sanción e implementación de la ley? ¿Crees que sirvió, que en la práctica es notorio que ahora hay alguna “regulación” al respecto?

M: Bueno, creo que es importante que el marco normativo esté, que siempre de alguna manera ayuda a ligar cuestiones que quedaban un poco en el aire, aunque siempre lleva años que su práctica realmente se regule y sobre todo, además en una temática tan sensible y que involucra muchos aspectos, se cumpla

sin objeciones. En cuanto a lo que les compete a las usuarias, no sé si ha cambiado en mucho en cuanto al acceso; al menos acá, como mencionaba, sigue habiendo poca información al respecto y mucho prejuicio para con quienes eligen interrumpir un embarazo. Eso hace que siga siendo algo muy tabú, que algunas no se animen a venir, o que lo pasen de manera un tanto solitaria y en silencio.

En cuanto a la práctica como profesionales, sí creo que es importante la implementación de la ley y que se han notado algunos cambios. No tanto en lo que uno hace dentro del consultorio o en las entrevistas, sino que ya no hay tanto sesgo y que se puede hablar un poco más de esto. Se pueden hacer consultas, se puede trabajar de alguna manera más abiertamente. Antes era algo ilegal, que no estaba permitido hacerse a menos que se contase con causales, entonces nuestro trabajo también quedaba en un gris que podía generar un cierto miedo.

Sin dudas es algo positivo, porque algo que quedaba más en el aire ahora puede tener algún tipo de ligazón.

Milena: Definitivamente es importante, otorga un sustento simbólico que es imprescindible. En consonancia con esto viene la pregunta siguiente, que de alguna manera ya la venimos bordeando... ¿qué relación puede pensarse entre la sanción de ley del aborto y la ley de salud mental? ¿se han notado cambios en las formas de atención, en el acceso por parte de las usuarias, en los recursos y/o herramientas que poseen los profesionales?

M: Sin dudas que sí. Es una problemática que afecta directamente a la subjetividad y a los procesos personales de las personas gestantes. Es importante que puedan hablar de eso, que se pueda decir algo sobre el resto que deja, aunque no necesariamente tenga que ser o representar algo terrible para todas. Sí es cierto que se han habilitado más posibilidades de conversar sobre eso, lo que permite otorgarle un sentido, elaborar algo del suceso. No siempre es inmediato, hay chicas que vuelven después de meses, hay incluso mujeres que se han realizado abortos hace años y recién hoy comienzan a hablarlo; a veces algún suceso x les despierta esa vivencia, y en el marco de la ley, es que se permiten hablarlo, decirlo en voz alta. Además, es una manera de compartir experiencias, de saber que no están solas, de que no son las únicas que han tenido que atravesar experiencias.

Por otro lado, también lo que se habilitó en esto de que se cuenten experiencias, es la intervención en casos de más gravedad. Hubo incluso un caso similar al de Ana Maria Acevedo, que se pudo denunciar, que hubo un amparo legal distinto, que se notó, aunque fue tarde, la mujer murió, es decir, no tuvo acceso a la práctica, ni asesoría. Pero más tarde la mamá lo denunció, se comprobó, como psicóloga yo asistí al tribunal, y el desenlace fue lo que se puede llamar “positivo”. Eso también sentó un precedente.

Lo que quería decir, también, es que de alguna manera pienso que lo que más acompañó y generó cambios fue el movimiento de mujeres, que antecedió a la sanción e implementación de la ley y que de

alguna manera es transversal a eso. Creo que hace ya varios años que, particularmente en las usuarias, eso implicó un cambio; si bien no era legal, había más acompañamiento, más información, las mujeres dejaron de saberse solas y en completo peligro, comenzaron a saber -al menos en algunas zonas, en determinadas situaciones- a dónde y/o a quienes acceder. Empezaron a estar cuidadas de otra manera, a ya no ser tan juzgadas, silenciadas. Pienso, y veo en la práctica, que fue eso en verdad lo pionero, lo más representativo, y sin ninguna duda, fue lo que traccionó todo el camino hacia la ley. La militancia posibilitó una masa que permitió ligaduras, permitió simbolizar, otorgó numerosos sentidos a algo que estaba en la oscuridad, en lo prohibido, lo no-dicho.

Entrevista N° 2

Psicóloga Y

Milena: Buenas tardes, ¿cómo estás?

Y: Buenas buenas, bien todo bien, ¿y vos, cómo estás?

Milena: Bueno, me alegro. Yo bien. En primer lugar, muchas gracias por el espacio.

Y: No, te pido perdón por la demora, la tardanza en poder organizarnos.

Milena: Comienzo contándote un poquito, yo te había ya comentado en su momento, pero vuelvo a ponerte al tanto. Mi trabajo final habla sobre los modos de abordaje de psicólogos y psicólogas en los procesos de IVE e ILE. Cuando yo había ido a hacer la entrevista con ustedes, que fue la primera que tuve, yo en realidad hablaba solamente de IVE. A raíz de esta entrevista, sumé lo de la ILE, porque vos me habías comentado un poco las diferencias entre ambas. No sé si quieres volver a contarme un poco eso, cómo había iniciado eso, cuáles eran las diferenciaciones..

Y: Claro, bueno, a partir de que se aprobó la ley de acceso a la interrupción del embarazo se marca una diferencia entre lo que es IVE y lo que es ILE. La IVE es la interrupción voluntaria del embarazo, que se produce hasta la semana catorce; una mujer gestante que desea interrumpir la gestación, hasta la semana catorce se puede acercar al primer nivel de atención, a cualquier centro de salud, y allí deberían otorgarle el misoprostol para que pueda hacer la interrupción en su domicilio digamos, por la cantidad de semanas.

Posterior a la semana catorce, ya pasa a ser una ILE, porque es una edad gestacional mas avanzada, es una interrupción legal donde se requiere de una causal. La causal puede ser tanto física como psicológica, subjetiva. Nosotros en el hospital, como somos un hospital de tercer nivel, abordamos situaciones de un segundo trimestre avanzado, tercer trimestre te diría...

Habitualmente las usuarias vienen derivadas de los centros de salud, previa comunicación con el 0800 de la dirección de salud sexual, y ahí en función de la localización geográfica y de la complejidad de la situación, nos llegan por mail las situaciones al equipo de consejería, que está formada por médicas, psicólogos y trabajadores sociales. Las causales habitualmente vienen ya conformadas, con los estudios realizados, las causales hechas, y nosotros lo que hacemos en el hospital es un espacio de escucha, que lo llamamos consejería; allí no es que volvemos a reevaluar la causal, sino que bueno, no es lo mismo acercarte a un primer nivel o a otro efector para solicitar la interrupción que llegar al hospital para efectuarla. Se juegan por ahí otras cosas, otros momentos subjetivos, y las emociones aparecen quizás desde otro lugar, entonces no re-evaluamos la causal pero sí preguntamos cómo es que llega al hospital, en base a qué tomó esta decisión, si viene acompañada, si sabe cómo es el procedimiento.

Milena: Bien, eso contempla algunas de mis preguntas. En las dos primeras, lo que me preguntaba es si había un equipo que trabajaba en el abordaje de la problemática, que cómo estaba conformado y cómo se daba la llegada a la institución de la persona gestante. También cómo era ese proceso que iniciaba allí.

Y: Claro, bueno, es un espacio de escucha. La recibimos a la paciente siempre en equipo, entre las 3 profesionales, para hacer esta primera escucha, este primer abordaje, para explicarle un poco de qué se trata el procedimiento. siempre intentamos pedir que vengan acompañadas de alguien allegado por una cuestión de que bueno, si bien hay una ley, no todo el personal del hospital es amigable con estas situaciones.

Cuando se produce la parte médica digamos, se les da primero, o sea comienza con Misoprostol. Primero se hace una punción en la panza con mifepristona, que es la medicación que se aplica para detener los latidos del feto. Posteriormente, se esperan 24 horas aproximadamente, se trata de valorar que esto se haya producido, nosotros les explicamos que luego de esa punción en la panza no hay vuelta atrás, no hay posibilidad de que se lleve a cabo el nacimiento. Después se les otorga el misoprostol para que comiencen con las contracciones uterinas, y esto muchas veces si bien se da analgesia y demás, puede llegar a ser incómodo, molesto, entonces está bueno que estén siempre con alguien de confianza que pueda contener un poco esa situación.

Al otro día, se hace el procedimiento que en algún momento era en quirófano, con una pinza, la evacuación y la expulsión. En este momento, cambió un poco el equipo, por eso también el desorden en poder contestarte. Hay médicos que eran de Rosario y no vinieron más, y la cuestión de los cargos, y quien venía desde la parte médica. Actualmente lo que se hace es la expulsión vaginal, con la analgesia necesaria; después, si no se expulsa completamente placenta y demás, van al quirófano a hacer la limpieza del útero, bajo sedación.

Milena: Bien. Entiendo. Mientras te escuchaba, pensaba en que la vez anterior que hicimos la entrevista, había pasado algo que fue interesante, y es que cuando terminamos y dejó de grabar, José (psiquiatra del equipo) comienza a comentarme algunas cosas. Vos me habías hablado de unas cuestiones que tienen relación con otra pregunta que tengo a continuación, sobre qué cambios había habido desde la sanción de la ley, cómo eso podía relacionarse con cuestiones de la salud mental... y vos me hablabas de que si bien la ley trajo, trae, una reforma por supuesto, hubo un momento, sobre todo cuando apenas se sancionó, donde había muchos grises en la profesión. Y José también me hablaba de esto, y me mencionaba lo difícil que había sido empezar a nombrar algunas cosas.

Pensaba en esto que me mencionabas recién de que bueno, si bien está la ley y todo, había dificultades en bueno, cómo se llamaban a algunas cosas, o cómo eran atendidas las chicas que llegaban, o cómo era la cuestión de la parte médica. Si no me equivoco me habían mencionado algo sobre las enfermeras, que a veces podía haber no sé si llamarle “un desacuerdo”, pero...

Y: Si, totalmente, bueno, eso sigue de la misma manera, digamos... si bien nosotros les pedimos siempre a las usuarias que nos cuenten si hay alguna situación que la sienten incómoda o inoportuna, esto sigue sucediendo, sobre todo con el personal de enfermería o de limpieza, que por ahí ingresan, se ponen a hablar y cuestionar: “¿estás segura?” “¿por qué no lo tenes y lo das en adopción?” “¿y si te ayudan con recursos económicos?”. Comienzan a juzgar y cuestionar, y esto genera mucho malestar.

Nosotros lo que empezamos a hacer en el último tiempo, sobre todo porque esto sucedía en varias oportunidades, mayormente en el horario vespertino donde no hay nadie del equipo, comenzamos a denunciar. A que nos puedan decir quien es, si se acuerdan si era enfermera, si era de limpieza, si saben el nombre, o más o menos el horario, y empezamos a elevar las denuncias a la dirección de salud sexual. Porque bueno, con la cuestión política que estamos teniendo ahora, tuvimos un cambio en la dirección del hospital, y si bien se garantizan las prácticas, por ahí hay mayores dificultades.

Por ejemplo nosotros con las adolescentes, las niñas y adolescentes que venían a hacer interrupciones, yo lo que había peleado digamos era que pueda ser bajo sedación. Si bien el medio era el mismo digamos, bajo la expulsión vaginal, era para que no tengan recuerdo de ese momento, porque es muy traumático. Habíamos hablado con gente de anestesia, para que puedan estar en los momentos que los necesitábamos presentes, para que esta expulsión se haga sin que las niñas recuerden y sufran. Esto se había conseguido. Posteriormente vinieron dos médicos de Rosario, que tenían el instrumental específico para hacerlo directamente en quirófano, entonces independientemente de la edad gestacional, las niñas ingresaban a quirófano, se las sedaba y se hacía la expulsión, la aspiración. Estos médicos por cuestiones organizativas y de cargos y demás, no vienen más, y tenemos dos médicas nuevas que son residentes, es decir recién recibidas, y no tenemos el instrumental ni tampoco ellas tienen la expertiz para hacerlo de esta manera. Entonces retrocedimos en cuanto a la expulsión vaginal, nos cuesta mucho que anestesia vuelva a estar presente; es una práctica que sigue siendo juzgada de alguna manera, si bien hay una ley que amerita que se garantice.

Milena: Sí, es que por eso era un poco la pregunta. Cuando yo tuve que empezar a pensar qué quería hablar en mi trabajo, lo que me surgió fue un poco eso.

Y: A ver, es también lo que pasa con la ley de salud mental. La tenemos hace un montón de años, y sin embargo nosotros no somos un servicio, somos un equipo de trabajo, no tenemos camas dedicadas, no hay personal de enfermería quizás capacitado puntualmente para las situaciones concretas de salud

mental. O sea las leyes se aprueban pero después pasa mucho, y algunas ni siquiera a veces llegan a cumplimentarse como debería ser, respetando las situaciones y las particularidades de cada situación.

Milena: Exacto, es que la pregunta apuntaba por ahí a eso. A qué modificaciones habías al menos vos, pensando que hubo, si es que las hubo; o qué herramientas, qué recursos, y cómo también impactaba esto, o qué correlación tenía con la ley de salud mental pensando justamente en esto. Creo que siempre es un paso positivo, digamos que exista, que esté la sanción, pero hay un abismo entre eso y la implementación y la práctica.

Y: A ver, sí se cambió en función de que dentro del hospital previo a la ley se hacían algunas interrupciones y eran de alguna forma clandestina, si bien estábamos los mismos profesionales. Teníamos que buscar un momento en que en el quirófano no haya gente que sea objetora, y ver a quienes se permitía ingresar a ese quirófano, y tenían que venir médicos de Rosario, que puntualmente en ese momento eran de la dirección de salud sexual, de manera clandestina a hacer la interrupción porque los médicos de acá, el servicio de ginecología del hospital iturraspe, siempre fue objetor; tanto los de la planta como los residentes. A partir de la ley se puso sobre la mesa que esto había que hacerlo, y ya no desde la clandestinidad y de ver que no se moleste a nadie, sino como una práctica y como una práctica más de salud, como cualquier práctica de salud. Por eso de alguna manera se formó la consejería de un modo reconocido, tenemos este espacio de escucha, saben en el hospital que existimos, tenemos estas médicas que fueron nombradas particularmente para trabajar en esta consejería. Pero bueno, eso no quita las dificultades que vamos llevando nosotros como equipo siendo además un equipo pequeño, por ahí enfermería no quieren dar los misoprostoles entonces se los tenemos que dar a las usuarias o familiares y pedirles que se pongan un recordatorio en la alarma para que las tomen en el horario adecuado; si están con mucho dolor y es de noche, por ahí los residentes te dicen “no, yo en estas situaciones no intervengo”, o sea, sigue habiendo cuestiones que son difíciles, como te decía hace un rato, de la misma manera que con salud mental.

Nosotros en este hospital nuevo que estamos hace 4 años, logramos armar un equipo de psicólogos y psiquiatras que trabajamos en conjunto y por ahí hay internaciones concretas, que son únicamente por salud mental, y también tenemos la misma situación con enfermería, que si los pacientes se excitan, que por qué no los internamos en otro lado... Digo, todo lo nuevo, todo cambio, todo lo que no sea conocido, genera resistencias.

Milena: Algo que yo quería preguntarte, por ahí si se quiere más desde esta consejería que me mencionas.. en verdad la pregunta que tengo anotada es un poco más amplia, pero refiere a qué puede decirse de lo que implicaría la *voluntad* en este acceso a la práctica, o qué es lo que ustedes pueden escuchar de la voluntad, de la decisión, del deseo, cómo es que trabajan si se quiere con esas categorías.

Y: Bien. La voluntad en cuanto a la cuestión legal, firman un consentimiento todas las usuarias. Cuando son menores de edad, lo firma también la persona adulta que acompaña o el familiar que está a cargo, es un consentimiento, que se lee, que está escrito, que se lo explicamos. Pero más allá de lo legal, que tiene que ver con el orden de si hay algún inconveniente, o algún cuestionamiento, hablamos con ellas en función de escuchar que el deseo y el pedido de esta interrupción venga de ellas y no quizás presionado por alguna pareja, por algún familiar, por alguna otra situación externa que no tenga que ver con el propio deseo. Por eso nosotros siempre defendemos, y nos lo han cuestionado mucho, que hagamos como una entrevista interdisciplinaria al momento de que la paciente llega al hospital, porque lo sienten esto como un cuestionamiento de la causal. Y nos ha sucedido que, primero, en la mayoría de los casos las causales con las que vienen son bastante pobres, y son gestaciones avanzadas; entonces nosotros necesitamos elementos para encausarlo dentro de la ley. Eso también se los explicamos: que si bien hay una ley, por la edad gestacional en la que llegan a nuestro hospital, son gestaciones avanzadas y nosotros necesitamos tener algo que nos ampare a todos para poder hacer la práctica. Y ahí aparecen múltiples situaciones, desde causales muy claras hasta causales que te das cuenta que están armadas para que el tercer nivel las tome y después esas mujeres se empiezan a cuestionar, o no están tan seguras, o nos damos cuenta que quizás hay influencias de otros actores en esta decisión. Cuando esto sucede, hacemos entrevistas más extensas, donde a lo mejor se define ahí el continuar con el embarazo, o puede manifestar claramente la voluntad de interrumpir; y si eso no se puede lograr, damos días, les preguntamos si se quieren quedar internadas para pensar en el hospital, si prefieren irse y volver. Alojamos lo que vaya emergiendo en el momento que vienen a concretar.

Milena: Claro. La pregunta la hacía porque a veces uno toca de oído, o de otras de las entrevistas (que sé que es distinto, porque era un centro de salud y otro nivel de atención) pero es interesante poner a dialogar algunas cosas. Ella me decía que cuando las usuarias llegaban, era difícil discernir de quién era esta toma de decisión.

Y: Nos pasa mucho sobre todo en las niñas, que vienen siempre con sus mamás. Las entrevistas, de inicio son con la niña; se escucha lo que esta niña o adolescente quiera hacer; posteriormente hacemos ingresar a la mamá, le preguntamos qué piensa ella de la situación, si acompaña, si pese a no estar de acuerdo acompaña de la misma manera, qué resistencia hay desde el entorno familiar para explicar el impacto subjetivo que también genera el hacer una interrupción. No es sólo preservar el útero, como dirían los médicos, sino las secuelas emocionales que deja y no son pocas.

Milena: Esa es otra de las cosas que quería consultarte. Vos me mencionabas hace un rato que era una intervención que tenía su grado de trauma, que puede variar imagino, que además entiendo que hay muy distintos casos más allá de la práctica en sí, y que llegan de distintas maneras, por distintas cosas. Pero bueno, ¿cómo se ve eso, qué es lo que se hace tal vez después de la interrupción en los casos en que efectivamente es llevada a cabo?

Y: Mira, bueno, nosotros, cuando la causal está y se lleva a cabo el procedimiento, acompañamos durante todo el proceso de internación, en el antes, en el durante y en el después. Habitualmente, posterior a la intervención, depende de cómo haya sido, son 24 hs de internación hasta que se pueden ir al domicilio. Si son de afuera, se ve como es la vuelta, si tienen como volver; y siempre referenciamos con algún psicólogo del centro de salud. Por ahí no inmediatamente conseguimos un turno, pero sí hacemos hincapié en que es importante tener un par de encuentros, quizás en el momento que la usuaria lo sienta pertinentemente; no en lo inmediato porque no pueden en lo inmediato quizás procesarlo, pero sí tenerlo presente y en cuenta explicándoles justamente esto, que genera un impacto, que quizás no se siente de manera inmediata porque al principio hay un alivio pero después pueden empezar a aparecer otras emociones que está bueno trabajarlas como para poder tomar esta decisión desde otro lugar, y para poder matenar a futuro en el caso de así desearlo.

Milena: En la conformación del proyecto del trabajo hay que colocar un supuesto, una hipótesis, y yo de lo que hablaba es de la posibilidad de acompañar lo que representaría, digo desde el rol de psicólogo o psicóloga, de alguna manera un duelo.

Y: Tal cual.

Milena: Quería consultarte qué pensabas de ese concepto o de esa idea.

Y: Es que sí, nosotros en el hospital también tenemos una neo muy grande, entonces hay muchos abortos que se producen de manera natural, o abortos que son terapéuticos, donde por ahí el equipo que trabaja con estas situaciones se da lugar a que puedan ver el bebé, se colocan en la puerta mariposas de distintos colores para informar que al personal que ahí hay un niño que nació sin vida o que vivió poquitas horas y falleció. Si hay una familia en duelo, se les otorga una bolsita con la huellita y demás; con estos embarazos que fueron deseados pero que no se pudieron concretar.

Con las interrupciones es lo mismo, porque hay una irrupción de una situación en la vida que esa mujer no está queriendo atravesar. Siempre también hacemos mucho hincapié, a menos que haya sido una situación de abuso, en la anticoncepción, en la utilización de métodos anticonceptivos, no sólo para evitar embarazos sino para evitar cualquier ETS. Hablamos mucho sobre la importancia del cuidado y que esto permite decidir, que eso aloja de otro modo un embarazo, y que bueno, esto genera un impacto que es una pérdida de alguna manera; de un montón de cosas, no sólo de un feto.

Milena: Exacto. A lo que apunto un poco yo en el trabajo es a eso, a que ya cuando se empieza a pensar en la decisión de acceder a la práctica es porque pensar en ese embarazo *también* puede ser una pérdida de un montón de cosas, por ejemplo de proyectos. Y que a su vez tomar la decisión, acudir, llevar a cabo la interrupción, también lo es, por más que se esté acompañada, que sea una decisión super tomada. Por

eso me interesaba y me gustó eso que dijiste de lo importante que es para después si se desea y se elige en algún momento también poder maternar.

Y: Tal cual, y no desde esta pérdida, sino desde un lugar positivo.

Milena: Lo pensaba mucho porque también con esta chica que hablaba del centro de salud, me decía que con la ley habían visto que era muy posibilitador de esto, que antes era mucho más tabú. Que incluso hasta había visto chicas que vayan con las madres, y madres que terminen hablando de eso, yendo al espacio en algún otro momento o pidiendo una derivación para hablar de algo que les había pasado tal vez hacía treinta años y que en ese momento era inadmisibile para poder charlarlo y ponerlo sobre la mesa.

Bueno, creo que eso sería todo. La verdad que, dentro del malestar por lo que me pasó (el robo del celular que contenía las entrevistas), estuvo bueno porque yo tenía bastante recuerdo de la entrevista, pero necesitaba un archivo y una transcripción más exacta. Pero pude poner a jugar algunas cosas que recordaba.

Y: Por supuesto. Te cuento por ejemplo una situación que tenemos ahora, que se dio en estos días, de una niña. Es una situación que vino hace 2 años, de una niña que había sufrido un abuso sexual por parte de un amigo de la mamá, que estaba conviviendo en el domicilio en ese momento. La niña viene pidiendo la interrupción, su mamá acompañando la situación. El abuso fue durante un año, hasta que ella se lo puede contar a la mamá; la mamá hace la denuncia, acompaña muy bien la situación, y ella viene a hacer una interrupción de unas cuantas semanas, creo que 25. Y ahora hace aproximadamente un mes, 15 días, me llega un pedido de la fiscalía de San Cristóbal.

Si bien se tomó la muestra, o sea cuando se saca el feto se toma la muestra genética, viene el médico policial, nosotros preservamos la muestra para que puedan tomar el ADN, porque esto hace automáticamente que la persona quede presa. Bueno, con este cambio de gestión que está haciendo como un ruido y sobrevolando, hay un juicio para ver por qué a esta niña se le practicó un aborto. Mañana yo tengo que declarar como para justificar un poco, que lo hablé con la fiscal ya que tuve una entrevista media preparatoria en la que le decía que a mi me parece terrible que me estén llamando para esto. No sólo porque tenes una niña que relata que fue abusada, una denuncia, la muestra de ADN compatible con la del tipo, ¿por qué necesitaríamos explicar para sacarle responsabilidad a esta niña? A mi me parece aberrante.

Pasa mucho esto, nos ha pasado, por ejemplo, te cuento entre las dificultades que a nosotros nos parecen tremendas. Otra usuaria que vino, hizo la interrupción, y no sabemos por qué le terminan pidiendo que vaya a hacer el certificado de defunción del feto, porque tenía una cantidad de semanas por lo que terminó en anatomía patológica.

Son todas cosas que se van desordenando, cuando uno va teniendo un modo de trabajar, cambian las gestiones, cambian quizás los acompañamientos y el apoyo para hacer las prácticas de la mejor manera. Esta señora llamó desesperada, diciendo que ella no le contó a nadie, que la llamaban para que busque el cuerpo, mire el cajón; decía que ella no quería nada de eso.

Todas estas dificultades siguen estando y siguen apareciendo. Uno creería que a medida que pasa el tiempo cada vez menos, pero no es así. Son situaciones que son complejas y las elevamos; nosotros todo el tiempo lo que vemos que no funciona de manera regular, lo vamos elevando a la dirección de Salud sexual. Por ejemplo, otro dato, se hizo una capacitación de Nación ahora donde convocan a los equipos que trabajamos en situación de Interrupción de embarazos en tercer trimestre, y no había cupo para psicólogos. Había cupo para un médico y para un trabajador social. No se tocaba la parte de la salud mental, por lo que vuelvo a lo mismo; estas dos leyes nuevas hay, que incluso yo creo que se acompañan, y no hay cabida desde la postura política.

Milena: Claro. No quiero sonar muy técnica pero parece un poco un síntoma de todo lo que está pasando a nivel país.

Y: Totalmente.

Milena: No puede ser que, como vos me decís, hay cosas que uno creería que van dejando de pasar. Y de repente es un paso adelante, y algunos atrás. Es muy difícil imagino estar como profesional ahí. Ni hablar para las usuarias.

Y: Es que nosotros sentimos, es decir, por ahí esto es lo que nos pasa: no somos un equipo chico, no somos muchos tampoco, de psicología somos 3; somos 4 psicólogos en total, y una de las psicólogas es la que trabaja en duelos de embarazos perinatales deseados, entonces ella no participa de las interrupciones. Pero los 3 psicólogos que estamos, con las dificultades médicas, con las dificultades de la práctica, la exposición de las usuarias por ahí a intervenciones que son crueles, por ahí hemos dejado de funcionar, nos hemos corrido. A veces decimos que si no cambian algunas cosas no vamos a seguir, porque sentimos que somos cómplices de una mala praxis. Es un desgaste muy grande porque pareciera que uno todo el tiempo tiene que estar reclamando lo que es justo y obligatorio que se haga en un efector de salud.

Milena: Lo otro que te quería preguntar, tal vez lo mencionaste y yo no lo tomé.. hace unos meses, hice una capacitación online del colegio de psicólogos de entre rios, que era un poco sobre esto, y ellas hablaban de que muchas veces con el tema de las causales, las redactaba ella o las redactaba el equipo de psicólogos. ¿Eso es así, cómo se realiza?

Y: Tratamos de pedir que lo redacten siempre un médico, un psicólogo y un trabajador social, que sea en equipo la causal, que venga redactada del centro de salud. Sabemos que a veces no se cuenta con

todos los profesionales. De hecho nosotros nos contactamos, cuando vemos alguna causal que no está muy completa o muy clara, hablamos con los equipos; hemos tratado de explicarles, “quizás habría que ahondar un poco más”, o “estaría bueno que la causal sea más extensa, para que nosotros no tengamos que preguntar cosas que ustedes no preguntaron”. La idea no es repreguntar y hacer dudar de la decisión, sino que cuanto más completa la causal, más sencillo es el acompañar.

Milena: Si, además la importancia de no repreguntar para no hacer que la usuaria vuelva a pasar por algunos lugares. No es una situación fácil.

Bueno, nuevamente te agradezco muchísimo por el espacio.

Y: Por favor. Cualquier cosa que necesites o te acuerdes me escribis y nos vamos mensajeando. Muchos éxitos.

Entrevista N° 3

Psicóloga A

Milena: Hola, buen día. Te cuento nuevamente un poco. Mi trabajo es sobre los modos de abordaje de psicólogos y psicólogas en las IVEs e ILEs. Así que, puedes contarme todo lo que vos quieras. En cuanto a mis preguntas, como primera cosa yo quería preguntarte si hay un equipo que trabaje con la problemática, y en ese caso, cómo está conformado.

A: Bien. En el hospital, hay un equipo que toma las situaciones a partir de la semana 14 o 15. Todo lo que es IVE, llega al primer nivel de atención, y pasado ese tiempo de semanas se deriva al tercer nivel de atención, que son los hospitales generales. Este equipo está conformado por las tres áreas: servicio social, ginecología que en nuestro hospital abordan hasta la semana 20 de embarazo (después, ya pasan a maternidad) y salud mental. Y nuestro modo de trabajar, a ver, el pedido ingresa por lo que acá se llama cuidado progresivo, que es un grupo de médicos que está a cargo de la distribución de pacientes y de camas, y desde la secretaría de salud sexual o desde alguno de los equipos de primer nivel se envía el informe, por expediente, solicitando turno. Es ahí donde nos mandan a un grupo de Whatsapp que está conformado por esas 3 áreas.

Milena: Bien. Hablaba también con la chica del Iturraspe, y ella me hacía la diferenciación, de que en los hospitales lo que llegaba era pasada las 14 semanas, y en los centros de salud lo que es primer nivel de atención. En un primer momento, yo iba a hablar en este trabajo solamente de las IVEs. Al asistir a esa primera entrevista en el hospital Iturraspe, es que conozco esta diferenciación y allí realicé la modificación, para poder abarcar ambas situaciones.

A: En nuestra evaluación se evalúa la causal. Se evalúa si hay una causal salud, para poder darle curso.

Milena: Ya que lo mencionas, una de las cosas que quería preguntarte es si en el caso de las causales, las realizaban ustedes o quién.

A: El equipo entero. Las 3 áreas deben estar de acuerdo, o al menos 2. Y también se evalúan los riesgos, que no es un detalle menor. Porque en el segundo trimestre de embarazo, hay otros riesgos, muy complejos respecto a la placenta. En el primer trimestre no hay placenta, hasta la semana 12; esto marca una diferencia por una cuestión anatómica. En la semana 12 hay placenta y hay otros riesgos; hay que ver cómo está la placenta, si tiene algún tipo de patología o no, porque por ejemplo puede haber algún tipo de sangrado, y también se ve el método. En los abortos terapéuticos, muchas veces, que son avanzados y hay alguna patología inviable con la vida, a veces se espera una determinada semana para hacer una cesarea, porque si la cesarea es muy pronta, pueden dañar el útero.

Siempre el primer método que se elige es el misoprostol, una medicación intravaginal.

Milena: Otra cosa que quería consultar, si bien un poco me contabas sobre cómo se da la llegada de la persona gestante, cómo se da el acceso o no, la decisión o no, a la práctica. Si hay un espacio de consejería, algún espacio donde charlen con vos o con alguien.

A: No, el espacio de consultoría lo tienen en el primer nivel de atención. El acompañamiento debe ser desde el primer nivel de atención, donde en teoría se hace un abordaje, si es necesario un tratamiento o sino un acompañamiento de la situación. Acá solamente se evalúa si se le da lugar o no a la causal que se solicita, salud o cual sea. La entrevista es entre los 3, ginecólogo, trabajadora social y psicóloga, y se determina justamente esto. Una vez que se determina esto, en ese caso, si tiene lugar se le dan las indicaciones y la paciente va a su casa y se realiza el protocolo. Luego viene ya avanzado el proceso, o a expulsar o ya expulsó y viene a control.

Milena: Recuerdo que en la entrevista anterior, me mencionabas que pasaba mucho que llegaban y no entendían muy bien cómo era el procedimiento, o ni siquiera tenían idea de que se volvían a la casa, etcétera.

A: Sí, había más demanda porque no estaba la ley. Muchas mujeres no sé qué creen, les venden más o menos que es un viaje al caribe, y se encuentran con que es un tour acá nomás, por la periferia. Nada que ver. Entonces suponen que van a estar dormidas, que no van a sentir nada, que no se van a dar cuenta, y en verdad lo que hay que hacer es un proceso de parto. La medicación tiene que ver con generar las contracciones; hay un proceso de parto, hay una expulsión y la paciente está despierta, no se la puede sedar porque tiene que colaborar, el proceso lo hace todo la paciente. La colocación de la medicación, esperar los tiempos que corresponda ya que se vuelve a colocar cada 4 horas hasta que empieza con las contracciones, se tiene que aguantar los dolores porque es un proceso que no se puede frenar. Y lo ven, ven todo.

Milena: Claro, esa era una de las cosas que me interesaba revisar y pensar, teniendo en cuenta que no es un procedimiento gratuito, sin resto, y no sé qué pensabas vos como profesional de esa situación.

A: Y, todo depende mucho de la estructura de la personalidad, pero además de un parto también hay un proceso de duelo gestacional, les guste o no. Y dependiendo de qué posición ética tengan, de qué estructura de personalidad tengan, de qué fantasía tengan sobre esto, no es sin consecuencia y no es sin efectos para el psiquismo y para el cuerpo de la mujer, que también sufre los efectos, algunas más y otras menos. A veces esto se ve reflejado a posteriori o en un futuro, cuando a lo mejor piensan en la posibilidad de la maternidad.

Milena: eso fue algo que surgió en las otras entrevistas también y para mí fue interesante porque lo que hablaba con la mujer del centro de salud, ya que ella me contaba que veía mucho eso, y que también desde la sanción de la ley que permitió otro sostén y otro soporte, veía incluso mujeres grandes que tal vez por ejemplo acompañando alguna hija, o al asistir por otra cosa al centro de salud, años después podían hablar de eso, volver a esa experiencia. Y una de las cosas que yo intentaba mechar en las preguntas, era qué diferencias habías notado - o no - con el tema de la sanción de la ley; si había más herramientas o recursos, cómo eso podía verse.

A: Mira, yo lo que noto pero no sé si tiene que ver con este equipo, es que disminuyó un poco la demanda. No sé a qué se debe, si es que se están cuidando más o si es que están llegando a término los embarazos. Pero después de la sanción, en el primer nivel de atención de entrada -y yo en esto no comparto- se les preguntaba si lo iban a tener o no. La paciente venía embarazada, control ginecológico, y lo que aparecía era la pregunta por si lo iban a tener o no.

Milena: Claro, cuando tal vez ni siquiera había una duda.

A: Exactamente, como si fuera una pregunta de protocolo. Esto lo cuentan mucho otras mamás u otras pacientes. Acá llegan embarazos solamente avanzados, ya sea porque se enteraron tarde, porque en el primer nivel las postergaron entonces repercute ya para el otro nivel, o porque hubo una decisión tardía, pero bueno, llegan muchos menos que antes.

Milena: Me resulta interesante porque me llama la atención esto que mencionas de la pregunta de entrada, digo, que llega alguien que llega a consultar o a control y que la pregunta sea esa.

A: “¿Lo vas a tener?”, y lo cuentan las pacientes. Y a veces lo que responden es que “no pensaron en eso”.

Milena: Claro, es que distinta es la llegada con esa demanda.

A: Exacto. “Me enteré que estoy embarazada y no quiero tenerlo”.

Milena: Un poco lo que intenté fue poner a jugar la ley de sanción del aborto con la ley de salud mental. Me gustaría que me cuentes qué relación encontras, qué similitudes o no. Ayer lo que hablaba con la mujer del Iturraspe es que había una semejanza en el sentido de que están buenas las leyes, que es importante que estén, pero las complicaciones que hay al momento de implementarlas.

A: Sí, el acceso al derecho, a la salud en ambos, me parece que está bueno, comparto, pero siempre pasa lo mismo: se sancionan las leyes y después no se generan los recursos para poder implementarlas, hacer frente a eso. Si hay un aumento en la demanda, por un lado o por el otro, por alguna de las leyes por ejemplo la de salud mental o acceso a una ILE, también hay necesidad de gente que se haga cargo de esto. Y siempre es lo mismo, los recursos son escasos, es todo lo mismo que ya había, y no se puede hacer frente cuando hay aumento de alguna demanda.

Yo no sé qué está pasando en el primer nivel con esto, sí te puedo decir que lo que uno siempre observa es que luego de una ILE o una IVE no hay acompañamiento a posteriori de lo que puede implicar un duelo gestacional; puede implicar una depresión post-parto, o puede implicar un brote psicótico, no sabemos qué puede pasar, y no hay un acompañamiento.

Milena: Bueno, eso es una de las cosas por las que quería también pasar en las preguntas. Entiendo que vos me decís que la consejería estaría antes, que cuando llegan acá ya es otro momento, pero una de las preguntas que yo me hacía era cómo podía verse, pensarse, o cómo aparecía tal vez algo sobre la voluntad, el deseo, qué es lo que podían ver ustedes.

A: Es que en la ley de la ILE, no da tiempo a evaluar; por ejemplo si hay un deseo inconsciente, si hubo un pasaje al acto, un acting en el embarazo por alguna cuestión psíquica, por ejemplo estas cuestiones que pasan muchas veces de que se olvidan de cuidarse o se olvidan la pastilla, que puede haber algún tipo de causa psíquica inconsciente, que puede haber un modo de salida de la endogamia a partir de un embarazo, cómo se toman las cuestiones edípicas. Bueno, todo eso no se contempla. Esto es, “si no quieres tenerlo, te acompañamos a no tenerlo”, y de tu psiquismo después veremos.

Como el recurso es tan escaso en el primer nivel de atención, hay un psicólogo normalmente en los centros de salud y es imposible que aborde todo, y es re comprensible. Y cuando digo todo esto hablo de la infancia, la niñez, alguna conducta, la adolescencia, el brote psicótico, el adicto, los problemas con las escuelas, lo judicial... es un imposible.

Milena: sí, incluso me contaban que muchas veces los centros de salud están en zonas periféricas, que también eso es complicado porque es muy juzgado, es decir, a veces hasta se cuchichea o se rumorea que tal persona fue al centro de salud, que seguro fue para acceder a determinada práctica, y que eso también (al menos en esta problemática en particular) es una complicación para la usuaria y para la persona que está trabajando allí.

A: Yo no sé qué está pasando con lo privado, con los médicos ginecólogos en lo privado, de eso no puedo dar cuenta. Muchos ginecólogos lo envían al primer nivel de atención, y pasa que si uno se pone a pensar en el mapa, los centro de atención están en la zona norte, en la periferia oeste o en la periferia sur, pero todo lo que es la zona centro y este tienen muy pocos, contados con los dedos de la mano. De

hecho la gente que está en el centro o en el macrocentro no tiene centros de salud de referencia, y hay que derivarlo al más cercano que a veces es el mendoza oeste, o el policlínico centenario, que no son tan cercanos. No son de fácil acceso.

Milena: Lo que mencionabas acerca de lo que pasa después, de si hay algún acompañamiento, también me interesa. Me sucedió que cuando tenía que elaborar la pregunta problema, debí hacer un recorte; al principio quería pasar por varios lugares, y luego decidí acotarlo y pensar en esta situación en particular.

A: Sí, claro que hay que hacer un recorte. Yo estoy convencida de que hay un duelo gestacional, sea más o menos, pero bueno tendrá que ver también con la relación que tienen con la maternidad, con el rechazo a la maternidad. Y no, no hay quien acompañe. A veces aparecen mucho más tardíamente síntomas que tal vez no se asocian a esto, o no se le dan lugar. Me ha pasado en la clínica privada de pacientes que han querido empezar a pensar la maternidad sin encontrarla, y que de base había algún aborto en la adolescencia que estaba escondido bajo mil llaves.

Milena: Exacto. Al momento de plantear mi supuesto, antes siquiera de pensar las entrevistas, lo que yo me planteaba era esto, la idea de acompañar de alguna forma un duelo, pensar en algo que podría resignificarse después, que pueda aparecer con el tiempo.

A: La conclusión es que no es sin consecuencias, y efectos subjetivos, una decisión de estas. Cosa que tampoco se plantea en las consejerías; no se plantean las consecuencias que como sujeto ético uno debe tener en cuenta. Si tomas una decisión, tenes que saber qué puede pasar, al menos como posibilidades.

Milena: Yo intentaba plantear el duelo no necesariamente como algo terrible, pero sí como algo que produce sus efectos y tiene un resto. Imaginaba que no se le daba lugar, tal vez por no estar preparados, por no tener el espacio los profesionales, o el tiempo, o porque no se brinde el acceso. Esto que me decís de que llegan acá pensando que es otra cosa, implica que es alguien que *después de* se encuentra con algún efecto, o con lo que realmente fue, pero que a priori viene pensando que será otra cosa.

A: Es más, hemos tenido casos en los que han quedado impactadas, realmente avasalladas por la sorpresa de lo que implicaba el parto y la expulsión. No te olvides que acá vienen con segundo trimestre, y ven un bebé completo, formado, sólo que de un tamaño muy pequeño. Y es impactante.

En ese sentido, el proceso lo hacen solas. O en su casa o terminan acá, pero lo tienen que hacer ellas. En ese sentido, el equipo lo que hace es esto, “es un proceso que vos elegís, no es que te dormimos y vos no te vas a enterar”. Es como responsabilizar al sujeto de su decisión. Tienen registro de todo el momento. Qué inscripción tenga eso, se sabrá a posteriori.

Y hago una excepción, hablo de ética y no de moral, no de la moral victoriana. Una cuestión de posición ética subjetiva frente a la castración, frente a su deseo, frente al semejante.

Milena: Es mi intención, en el trabajo, al menos poder pensar estas ideas o estos efectos sin demonizarlo, justamente sin juzgar qué está “bien o mal”, sino entendiendo que tiene un efecto. Saber que el duelo no es algo alegre pero tampoco entenderlo como lo más terrible, y comprender que es necesario en lo posible trabajarlo.

Esas eran todas mis preguntas. Muchas gracias por el tiempo.

ENTREVISTA N° 4

Psicóloga K

Milena: Buenos días. Muchas gracias por la rapidez de tu respuesta y por brindarme este espacio.

K: Buenos días, de nada. En primer lugar, se me ocurre que una de las referencias que puedo darte es de uno de los grupos que ha estado en el Congreso en la Campaña por la defensa del aborto seguro, ya que hace tiempo vienen investigando. Ellas tienen acceso a algunas publicaciones, aunque hay publicaciones más del corte sociológico o del derecho, pero del rango de la psicología hasta lo que yo pude ver hay en todo caso relatos de experiencias, pero no hay clínica sobre eso. Yo no sé bien cuál es el sesgo que a vos te interesa, recordame un poco cuál es el objetivo de tu investigación, cuál es la pregunta problema.

Milena: Sí. La pregunta problema que me hago es sobre cuáles son los modos de abordaje que está habiendo hoy en casos de ILE e IVE. En realidad yo había empezado, cuando lo empecé a bosquejar hablaba de ILE, y cuando fui a la primera entrevista, esa psicóloga, en realidad el equipo de salud mental que trabaja allí con la temática, me hace la diferenciación. Entonces la cambié e incorporé las dos cosas. Yo pude hacer acá entrevistas en dos hospitales de tercer nivel de atención, y en un centro de salud que es del primer nivel. Entonces tengo ahí esos dos relatos.

K: Y cuando decís modos de abordaje, ¿a qué te referís?

Milena: Bueno, en las preguntas que hice como guía hablo sobre cómo es la llegada de la usuaria, de si hay o no hay un espacio de escucha, de qué es lo que se pregunta, qué es lo que se ve en esos espacios...

K: Bien, pregunto cuál es el tópico, cuál es el punto en el que vos haces hincapié. ¿Te preguntas por los abordajes de salud mental?

Milena: Sí. En los objetivos específicos yo menciono que la intención es investigar recursos y herramientas que se estén utilizando, por ejemplo los espacios de escucha, de consejería. Y a la vez lo que quise evaluar, que me interesaba preguntarte porque vi el nombre de la ponencia que has dado, es cómo aparece la categoría de decisión, de deseo, entendiendo que no era igual desde dónde se escuche o qué se escuche. Me interesaba pensar en qué categorías, o desde qué categorías se escuchaba.

K: Sí, o sea, vos algunas categorías estás nombrando. Me parece que vos querés saber desde qué perspectiva se escucha, cuál es el perfil epistemológico que tiene cada grupo, que eso supongo que irá variando según el acento teórico que cada uno pretenda ponerle.

En nuestro caso particular estamos compartiendo el espacio con MC. Te hago un poco de historia para que entiendas cómo viene esto. Yo fui funcionaria, estuve a cargo de la dirección de maternidad e infancia en el ministerio de salud, e hicimos un trabajo muy interesante de organización sanitaria donde

se disminuyó la maternidad materna a niveles que nunca se había logrado en la provincia, por esa organización. Claramente eso no puedo decir que yo lo hice, sino que acompañé un grupo de gente que venía trabajando, y tuvimos el asesoramiento de la OPS.

Luego que termina mi gestión, yo quería abocarme a una línea de trabajo que tuviera que ver con mi campo específico, con mi campo disciplinar, pero que también siguiera como de laguna forma esa otra línea de trabajo. Y yo ubicaba en ese lugar de gestión que no estábamos avanzando en la atención integral a la demanda de aborto. Es decir, había un dispositivo, con dos profesionales que estaban haciendo todo lo que podían, en un contexto totalmente adverso, pero yo veía que había algo ahí para hacer, que había mucho para hacer. Con todo el compromiso y el rigor de la militancia que gestaron esos dos profesionales.

A mi siempre me gusta hacer historia de las cosas porque yo acompaño procesos de escritura de tif, y me parece que hay mucha ausencia de historia en la facultad en esos procesos. Sobre todo porque hay mucha gente de rosario, titulares de catedra, entonces hay como un desacople de los procesos institucionales que pasan en nuestra ciudad. Vos me nombras algunos hospitales de Santa fe, yo trabajé un tiempo en Santa Fe entonces conozco las lógicas. Mucha gente de Santa Fe viene a atenderse a Paraná, conozco un poco ese runrún que hay en Santa Fe alrededor del tema...

No lo quiero hacer largo, simplemente contarte qué fue lo que me motivó a mi a sostener este trabajo. Entonces hice una propuesta de trabajo de atención integral, de hecho, el dispositivo del hospital se llama Dispositivo de Atención Integral, y somos el único dispositivo que hacemos atención conjunta. O sea, salud mental no es a demanda de los médicos, sino que nosotros en todos los consultorios médicos y en las guardias en internación cuando llegan situaciones complejas, también acompañamos. Este dispositivo con estas características en los 11 equipos que conozco, por la investigación que estamos haciendo que yo formo parte haciendo encuestas y tenemos reuniones periódicas, en ningún lado funciona como funciona acá, y eso me parece que es importante. Es super interesante lo que se produce y las intervenciones que uno puede realizar en el consultorio médico.

Desde allí se abren diferentes cuestiones. Nosotros tenemos muy claro la perspectiva del equipo, y es que nosotros acompañamos la decisión de las mujeres, no estamos ahí para que las mujeres aborten, sino que estamos ahí para acompañar la decisión de la mujer. Ya este es el sexto año que estamos sosteniendo el dispositivo, y tenemos algo de tres mil pacientes atendidas, es un montón, es un promedio de 400 o 500 pacientes por año, es muchísimo. Claramente ya tenemos aceitado el oído sobre diferentes cuestiones, y esa escucha atenta nos permite discernir en qué condiciones de la decisión está la mujer.

Otra cosa que me parece importante afirmar y subrayar, que me interesa de manera particular casi en clave de docencia, es que el varón aborta primero, en el ochenta por ciento de los casos. Y ahí me parece que es muy importante decirlo a esto. Hay algo en la construcción de la decisión y en quién decide qué,

y hasta podemos ir más allá y pensar de qué cuerpo hablamos cuando hablamos de cuerpo, ya que está muy resonada la idea esta de “mi cuerpo mi decisión”. A mí me parece que es muy interesante porque sirvió en clave de campaña, y que claro que necesitábamos un argumento de peso para poder desanclar el sometimiento de la mujer al discurso médico, entonces hubo que hacer fuerza sobre la autonomía del cuerpo, cosa que la mujer perdía para el discurso médico. Por muchos momentos la mujer deja de ser objeto de mirada de la medicina, pero si hay un momento en el que la mujer es objeto de mirada para la medicina es en el embarazo, en su condición de gestante. Entonces claramente si se estaba intentando defender esa autonomía de la mujer, claro que sí, que había que hacer hincapié en la autonomía de los cuerpos. Y entonces “mi cuerpo, mi decisión” fue una gran frase.

Ahora bien, esa frase, en términos psíquicos, en términos subjetivos, tiene efectos que no son los que estarían deseando aquellos que pensaron esa famosa frase, porque son absolutamente alienantes. Porque un aborto, una mujer no lo puede decidir sola.

Milena: Respecto a eso... cuando yo empiezo a pensar esto, la verdad es que estaba bastante en cero. Desde lo que estudio, y desde algo que me interesaba y me atravesaba, me hice una pregunta al respecto, y la verdad es que no tenía ni idea, no sabía si existían espacios o no, si estaba este momento de escucha, desde dónde, qué se podía preguntar o intentar dilucidar. Entonces un poco de ahí nace la pregunta, y esto de modos de abordaje que quedó un poco amplio, pero hasta era difícil recortar la pregunta y pensar cómo hacerla, porque no sabía ni cómo llamarle. También me sucedió que al momento de empezar a pensar las entrevistas, pude tener un primer contacto con varias personas; al momento de coordinarlas, eso no avanzó mucho. Estas tres que pude hacer son las que me dieron un día, un horario...

K: ¿Esta sería una de tus entrevistas?

Milena: Sí, puedo tomarla como una. Pero inicialmente, en Santa Fe hablé con muchas personas, y pude hacerla con 3. Me encontré con una inquietud respecto a un tema del que no hay mucha producción, como vos decís. En la facultad la temática no existe.

K: La facultad está quedando muy atrás, me parece, en relación a la inclusión de problemas de la época, en la investigación de problemas de la época. Todas las veces que nos hemos presentado nosotros a las jornadas de la facultad, que la ultima vez ya fue el año número cuatro, nunca hay otro trabajo sobre el tema. Es muy interesante como síntoma porque es una facultad que tiene un 90 por ciento de mujeres, y a nadie se le ocurre pensar...

Milena: Es que si bien ese no es el foco de mi trabajo, también lo menciono. En la descripción y justificación de la problemática, ya que si bien la inquietud surge porque es una cuestión que me atraviesa a mí, la pregunta fue también cómo podía ser que no hubiese nada de contenido sobre eso. Y cuando lo quise iniciar fue muy difícil encontrar desde dónde despegar aunque sea. Así que cuando supe

de esta charla que daban ustedes, me pareció muy interesante. Y te comentaba un poco eso, las entrevistas implicaron encontrarme con de todo, y tienen algunos puntos en común aunque fueron todas distintas. Apareció esto de tratar de escuchar algo de la decisión, tratar de dilucidar qué decide -o lo más que se pueda- la mujer que está embarazada.

Pasa mucho esto de que lo decidió el varón, o de que la decisión está tomada por la madre, entonces se va intentando “despegar” un poco eso. Y desde ahí es que yo pensaba estos conceptos que iban surgiendo, estas categorías; si bien yo tenía algunos pensados, a priori, me encontré con que son puntos en común, por ejemplo esto de escuchar acerca de la decisión. Y para mí no es indistinto que se intente escuchar desde ahí, que sí no.

K: No, claro. En términos subjetivos no es lo mismo. Por eso para nosotros haber construido el equipo de trabajo que hemos construido es muy relevante. En el trabajo conjunto no es que el saber médico pesa más que nuestra opinión. No hemos hecho aun ninguna investigación, pero la podríamos hacer de que, por ejemplo, cuando hay algún tema emocional dando vueltas, el misoprostol no funciona. Pero es increíble... cinco días de misoprostol, al límite de la dosis, y nada.

Yo estuve con la paciente un par de veces, porque bueno, yo asumí la responsabilidad de sostener el dispositivo. En este momento hay 4 veces a la semana dispositivo, y yo estoy a cargo de tres días. Con lo cual, bueno, hay veces que puedo ir a ver las mujeres internadas, sobre todo cuando yo ya las vi; puedo darme cuenta si necesita o no acompañamiento en el proceso. Esta paciente en particular yo ya la había visto, llevaba dos días internada y no pasó nada... al tercer día, me piden que vaya porque ya era muy extraño, y ese día no pude ir, así que fui recién al cuarto día, pensando que ya habría expulsado, porque es más o menos el promedio el tercer día cuando hay demoras. Y no, no expulsó, entonces fui y pudimos ubicar ahí algo, pude preguntar con claridad qué era lo que estaba pasando porque evidentemente pasaba algo de otro orden que no era farmacológico porque lo farmacológico estaba al límite, y me pudo decir que ella había tenido un aborto a los 14 años y lo había hecho obligada por la mamá. Entonces claramente esa situación era muy traumática para ella.

Esta chica pudo ubicar eso de que había habido una situación traumática anterior que no había trabajado nunca, eso simplemente había sucedido, y que ahora hacía síntoma con eso. Pero bueno, ha habido situaciones así, por ejemplo de otra chica que tampoco le había dicho a nadie... el secretismo al momento de la internación.

Por eso es algo tan paradójal esto de “mi cuerpo, mi decisión”, porque claramente desde ningún punto de vista, si pensamos el cuerpo desde el psicoanálisis, nunca podemos pensar que ese cuerpo se arma solo.

Milena: Exacto, es que en este intentar bosquejar algo y tener que hacer un recorte, lo que estoy haciendo ahora es dividirlo. Para eso pensé 3 capítulos, uno donde quería hablar de esto de modos de abordaje, en el sentido de cómo es la llegada, si hay espacios, si hay equipos, cómo están conformados, si hay o no una interdisciplina o intento de. Después otro sobre qué y cómo se escuchaba acerca de una decisión, de un deseo, de un anhelo...

K: Yo en tu lugar, para ser rigurosos yo no me metería con el tema del deseo materno, porque de eso no podemos saber nada, absolutamente nada, apenas la voluntad de materno o no en ese momento. Yo como psicoanalista intento ser muy cuidadosa con eso, porque del deseo materno no tenemos ni idea. Si bien sin dudas se juega algo de las pulsiones de muerte, porque en un aborto se suspende una vida y eso hay que decirlo con la claridad que merece, yo no puedo hacer un diagnóstico de estructura porque alguien venga a demandar un aborto. Entonces en ese mismo sentido y con ese rigor ético, yo no hablo de deseo porque no sé, no tengo idea de cuál es el deseo de esa mujer, yo la veo una o dos veces en una entrevista con un contexto y una demanda muy particular, sería absolutamente irresponsable de mi parte hacer algún tipo de intervención al respecto.

Milena: Sí, completamente, creo que sería inmiscuirme en algo sobre lo que no voy a poder profundizar ni obtener mucha información. Lo que quisiera, pero hasta el momento me estaba costando mucho encontrar bibliografía, es el tema de la decisión, la voluntad.

K: Sí, si quieres te voy tirando categorías. Hay una categoría muy importante para nosotros que es la construcción de la decisión, para la que hemos tomado mucho a Susana Rostagnol, que es una antropóloga uruguaya. El tema del contexto en el que se toma la decisión para mí es muy importante, y me resulta fundamental hablar por ejemplo de las dificultades laborales que tienen las mujeres actualmente para continuar con sus embarazos, pese a que estamos re contra convencidas de que hemos logrado avances en cuestiones de los derechos laborales, por lo menos acá en Paraná y en este medio, las mujeres con mucha claridad te dicen que si en su trabajo se enteran que están embarazadas, las echan. Se hacen consultas sábados y domingos para los controles de embarazo, porque las mujeres no pueden pedir un día porque necesitan un control médico. Esa parte es tan angustiante como la situación del aborto, porque es casi esclavitud.

Milena: No tiene otro nombre, y además se escucha todo el tiempo.

K: Ese contexto, el contexto de la decisión es muy importante. Y dentro de eso, yo haría dos campos: el contexto social y el contexto afectivo. En el afectivo, el varón aborta primero.

Milena: Sí, considero que es mucho más acorde ir por ahí. Por último, otra cosa que surgió y sobre la que intento realizar un capítulo, es sobre la relación entre la ley del aborto y la ley de salud mental. Lo

que me han ido respondiendo acerca de eso es que sin dudas es importante que exista, que otorgan un sostén y un soporte que no es menor, pero que sigue faltando mucho para su correcta implementación.

K: Si, pero igual, yo que trabajé en los dos momentos digamos, con la ley y sin la ley, te puedo asegurar que el contexto de la ley es mucho más reconfortante hacia el interior de las instituciones. Hay un plano de análisis interesante para ser mirado y es el contexto en el que se sostiene el trabajo, es decir, nos corremos de pensar cómo miramos a las pacientes, a las usuarias, y nos ponemos a mirar desde dónde las atendemos. Y de verdad que soportar las hostilidades de los equipos (por ejemplo, de los objetores), o cuando hacemos coordinaciones para guardias médicas objetoras, no es fácil; no fue fácil conseguir un pool de guardias para los médicos que se dediquen solamente a acompañar esto... porque vos a los médicos no les podés pedir que estén acompañando procesos de parto y a su vez que estén acompañando abortos. Hay que estar también en ese lugar, porque los procesos subjetivos que se despliegan son absolutamente distintos, y vos al médico no lo podés empujar a semejante esquizofrenia, sobre todo cuando se tratan de interrupciones avanzadas.

En el hospital hemos acordado que las interrupciones son solamente hasta la semana veinte y punto, y eso también ha sido una construcción del equipo; si bien hay circunstancias que son atenuantes, después de haber tenido muchas dificultades y haber sido este equipo denunciado por otros (por ejemplo en el caso de una malformación que no era viable para continuar con el embarazo) se producen muchas situaciones que son muy desagradables. Entonces hemos acordado que lo que todo el equipo consiente es hasta las veinte semanas.

Milena: Sí, otra de las cosas que surgió en las entrevistas fue la cuestión de poder nombrar, también a raíz de la ley, y que la misma los ampare, porque previamente había cosas que si las querían llevar adelante, encima por ahí en un hospital objetor, era peligroso.

K: Sí, sostener una práctica en un contexto hostil, siendo la práctica ya dolorosa de por sí, es insostenible. Uno tiene que lidiar con su rasgo masoquista, pero tampoco tanto...

Lo que pasa también con los embarazos tan avanzados es que uno tiene que ubicar qué pasó, por qué hay tanta demora. Después de haber escuchado tantas mujeres, puedo ubicar clínicamente que cuando se arma la idea de hijo, un hijo no se aborta. Un hijo, con la fantasía de hijo, con la idea de hijo, con el proyecto de hijo, no se aborta. Y hay muchas mujeres que vienen aún con todas esas ideas a decir “no, bueno, pero yo igual no lo quiero” ... entonces se trabaja ese punto, hay algo que lo transforma en imposible de abortar. Por eso cuando se demora la consulta es importante indagar qué pasó, porque muchas veces esa demora tiene que ver con que “pensé que lo iba a continuar, entonces hice los primeros controles, y ya le conté a mi familia, así que todos saben...” y después, ¿vas a abortar todo eso? Porque lo que hay que abortar es todo eso.

Acá hay para mí dos cuestiones que presentan un dilema y que no me parece menor compartirlo con vos. Por un lado, esta la diferencia entre IVE o ILE: IVE es hasta las catorce semanas, e ILE después de las catorce. La puntualización es en termino de semanas y en términos de la causal: mayor de catorce semanas, inclusive, o sea a partir de la semana quince, necesita un causal. Tiene que haber motivaciones fundadas para que ese aborto pueda darse, no es solamente “me arrepentí” ... hay que ver qué está pasando, qué pasó, cuáles son las circunstancias, y todo eso en el marco de la ley.

El año pasado, me río para no llorar, viene una mujer de aproximadamente treinta años que estaba de 17 o 18 semanas diciendo que quería abortar porque se había enterado que era nena, y ella ya tenía dos nenas entonces quería el varón. Claramente eso no es causal, es patético, la mandamos a que hiciera terapia. Si era varón, ¿no lo abortaba? No tuvo ningún filtro, porque encima lo compartía...

En nuestro dispositivo, entonces, todo esto es lo que está pasando por ahora al menos. Tenemos idea de continuar, el equipo está creciendo. Tenemos pensado formalizar algo que ya estamos haciendo, que es incluir los embarazos de riesgo entonces ampliar el nombre del dispositivo y llamarlo de atención integral pero del embarazo complejo, porque también entendemos de que el aborto sigue siendo un embarazo complejo, que se interrumpe, pero un embarazo.

Milena: Me interesa mucho todo lo que me mencionas porque justamente apunto, y menciono bastante, lo de pensarlo como una cuestión integral. Después hablo de cómo es nombrar, de qué nombre se le ha puesto a esto que fue surgiendo, y algo que pude encontrar es un libro de Martha Rosenberg que habla justamente de interrupciones y de lo que es interrumpir. Cuando vos mencionabas esto de que “no se puede abortar todo eso”, me hizo pensar en que ella se pregunta qué es lo que se interrumpe, qué es interrumpir, hasta donde se puede.

K: Si, también hay una psicoanalista, Laura Kait, que ha trabajado algo de esto. Lo que sí me parece que es importante dejar dicho es que el aborto es una tragedia, no tenemos que temer ponerle esa palabra, y es una tragedia que tiene un impacto subjetivo; y es una tragedia que sí necesita el acompañamiento de un duelo, porque sino nos estamos poniendo en un lugar de ser cualquier cosa, de ser una vasija que se carga y se descarga. Entonces, si queremos de verdad avanzar en nuestra consideración respetuosa, subjetiva y de trascendencia, tenemos que asumir que frente a esa decisión, hay una tragedia.

Milena: Sí, yo hablaba también de tomarlo como una “crisis”, entendiendo que tenía una inscripción, un efecto subjetivo, que no era sin resto.

K: Es una tragedia porque presenta un dilema, de lo que está bien o de lo que está mal, y esa es la clave de la tragedia.

Milena: Lo del duelo también es algo que fue surgiendo en las distintas entrevistas. Pensarlo como algo que es necesario, pensarlo en la particularidad de cada usuaria, pero como algo que tendría que suceder,

que tendría que estar implicado... digo tendría porque no sé si siempre se está teniendo ese acompañamiento, si todas pueden contar con eso.

K: No, seguramente que no. Pero sí es importante hacer cierto señalamiento, porque también de la mano de esta idea de “tu cuerpo, tu decisión” hay como una suerte de banalización de lo que significa el aborto, como superficialidad; “no, listo, te dan las pastillas y ya está” o “te internan y es un toque, te pasan a quirófano y ya está”. Entonces nosotros aclaramos cómo se vive el proceso, que es desagradable, que te descompones, que es un espanto lo que pasa con las pastillas... ese proceso de las pastillas, por más que se internen hay que darlo, no es que entran al quirófano y nada más. Es toda una serie de cuestiones que son muy importantes de puntualizar.

Claro que hay un montón de cosas que, por ejemplo, cuando se trata de niñas abusadas, se hace todo, hasta lo imposible, para que todo ese pasaje sea lo menos traumático posible, en las condiciones que se pueda, porque hay procedimientos médicos quirúrgicos que cuando por ejemplo se pasa el tercer trimestre no se pueden hacer...

Es complejo, y tratamos de que se pueda tratar con la complejidad que el problema tiene, y no banalizarlo.