

UNIVERSIDAD DE BELGRANO
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



**Acompañamiento psicológico a personas con capacidad
de gestar que deciden interrumpir voluntariamente un
embarazo con medicamentos**

Algunos lineamientos teóricos para la intervención psicológica

Trabajo Final de Carrera

Tutor: prof. Seoane, Lucas.

Alumna/o: María Verónica González Cejas.

ID: 000-17-4473

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'M' followed by a series of loops and a final flourish.

María Verónica González Cejas
DNI: 30.697.053

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	
Presentación del tema de investigación.....	4
Problema y pregunta de investigación.....	6
Relevancia de la temática.....	8
Objetivo general y objetivos específicos	11
Antecedentes	12
Estado del arte	14
Marco teórico	18
Alcances y límites	23
Desarrollo metodológico	24
Capítulo I: Posibles estresores psicológicos en el acceso a la IVE	25
Capítulo II: Modelos de atención en salud y salud mental: protocolos, lineamientos e intervenciones en IVE	33
Área de vacancia.....	47
Capítulo III: Ideas clave sobre intervenciones psicológicas para la IVE	48
Conclusiones	58
Referencias bibliográficas	61

Resumen

En el año 2021 y a partir de la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo [IVE] en la República Argentina, se protocolizó la atención en salud a todas las mujeres, adolescentes y personas con capacidad de gestar que soliciten voluntariamente la interrupción del embarazo. El presente trabajo, se propone realizar una revisión bibliográfica exploratoria-argumentativa, acerca de los diferentes modelos de atención en salud y específicamente en salud mental, desde la psicología de la salud y la psicología social comunitaria, con un enfoque de género y de los DDHH. Considerando que la psicología y sus saberes, podrían ser de gran utilidad para el abordaje de la IVE. En un primer momento, se explorarán los potenciales estresores psicológicos que puedan afectar a una persona en el acceso a la IVE y en un segundo momento, se analizarán los diferentes modelos de atención y específicamente abordajes en IVE. En un tercer momento, el foco del presente trabajo será intentar reunir un conjunto de intervenciones psicológicas denominadas mínimas, destinadas al profesional de la salud mental, quién presta servicio en el área de la atención primaria de la salud [APS]. A tales efectos, se han considerado tanto las estrategias de afrontamiento y la red social de apoyo de la persona, así como las herramientas psicoeducativas y de educación sexual integral [ESI], para prevenir y promocionar la salud mental, sexual y reproductiva, de las personas usuarias de la IVE.

Palabras clave: intervención psicológica mínima - aborto medicamentoso - eventos estresantes- estrategias de afrontamiento- red social personal- atención primaria en salud - salud mental - derechos sexuales y reproductivos.

INTRODUCCIÓN

Presentación del tema de investigación

En el año 2021, entró en vigencia la Ley N° 27.610 que regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y la atención postaborto de todas las mujeres, adolescentes y las personas con capacidad de gestar¹ en la República Argentina. Esta ley es el resultado de un largo proceso de luchas por el derecho al aborto, las cuales desembocaron en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito. Para esto fue fundamental la confluencia de diferentes movimientos que reclamaban el acceso al aborto. Logrando plantear al aborto voluntario como un problema general y transversal a toda la sociedad y específicamente como una problemática que atañe a la salud pública.

Dada la reciente ejecución de la ley, nos proponemos investigar sobre *el objeto práctica-aborto* y las formas de abordaje psicológico desde una perspectiva de la psicología de la salud. Tal como define Asa Cristina Laurell (1982) el proceso salud-enfermedad, no está sólo acotado a su determinación social, sino que da cuenta que el mismo proceso biológico del ser humano es en sí social, ya que no es posible fijar la normalidad biológica del humano sin integrar el contexto histórico (p.8). Afirmando que “el proceso de salud enfermedad de la sociedad no se explica por sus determinaciones múltiples, biológicas y sociales específicas, sino por *la capacidad técnica* de la sociedad de eliminar ciertas enfermedades y, por ejemplo, nutrir a la población desde un enfoque socio-comunitario” (p. 5). A este respecto, Montero (2004) define a la psicología comunitaria “como la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar, mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar aquellos problemas que los aquejan y a su vez lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social” (p. 32).

La interrupción voluntaria del embarazo, de aquí en adelante [IVE], permite la solicitud del derecho al aborto hasta la semana catorce (14), inclusive de gestación (Ley N° 27.610, 2021). El uso de medicamentos, una de las formas recomendada por la Organización Mundial de la Salud, es la más segura a la hora de interrumpir un embarazo. Dicha intervención se puede realizar

¹ El protocolo IVE se enmarca dentro de la Ley N° 26.743 que establece el derecho a la identidad de género de las personas. Art 2: Definición: Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

tanto con el uso de medicamentos como la mifepristona y el misoprostol (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud, 2022). Nos focalizaremos en la atención pre, durante y posaborto, hasta la semana 12 (doce) en la cual se recomienda realizar el aborto medicamentoso con tratamientos ambulatorio.

En los niveles de atención primaria de la salud, de aquí en adelante [APS], según Eduardo. L. Menéndez (1988) basados en el grupo familiar y la comunidad, se debe constituir formalmente el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud de las personas. Es aquí donde se configuran equipos interdisciplinarios que llevan a cabo los abordajes integrales para la IVE a través del protocolo vigente, y donde se establecen principios que direccionan su aplicación. Estos últimos están dirigidos a todos los efectores de salud intervinientes en el proceso de la IVE. En este trabajo nos centraremos en particular en el rol del profesional que ejerce la psicología dentro de los equipos de promoción y prevención de la salud y cuya función principal sería el asesoramiento científico y profesional. Vignolo. J, Vacarezza. M, Álvarez. C y Sosa, A (2011) definen a la promoción como “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” <y a la prevención> como “ las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (p.11).

Los propósitos que indican llevar adelante el tema del presente trabajo se concretarán a través de la realización de una revisión bibliográfica de tipo *exploratoria-argumentativa*, acerca no sólo de la temática en sí sino además de los materiales de acompañamiento- guía, que pueden ofrecerse en calidad de intervención psicosocial, a los efectos de observar las continuidades y discontinuidades a partir de la inserción de la IVE en el sistema de salud y siempre atentos al propósito de estimar o conjeturar razonadamente, en base a la opinión informada en fuentes académicas, posibles lineamientos útiles de considerar en la salud mental. Teniendo en cuenta que los materiales elegidos de diferentes regiones y países poseen legislaciones diversas acerca de la práctica-aborto. No pretendemos realizar un análisis contextual de cada guía o protocolo, sino poder extraer saberes específicos del acompañamiento a fin de servir a nuestro propósito. Es decir, que dicho trabajo nos lleve a obtener un conocimiento más acabado acerca del quehacer específico, dentro de los dispositivos de salud integral y en consideración de aspectos psicosociales o en otras palabras cómo guiar o intervenir en la experiencia emocional de las personas usuarias de la IVE. Sobre todo, teniendo en cuenta la celeridad que requiere este tipo de intervención.

En suma, en este proyecto se intentará proponer la posibilidad de armar un conjunto no definitivo ni suficiente, de intervenciones psicológicas mínimas que podrían resultar útiles en personas que deciden optar por la IVE desde métodos medicamentosos y a la vez ser una guía orientativa para el profesional de la salud mental, que recibe en estos momentos y por una duración muy breve a esta población.

Problema y pregunta de investigación

En un conjunto amplio de personas que deciden interrumpir voluntariamente un proceso gestacional, existe una serie de condiciones que generan influencias puntuales y determinadas; siendo algunas de éstas, estereotipos o estigmatizaciones sociales sobre el aborto o práctica abortiva. A este respecto, Danet (2021) da cuenta que las experiencias emocionales en la IVE, dependen de factores individuales, relacionales y asistenciales, encolumnadas por desigualdades y sesgos de género. Más específicamente que en el ámbito asistencial, el potencial de mejora reside en una atención sanitaria tanto integral como individualizada, adaptada a las necesidades de las pacientes. Entonces, y por cuánto estas influencias sobre el proceso experiencial poseen modulaciones en variables de dos tipos fundamentales, exógenas y endógenas, por tanto, esto nos lleva a pensar que una persona que decide interrumpir voluntariamente el proceso gestacional, este libre de condicionamientos, desinformación y / o malas interpretaciones de la práctica.

La calidad de la atención y el acompañamiento del proceso de intervención desde una perspectiva socio-comunitaria, nos permitiría prever, y llegado el caso evitar, que ciertas variables externas negativamente influyen en esa experiencia, a la par de atender las necesidades singulares de cada persona, brindando información científica acerca del proceso.

Encontramos dentro de los principios rectores del *protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo*, de aquí en adelante, [Protocolo IVE] (Ministerio de Salud. Argentina, 2022) los siguientes conceptos: *trato digno, privacidad y confiabilidad, autonomía de la voluntad, acceso a la información y calidad*. Sin embargo, en ellos existe una suerte de particular vacancia en el tratamiento emocional y en el manejo de los estresores de las personas gestantes que acceden a la IVE, respecto al rol específico del profesional de la salud mental en esta materia e intervenciones psicológicas, más allá de las brindadas por el protocolo a todo el equipo de salud. En cambio, sí encontramos una vasta información de saberes comunitarios que utilizan el acompañamiento emocional como

forma de cuidado de la persona que decide interrumpir su embarazo, como también materiales de abordaje, protocolos e investigaciones de otros países.

Creemos que la psicología social comunitaria, de aquí en más [PSC] tiene una larga trayectoria en la investigación de saberes que podrían ser de gran utilidad, no sólo para el rol del profesional de la salud mental sino para el trabajo interdisciplinario en equipos de salud, y que quizá pueda ir especificando la singularidad de la persona que ejerce la psicología dentro del equipo y para la atención en IVE.

Tomando los datos estadísticos de los informes de la Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS del Ministerio de Salud de GCBA (Coordinación de Salud Sexual, SIDA e ITS. Ministerios de Salud/GCBA, 2022), éstos dan cuenta que el principal acceso a la IVE -desde la implementación de la IVE- recae en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) y en un segundo lugar, el acceso se da través de hospitales o prácticas hospitalarias, reflejando la importancia de la APS para el acceso a la IVE. En este sentido, los informes llevados a cabo por el Proyecto Mirar, en monitorización de la implementación de la ley, aseguran que se ha producido un importante aumento en la oferta de servicios de IVE en el subsector público. O sea que, antes de la sanción de la ley, a fines de 2020, se contabilizaban 907 efectores (centros de atención primaria de la salud y hospitales) que brindan acceso a estos servicios y este número creció a 1327 luego de la ley a 1793 en 2022. Por lo tanto, ocurrió un aumento proporcional al 98%, entre 2020 y 2022 (Romero et al., 2022).

Teniendo en cuenta que desde la PSC se caracteriza al sujeto como un actor social que posee y produce conocimientos (Montero, 2004), el rol fundamental del profesional de la salud mental debería ser ejercido en consonancia, es decir bajo la necesidad de servir de puente, tanto para las personas que acceden a la IVE como para el equipo de salud. Poniendo en tensión y haciendo dialogar saberes científicos y comunitarios. Como plantea Esther Weisenfeld (2014), dentro de la PSC, hacer confluir dichos saberes, como también vincular teoría, praxis e interdisciplinariedad. Además, teniendo en cuenta a la psicología en el ámbito de la salud podemos especificar qué intervenciones son plausibles de servir a un acceso de calidad de la IVE.

Según el vigente protocolo IVE, una de las tareas principales de los equipos de salud está en brindar información y orientación a las personas amparadas por el derecho a la IVE. Éste tiene el desafío de construir un vínculo con las personas gestantes en un ámbito de contención física y emocional, respecto a la situación particular de cada una y la decisión que tome, y de garantizar confidencialidad (Ministerio de Salud. Argentina, 2022).

Por lo tanto, ¿es necesario indicar la especificidad del acompañamiento psicológico en todos estos casos? Pensamos que sí, como así también lo es enmarcar ese quehacer para garantizar que los procesos de comunicación contribuyan a mejorar las condiciones salutogénicas, asegurando a la par una efectiva implementación de la ley, y contribuyendo a prevenir posibles complicaciones físico, psíquico-emocional y sociales en la persona solicitante del protocolo IVE.

A sabiendas de que el *objeto-práctica-aborto* ha sido modelado históricamente por ciertas emociones, el miedo, la culpa, el dolor, la vergüenza, entre otros (San Pedro 2023), frente a ello nos encontramos en el desafío de construir escenarios que permitan profundizar la IVE y así *disputar sentidos* en la forma en que se construye esa práctica en el imaginario social, e investigar cómo inciden las prácticas en la forma en la cual se lleva a cabo la experiencia. Por dar un ejemplo de dicha disputa, recientemente la Coordinadora de salud sexual y salud reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires, Viviana Mazur, ha denunciado la presencia de grupos que imparten información no oficial sobre “supuestos efectos” que provocaría la IVE en las inmediaciones de uno de los CeSACs (Suárez López, 2023). En consecuencia y a raíz de esta problemática nos preguntamos, ¿existe un conjunto -mínimo- de intervenciones específicas del profesional de la salud mental en la IVE? Entre ellas, ¿habría algún subconjunto de éstas consideradas preventivas del deterioro o dificultades en la salud mental, sexual y reproductiva de las personas que optan por la IVE? Finalmente, ¿puede tener lugar la promoción de la salud en estos casos?

Relevancia de la temática

Hoy en día se considera, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) a la interrupción del embarazo como un procedimiento médico habitual. El cual, si se lleva a cabo a partir del método recomendado, según la edad gestacional indicada, y practicado por personal correspondiente y respondiente de los conocimientos necesarios, es seguro. Según la OMS, seis de cada diez embarazos no deseados se interrumpen voluntariamente. Por lo tanto, cerca del 45% de los abortos se realizan en condiciones peligrosas, y el 97% de esos abortos se practican en los países en desarrollo. Asegurando que a pesar de que se puede prevenir, el aborto peligroso es una de las principales causas de morbilidad materna y puede provocar complicaciones físicas y psíquicas y perjuicios sociales y económicos a las mujeres, las comunidades y los sistemas de salud. Por lo tanto, la imposibilidad de acceder a una atención segura para el aborto y de forma respetuosa, no solo es un grave problema para la salud pública sino una violación de los derechos humanos.

Según la Investigación sobre abortos en América Latina y El Caribe (Ramos et al., 2015) “los embarazos no deseados han alcanzado cifras epidémicas que afectan a cientos de millones de mujeres y hombres” (p.9).

En América Latina y el Caribe, las mujeres se enfrentan cotidianamente a prácticas de aborto inseguro con efectos directos sobre su salud y su bienestar. La región registra el porcentaje estimado más alto de aborto inseguro en el mundo. Los contextos de ilegalidad y penalización del aborto exponen a las mujeres a riesgos sociales, médicos, psicológicos y jurídicos. Los riesgos se incrementan cuando las condiciones en las que tiene lugar la práctica no son las adecuadas, cuando las mujeres carecen de apoyo social o cuando no disponen de recursos e información confiable y de calidad para la toma de la decisión. A pesar de estas condiciones restrictivas, las mujeres acuden al aborto cuando se enfrentan a un embarazo que no desean o no pueden continuar, siendo pocos los países donde se dispone de legislaciones que protegen el derecho de las mujeres a decidir(...)El escenario cambiante y diverso que se puede observar a nivel regional, interpela el estudio sistemático sobre las realidades que viven las mujeres cuando deciden abortar, desde aquellas que lo realizan en condiciones de inseguridad médica, social, psicológica y jurídica, hasta quienes tienen el derecho protegido de acceder a un aborto en servicios legales (p.20).

En el informe mencionado aseguran que la difusión y el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo, en especial cuando se utilizan contextos legales restrictivos, implica un cambio sustancial para las experiencias que viven las mujeres. Su uso implicó el descenso de la morbilidad severa, como la muerte por aborto provocado en condiciones de riesgo en la región. Esto también se debe, a otros factores relacionados con las estrategias que se implementan en los diferentes países del área, para disminuir con los embarazos no deseados y los abortos inseguros (Ramos et al., 2015).Es por eso que resulta fundamental la investigación para la planificación de estrategias a favor de la salud integral de las personas usuarias de la IVE.

Respecto a la República Argentina: “Desde el 28 de mayo de 2005, Argentina cuenta entre sus movimientos sociales con la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito”. Esta campaña fue el resultado y al mismo tiempo un punto de encuentro de diferentes

movimientos feministas que exigen el derecho al aborto (Zurbriggen & Anzorena, 2013). Logrando el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en el año 2020 con la aprobación del Congreso de la Nación de Argentina y promulgada en el año 2021. Pasando de esta manera a conceptualizarse como un tema de salud pública y que compete a los efectores del Estado Nacional para el cumplimiento de dicho derecho.

Según el informe denominado el desafío a dos años de la ley de aborto, (Ramos et al., 2022), los datos relevados acerca de la calidad de las intervenciones en la IVE, dan cuenta de cómo se ha avanzado, entre otras cuestiones, en la capacitación de efectores de salud. Aunque, indican que estas capacitaciones se dan mayormente en el ámbito médico y en las residencias. Mencionan que la calidad de la atención se relaciona directamente con la capacidad de las profesionales de tener en cuenta las realidades de las personas usuarias, una capacidad de comunicación activa y empática y una actitud de transparencia. Y definen como: *tecnologías blandas* a las habilidades que permiten un acercamiento sensible desde la perspectiva de derechos² que se adquiere, no solo a través de la formación técnica grupal, sino que está demanda un proceso de sensibilización personalizada que aumenta y promueven el compromiso de las personas profesionales, la empatía y coadyuvan a remover prejuicios.

En este sentido, es importante resaltar la necesidad de profundizar sobre las investigaciones sobre el acompañamiento de la IVE dentro del área de la psicología y de este modo, poner en diálogo la teoría con los saberes prácticos a los fines de construir un conocimiento más complejo, más representativo de las personas en su situación vital, sin que por ello el conocimiento logrado pierda su *status* de académico o científico, para un correcto acompañamiento e intervención de la IVE, pretendiendo derribar sesgos y promover prácticas que garanticen el bienestar emocional de las personas; y que puedan servir como lineamientos orientativos tanto para los profesionales que atienden en el sector privado como así también para quienes ocupan un rol clave como efectores de salud pública.

María Lucía Fuentes Chávez (2021) sostiene que “el aborto se ha estudiado de manera más epidemiológicamente, especificando prevalencias e incidencias, que en especificar los problemas o consecuencias psicológicas que este conlleva” asegurando que las nuevas legalizaciones habilitan investigaciones “que permiten entender mejor el tema, sobre todo en algo

² Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son reconocidos como derechos humanos básicos y, por lo tanto, son inalienables, integrales e indivisibles. Son inherentes a la condición humana, sin distinción de género, edad, clase, etnia, nacionalidad, orientación sexual, religión o se viva o no una discapacidad. Son derechos tan importantes como el derecho a la vida, a la salud, a la calidad de vida y a la libertad, con los que están directamente relacionados. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/info-equipos-salud/enfoque-genero>.

que es tan importante como la salud mental” (p.107). Y sugiere que en futuras investigaciones se haga foco tanto en estudios sobre las actitudes frente al aborto, como respecto de la construcción de su percepción social.

Por todas estas razones, se propone realizar una lectura en clave psicológica de los distintos saberes constituidos en torno al aborto; saberes comunitarios, investigaciones, protocolos, etc. pues de esta manera, se aportaría a una práctica preventiva que esté en lineamiento con las leyes que protegen los derechos sexuales y reproductivos garantizando también el bienestar *biopsicosocial* de las personas usuarias de la IVE.

Objetivo General

Analizar las posibles intervenciones psicológicas mínimas en el acompañamiento de acceso a la IVE con medicamentos a mujeres, adolescentes y persona con capacidad de gestar.

Objetivos Específicos

1. Identificar determinados estresores psicológicos potenciales en las personas que acceden a la IVE.
2. Caracterizar los diferentes modelos de atención en salud, salud mental y las intervenciones psicológicas indicadas en lineamientos- guías-protocolos para la IVE.
3. Aportar un conjunto mínimo de intervenciones psicológicas para la prevención y promoción de la salud mental, sexual y reproductiva, en las personas que acceden a la IVE.

Antecedentes

El aborto³ ha sido y se ha practicado en diferentes épocas históricas y culturas, adquiriendo diversas significaciones y estados legales. A partir de la historiografía de Calderón (1995), se da cuenta de las diferentes formas en las fue abordado según los contextos sociales, políticos y religiosos, adquiriendo diversas concepciones. Así el aborto provocado-inducido o voluntario, puede ser legal o ilegal de acuerdo a las leyes del país en que se produzca⁴.

Situándonos en la República Argentina y centrándonos en los antecedentes legales de la historiografía sobre el aborto, ya en el año 1921 el Código Penal Argentino establecía que el aborto constituía un delito contra la vida. Aunque, en el artículo N° 86 introducía causales de no punibilidad de la práctica si ésta se hubiese efectuado para evitar un riesgo para la salud o la vida de la mujer gestante o cuando el embarazo es producto de una violación. Según Bergallo y Ramon Michele (2009), esta ley de 1921 sufrió idas y venidas y cambios en sus incisos de acuerdo al momento histórico. Hoy en día rige la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo que despenaliza y legaliza el aborto voluntario hasta la semana 14 (catorce) de gestación inclusive y, superado ese plazo, continúan vigentes las causales de no

³ La palabra 'aborto' y su caso nominativo, deriva etimológicamente del latín abortus. Morfológicamente es una palabra compuesta por ab, prefijo que indica desde o separación y orior, un verbo o terminación verboidal, que indica levantar, salir, nacer. Por otro lado, abortivus, abortiva y abortivum indican lo nacido antes de tiempo o aquello a lo que se da fin precoz o ininterrumpidamente. Finalmente, aborior es un verbo que indica morir, perecer o extinguirse. De esta manera, la gramática histórica muestra que para los romanos la práctica no era para nada algo desatendible o irrelevante.

⁴ El autor enumera una concepción binaria al respecto: el aborto criminal *versus* el aborto voluntario e interrupción voluntaria del embarazo. Asegura que es tan antiguo como la humanidad misma y que han existido diversas técnicas para su interrupción, como también diferentes fines, por ejemplo, Aristóteles defendía el aborto para limitar los nacimientos de las familias muy numerosas y humildes. En la antigüedad, se contaba con una concepción legal, moral y religiosamente, o sea estaba plenamente aceptado cuando era el padre el que lo disponía. En este mismo sentido, en el código de Hammurabi 2500 años A.C, el aborto era catalogado como un delito contra los intereses del padre o del marido, también una lesión a la mujer. Y si bien en el Antiguo Derecho Romano no hay disposiciones sobre el aborto, en la época del Imperio el aborto fue una práctica extendida. Podemos decir entonces, que el aborto y la anticoncepción no significaban problemas morales en la sociedad antigua y en la primera parte de la edad media, sino que la única regulación estricta en esas sociedades, desde la Mesopotamia hasta la Europa medieval, era el derecho de la propiedad del hombre sobre el fruto del vientre de la madre. En los documentos cristianos la discusión sobre el aborto se centraba en dos aspectos: primero se consideraba pecaminoso el aborto cuando se utilizaba para ocultar el pecado sexual como la fornicación o el adulterio y segundo que en el momento que ocurría la hominización, o sea cuando el alma entraba al feto, según la creencia ocurría a los 40 días en el hombre y 80 días en la mujer. Por lo tanto, se tenía en cuenta estos aspectos para determinar si había o no pecado. Habiendo expuesto resumidamente la cronología histórica sobre el aborto de las distintas épocas, podemos afirmar que estas concepciones son un reflejo de las estructuras socioeconómicas y religiosas de cada pueblo, cada época y de la concepción del sujeto "mujer" (Calderón, 1995).

punibilidad y se sostiene la ley de 1921 regularizada en el fallo de la Corte suprema de Justicia denominado caso Fall⁵ (Caneva, 2014).

Respecto a las investigaciones científicas acerca del aborto encontramos posiciones antagónicas; es decir que se encuentran dos posturas respecto a la existencia o no del síndrome post aborto⁶ o SPA. En la investigación síndrome postaborto, llevada a cabo por la Facultad de Medicina Pontificia de la Universidad Católica de Chile (Fuentes Martínez, 2009) se realiza un trabajo de tipo no experimental bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño transversal y de tipo correlacional. En el cual se seleccionó una muestra de 80 (ochenta) mujeres, quienes fueron mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, evaluadas con la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno del Estrés Postraumático de Echeburúa-Corral y la Escala de la ideación de suicida de Beck. Los resultados indicaron que existe relación directa de grado mediano entre las variables de estrés post traumático y riesgo suicida ($r_s = 0.44$). Además, se logró identificar que existen relaciones leves directas entre las dimensiones (reexperimentación, evitación y aumento de la activación) de estrés postraumático y las dimensiones (Actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos/deseos suicidas, Proyecto de intento suicida y Desesperanza) del riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo. La investigación concluye que el aborto provoca graves consecuencias en la salud mental, desde aquí en adelante [SM]. Entiende, además, que existe un instinto natural materno que, al ser violentado, produce traumas. Estos, a veces se manifiestan poco después en síntomas tales como: remordimiento, culpa, amargura, soledad, indecisión, lamentación y sentimiento de pérdida. Y en ocasiones, estos síntomas quedan latentes y negados, explotando años más tarde de las formas más inesperadas. Siguiendo al autor, esto daría cuenta de un patrón definido y predecible de emociones post aborto, reacción que define como una reacción de estrés; una respuesta psicológica y fisiológica, a un evento frente al cual la persona siente que sus recursos han sido sobrepasados.

En oposición a esta postura se destaca la investigación realizada por Rondón (2009), en la cual cuestiona el llamado síndrome postaborto, de aquí en adelante [SPA], poniendo de relieve los diversos estresores psicológicos, sociales y demográficos, que se relacionan con el estrés en la

⁵ Fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (conocido como Fallo F., A.L. S/Medida Autosatisfactiva) de marzo de 2012. Ambas medidas apuntaron a resolver los nombrados problemas de interpretación del Código Penal. Por lo cual se regularizaron protocolos de atención y se delimitaron intervenciones de funcionarios de la administración de la justicia y la salud en la atención de los abortos no punibles, para así proteger el derecho a la privacidad, la autodeterminación de las mujeres y a garantizar el acceso universal a la salud y la justicia.

⁶ El Síndrome Post Aborto se definiría como una serie de síntomas posteriores al aborto o a la interrupción del embarazo. Este síndrome es en sí mismo controvertido; tan discutido como complejo, que encuentra defensores y detractores en igual medida.

persona gestante que decide interrumpir su embarazo. En su investigación, explica la relación entre estrés y aborto, y menciona las implicancias de las percepciones previas en los efectos postaborto. Y expone la importancia de la investigación con rigor científico para dar con una visión que nos acerque a las consecuencias emocionales sin sesgos morales y religiosos. Para el abordaje de sus investigaciones utiliza el modelo de Lazarus, con el fin de explorar la relación entre IVE y estrés. Es entonces que la práctica aborto puede ser evaluada, a partir de los procesos cognitivos por quienes abortan como una situación amenazante, un reto o una situación benigna, en palabras de la autora (p. 5).

Por lo tanto, es de vital importancia considerar tanto los factores determinantes de la SM, como las condiciones ambientales que rodean a la persona que accede a la IVE; sus recursos materiales, el apoyo social, el acompañamiento de la pareja, la situación legal del aborto, y también sus características personales (la personalidad, las actitudes, los valores y la experiencia previa). Y, por último, los antecedentes de trauma o de violencia. Esta investigación concluye que no hay evidencia en la literatura existente sobre el riesgo para la afectación de la salud mental de las mujeres que escogen tener un aborto en el primer trimestre. Por lo tanto, desestima al SPA, siendo la existencia de patología psiquiátrica previa, el factor de riesgo principal para presentar trastornos del afecto y las emociones luego de un aborto o un parto. Por último, afirma que el riesgo de depresión luego de un embarazo es mayor que el riesgo de un aborto y en el caso de un embarazo no deseado (op.cit).

Estado del arte

El trabajo denominado aspectos psicológicos asociados al aborto en Sudamérica de María Lucía Fuentes Chávez (2021) es una investigación teórica de revisión sistemática. En la cual se emplearon artículos científicos e informes institucionales en diferentes idiomas: español, inglés y portugués. En dicha revisión teórica se concluye que:

(...) hay más investigaciones en las consecuencias psicológicas negativas del aborto, entre estos episodios de depresión, ansiedad y estrés postraumático, y cómo este repercute tanto antes, durante y después del procedimiento, asimismo hay una escasez de investigaciones frente a la actitud y la prevención del aborto u opciones para las mujeres que pasan por un embarazo deseado (p.105)

Por otra parte, Danet (2021) ha realizado una revisión sistemática cualitativa de los estudios originales con diseño de investigación cualitativa publicados en inglés, español, francés, italiano y portugués. Como resultado llega a la conclusión que son tres los temas principales en torno a las experiencias emocionales asociadas al aborto: *el acceso a la IVE, el impacto emocional durante la asistencia sanitaria y los aspectos individuales, relacionales y socioculturales, como así también los condicionantes habitacionales*. Dando cuenta de la variabilidad de las experiencias emocionales, enumera factores determinantes y moduladores de la experiencia emocional, como son el acceso y tiempos de espera, las características y funcionamiento del sistema sanitario, el procedimiento de intervención, el grado de presencia y participación de las pacientes con relación a aspectos técnicos y el uso de tecnologías médicas. La autora, hace hincapié en la interacción con el personal sanitario y aspectos individuales, relacionales y socioculturales específicos, concluyendo que las experiencias emocionales y relacionales-asistenciales, son encolumnadas por desigualdades y por sesgos. Así, éstas deberían conducir a una atención sanitaria individualizada a la vez de integral, en aras de atender a las necesidades de las personas que optan por la IVE.

En esta misma dirección, la investigación realizada por Santarelli (2019) busca comprender cómo actúan ciertos discursos y prácticas profesionales en la configuración de las vivencias emocionales de mujeres que abortaron con medicamentos en dos provincias de la región geográfica de Cuyo, Argentina. La autora, utilizó el diseño cualitativo junto con un método biográfico apoyado a su vez en el registro de historias de vidas, pues ambas temáticas permiten enfatizar en la experiencia de aborto farmacológico, en condiciones de restricción legal y social. Se realizaron y analizaron 18 (dieciocho) entrevistas en profundidad a mujeres que atravesaron al menos un aborto farmacológico voluntario clandestino entre el 2010 y el 2019 y que registraron interacciones con profesionales. Los resultados obtenidos hablan de un discurso criminalizador, disciplinador y/o normalizador, que implican en sí accionares directos e indirectos deletéreos, que afectan la configuración de las experiencias emocionales de las usuarias. Estas experiencias, ocupan en sí un lugar central en la vivencia de estas mujeres afectando de manera negativa su SM.

En la investigación realizada por Ituarte y López Gómez (2021), se presentan resultados sobre la experiencia de las adolescentes que decidieron interrumpir su embarazo en el marco de los servicios legales de aborto en Montevideo, Uruguay, realizado entre los años 2016 y 2018. El objetivo principal, fue examinar el proceso de toma de decisión y el acceso al aborto legal desde la perspectiva de las propias adolescentes. A estos efectos, se diseñó un estudio transversal de tipo exploratorio y descriptivo basado en metodologías cualitativas, y la técnica principal fue la entrevista semidirigida. Se entrevistaron a 14 (catorce) adolescentes entre 17 (diecisiete) y 19

(diecinueve) años de edad. Según las autoras, los resultados obtenidos pueden ser de utilidad para la implementación de servicios de aborto legal dirigidos a población adolescente, en particular sobre algunos elementos clave en el proceso de toma de decisión, como también el peso que tienen las razones socialmente aceptadas, incorporadas como propias, durante el proceso de que dura la intervención. En la investigación, se pone de relieve el peso del estigma y la sanción moral, el papel que cumple la familia, en particular la figura materna, y la importancia del marco legal, en el proceso de la toma de decisión. Se resalta la variable de expectativas de las adolescentes respecto la atención en el servicio de salud, para afrontar el proceso.

Santarelli (2019), problematiza los discursos psicológicos patologizantes sobre el aborto voluntario en relación con la SM de las mujeres. Primero aborda, desde una mirada crítica, los discursos que vinculan las nociones de trauma, duelo y daño psíquico a las prácticas abortivas. Y luego, propone una nueva mirada sobre el tema, desde una concepción participativa de la SM y basada en una investigación cualitativa, con perspectiva de género. De esta manera, según la autora se revalorizan las necesidades emocionales de mujeres que abortaron con medicamentos en clandestinidad.

Pedraza Cadena, Rodríguez Tinoco y Tunarozza (2021) realizaron una investigación con el fin de explorar el papel que juega la psicología en la atención y los protocolos de acompañamiento en la IVE. En la misma, se utilizó una metodología cualitativa con un diseño descriptivo exploratorio, en donde se entrevistaron a cuatro profesionales y a otras dos participantes que han investigado el tema de salud sexual y reproductiva. Dentro de los hallazgos, se menciona que en la actualidad los profesionales de la psicología ejercen roles de asesoría y orientación en la IVE y aseguran que hay un amplio campo de acción para la disciplina. Este se puede desarrollar a futuro, teniendo en cuenta la prevención como la educación y el cuidado para el bienestar humano.

Respecto al equipo de investigación del programa organizado por el Servicio de Familiar y Comunitaria y el Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) (Crimen y Lo Sasso, 2022), se mencionan recomendaciones para el abordaje de la IVE provenientes de las directivas del actual protocolo de la IVE. Entre ellas se indica, tener en cuenta el miedo que le puede generar tanto los profesionales como el servicio de salud, a sabiendas que sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad a pesar de su legalización. Si bien se refiere al equipo médico y las cuestiones técnicas del procedimiento, dan cuenta de la importancia del acompañamiento y el cuidado integral del médico en la atención.

En relación a los abordajes comunitarios en SM en el primer nivel de atención (Bang, 2021), a partir de una revisión conceptual y sistemática de un análisis sobre el primer nivel de atención

en la ciudad y provincia de Buenos Aires durante el 2010 y las prácticas de salud mental desarrolladas en este nivel, se concluye sobre la *fragilización de redes comunitarias* como una problemática colectiva en SM. Bang, propone como estrategia central, la promoción de SM para el desarrollo de acciones participativas y el fortalecimiento de lazos comunitarios solidarios, como recursos colectivos para el cuidado de la misma, en clara (y vigente) tensión entre los modelos biomédico e integrales de atención. En lo que respecta a los “modos de hacer salud” toman la idea de padecimiento subjetivo comprendida en el proceso de salud-enfermedad, y recuperar de esta manera pregunta acerca de los diferentes recorridos de las personas y grupos en los avatares de la salud y la vida. Teniendo en cuenta cada singularidad. De esta manera incorporan la dimensión histórico-social y cultural en las problemáticas de SM.

Nos parece interesante traer el aporte de una intervención pensada y diseñada a fin de mejorar el bienestar psicológico de las personas que acceden a la IVE realizada en República de China, Wang et al. (2022). En esta investigación se tuvo como objetivo principal, desarrollar sistemáticamente una intervención para promover el bienestar psicológico de las mujeres que se someten a un aborto. El mismo se llevó a cabo bajo un enfoque iterativo de cinco pasos basados en el mapeo intervencional. Se utilizó un total de 14 (catorce) entrevistas a mujeres chinas, que se sometieron a un aborto, para evaluar los factores estresantes de la vida real y las necesidades de apoyo. A posteriori, se trabajó en la investigación con la implementación de un diseño específico de estrategias, para mitigar los factores o eventos estresantes modificables junto con el Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento . Este estudio, afirma, que allana el camino para un nuevo enfoque sobre el abordaje de las necesidades psicológicas de las mujeres que experimentan un aborto, pues el riguroso proceso realizado por los autores, proporciona un valioso caso respecto de cómo desarrollar intervenciones personalizadas en la promoción de salud (op.cit).

En la revisión teórica de las Estrategias de Afrontamiento (coping mechanism) según el Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman en Pacientes Quirúrgicos Bariátricos, Lumbares y Plásticos, tiene el objetivo dar a conocer en una revisión teórica las Estrategias de Afrontamiento, que son uno de los factores cognitivos-conductuales más relevantes. A partir de la psicología de la salud estudian los factores psicológicos que influyen en el proceso de salud y enfermedad y como intervenirlos. Esto en el contexto del aumento de las cirugías y su cualidad de ser un estresor que genera ansiedad. Una de las conclusiones a las que llega dicha revisión es:

Los pacientes que han sido sometidos a intervenciones quirúrgicas de índole estética pueden presentar necesidades emocionales de intensidad variable, las que dependen tanto de factores externos (la complejidad del proceso quirúrgico, la duración del mismo, entre otros) como de la capacidad de afrontamiento que presenta el paciente. Este último factor tiene un rol relevante en la recuperación tras el proceso quirúrgico. Las personas que reciben programas orientados a potenciar las estrategias de afrontamiento antes de ser sometidos a cirugías estéticas presentan menores niveles de ansiedad, menor nivel de dolor percibido y por ende una menor frecuencia de complicaciones (Laguado y Cols en Rodríguez et al., 2017, 20).

Marco teórico

El presente proyecto toma a la psicología de la salud como marco de referencia, pues ésta posibilita pensar en la intersección de la psicología y la salud y así definir y enmarcar el rol específico del quehacer del profesional de la SM dentro de la APS, vista desde el enfoque de la psicología socio comunitaria.

La *psicología de la salud*, según Oblitas Guadalupe (2006), es la subdisciplina psicológica que tiene por objeto el estudio científico, los factores psicológicos de la salud y la enfermedad, en términos de evaluación, prevención e intervención. La salud, refiere Floreal Ferrara (en Ferrandini, 2011, p 2) es: “la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida”. De esta manera, se amplía el campo de acción hacia la promoción de la salud, cuyas estrategias procuran mejorar las condiciones de bienestar y salud de las personas tanto individual como colectivamente. Así, se considera *promoción* de la salud a:

(...) proporcionar a los pueblos, los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos

sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (Carta de Ottawa, 1986, p. 1).

Se entiende por *prevención* (Vignolo et al., 2011, p. 1) “como <ciertas y precisas > medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.

La *interrupción voluntaria del embarazo*, es el derecho a decidir y acceder a la interrupción de un embarazo por parte de una persona con capacidad de gestar, de aquí en adelante [PCG]. La IVE es vista como *un problema de salud pública* ya que las mujeres pueden morir o quedar con secuelas físicas por abortos inseguros. Todavía no se ha logrado garantizar el acceso a la ILE⁷ en todos los casos en el sistema de salud, y también las mujeres sufren discriminación y violencia cuando lo solicitan. Sin embargo, a pesar de las políticas públicas, la inequidad en el acceso a la anticoncepción implica que este acceso todavía no está garantizado para todas las mujeres, menos aún para las adolescentes (Perrotta, 2019).

Un *problema social* queda definido como según Suárez (2000) como "una condición que afecta a un número significativamente considerable de personas, de un modo considerado inconveniente y que según se cree debe corregirse mediante la acción social colectiva". La primera dimensión de un problema social refiere a la condición que afecta a actores de la sociedad que denuncian la situación y tiene interés de modificarla. La segunda dimensión hace referencia a la cantidad de actores que padecen dicho problema, que se plantea como una "significativa discrepancia entre un estándar de deseabilidad y alguna situación real observada como problemática". La tercera dimensión atañe a la creencia que la solución es posible por medio de la acción colectiva, Y, por último, se refiere a la dinamicidad de los [PS] en tanto y en cuanto los estándares de deseabilidad pueden modificarse con el tiempo, tornándose más exigentes o disminuyendo y agudizando el problema. (op.cit.).

La *psicología comunitaria* [de ahora en más PC] (Montero, 2004),

⁷ La interrupción legal del embarazo (ILE) hace referencia al derecho al aborto en las siguientes situaciones: a) Si el embarazo es producto de una violación. b) Si está en peligro la vida o la salud de la persona gestante.

(...) es la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social (p. 32).

Plantea el rol del psicólogo como agente transformador social, la necesidad del trabajo interdisciplinario, como así también la importancia de la detención de las potencialidades psicosociales para interpretar la realidad, y reaccionar ante ella. El trabajo comunitario implica una relación dialéctica entre individuo-grupo-sociedad orientada hacia la transformación positiva, social e individual. (op. cit).

Siguiendo el marco legal de la República Argentina, se considera a la *salud mental*, de aquí en adelante [SM],” un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (Ley N° 26.657, 2010, capítulo II, artículo 3°).

Galende (1994) caracteriza a la SM como una posición ética ante el *sufrimiento mental* de una persona, que implica tanto comprender su historia, su experiencia, su sensibilidad y también la dimensión conflictiva que acontece a toda experiencia humana. Es en el proceso de atención integral que el malestar psíquico debe ser comprendido de forma conjunta.

La noción de *género*, según Scott (1996) es concebida como una categoría relevante de análisis, para rastrear en las prácticas de salud, las relaciones de poder primarias que habilita la dicotomía entre lo masculino y lo femenino. Nacemos en relación a otro cuerpo y nos desarrollamos en sociedad en esas relaciones, las personas somos nombradas antes de estar en el mundo y colocadas dentro de la dicotomía entre lo femenino y masculino. En este mismo sentido y ampliando el concepto de género, Maffía (2008) señala que dicha dicotomía entre lo femenino y lo masculino está jerarquizada, son en sí exhaustivas y excluyentes, por fuera de ella no podríamos pensarnos. Es en nuestros cuerpos y en nuestras prácticas que se instala el lugar de lo femenino y lo masculino, y estas nos definen y condicionan nuestras existencias a un puñado de características arbitrarias y arcaicas. En relación a esta categoría de análisis, cabe hacer referencias a las estructuras de género que se ponen en juego en la IVE. Tajer (2020) señala que es necesario identificar en qué aspectos y prácticas se cuela involuntariamente el paradigma “materno infantil” y/o asistencial para lograr el objetivo de la construcción de prácticas en salud

de mayor corresponsabilidad entre los géneros, generando mayor implicación de los varones en el cuidado de su SSR⁸ y la de su pareja.

Las *representaciones sociales*, [de ahora en adelante, RS], según Jodelet (1986) son:

(...) Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencias que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos (p. 472).

La noción de *red social personal* [de ahora en adelante RSP] según Sluzki (1996) es:

(...) la suma de todas las relaciones que un individuo define como significativa o diferenciada de la masa anónima de la sociedad". Esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona, y contribuye sustancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí. Constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, Incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis (p.42).

El *modelo Transaccional y de Afrontamiento* (en Cuevas Torres & García Ramos, 2012), queda definido de la siguiente forma:

Lazarus y Folkman, quienes plantearon que el estrés representa un problema en gran medida individual, tanto en el ámbito psicológico como fisiológico, y un problema colectivo, dada la interrelación de los humanos en la sociedad. El supuesto fundamental de la teoría, es que a pesar de que las personas comparten exigencias similares, éstas se traducen como estresores para el individuo de acuerdo a su particular evaluación cognitiva. Mientras algunos individuos perciben algunas exigencias como amenazas,

⁸ Salud sexual y reproductiva

otros las perciben como oportunidades. Esta teoría tiene sus fundamentos en supuestos de la psicología cognitiva, ya que sus conceptos centrales son la evaluación cognitiva y el afrontamiento, (p.89).

Por *educación para la Salud* [EPS], (Hernández Sarmiento et al., 2020, p. 1) se entiende a: “la disciplina encargada de orientar y organizar procesos educativos con el propósito de influir positivamente en conocimientos, prácticas y costumbres de individuos y comunidades en relación con su salud”. Ampliando este concepto, Elichiry (2007) afirma que el mismo implica: “(...) La habilidad de discernir sobre hechos relevantes y luego aplicarlos a la toma de decisiones (p. 4).

Respecto de la noción de *educación sexual integral* (ESI) (Ley N° 26.150, 2006):

(...) <aquella> educación que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos (...) Y cuyos objetivos son: a) Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas; b) Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral; c) Promover actitudes responsables ante la sexualidad; d) Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular; e) Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres (p. 2).

Sobre las posibles intervenciones psicológicas mínimas en el abordaje de la IVE, será utilizado el concepto de *triaje* o *triage*, un neologismo proveniente de la lengua francesa, “*trier*”, que refiere a los verboides infinitivos: separar, escoger o clasificar. Además, éste es un concepto de priorización de la atención urgente de pacientes (Soler, W, et al., 2010). La triage sería utilizada para llevar a cabo intervenciones psicológicas, propuestas en el actual Protocolo 2021, pero que se plantean más bien de forma generalista y sin dar cuenta de técnicas concretas para su ejecución.

Las *intervenciones psicológicas*, pueden definirse como un gran abanico o conjunto que reúne la aplicación de técnicas y principios psicológicos, que tienen como fin brindar ayuda psicológica a las personas, para que éstas puedan comprender, reducir y superar sus problemas

emocionales, estresores y/o dificultades que las afecten, en grados variables. En tal sentido, las intervenciones psicológicas buscan revertir, compensar, reducir tales estados o situaciones. No obstante, debe considerarse que siempre es el mejor escenario, su prevención o anticipación. Las intervenciones psicológicas siempre y por necesidad, están sintonizada al desarrollo de la autonomía de cada persona y con la mejora de sus capacidades intra e interpersonales (López, 2008).

Alcances y límites

El siguiente trabajo, plantea el problema de la atención primaria de la salud a mujeres, adolescentes y personas con capacidad de gestar [PCG] que deciden u optan por interrumpir voluntariamente el proceso gestacional medicamentosamente, a los efectos de diagramar especulativamente un conjunto mínimo de intervenciones psicológicas, dentro de un enfoque complejo que incluye la óptica de la psicología de la salud, la socio-comunitaria y la perspectiva de género y de los derechos humanos. Tal problema focaliza en las posibles intervenciones llevadas a cabo desde el ejercicio profesional de la psicología, rol inmerso en un equipo interdisciplinario de atención en salud y dentro del período de las 12 (doce) semanas de gestación, dado su abordaje ambulatorio. Se considerará a la IVE, como un evento potencialmente estresante en la vida de las personas gestantes, con relación a un conjunto de variables que pueden modular su resultado o desenlace (tanto de forma positiva como negativa) y a su vez incidir de maneras disímiles -funcional o disfuncionalmente- en la experiencia vital de las personas.

Por otro lado, excede a los límites de este trabajo, el manejo de las interrupciones con más de 12 semanas de gestación, pues los mismo o bien necesiten de tratamiento no ambulatorio, o se abordan con y desde técnicas no medicamentosas, tales como la aspiración intrauterina (AMEU) sea eléctrica o manual y el legrado uterino. Éstas implican un tratamiento no ambulatorio y el acompañamiento dentro de los servicios de salud. También excede al presente trabajo, tanto aquellas intervenciones de interrupción legal del embarazo (ILE), pues éstas implican un abordaje mucho más complejo y multivariado como la intervención con personas menores de 13 años de edad. Asimismo, la IVE no será considerada como un problema o desorden - trastorno psicopatológico ni tampoco se partirá de un análisis desde el concepto de SPA (el llamado síndrome post aborto). Sino se abordará desde la noción de derecho y las necesidades psicológicas de la persona usuaria.

Por último, nos delimitaremos a leer los materiales-guías-protocolo-intervenciones a fines prácticos, entendiendo que existen diferencias culturales, económicas y políticas en cada país además de las diferencias respecto a las causales permitidas para el aborto inducido.

Desarrollo metodológico

La presente será una tesis de compilación no empírica, más específicamente una revisión bibliográfica de tipo *exploratorio-argumental*, cuyo formato institucional es el de tesina. A los efectos de analizar críticamente las diferentes intervenciones psicológicas, se tomarán únicamente aquellas fuentes que han sido publicadas en buscadores y bases de datos científicas y que llevan a cabo abordajes psicológicos de la IVE, sea en calidad de protocolos, en vías de protocolizarse o cuanto menos como un intento de relevamiento o de pesquisa de operaciones válidas o valiosas para el caso. Es decir, modos de intervención profesionales aún no sistematizados o declarados como psicológicos, *in stricto sensu*.

El propósito y posición asumida para el logro del presente trabajo académico, se plasmará en la realización de un análisis crítico informado en las fuentes consultadas, a los fines de ensayar la posibilidad o de *sugerir* un conjunto mínimo de intervenciones psicológicas que serían apropiadas en el abordaje psicológico a la IVE.

De este modo, se tomaron en referencia únicamente las publicaciones realizadas dentro de los últimos 10 años en las siguientes áreas temáticas: Salud sexual y salud reproductiva, Atención Primaria en Salud, Salud Mental y DDHH y Estudios de Género, sean éstas investigaciones y artículos científicos, protocolos de intervención en salud sexual y reproductiva, guías de recomendación médicas, manuales de capacitación estatales, libros, tesis doctorales y postdoctorales, así como también revistas académicas del ámbito de la salud.

Finalmente, como se mencionó, la búsqueda y selección del material o fuentes consultadas o expuestas, se realizó desde los siguientes buscadores académicos: SciELO, Redalyc, Google Académico, Mayo Clinic, Biological abstracts, Ovidsp, Ebsco, Emerald, Highwire press, Biomed, Free Medical journals, Lilacs, PubMed, NICE, Cochrane.

CAPÍTULO I

Posibles estresores psicológicos en el acceso a la IVE

Dado que los factores emocionales en la IVE dependen de una serie compleja de aspectos individuales, relacionales y socioculturales (Danet, 2021), deberán identificarse puntos de referencia clave, que sirvan de guía para futuras intervenciones adecuadas y pertinentes en el ámbito psicológico. Como factores que pueden incidir a la hora de atravesar la IVE, pondremos de relieve *el estado psico emocional previo de la persona solicitante, las RS hegemónicas o dominantes sobre el aborto, y por último la red personal de apoyo*. Estos tres factores, serán traducidos a puntos de referencia para trazar, diseñar y utilizar herramientas psicológicas para la prevención y promoción de la SM y SSyR. Más en detalle estos son:

1. Estado previo de la SM de la persona usuaria de la IVE.
2. Las RS sobre el aborto: entre el estigma social y la perspectiva de derechos.
3. El apoyo emocional en la red de apoyo personal.

Factores potenciales de convertirse tanto en factores de riesgo como en factores protectores de la SM. Considerando que “los factores de riesgo se caracterizan por variables necesarias y no suficientes vinculadas al desarrollo de una posible enfermedad” (Laham, 2010, p. 13), en este caso una problemática en área de la SM más específicamente, un empeoramiento de sintomatología o trastorno previo y no vinculado al evento IVE. Y por el contrario al considerar a “los factores protectores, como aquellos protegen de potenciales o de futuras problemáticas” (op.cit), en nuestro caso serían aquellos factores que protejan la SM durante el atravesamiento de la IVE. Ya sea que dichos factores sean reconocidos por las personas usuarias o que durante el proceso de atención sean visibilizados y agenciados como tal o generados desde la intervención en salud.

1. Estado previo de la SM de la persona usuaria de la IVE

Llama la atención la falta de investigación acerca de la existencia de una historia de trastorno mental previa a la realización de un aborto como predictor de complicaciones posteriores, siendo este uno de los factores predictivos y de mayor impacto (Cerdá & Aznar, 2013, p.192). “El historial previo de trastornos mentales, eventos recientes adversos de la vida o una relación de pareja inestable aumentan el riesgo de desarrollar trastornos mentales posteriores al aborto, mientras que experimentar un aborto no” (Parra Caicedo, 2022, p. 15).

A sabiendas de la falta de estudios y de intervenciones que brinden datos fehacientes del estado previo de la SM al acceso a la IVE (Parra Caicedo, 2022) y realizando una lectura desde la psicología de la salud, más específicamente desde la prevención, planteamos la importancia de la detección de sintomatología previa al acceso de la IVE, ya que daría la posibilidad al profesional de la salud mental a intervenir de forma tal que se reduzcan, mitiguen o atenúen dichos factores de riesgo, y así contribuir al tránsito y la SM de la persona usuaria de la IVE. Expondremos intervenciones posibles, derivadas del análisis de los estresores y dentro de nuestro marco teórico, compatibles con el protocolo vigente. Persiguiendo el fin de identificar posibles trastornos de SM previos o sintomatología vinculada a otros eventos adversos y no vinculados a la IVE. Considerando intervenciones futuras como la derivación al servicio de SM y enmarcados dentro de la APS, como una puerta de entrada al acceso de la salud y en este caso a las SM de la persona usuaria de la IVE.

2. Representaciones sociales y su relación con el aborto, entre el estigma social y la perspectiva de derecho.

“La teoría de la Representaciones Sociales [TRS] se presenta como un medio para comprender las tramas de interacciones cotidianas, por medio de las cuales las personas construyen significados sobre sí mismas y sobre los otros a través de la comunicación interpersonal” (Moscovici citado en Seidmann et al., s/f p.3). Así las RS son un tipo de conocimiento que se constituye entre el objeto y el sujeto que orientan la acción cotidiana; son un conocimiento práctico compartido que porta emociones, ideas, imágenes y también un discurso ideológico no institucionalizado (op. cit).

Entonces, ¿cuáles RS circulan en las experiencias de mujeres y personas con capacidad de gestar que realizan la interrupción de un embarazo? ¿Cuáles efectos podrían tener las mismas en la experiencia personal de las personas usuarias de la IVE dependiendo de la conceptualización del aborto como estigma o como derecho? Cuando hablamos de representaciones sociales no nos referimos a atributos fijos que los individuos aportan en cada interacción, sino que se producen, recrean y se modifican en el curso de las interacciones y las prácticas sociales (Castorina en Seidmann, 2014).

Cedeño et al., (2019) abordan la tensión entre guardar o romper el silencio, encontrando que uno de los ejes explicativos sobre el silencio de la práctica aborto es su gran sanción social. De forma concordante a otros estudios, sostienen que la *censura* está relacionada con no reconocer a las mujeres como agentes morales para tomar decisiones, tanto sobre la vida como sobre

representaciones de su sexualidad, resultando ser una propiedad sujeta al orden familiar. Y que, por lo tanto, la interrupción del embarazo es considerada parte de un ciclo de silencio y estigma que engloba el ejercicio de la totalidad de la sexualidad y el cuerpo de la mujer. “La implantación del aborto como estigma se imparte de manera sutil o a través de relatos de mujeres cercanas cuyas experiencias con abortos espontáneos, forzados o voluntarios fueron objeto de crítica o vivenciados desde la culpa o el sufrimiento” (Cedeño et al., 2019, p. 10).

La concepción consensuada de las RS sobre el aborto como *negativa* o como *estigma*, llevan a considerarla un factor de riesgo para la SM. Cedeño et al. (2019) plantean un continuum entre ilegalidad y legalidad de la IVE, ya que las RS estigmatizantes sobre el aborto aparecen en ambos marcos. El hecho de recibir información sobre otras experiencias y visibilizar la práctica de la IVE como un derecho, conlleva a acrecentar o engrosar las RS del aborto como derecho. Y de esta manera, fortalecer la agencia de las mujeres y como factor protector de la SM. Romper el silencio en distintos contextos, como el familiar, fue recibido no sólo con muestras de apoyo y solidaridad, sino que además tuvo un efecto liberador (op. cit).

Para acabar con el silencio sobre el aborto es necesario romper con círculos viciosos enfatizando tres ideas: 1) El aborto no es una experiencia poco frecuente, las participantes en esta investigación dan cuenta de ello cuando llegan a las clínicas o cuando hablan con otras personas; 2) El aborto no es experiencia traumática, no lo es para todas las participantes y si presentan algún malestar es temporal y se reduce cuando lo hablan con otras personas que respaldan, apoyan o comprenden su decisión; 3) Las mujeres que han interrumpido un embarazo, tienen un papel fundamental en la ruptura del estigma, las participantes de esta investigación dan cuenta de ello y apuestan a un cambio social, con implicaciones políticas y de sororidad (Kumar citado en Cedeño et al., 2019, p. 22).

La evidencia muestra que las mujeres perciben el estigma y la sensación de ser juzgadas por su círculo más cercano si hubieran sabido de la intervención. Como también describen en sus relatos la presencia de la estigmatización tanto por miembros de su familia, como por el círculo social y el de la pareja (Parra Caicedo, 2022). Asimismo, en el estudio realizado a mujeres chinas para el diseño de una intervención psicológica frente al proceso de aborto (Wang et al., 2022), se evaluaron los estresores específicos y los estresores plausibles de ser modificados en la IVE.

Tomando el proceso general de la interrupción del embarazo, aparecen tanto la estigmatización social del aborto y el hecho de mantener el aborto en secreto, como factores estresores de la SM que pueden ser modificados por medio de intervenciones en salud.

A partir del enfoque de género como herramienta de análisis, la práctica aborto es terreno en disputa de muchos sentidos. En Argentina desde la legalización del IVE y las prácticas de asistencia feministas, emerge la RS del aborto como derecho adquirido (San Pedro, 2023). Butler identificó particularmente este entramado normativo vinculado a las normas de género, como una matriz de inteligibilidad, matriz que nos hace leer los cuerpos, prácticas sexuales, vínculos, a la luz de ordenamiento específico entre el sexo-género-deseo (Butler citada en San Pedro, 2023). La legalización del aborto, legal, seguro y gratuito en la Argentina, posibilitó su aparición en lo público como una práctica tangible en la vida cotidiana.

A partir del proceso de investigación en mujeres que transitaron la práctica de la ILE/IVE se plantea el concepto de *apropiación subjetiva* (Casanova, 2022), definido como forma de reconocimiento formal del derecho, que implica la autorización de sí para hacer uso del mismo (Amuchástegui y Ortiz citadas en Casanova, 2022). Este reconocimiento formal de la ILE/IVE por parte de las mujeres entrevistadas, en tanto derecho legítimo, adquiere particularidades al situarse en un contexto de disputas sociales respecto a su validez. La toma de posición en relación a esta disputa, emerge como una construcción que las mujeres han realizado de manera previa a decidir interrumpir su embarazo (op. cit).

Por lo tanto, en esta disputa del aborto como como RS del estigma o RS del derecho, podrían llegar a tener un efecto estresor o protector en el momento del tránsito por la IVE.

La evidencia empírica demuestra que las mujeres que deciden guardar en secreto la experiencia de un aborto lo hacen por miedo a ser juzgadas, señaladas o estigmatizadas, y que, a consecuencia de esto, suelen experimentar mayores pensamientos intrusivos y malestar psicológico (Major & Gramzow citado en Parra Caicedo, 2022)

Tomando al aborto como una representación social estigmatizante o como objeto de derecho, y traduciendo a partir de las investigaciones analizadas, estas RS a factores de riesgo o protectores de la SM de la persona que experiencia la IVE. Nos preguntamos: ¿es posible intervenir desde la psicología las RS a fin de establecer medidas preventivas que promocionen la SM Y la SSyR de la persona usuaria de la IVE?

Si planteamos que estas RS sobre el objeto *práctica-aborto* forman parte de un territorio en disputa, respecto a los sentidos otorgados y su posición hegemónica, entonces sería lógico pensar que este territorio de disputa de sentidos, es parte del escenario en el que participan tanto efectores de salud, relaciones cercanas de la persona usuaria de la IVE y la propia persona.

Pensamos en la entrevista como herramienta tangible para recolectar datos acerca de la RS de la persona, y así generar desde la educación sexual integral [ESI] con perspectiva en salud, alternativas y narrativas que no sean las estigmatizantes. A fin de colaborar con el tránsito durante la intervención y proteger la SM de la persona usuaria de la IVE. Para eso creemos que existen ciertas intervenciones que desde la psicología pudieran favorecer a la autonomía de la persona usuaria respecto de su decisión, y así servir de oportunidad para revisar creencias erróneas, no sustentadas en la ciencia, entre otras cuestiones que pudieran surgir.

3. Red social personal y su función o apoyo emocional

Las experiencias emocionales de las personas usuarias de la IVE, se caracterizan por un proceso complejo, evidenciando que, durante el procedimiento, las emociones estaban relacionadas con ansiedad y con pensamientos intrusivos, relacionados a su vez con la posibilidad de que algo pudiera salir mal (Danet, 2021). Cuando se examina, entre otras cuestiones, el acceso legal desde la perspectiva de las mujeres usuarias de la IVE una vez tomada la decisión, aparecen los recursos familiares y de apoyo social como un factor protector de la salud y/o amortiguador de procesos de malestar o padecimiento (Ituarte & Gómez, 2020). Por el contrario, la ausencia acompañamiento de un vínculo cercano, produce el ocultamiento y el silencio de dicha experiencia, transformándose esta condición en un factor de riesgo de exposición al daño (op.cit).

(...) Así como disponer del apoyo familiar es una fuente de bienestar y favorece la autoafirmación en las propias decisiones, el miedo a la reacción del entorno es fuente de angustia. Algunas adolescentes tomaron la decisión de no compartir la situación con su familia como forma de evitar el conflicto, y por el temor a la expulsión del hogar, a la sanción moral o física, al rechazo parental. Esto significa que, si los vínculos familiares son vividos como protectores, la situación es compartida en primer lugar en ese espacio. Por el contrario, si el espacio familiar es vivido con temor al rechazo, la situación es

ocultada y, por tanto, la familia lejos de ser un factor protector o de apoyo social se transforma en un factor de riesgo de exposición al daño (Ituarte & Gómez, 2020, p.7).

En cuanto a la red de apoyo, planteada como factor protector de la SM y como un soporte y acompañamiento -bien sea de la familia, amigos o pareja- ésta tiene un impacto en cómo se experimenta el procedimiento y en cómo se elabora e integra a la historia de vida (Major et. al., citado en Parra Caicedo, 2022). Contrariamente en quienes han experimentado rechazo y una pobre red de apoyo a nivel familiar y social en el proceso, suelen desarrollar un pobre ajuste emocional con respecto al procedimiento (Parra Caicedo, 2022).

Muchnik y Seidmann (1999) plantean que “estar solo y sentirse solo tienen distintos significados en diferentes contextos sociohistóricos” (p. 15), dando cuenta que las emociones se configuran en intersubjetividad y que cambian su expresión según la cultura y el momento histórico. Hacen también referencia al aislamiento individual o en grupo como un evento estresante. Es por eso que consideramos los vínculos y lazos durante la intervención como factores protectores acorde a las necesidades que manifieste cada persona.

Las mujeres que se practican una IVE y cuentan con una red sólida de apoyo, suelen desarrollar mejores habilidades de afrontamiento con respecto al evento e incluso, incrementan su sentido de autogestión y capacidad para lograr metas y que contrariamente aquellas participantes que decidieron transitar de forma individual la experiencia, lo hicieron por miedo a la reacción de sus vínculos cercanos (Major et. al citado en Parra Caicedo, 2022). Siguiendo con las ideas de Muchnik y Seidmann (1999) “el aislamiento se remite a aspectos objetivos, de estar separado de otros, la pérdida de la comunidad” (p.33). Podría ser que la persona usuaria de la IVE no cuente con ninguna red de apoyo, se encuentre aislada, por diversos motivos, o bien por temor a la estigmatización no recurran a ella. Sería importante atender el caso a caso, para prever que la persona transite la IVE acorde a sus necesidades de acompañamiento. Como describen las autoras, la experiencia de soledad “deviene fundamentalmente del sentimiento de insatisfacción frente a las relaciones sociales. La persona vivencia menores niveles de intimidad y reciprocidad de lo esperado” (p. 35). Nos resulta interesante la distinción entre el sentimiento de soledad por aislamiento emocional, o sea por falta de una figura de apego; y la soledad por aislamiento social por ausencia de vínculos con algún grupo social cohesivo de pertenencia, ya sea amistades o redes vecinales (Muchnik y Seidmann, 1999). Estas conceptualizaciones podrían servir a fin de evaluar las necesidades de acompañamiento y los recursos disponibles de cada persona usuaria de la IVE.

Las necesidades de las personas respecto a cómo quieren ser acompañadas y los recursos con los que cuentan podrían derivar en intervenciones específicas. Intervenciones orientadas a generar factores protectores para la IVE. Ya sea que el acompañamiento sea generado desde los equipos integrales, o desde su propia red social personal.

En cuanto al papel que cumplen los servicios de salud como una red de apoyo, las usuarias uruguayas de la IVE, ante la información adecuada y procedimientos a seguir, sintieron a los efectores de salud como apoyos confiables y seguros. Resultando el apoyo institucional un factor protector y habilitante para las adolescentes (Ituarte & Gómez, 2020). Por el contrario, el servicio de salud integral podría constituirse como un factor de riesgo si como describe Santarelli (2019) evidencia prácticas médicas en las cuales los discursos disciplinadores se cuegan.

Estas intervenciones son estrategias de disciplinamiento de género que producen y reproducen el poder criminalizador y que ocupan un lugar central en las vivencias de las mujeres: afectan negativamente su salud emocional, las empujan a asumir riesgos evitables y limitan violentamente su derecho a la salud integral. Aun así, no les arrebatan el poder de decidir sobre su propio cuerpo (Santarelli, 2019, p.79).

Sara Ahmed, describe las emociones como resultado del intercambio social. O sea que no las plantea como estados psicológicos, sino como prácticas culturales que se estructuran socialmente a través de circuitos afectivos. Las emociones se construyen en interacciones, en un ente, no residen en un sujeto ni en un objeto determinado (Ahmed, 2017). San Pedro (2023) afirma la postura de la autora acerca de ellas, es decir: "(...) las emociones son performativas e incluyen actos de habla que dependen de historias pasadas a la vez que generan efectos" (p. 5) y relaciona esta teoría con el objeto práctica- aborto.

Esto es particularmente relevante, ya que las historias que se muestran, se cuentan y forman parte del escenario de lo visible frente a los abortos han solidificado una forma particular de entenderlos, e incluso de imaginarlos. Esto no quiere decir que no hayan existido (y aún existan) formas de abortar que sean riesgosas y clandestinas, sino reconocer que esas condiciones son producto de un contexto particular en el cual ciertos abortos se han desarrollado, y que han impregnado la sensibilidad social en torno a la

práctica concreta, como así también a los sujetos que participan de la misma (San Pedro, 2023, p. 9-10).

Nos preguntamos cómo las emociones conceptualizadas como prácticas sociales e históricas determinan las experiencias emocionales en la práctica-aborto. Al plantearse las emociones desde una perspectiva política de identidad colectiva que se manifiesta en la vida política (Ahmed, 2017), podríamos pensar que éstas pueden ser moduladas a partir de los discursos y prácticas que habiliten otras emociones y/o expongan emociones contrahegemónicas a las planteadas históricamente. En la misma línea, Muchnik y Seidmann (1999) plantean que “las emociones están estrechamente ligadas a un contexto lingüístico, histórico y social. Cada época condiciona la aparición de emociones particulares” (p. 13).

Recordemos que, hay investigaciones que muestran que la experiencia emocional de la IVE es un proceso complejo a nivel emocional, y específicamente durante el procedimiento, siendo las emociones prevalentes la ansiedad y pensamientos intrusivos de que algo pudiera salir mal (Danet, 2021). Por otro lado, las emociones surgidas tras la finalización del proceso fueron en todos los casos positivas, sensación de alivio y tranquilidad (Parra Caicedo, 2022).

Teniendo en cuenta que la experiencia emocional previa y durante la IVE contrasta significativamente con las emociones experimentadas en el después de la IVE y que esta experiencia incide en los recursos emocionales que cada persona usuaria posee, podríamos pensar desde el ejercicio de psicología, intervenciones que sirvan como modos de afrontamiento y que apunten a los factores individuales y contextuales que moldean las diferentes experiencias emocionales en la IVE (Danet en citado en Parra Caicedo, 2022).

A partir del trabajo con las RS y las emociones sobre el aborto, regular y/o equilibrar las *estrategias de afrontamiento* con relación a las demandas del ambiente y las propias creencias, cogniciones y emociones, nos preguntamos si podríamos pensar que *las emociones previas* configuradas a partir de las RS sobre el aborto y el estado previo de la SM de una persona son predictoras y guías para mejorar la calidad de vida de la persona usuaria de la IVE. A los fines de promover la salud, la salud mental y sexual de las personas que acceden a este derecho, ¿sería conveniente *evaluar las RS estigmatizantes, la red social de apoyo y las necesidades emocionales* que imperan en cada persona para recabar información y así realizar intervenciones específicas que acompañen de forma conveniente y adecuada el tránsito por la IVE? Intentaremos responder a estos interrogantes tan complejos - de forma no suficiente, en los apartados subsiguientes.

CAPÍTULO II

Modelos de atención en salud y salud mental: protocolos, lineamientos e intervenciones en IVE

Por *modelos de atención* entendemos (Menéndez, 1990):

(...) un instrumento metodológico que supone una construcción por nosotros a través de determinados rasgos considerados estructurales y cuyo valor es casi heurístico. Por modelo médico, incluido el hegemónico, entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la consideración no sólo de la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas-incluidos los “curadores”-, sino también la participación en todas las dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento (Menéndez, 1990, p. 85).

1. Del modelo médico hegemónico o tradicional, al modelo de atención en consejería

El modelo médico hegemónico, de aquí en más [MMH], queda descrito como: “un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica (...) y que logra identificarse como la única forma de atender a la enfermedad, legitimada tanto por los criterios científicos como estatales” (Menéndez, 1990, p. 83). El MMH, construye un modelo que excluye o intenta excluir otras posibilidades de atención, prácticas y saberes, como también la apropiación y transformación de los mismos a partir de su subordinación ideológica y técnica. Algunas de las características del modelo son: el enfoque biologicista, la ahistoricidad, la asociabilidad, el individualismo, la eficacia pragmática, la concepción del paciente como ignorante o como portador de saberes erróneos y cuando no su pasividad, y una marcada tendencia a la escisión entre teoría y práctica, entre otras. En resumen y a lo que atañe a nuestro interés, su concepción de la díada médico-paciente se configura en una relación asimétrica y vertical.

Desde la psicología de la salud y en contraposición al MMH, podemos encontrar al modelo bio-psico-social definido por Engel en 1977 (en Juárez, 2011). Este modelo enfatiza, como necesaria, la interacción de los factores psicológicos y sociales junto con los biológicos, haciendo foco en

la multiplicidad de causas en los problemas de salud. Este modelo posee una propuesta sistémica que plantea la interacción de los diferentes factores. Entonces, intervenir desde un modelo como éste, implica la necesidad de tratamientos personalizados e interdisciplinarios que apunten a los tipos de variables mencionados, a contrapelo de la propuesta del modelo tradicional de salud, en el cual la dimensión psicosocial se reconoce, pero no se la incluye estructuralmente de modo tal que se traduzca en las prácticas de atención. Lo mismo sucede con la dimensión subjetiva, que suele ser excluida o aislada para lograr objetividad en el proceso clínico, dejando por fuera del espacio de consulta cuestiones como los deseos, los temores, las inquietudes y los saberes de las personas (Chera & Manghetti, 2015).

Durante sus años de formación, los profesionales aprenden un abordaje de la salud orientado al tratamiento de la enfermedad y en el mejor de los casos, de una dolencia. “En consecuencia, el mundo subjetivo y emocional de las personas tiende a ser excluido o relegado. Tal aprendizaje configura luego, la acción cotidiana en el trabajo profesional en salud “(Chera & Manghetti, 2015, p. 8).

La llamada *consejería* en salud sexual y salud reproductiva [SSyR], propone un modelo de atención alternativo que coloca en el centro a la persona usuaria del servicio de salud y cuyo objetivo principal es fortalecer su autonomía en la toma de decisiones libres, conscientes e informadas (Chera & Manghetti, 2015). Las SSyR, se caracterizan por un modo diferencial de intervenir de los profesionales de la salud, por una determinada concepción de sujeto, por un entender particular del concepto de salud, como también respecto de las configuraciones de prácticas y saberes (op.cit). Tal como define Floreal Ferrara (en Ferrandini, 2011), la salud está pensada como una capacidad singular y colectiva que lucha contra aquellas condiciones limitantes de la vida.

La consejería se puede pensar como una *estrategia de promoción* que mejora las condiciones de bienestar y salud de las personas, al centralizar la atención en la persona usuaria y al conceptualizar a los sujetos como agentes de su propia salud. De esta manera, excede al marco de la enfermedad, las consultas que ingresan a la consejería, ya que en la mayoría de los casos son personas sanas que necesitan tomar decisiones sobre un aspecto íntimo, delicado y complejo de la propia vida, como es la sexualidad, decisiones en donde se pone en juego el proyecto de vida, relaciones familiares, emocionales y desde la perspectiva de género se evidencian las relaciones de desigualdad.

La propuesta de la consejería es por otro lado, un desafío en la práctica del rol profesional, ya que incluye tanto la subjetividad de la persona como el contexto social, sus deseos, inquietudes,

sus saberes y creencias. Estas deberían ser traducidas en factores de riesgo, factores de protección y como elementos plausibles a evaluar para tomar decisiones. Son espacios de prevención y de promoción de la salud (Chera & Manghetti, 2015). En este sentido, destacamos las palabras de las autoras:

Este modelo de atención parte del saber que tienen las personas sobre sí mismas, habilitando la posibilidad de trabajar a partir de los propios recursos de cuidado de los que siempre disponen, en mayor o menor medida. En este sentido, entonces, en el encuentro de las consejerías se habilita una construcción conjunta de saberes –entre el equipo de salud y las personas consultantes– sobre temas relacionados con la salud en torno a la sexualidad y a la reproducción como parte integral de las personas y, por ello, con sus características de singularidad (Chera & Manghetti, 2015, p.2).

Modelo de atención en interrupción del embarazo, desde una *praxis* feminista: Socorristas en Red, autodenominadas “feministas que abortamos” (en adelante SenRed), se trata de una articulación de diferentes organizaciones que brindan información y acompañamiento a mujeres y a personas con capacidad de gestar [PCG] que deciden interrumpir su embarazo (Socorristas en Red, 2022).

A modo de analizar aquellos saberes gestados desde la *praxis*, desde el saber-hacer y por fuera de los modelos de atención en salud, y que sin embargo podemos enmarcarlos dentro del marco de la Psicología Comunitaria, SenRed logra sistematizar un conocimiento en acompañamiento en IVE que resulta interesante al objetivo de nuestro trabajo.

En el acompañamiento feminista, se identifican las siguientes dimensiones que configuran las prácticas de cuidado: *la circulación, la disposición al diálogo, la escucha atenta, la elaboración de estrategias situadas de acompañamiento y la presencia de afectos* (Burton & Peralta, 2021). La circulación refiere a una acción feminista que implica disputar otros sentidos sobre el aborto, que no provengan de modos hegemónicos, como también los sentimientos de culpa y arrepentimiento. *Acompañar* es el verbo central en la *praxis* política que genera otros sentidos sobre los cuidados. En los relatos de las socorristas patagónicas las relaciones que se vislumbran se caracterizan por ser prácticas de cuidado signados por la horizontalidad, la circulación y la autonomía, que se da entre socorrista y socorrida, una díada de cuidado. Esta

disminuye la relación unilateralidad y asimétrica del tutelaje, configurando una horizontalidad relativa en la cual la socorrida sale de un lugar pasivo para dar lugar a la agencia política (op.cit).

Las lógicas de cuidado feminista lo que hacen es erosionar e interpelar las lógicas tradicionales en las que pensamos el cuidado. Cuando pensamos usualmente en el cuidado pensamos en una relación asimétrica donde hay alguien que efectúa esos cuidados asumiendo un rol activo y hay alguien que asume un rol pasivo, que sería la persona cuidada. En este caso creo que cuando pensamos en las formas de cuidado feminista estamos pensando en una relación horizontal donde hay un ida y vuelta en ese cuidado, un cuidado en el que nos reconocemos como iguales. Entiendo también que es un cuidado que se politiza, que hace que en ese pensarnos como iguales estemos pensando en que cuidar implica reconocer a la otra, escuchar su voz, escuchar qué es lo que necesita de nosotras (Burton & Peralta, 2021, p. 6).

Las experiencias de cuidado a construir desde el socorrismo, están guiadas por conceptos tales como la disponibilidad, *sororidad*⁹ y *amorosidad*, para garantizar la horizontalidad en las relaciones. Por otra parte, un aspecto novedoso para pensar los cuidados en los procesos de aborto desde una perspectiva feminista es el lugar de la confianza. Generar y tener confianza en las mujeres y en las decisiones que toman esas mujeres una vez que cuentan con toda la información, se constituye como un elemento central del cuidado entendido como una práctica política feminista. En el acompañamiento, entonces, entroncan las prácticas que tienden a la horizontalidad de las relaciones, a la circulación del cuidado y a la autonomía, a respetar aquellos momentos en que es necesaria la participación de la socorrista y aquellos en que las mujeres deciden no tener dicha relación (op. cit).

La dimensión identificada como *los afectos*, desafían las modalidades de sentir hegemónicas con relación al aborto, vinculadas a sentimientos de culpa, tristeza, miedo, dolor, etc., contraponiendo otros relatos no hegemónicos. En estos circulan las experiencias atravesadas por otras emociones vedadas en la práctica-aborto. Desde una perspectiva del aborto que prioriza el cuidado, aparecen afectos tales como la empatía, la amorosidad, la entrega, la complicidad, el compromiso, la sororidad, entre tantas otras. El cuidado como lazo y vínculo,

⁹ Relación de solidaridad entre las mujeres, especialmente en la lucha por su empoderamiento

permite que el aborto abandone *la posición de aislamiento* y la individualidad para devenir en colectivo (Burton & Peralta, 2021). Es así que se instaura desde la perspectiva feminista el *aborto como cuidado*, proponiendo alternativas a los afectos hegemónicos e instruidos. A este último respecto, cabe señalar:

Para concluir podemos señalar que el acompañamiento socorrista trastoca las nociones tradicionales de concebir el cuidado como una cuestión doméstica y supuestamente natural de las mujeres y lo dota de politicidad al armar redes. En este sentido, las prácticas de cuidado rompen con lógicas propias del cuidado tradicional, tanto en su forma de organizarse como en quienes son las protagonistas de este cuidado: mujeres cuidándose entre sí mientras llevan adelante prácticas socialmente negadas, socialmente silenciadas. Mujeres cuidándose entre sí, de manera colectiva y haciéndolo público, mientras tensionan uno de los mandatos más fuertes que pesan sobre sus cuerpos: el de la maternidad (Burton & Peralta, 2021, p.11).

Habiendo expuesto los distintos modelos de atención en salud podemos trazar una línea de continuidad entre las *praxis* de los movimientos feministas y los modelos de atención basados en la consejería. Y dicha línea puede ser trazada a partir de la concepción de poder y sus aspectos positivos como negativos, tal cual lo plantea Montero (2003) desde la psicología comunitaria: "(...) Tanto el abuso como la ausencia de poder, su exceso y su defecto, son causas de proceso psicológico con consecuencias en el campo psicosocial" (p. 31). Así, en el espacio de la expresión feminista, en la cual se dan respuestas concretas al acompañamiento de las mujeres y personas gestantes que deciden realizarse un aborto, y las transformaciones en el campo de la salud qué contraponen a un modelo tradicional asimétrico la posibilidad de recuperar recursos de las propias personas que acuden al sistema de salud, encontramos cambios en las relaciones de poder dentro de la práctica-aborto. Tal como lo plantea Montero (2003) el ejercicio del poder no es solo opresor sino también productor de liberación, ya que permite que distintos actores sociales puedan generar cambios que han sido reclamados. Es entonces que ignorar el propio poder puede resultar un problema.

Podemos decir que estos saberes comunitarios, conceptualizando como comunidades al conjunto de mujeres que a partir de redes articulan desde distintos puntos del país los acompañamientos a abortos voluntarios, pueden observarse de alguna manera en el modelo de consejería. Este se ofrece como alternativa al modelo tradicional y construye saber desde la

reciprocidad entre el profesional de la salud y la persona usuaria, alterando la verticalidad y proponiendo un modelo de atención de mutua colaboración.

Identificamos entonces que, desde la organización de mujeres, SenRed, pasando por los modos de atención basados en la consejería, hasta el actual protocolo de la IVE, existe una continuidad de ciertos recursos y saberes que han sido reconocidos en el ámbito público. De alguna manera, y como plantea la psicología social comunitaria: "(...) el control y el poder, deben estar centrados en la comunidad" (Montero, 2003, p.35). Al encontrar ciertos conceptos como la horizontalidad, la autonomía y el acompañamiento en el actual protocolo de la IVE, podemos decir que ciertos saberes de la *praxis feminista*, han llegado al centro de la escena, o sea se han instruido como fundamentales en la práctica.

Ahora bien, nuestro planteo respecto al actual protocolo IVE se basa en la posibilidad de enriquecer y mejorar la atención de la SM de la persona usuaria y para eso, creemos necesario reflexionar por un lado desde la perspectiva de género, y por el otro sobre los recursos pertinentes a la psicología que puedan servir a la prevención y promoción de la SM de la persona usuaria de la IVE. En lo que respecta a la SM y sus formas de abordaje nos preguntamos si dan cuenta o no de las especificidades respecto a la pertenencia de una persona a determinado género.

Respecto al campo específico de la SM y en interacción con la teoría de género, Burin (2012) identifica tres modelos de comprensión sobre SM de las mujeres, siendo estos: el Modelo Psicopatológico, el Emotivo- Sensible y el *Tensional-Conflictivo*. Nos interesa destacar este último, ya que propone en su formulación que las mujeres padecen estados de malestar que expresan a través de sentimientos de tensión y de conflicto; y que la agudización de los estados de conflicto, denominados crisis, constituyen situaciones óptimas para abordar las problemáticas propias de las mujeres. Si bien este es un modelo en construcción y aún no cuenta con suficiente consenso, plantea "el malestar" como tercera posición entre la salud-enfermedad. Resulta interesante pensar, a las mujeres como sujetos que están en proceso de construcción e inmersa en determinadas condiciones de existencia, y no pensarlas de modo esencialista (Santarelli, 2016). A fin de promover modelos de salud que den testimonio de sus experiencias y valoren sus prácticas, saberes y necesidades a la hora de diseñar intervenciones. Para que estas tengan en cuenta los determinantes propios de su condición de género y puedan servir a transformar sus problemáticas en oportunidades de cambio. Así cabe mencionar que:

El modelo tensional-conflictivo se apoya en las nociones de conflicto y crisis como propiciadoras para la transformación de la salud mental. La subjetividad femenina puede entenderse a través del modo en que se atraviesan las crisis evolutivas y accidentales -que son agudizaciones de los conflictos- entre las que figura el aborto. Los indicadores de salud mental de los que se vale este modelo se vinculan a la presencia de cierto dinamismo y flexibilidad para resolver las tensiones producidas por los conflictos. Es decir, que los conflictos no se establezcan de manera estereotipada, sino que promuevan la gestación y el uso de recursos para transformar las tensiones, (Santarelli, 2016, p.57).

Santarelli (2016), propone desde una concepción participativa, la consideración de las mujeres como sujetos activos y el reconocimiento de la SM como un proceso de construcción a partir de las necesidades y conflictos que surgen en diferentes momentos de la vida. Y propone que estos no sean estabilizados de manera estereotipada, o sea, a partir de la normativización del conflicto, sino que promuevan la gestación y el uso de recursos para transformar las tensiones. Y que sería favorable para la SM de las mujeres la creación de nuevos sentidos para enfrentar fracturas vinculares y/o psicopatología, que puede conllevar la rebelión frente al mandato de la maternidad obligatoria. Generar nuevos sentidos, que permitan transitar experiencias no previstas en el proyecto vital, sin significarlas forzosamente, como pérdidas o injurias narcisistas (Burín en Santarelli, 2016).

Entonces, las ideas de malestar y situación de crisis, como una tercera posición entre salud y enfermedad, instalan la posibilidad de transformación, superación o cambio, que podríamos pensarla como una forma de disputar aquellos sentidos, históricamente construidos y atribuidos a la práctica aborto, desde una *praxis feminista*. Formas que, lejos de caracterizar al aborto como una situación traumática y perjudicial en la SM, lo plantean como oportunidad en la cual la persona podría replantearse y reflexionar acerca de las condiciones materiales y simbólicas que limitan su vida. Una disputa de sentidos (Santarelli, 2016) en la cual el malestar estaría modulado por la RS coyuntural de la práctica-aborto y las formas de intervención y acompañamiento.

En el diseño de futuras intervenciones para la IVE, ¿se podrían pensar como una oportunidad para que la persona usuaria se plantee formas de vida no condicionadas por su condición de género? ¿podríamos pensar que la reflexión sobre la RS práctica aborto como derecho favorezca a la SM, ya que posibilita la revisión de los limitantes materiales y simbólicos de la vida?

2. Intervenciones protocolizadas, lineamientos e intervenciones específicas en IVE en diferentes países

El protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE (Rodríguez Armario et al., 2019), reúne conocimiento científico y experiencia clínica acumulada por más de 30 (treinta) años de profesionales que acompañan abortos voluntarios en España. Dicha información es recolectada y sistematizada por la Asociación de Clínicas Acreditadas para la interrupción del embarazo [ACAI]. La nombrada asociación estatal sin ánimo de lucro funciona como una red solidaria en 19 ciudades y en 11 comunidades autónomas españolas, con el fin de dar a conocer el trabajo realizado. Son Profesionales de la salud sexual, reproductiva e integral de las mujeres, que intentan conseguir el máximo de calidad de atención en mujeres que deciden interrumpir su embarazo. A partir de su trabajo diseñaron un protocolo como estrategia para reducir la variabilidad no deseada en la actuación profesional y mejorar y afianzar prácticas que den cuenta de un mejor funcionamiento. Bajo el cumplimiento de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del embarazo, siguen el propósito de garantizar atención de calidad y seguridad a la mujer (op. cit).

El circuito de atención de los abortos farmacológicos se encuentra dividido en 6 (seis) pasos, a saber: la “solicitud de cita, recepción, entrevista social, historia clínica y explotación médica, revisión documental y aborto farmacológico” (Rodríguez Armario et al., 2019, p. 33).

En lo que atañe a nuestro tema de interés, *el acompañamiento psicológico*, sólo aparece en el protocolo de forma general, aunque es mencionado como elemento imprescindible y transversal en el proceso del aborto provocado. El mencionado protocolo está dirigido a todo el equipo de salud y posee el fin de mejorar y recuperar la situación emocional postaborto. Respecto a esto último no especifica ni da indicaciones acerca del tratamiento particular sino sólo de forma general. Dado que:

(...) Las mujeres que intentan resolver el problema de un embarazo no deseado pueden sentirse en una posición de vulnerabilidad. Necesitan ser tratadas con respeto y comprensión. Por lo tanto, las/as profesionales deber ser apoyo para la mujer y brindarle de tal modo que puedan entenderla y recordarla, y pueda así tomar la decisión de abortar o no, dentro de lo permitido por ley, libre de inducción, coerción o discriminación (OMS en Rodríguez Armario et al., 2019, p. 31).

A pesar que se observa la importancia del acompañamiento emocional en el protocolo español, y que es una herramienta primordial para la prevención y promoción de la salud de la persona usuaria, no se mencionan cuestiones vinculadas a la SM o a factores de riesgo a atender, sino que debe ser realizado por todas las personas que integran el equipo médico, o sea por toda persona que entre en contacto con la mujer usuaria. El protocolo más bien se focaliza en explorar los elementos para la anamnesis, en la necesidad de comprobar si se cumplen o no los requisitos legales y si se ha firmado el/los consentimientos/s necesarios, pero no hace mención alguna sobre cómo realizar el acompañamiento ni emocional ni psicológico.

En el diseño de lineamientos para el aborto seguro [AS] (Ministerio de salud. México, 2022) realizado en México por el Centro Nacional de Equidad de Género y el programa de Acción específico de Salud Sexual y Reproductiva siguen las recomendaciones de la OMS 2022 respecto a la atención integral del aborto. Al ser caracterizado como un servicio esencial, los lineamientos están dirigidos a todo el personal de salud siendo estos una estrategia fundamental para brindar una atención de calidad y humana.

Esto implica que, para que todos los abortos que se atienden sean seguros, deberán ser oportunos y confiables, utilizar tecnologías disponibles para la atención ambulatoria (medicamentos y aspiración endouterina), llevarse a cabo por *personal capacitado*, realizarse en ambientes apropiados e incluir una consejería sobre los procedimientos disponibles y los métodos anticonceptivos, basada en información científica y respetuosa de los principios de equidad, no discriminación y libre de estigmas. La oferta de servicios está centrada en las usuarias, considera sus preferencias y fomenta su participación activa en la toma de decisiones. Los principios de dignidad, autonomía, igualdad, confidencialidad, comunicación, apoyo social, la red de cuidados y condiciones de confianza, son fundamentales en la provisión de servicios de aborto seguro (Ministerio de Salud. México, 2022, p.9).

En este documento se establecen los criterios básicos para la atención en las unidades de salud, y poseen el de que las personas usuarias obtengan una atención oportuna, de calidad, resolutive e integral. Asimismo, plantea la atención del aborto como una intervención terapéutica que incluye la protección a un estado de bienestar físico, mental y social (op. cit).

Los momentos en la atención del AS están basados en el modelo de consejería¹⁰ y se compone de cuatro puntos. Uno de ellos, habla específicamente del acompañamiento emocional y la escucha empática; éste establece que la comunicación del personal de salud debe basarse en la *comprensión, la escucha atenta y el respeto* para promover la libre comunicación de la usuaria validando sus sentimientos e inquietudes (op. cit). Si bien plantea la utilización de recursos que se adapten a la persona, tal cual propone el modelo de consejería, como así también plantea establecer una relación horizontal entre el personal de salud y la usuaria, no se brindan recursos y herramientas específicas para realizar el acompañamiento de los abortos seguros. Se menciona que:

(...) La interacción con la persona usuaria deberá ocurrir en forma flexible y adaptada a la situación y utilizar recursos que se adapten a ella. Este intercambio permite hacer preguntas a la usuaria sobre la información recibida con el objetivo de transmitirle que se están tomando en cuenta sus preocupaciones y dudas sobre el procedimiento. Se recomienda el uso de un lenguaje claro y comprensible, evitando simplificar o minimizar los hechos y cuidando el uso de tecnicismos o de palabras que no se adapten a su comprensión (Ministerio de Salud. México, 2022, p.50).

En los lineamientos (Ministerio de Salud. México, 2022) se caracteriza a la práctica aborto como una experiencia emocional, que tal como lo indican la mayoría de los estudios que relacionan emociones y aborto, pasan de sentimientos como el temor y la tristeza al sentimiento de alivio luego de la realización del mismo. Pero se advierte que este proceso emocional no debe ni ser estigmatizado ni confundido con algún trastorno del afecto, sino que lo sitúa como parte de la adaptación ante *una situación que de persé puede ser estresante como cualquier otro procedimiento clínico*. También menciona al contexto social donde ocurre como un factor estresante. Y advierte que “el personal de salud debe tener en cuenta los factores de riesgo o condiciones de salud mental previos, que en algunos casos pueden estar asociados a experiencias de abuso o violencia” (p. 41).

El protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE) en la Argentina (Ministerio de Salud. Argentina, 2022) plantea un

¹⁰ La OMS define la consejería ,como un proceso dirigido e interactivo a través del cual la usuaria recibe voluntariamente apoyo, información y orientación de una persona capacitada, en un entorno propicio para compartir maneras de pensar, sensaciones y percepciones en torno al procedimiento de aborto seguro.

proceso de atención integral similar al que plantean los lineamientos para AS del Ministerio de Salud de México. Los efectores de salud son los encargados de generar las condiciones propicias para brindar el servicio a la persona usuaria.

Respecto a nuestro trabajo, este se delimita a la interrupción voluntaria del embarazo hasta semana 12 (doce), inclusive, realizada con medicamentos y de forma ambulatoria. El equipo integral de salud encargado de la atención, estaría integrado tanto por profesionales de la medicina, la psicología, enfermería, entre otras profesiones. La atención que se brinda en modalidad de Consejería, se focaliza en la recepción de la persona solicitante del espacio para el acompañamiento de la toma de decisión sobre la IVE.

Partimos nuestro análisis desde el momento en que la persona ya ha tomado la decisión de interrumpir su embarazo. Para eso nos detendremos en la entrevista y más específicamente en los siguientes puntos del flujograma pertenecientes al actual protocolo (Ministerio de Salud. Argentina, 2022). Nuestro interés es indagar cómo se configura el acompañamiento de los efectores de salud, y específicamente cuales, si es que los hay, son recursos e intervenciones psicológicas plausibles a ser utilizadas en dicho acompañamiento.

Consideramos pertinente al área de la salud mental los siguientes puntos -no excluyentes de otras disciplinas: (op cit, p.52):

- Informar sobre el derecho al acceso a IVE/ILE y los pasos para su cumplimiento.
- Informar los derechos en la atención de la salud (art. 5, Ley 27.610).
- Detallar los procedimientos posibles y acordes a la edad gestacional para la interrupción del embarazo.
- Explorar sobre la red de apoyo con que cuenta la persona.
- Ofrecer y realizar una derivación asistida ante situaciones de violencia de género, violencia sexual, si la persona lo requiere.
- Informar y ofrecer atención posaborto inmediata, incluyendo anticonceptivos de larga duración”

El protocolo indica que la entrevista debe realizarse en un ambiente de garantía de privacidad y confidencialidad, en la cual se debe ofrecer contención, comodidad, una escucha atenta y sin interrupciones en el relato de la usuaria. En dicha entrevista se debe detectar y trabajar sobre

eventuales ambivalencias, temores que muchas veces están relacionados a historias de abortos inseguros.

Dentro de la anamnesis el punto en el cual se indaga la red de contención de la persona, la detección de signos que den cuenta de situaciones de violencia o consumo problemático y/o la discapacidad intelectual/psicosocial, es denominado *situación psicosocial*. Es en este punto de la anamnesis que se pondera si es o no pertinente la realización de una interconsulta con los servicios de salud mental y/o social.

En el manejo de embarazos hasta las 12 (doce) semanas con medicación práctica extendida, segura y eficaz, se espera que el equipo interviniente:

- Brinde la consejería previa para que pueda decidir realizarlo de esa forma.
- Garantice a la persona la medicación necesaria para el procedimiento, incluyendo analgésicos.
- Corrobore que comprenda las consignas y las pautas de alarma.
- Evalúe que no presente comorbilidades que pudieran poner en riesgo su salud.
- Cumplimente todos los requisitos administrativos: confección de la historia clínica, consentimiento informado y declaración jurada en caso de violación.
- Ofrezca visitas de seguimiento posaborto. (op cit. p.66).

Se propone el establecimiento de un *vínculo personalizado* entre la persona y el equipo que asiste, para en caso de solicitar ayuda, tenga referentes a quienes realizar las consultas dudas o inconvenientes. En el proceso de seguimiento y atención posaborto, el protocolo hace mención que en el caso que la usuaria opte por una vista se hará a los 7 (siete) a 14 (catorce) días posteriores, una vez que se haya concluido con el proceso de expulsión. Y aclara que puede resultar importante una consulta antes del tiempo para brindar contención y acompañamiento si así fuese.

Tanto en el protocolo argentino como en el diseño de lineamientos para abortos seguros mexicanos se plantea una atención integral frente a la IVE, pero no hallamos especificaciones en lo que respecta a intervenciones psicológicas. Si bien tiene en cuenta la SM previa al evento aborto de la persona usuaria de la IVE y/o los indicadores de violencia de género que pudiera estar atravesando, como así también la detención de la red de apoyo, no dan cuenta de cómo

esta información podría ser detectada, recolectada y utilizada a fin de servir como guía a los efectores de salud, y en especial a los profesionales de la SM.

Respecto al diseño de una intervención psicológica orientada a las necesidades para mujeres chinas que se someten a un aborto (Wang et al., 2022), realizado con el objetivo de promover el bienestar psicológico en la IVE, encontramos una posible coordenada respecto a cómo pueden pensarse intervenciones específicas en IVE. Este estudio posee el objetivo de lograr un cambio en el comportamiento de la persona que accede al IVE y posee un enfoque iterativo de 5 (cinco) pasos¹¹ que están basados en el mapeo para determinar el diseño de la intervención. En el primer paso se realizaron entrevistas a 14 (catorce) mujeres chinas para evaluar los factores estresantes de la vida real como así también la necesidad de apoyo. En el segundo paso se utilizó la discusión de un grupo focal con los proveedores de la atención médica para poder identificar los factores estresantes modificables que daban como respuestas resultados psicológicos negativos. En el tercer y cuarto paso se determinaron e integraron estrategias específicas para eliminar y/o reducir los posibles estresores modificables. Estos pasos se realizaron mediante entrevistas en profundidad y el Modelo Transaccional del Estrés y Afrontamiento. Las estrategias halladas fueron: *el apoyo institucional, el apoyo informativo y la comunicación oportuna.* (op. cit).

El diseño de la intervención específica se denominada, *STress-and-coping suppoRT* (START) y pone en articulación e interacción 4 componentes, 1) primera cita presencial 2) ofrecer folletos impresos con información sobre el aborto, el cuidado personal y el manejo de las emociones y las relaciones íntimas, 3) acceso a página de servicio público con la misma información que el folleto, 4) línea telefónica directa.

Enfocándonos en los *factores de riesgo (estresores)* en la atención durante el aborto, en este diseño aparecen principalmente: I) las *preocupaciones* sobre el procedimiento del aborto (dolor y síntomas de sangrados); II) la posibilidad de que se repita un embarazo no deseado o un aborto. *En los factores protectores (necesidades)* aparecen: I) servicios de abortos seguros y bien administrados; II) la explicación elaborada sobre la práctica del aborto, iii) la educación adecuada sobre el alta; IV) el apoyo continuo para lidiar con emociones negativas y manejar las relaciones íntimas, V) la ayuda para desarrollar habilidades para la vida a fin de evitar situaciones similares,

¹¹Los 5 (cinco) pasos están destinados a realizar una evaluación de las necesidades o el análisis de problemas identificables que deben cambiarse. Luego se procede a crear matrices de objetivos de cambio para seleccionar los determinantes que requieren de intervenciones específicas, y así organizar las aplicaciones prácticas e involucrar a los usuarios de la intervención (op.cit). Entre los factores estresantes y las necesidades de las mujeres, se encontraron de forma constante las necesidades de apoyo emocional, mantener el aborto en secreto y en un contexto no prejuicioso que no estigmatice los abortos.

VI) un contexto sociocultural aceptado por el aborto, VII) el entorno clínico confidencial y sin prejuicios.

Según esta investigación se allana el terreno para abordar las necesidades psicológicas de las mujeres que experimentan un aborto. Estas se enmarcan en el desarrollo de intervenciones de promoción de la salud a medida (op.cit).

El estudio llega a la siguiente conclusión:

(...) La intervención desarrollada (denominada START) es una intervención compleja que combina múltiples componentes que se impartieron de diversas maneras (es decir, una consulta en persona, un folleto impreso, una página de perfil público basada en WeChat y una línea directa). Estudios previos establecieron que un enfoque de múltiples componentes y la integración de la tecnología son formas eficientes de realizar intervenciones de salud mental. Por las razones anteriores, creemos que es razonable esperar que START pueda generar un cierto efecto en los resultados de salud psicológica de las mujeres (Wang et al., 2022, p. 9).

Según este estudio, esta sería la primera exploración sobre las experiencias de aborto desde una perspectiva del estrés y afrontamiento, que tiene como base la utilización de TSC en su base teórica. En esta investigación se identifican tanto factores estresantes como diversas necesidades de apoyo. Estas últimas cambian según el eje temporal en la edad gestacional. El modo en el cual la persona afronte el evento será predictor de la capacidad de amortiguación del estrés. La coincidencia entre las necesidades prioritarias de la persona y el tipo de apoyo brindado resulta ser de gran efectividad para afrontar la IVE y ayudar al bienestar psicológico de la persona usuaria (Wang et al., 2022).

Este diseño de intervención el cual toma como eje al Modelo Transaccional del Estrés y Afrontamiento, teoría proveniente de la psicología, el cual nos brinda de alguna manera un ejemplo concreto de cómo los saberes de la psicología y sus distintas vertientes pueden en un futuro dar cuenta de herramientas que viabilicen la promoción y la prevención de la SM y la SSyR de las personas que acceden a la IVE.

Área de vacancia

A partir del recorte realizado y teniendo en cuenta las diferencias socioculturales, así como también las diversas situaciones legales referentes a la IVE, podemos encontrar similitudes y diferencias en los distintos abordajes; algunos con una inclinación al modelo de atención biomédico y otros con características que entrarían dentro del modelo de atención biopsicosocial, ya que la variable psicológica forma parte del abordaje en IVE. Aun así, los abordajes del área psicosocial plantean generalidades en el procedimiento y sin especificidades para el ámbito de la psicología.

El acompañamiento emocional, el vínculo personalizado, la contención y el fortalecimiento de la autonomía -entre otros principios o conceptos- son dirigidos a todo el equipo de salud interviniente. Sin embargo, no se hacen menciones específicas respecto a las intervenciones psicológicas que podrían dar sustento a dichos principios. Como así tampoco esclarecer cuál es el acompañamiento psicológico que necesita cada persona usuaria. Entonces y retomando nuestras preguntas de investigación, ¿podría realizarse algún esbozo de un conjunto mínimo de intervenciones preventivas de dificultades en la salud mental, sexual y reproductiva, en las personas que optan por la IVE? Aún más ¿puede tener lugar la promoción de la salud en estos casos? Iremos respondiendo a tales interrogantes, en los capítulos restantes.

CAPÍTULO III

Ideas clave sobre posibles intervenciones psicológicas en IVE

Al preguntarnos inicialmente sobre intervenciones específicas y preventivas que puedan brindar un profesional de la SM en el acceso a la IVE, consideramos en primer lugar al *modo de afrontamiento* de la persona, como una herramienta psicológica a utilizar y/o fortalecer para promocionar la SM y prevenir futuras complicaciones. El fortalecimiento de los modos de afrontamiento estará dado a partir de la indagación de las RS sobre el aborto y con ellas, sus correlativas emociones, cogniciones y conductas atribuidas a la práctica intentando un tránsito más favorable hacia la IVE. Por otro lado, a partir de la identificación de la red social personal y con ella, el apoyo emocional que necesita la persona usuaria abonaremos a dicho fortalecimiento. Es decir, intentar localizar aquel vínculo poder medio del cual, puede ejecutarse tal función primordial.

Por otro lado, la identificación de sintomatología previa psicopatológica -si es que la hubiere- para realizar intervenciones más personalizadas que equilibren o amortigüen la demanda de la IVE con relación a la percepción y posibilidad de recursos de la persona usuaria, para el tránsito de la IVE. Si comprendemos las necesidades de cada persona usuaria, sabremos cómo intervenir apropiadamente.

Los factores de riesgo que hallados en la SM de la persona usuaria de la IVE y que podrían ser atenuados mediante intervenciones psicológicas mínimas son: las representaciones sociales [RS] del aborto como estigma, la falta o la escasa red social de apoyo y la presencia de sintomatología previa al evento IVE, sobre todo ansiedad o depresión y de ser el caso, derivar al profesional pertinente no en función de la IVE si no en función del espectro psicopatológico previo. Por lo tanto, argumentamos desde la psicología de la salud y desde psicología social comunitaria que existen herramientas y recursos que podrían ser pensados a modo de fortalecer el afrontamiento, ofreciendo un vínculo personalizado a medida de las necesidades de cada persona.

Entendemos que a partir del actual protocolo (Ministerio de Salud. Argentina, 2022) que la evaluación clínica es crucial para la prevención y promoción de la SSyR como también de la SM. Nos centraremos en ella, ya que consideramos que es un área de vacancia que podría ser abordada, pensada y teorizada por la psicología. Con el fin de brindar lineamientos posibles y/o

un conjunto mínimo y no suficiente de intervenciones psicológicas que podrían ser consideradas por los y las profesionales de la SM.

En la anamnesis, hemos señalado, figura la situación psicosocial, punto en el cual se indaga la red de contención de la persona usuaria de la IVE que puede ir desde algún familiar, la pareja o personas de su medio social. Otras cuestiones que proponen es considerar si la persona ha sido víctima de violencia, si presenta consumo problemático de sustancias, o que se trate de una persona con discapacidad intelectual/psicosocial. Y de ser identificada alguna de las nombradas situaciones por el equipo de salud se pondera que la persona realice “una interconsulta con los servicios de salud mental y/o social” (Ministerio de Salud. Argentina, 2022, p.58).

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 de la República Argentina, se direcciona hacia una definición del *padecimiento mental* establecido como “todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como situaciones más prolongadas de padecimientos incluyendo trastornos y/o enfermedades” (citado en Faraone, 2013, p.30). La autora, vincula el sufrimiento psíquico con el tejido social, entendiendo el padecimiento “no restringido a la noción de enfermedad-trastorno-discapacidad (...) sino a la propia relación del sujeto (incorporando su punto de vista) con lo social y lo cultural” (p 36). Leemos la “situación psicosocial” enmarcada dentro del concepto de padecimiento mental y atendemos a todas las formas de sufrimiento que podamos identificar definiéndose como transitorias, no permanentes y plausibles de ser intervenidas a partir de la interdisciplinariedad.

Entonces, es posible plantear un conjunto de intervenciones mínimas razonadas a la hora de indagar en la situación psicosocial de la persona usuaria, ya que es un punto fundamental para reconocer los posibles factores de riesgo y aquellos protectores de la persona que transita la IVE. Cabe preguntarnos si podrían servir éstos como indicadores para el diseño de acciones terapéuticas, como así también cuáles de éstos podrían ser traducidos de amenazas a oportunidades o bien cómo identificar y/o generar factores protectores en el transcurso del proceso.

Entendemos, desde la Teoría Transaccional y Afrontamiento, a los factores protectores como respuestas cognitivas o comportamentales que reducen el estrés y, por lo tanto, fortalecen los modos de afrontamiento. Teniendo en cuenta esto último ensayaremos intervenciones posibles para identificar dichos factores y mitigarlos o visualizarlos a favor de la persona usuaria. Siempre partiendo de la hipótesis en la cual la persona ya ha tomado la decisión de interrumpir su embarazo y así ensayar o conjeturar la posibilidad de brindar intervenciones psicológicas para

dicho fin. Consideramos que el marco teórico (la psicología de la salud y la psicología social comunitaria) elegido nos sirve a nuestro propósito, pues a través de él, creemos poder identificar factores de riesgo y protectores para intervenir. Dicha identificación está direccionada a atenuar las demandas percibidas del ambiente y/o el evento IVE, con el objetivo de fortalecer si esto fuese necesario, las estrategias de afrontamiento para su atravesamiento.

Para la prevención y promoción de la SM y SSyR de la persona usuaria de la IVE en la atención primaria de la salud, son necesarias intervenciones que atiendan especificidades de cada problemática desde un enfoque integral. Tal cual plantea el actual protocolo (Ministerio de Salud. Argentina, 2022), y leyendo al mismo desde modelo biopsicosocial, atender a todas las variables intervinientes, facilitando la lucha contra las condiciones que limitan la vida (Ferrandini, 2011). En este caso luchar contra las limitaciones en el acceso de la IVE o mitigar consecuencias que provienen de cogniciones o emociones modeladas por ciertas RS. Así como también favorecer a que el tránsito por la IVE, sea también una puerta de acceso a la SM, ya que la APS se erige como tal, identificar problemáticas previas que puedan ser atendidas y prevenir futuras complicaciones. Desde la psicología social comunitaria, planteamos a la red social de apoyo o a la creación de dispositivos de acompañamientos como factores que protegen y promocionan la SM, posibilitando la atención integral y sin descuidar las especificidades y aportes singulares de cada disciplina.

Las variables descritas en el capítulo I y caracterizadas como potenciales factores de riesgo - las RS sobre el aborto como estigma, la falta de red de apoyo social y acompañamiento emocional, la detención de sintomatología previa y no vinculada a la IVE - serán articuladas con las variables descritas en el capítulo II - RS sobre el aborto como derecho, red social de apoyo y dispositivos de acompañamiento, modos de afrontamiento ante un evento estresante y estado de SM previo a la IVE. Estas últimas han sido desgranadas de los modelos de atención en salud, protocolos y guías de acompañamiento en IVE.

Estamos en momento de exponer a modo argumentativo un conjunto mínimo y no suficientes de intervenciones psicológicas específicas para mejorar la atención en salud integral en IVE, con el objetivo principal de fortalecer los modos o estrategias de afrontamiento para su tránsito. Desde el modelo en atención de Consejería, se propone el establecimiento de un vínculo de confianza para garantizar el despliegue de la autonomía y de los recursos propios de la persona. Es por eso que *la identificación de RS sobre el aborto, la red social de apoyo y la identificación de sintomatología previa*, nos servirán de guías para distinguir cuales son los factores protectores con los que cuenta la persona y potenciarlos y cuáles son los factores de riesgos posibles de ser intervenidos con recursos provenientes de la psicología, como por ejemplo, la detención de

sintomatología en SM, la psicoeducación, la psicoprofilaxis y la educación sexual integral, la identificación de necesidades y recursos de la persona, herramientas fundamentales para fortalecer el afrontamiento.

Intervenciones mínimas y fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento

A partir de la toma de decisión por parte de la persona de interrumpir voluntariamente el embarazo, identificamos la *situación psicosocial* situada dentro de la anamnesis en el protocolo IVE (Ministerio de Salud. Argentina, 2022), como punto posible de ser atendido particularmente por la disciplina psicológica. Utilizamos el modelo de **triaje** para establecer y especificar que la IVE es una situación que requiere celeridad y urgencia en su tratamiento, y de que ningún modo debe dilatarse o prolongarse la intervención una vez decidida la interrupción. Con la idea de separar, distinguir e identificar dentro de la urgencia que requiere la IVE factores de riesgos que pudieran afectar el tránsito por dicha intervención y visibilizar los factores protectores como recursos en su afrontamiento.

Es necesario aclarar que la *triaje* requiere ser realizada dentro del marco de lo establecido en el Protocolo vigente (Ministerio de Salud. Argentina, 2022), lo que implicaría la identificación de ciertos factores de riesgo, anteriormente mencionados, con fines preventivos y de promoción de la SSyR y la SM. A fin de disminuir el padecimiento o sufrimiento mental a la hora de transitar la IVE.

La *evaluación y diagnóstico psicológico* es hoy un proceso de toma de decisiones, de intervención preventiva y de intervención terapéutica breve. Se ha redimensionado sustancialmente con relación al inicial Psicodiagnóstico clásico. (...). Si bien mantiene el objetivo de identificar déficit y/o psicopatología, se propone valorar el capital psíquico con que cuenta el sujeto (Contini, 2018, p. 6). En la evaluación de la "situación psicosocial" podríamos plantear desde el área de la psicología, herramientas que faciliten y datos que sustenten intervenciones específicas breves. Estas serían pertinentes de ser llevadas a cabo por un profesional de la SM.

Propondremos de esta manera una serie de intervenciones mínimas para abordar desde la SM la "situación psicosocial" de la persona usuaria de la IVE:

- 1) *Identificar la posible existencia de patologías mentales y/o sintomatología ansiosa-depresiva previas y no vinculadas a la IVE.*

Objetivo: generar herramientas adecuadas para el afrontamiento y sugerir derivación a los servicios de SM o en consultoría posaborto en caso de ser necesario.

Recurso: Inventario SCL90 (Casullo & Pérez, 2008)

Seleccionamos el siguiente inventario de síntomas SCL-90-R de Derogatis, adaptado por Casullo y Pérez (2008), desarrollado para evaluar patrones de síntomas. Dejamos a criterio de cada profesional la suma de cualquier otra herramienta válida¹² para la identificación de una posible existencia de patologías mentales y o sintomatología significativas previas y no vinculadas a la IVE. El inventario puede ser utilizado tanto como diagnóstico clínico como en tareas comunitarias. Se trata de la implementación de 90 (noventa)¹³ ítems que no llevarían más de 15 minutos de ser contestados (op.cit). El inventario está destinado, en términos generales, a personas que han realizado la escolaridad primaria y aclara que en caso de que el sujeto de cuenta de dificultades lectoras, la lectura de los ítems pueda ser realizada en voz alta. La persona debe responder en función a como se ha sentido en los 7 (siete) días posteriores e incluyendo el día en que se realiza el inventario. “Este inventario es aplicable a personas entre 13 a 65 años e indican que las personas con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico, son malos candidatos para responder” (Casullo & Pérez, 2008, p.1).

Con fines argumentativos, exponemos la necesidad de llevar a cabo investigaciones que den cuenta fehacientemente de la confiabilidad y validez de la aplicación de este u otro tipo de test dentro del Protocolo IVE. Acentuamos la necesidad de herramientas de evaluación del estado previo de la SM de la persona usuaria de la IVE, a fin de generar herramientas preventivas en la atención durante la IVE como en la atención posaborto.

- 2) *Identificar a partir de la entrevista clínica, RS sobre el aborto y emociones vinculadas al procedimiento de la IVE con métodos medicamentosos, que puedan resultar factores de riesgo para la persona usuaria de la IVE.*

Objetivo: brindar información científica sobre el la práctica- aborto desde la perspectiva de derechos.

¹² Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), las 2 escalas de cribado de síntomas ansiosos y depresivos (Anx5 y Dep5), la escala para síntomas mixtos depresivos-ansiosos de Melgar

¹³ ver ítems en referencias bibliográficas

Recursos: Educación Sexual Integral desde una perspectiva en salud. Psicoeducación y psicoprofilaxis.

Al identificar como uno de los posibles estresores de la IVE, las RS del aborto como estigma social nos parece importante indagar cuales son las RS acerca de la práctica-aborto que posee la persona. Ya que podría ser útil a la hora de derribar mitos y/o falsas creencias y así enfatizar sobre la RS del aborto desde la perspectiva de derechos.

Las RS son la intersección entre lo social y psicológico, por lo tanto, una forma de conocimiento social que orientan a interpretar y pensar la realidad cotidiana. Una actividad de construcción y reconstrucción (Jodelet, 1986). Considerando a las RS como un devenir, o sea que tienen lugar en un proceso de elaboración cognitiva y simbólica y que orientarán comportamientos, podemos pensar que dependiendo cuales sean la RS sobre el aborto, estas puedan resultar un factor protector o de riesgo para la persona. Las RS sobre el aborto como estigma, pueden contener cogniciones, emociones y conductas que vayan en detrimento de la capacidad o modo de afrontamiento de la persona usuaria de la IVE. Considerando la Consejería como modelo de atención propicio a reflexionar e intercambiar ideas sobre las RS sobre el aborto y tomando dentro de: “las características fundamentales de las RS su carácter constructivo, de ser intercambiables y tener un carácter autónomo y creativo” (Jodelet, 1986, p.478), la posibilidad de habilitar las RS desde una perspectiva de derechos posibilita a transformarla de amenaza en oportunidades, ya que funcionarían como factor protector para la SM y la SSy R. De este modo las RS sobre la IVE como derecho poseen significados, emociones y poder de agenciamiento sobre la persona que van en eje con los principios del Protocolo, fortalecimiento de la autonomía, respecto y dignidad en el tratamiento.

Como venimos analizando, el objeto práctica-aborto a pesar de su legalización, es aún un territorio donde se disputan diferentes RS de dicha práctica, consideramos necesario indagar acerca de las RS que la persona usuaria ha construido y socializado sobre el aborto. Esto podría ser útil a la hora de elaborar estrategias de afrontamiento. Teniendo en cuenta que cada persona construye sus representaciones desde sus matrices de aprendizaje, su contexto socioeconómico, su acceso a la educación y a la Educación Sexual Integral y sobre todo desde ciertas RS, creemos fundamental revisar, discutir y reflexionar sobre las mismas, a fines preventivos y de promoción de la salud.

Las experiencias de la vida cotidiana conforman la base material de las RS, facilitan la elaboración de las resonancias positivas y/o negativas de la misma y de las relaciones

que en ella se despliegan” (Jodelet, 2006). La vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada y objetivada a partir de las relaciones intersubjetivas (Berger & Luckmann, 1966) y se constituye a partir de las particularidades espacio-temporales y del carácter activo del sujeto en la determinación de su propio desarrollo y de los procesos sociales. En este sentido, las RS constituyen una explicación o teoría social que los sujetos, como parte de un colectivo, construyen sobre aspectos de esa vida cotidiana que les permiten definirla e interactuar en ella. Es decir, son una “totalidad significativa contextualizada”(Jodelet, 2003: 118) que abarca el contenido de lo representado y la identificación y definición del grupo que construye esa representación (Seidmann et al., 2014, p. 4).

Enmarcados en el derecho, la ESI (Ley N° 26.150, 2006) puede articularse con la Psicoeducación y la Educación para la Salud, de modo tal de transformar ciertas RS estigmatizantes en RS que adquieran el valor que la Ley admite y un ejercicio de derecho para quién lo solicite. O sea, que las cogniciones, comportamientos y emociones alrededor de la práctica-aborto tengan un espacio de reflexión, de diálogo a fin de proteger la SM de la persona que accede a la IVE. Y que mediante información científica puedan evacuar dudas a modo tal de lograr un mejor afrontamiento en relación al procedimiento de la IVE.

En relación al modo de afrontamiento de la IVE, resulta interesante la psicoeducación y dentro de ella la psicoprofilaxis como herramientas para intervenir y si fuese necesario adecuar, equilibrar o mejorar las estrategias de afrontamientos respecto a las demandas reales o percibidas del ambiente. La psicoprofilaxis tiene un objetivo preventivo que consiste en evitar que la situación de la intervención quirúrgica devenga traumática para el psiquismo de la persona afectada. El miedo que provoca el acto quirúrgico en sí mismo o a no despertar de la anestesia, entre otros. “Este estado de estrés psicológico puede derivar en complicaciones durante la intervención o en la recuperación posterior a ella” (Laham, 2010, p. 8).

Si bien nuestro marco de atención dentro de la IVE, se focaliza en los abortos medicamentosos con tratamiento ambulatorio, nos parece pertinente dada la intervención y síntomas físicos que puede ocasionar la interrupción de un embarazo, tales como sangrado, fiebre, dolores

abdominales, entre otros, la posibilidad de brindar y/o reforzar información científica y adecuada sobre el proceso para un mejor afrontamiento a la hora de realizar el procedimiento.

La información preparatoria tiene entonces efectos abrumadoramente positivos en los pacientes quirúrgicos. La mayor parte de las intervenciones para una cirugía consisten en brindar información acerca de los procedimientos y sensaciones que pueden esperarse. Los pacientes preparados suelen tener menor malestar emocional, recuperarse más rápidamente y abandonar pronto el hospital (Laham, 2010, p.9).

(...) Es importante notar que las intervenciones previas también son útiles para ayudar a pacientes que deben afrontar tratamientos médicos invasivos y estresantes, en lugar de cirugías, tales como endoscopias esofagogastroduodenal, partos, manejo de úlceras pépticas, quimioterapias, radioterapias, histerectomías, cateterización cardíaca, rectosigmoidoscopia, etc.

(...) Entre las intervenciones posibles, se mencionan la información, la relajación y las intervenciones cognitivo-conductuales como los medios útiles para reducir la ansiedad, mejorar el afrontamiento y facilitar la recuperación” (Taylor citado en Laham, 2010, p.10).

La psicoprofilaxis se orienta a reducir efectos eventualmente adversos para el psiquismo y así facilitar su recuperación bio-psico-social. A este respecto: “Las emociones más comunes que se presentan son la angustia, ansiedad, negación, insomnio, miedos básicos y preocupaciones” (Laham, 2010, p11).

Estos lineamientos e intervenciones psicológicas apuntan a mejorar el afrontamiento para la IVE. De modo tal que la demanda del ambiente no supere los recursos percibidos por la persona usuaria (Rodríguez et al., 2017). Entre los factores que interactúan respecto a la magnitud de la ansiedad, la reacción predominante frente a la intervención quirúrgica, son los estilos de enfrentamiento (coping) de la ansiedad. En la cual el profesional de la salud, no debiera

subestimar la valoración de la intervención por parte de él/la paciente, ya que una personalidad débilmente estructurada se encuentra emocionalmente más vulnerable (Laham, 2010).

La psicoprofilaxis respecto a la IVE realizada con medicamentos podrían servir como factor protector y preventivo a la SM, ya que evalúa la ansiedad preoperatoria que en nuestro caso sería la ansiedad pre-intervención conveniente atender.

“Las técnicas de afrontamiento cognitivo, son propuestas de la psicoprofilaxis, que implica preparar y ayudar al paciente a identificar sus miedos y preocupaciones referidas a la cirugía, e intentar eliminarlos o modularlos según las variables de su personalidad” (Laham, 2010, p. 18). De esta manera consideramos que las herramientas de la psicoprofilaxis pueden servir a fin de identificar emociones que puedan resultar factores de riesgo para la persona y/o generar mayor estrés a la hora de realizar la IVE. Al identificar dichas emociones, mediante la psicoeducación abordarlas a fin de reducir, mitigar complicaciones en la IVE.

3) *Identificar la red de apoyo social percibida y el apoyo emocional necesitado por la persona usuaria de la IVE.*

Objetivo: visibilizar la red de apoyo favorable para el tránsito de la IVE a la hora de pensar intervenciones mínimas.

Recursos: la realización de un mapa que dé cuenta de la “red social personal” de la persona usuaria de la IVE y la identificación de acompañantes adecuados para el tránsito de la IVE.

La red social personal, es definida por Sluzki (1996) como: “(...) la suma de relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad” (p. 42) puede ser registrada en forma de mapa mínimo y eso incluye a las personas con las que interactúa un sujeto.

La propuesta de sistematización se realiza en cuatro cuadrantes: familia, amistades, relaciones laborales /escolares, relaciones comunitarias o de servicio (incluye los servicios de salud) o de credo. Las áreas que se inscriben son, un círculo interior de relaciones íntimas (familiares directos con contacto cotidianos, y amigos cercanos), un círculo intermedio de relaciones personales con menos grado de compromiso (relaciones sociales o profesionales, pero sin intimidad, denominados “amigos sociales”) y un círculo externo de conocidos y relaciones ocasionales (conocidos de trabajo, escuela, vecinos, familiares lejanos, etc.) (Sluzki, 1996, p. 43).

Por lo tanto, el conjunto de habitantes de ese mapa mínimo, o vínculos si se traza líneas entre los puntos, constituye según el autor un registro estático del momento que se releva o de algún momento del pasado constituido por el informante (Figura 2. Mapa Red en Sluzki, 1996, p. 44).

Las funciones de la red implican identificar el intercambio interpersonal y éstas pueden ir, desde la compañía social, el apoyo emocional, la guía cognitiva y consejos, la regulación social, la ayuda material y de servicios y el acceso a nuevos contactos.

Nos interesa en especial la definición del apoyo emocional según Sluzki (1996), ya que consideramos que para el tránsito de la IVE se debería poder contactar con personas o vínculos favorables que establecieran dicha función como factor protector de la persona usuaria de la IVE.

(...) el apoyo emocional, es decir, intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo; es el poder contar con la resonancia emocional y la buena voluntad de otro; es el tipo de función característica de las amistades íntimas y las relaciones familiares cercanas con un nivel bajo de ambivalencia; para subrayar la diferencia entre esta función y la anterior, algunos autores diferencian entre “interactores frecuentes” y “relaciones de intimidad” (p. 50).

La propuesta consiste en diseñar desde la recolección de datos, la identificación respecto de que la persona reciba acompañamiento adecuado a sus necesidades. Y para eso visualizar las personas que pudieran acompañarla emocionalmente durante la IVE, o asignar dentro de lo que pauta el ya mencionado protocolo a una persona del servicio que sirva de referencia para llevar a cabo acompañamiento telefónico o de forma personalizada.

Conclusiones

Hemos caracterizado a la interrupción voluntaria del embarazo como un problema social y más específicamente cómo un problema de salud pública, el cual compromete al conjunto de la sociedad a movilizar recursos para su abordaje integral.

Resultado de ello, al analizar el actual protocolo IVE, cuyo destinatario es el equipo integral de salud, nos encontramos sin especificaciones acerca del acompañamiento psicológico. Y si bien queda en claro que la atención integral apunta a que se respete la autonomía y los derechos de las personas solicitantes de la IVE y para eso es necesario el abordaje de las diferentes dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y éticas que componen la temática, llama la atención tal hallazgo.

Con el fin de destacar y sugerir cuales podrían ser los aportes de la psicología para mejoramiento de la salud mental de la persona que solicita el acceso a la IVE, nos propusimos leer la experiencia IVE tanto desde la psicología de la salud, como de la psicología social comunitaria.

Con el propósito de contribuir a la prevención y promoción de la salud mental, nos abocamos a la identificación de diferentes potenciales factores de riesgos y protectores que se pudieran inferir en la experiencia de la persona que accede a la IVE. Identificamos y describimos los modelos de atención que podrían estar en funcionamiento en los diferentes equipos de atención integral y analizamos específicamente el modelo de atención en consejería propuesto en el protocolo IVE.

Con el objetivo de identificar ciertas continuidades, coincidencias y alternativas en las intervenciones IVE, nos dedicamos al análisis de otros materiales, no solo aquellos limitados a los instituidos en protocolos y guías sino también a las prácticas comunitarias que han forjado saberes en la *praxis* misma. Así hemos encontrado valiosos conocimientos que pueden ser traducidos a intervenciones específicas a la hora de abordar la IVE.

A nuestras preguntas de si existe un conjunto mínimo- de intervenciones específicas del profesional de la salud mental en la IVE, consideramos que la trayectoria de distintas subdisciplinas o áreas de la psicología poseen intervenciones específicas para prevenir y promocionar la salud mental de la persona usuaria de la IVE. Teniendo como guía principal los principios rectores del protocolo (trato digno, privacidad y confiabilidad, autonomía de la voluntad, acceso a la información y calidad, y a partir del conocimiento científico elaborado acerca de los potenciales estresores y protectores de la salud mental en IVE), sugerimos intervenciones

posibles, preventivas del deterioro o dificultades en la salud mental, sexual y reproductiva de las personas que optan por la IVE. Con el objeto de resaltar de modo positivo los recursos de las personas a fin de mejorar los modos de afrontamiento en IVE y promocionar la salud mental.

Estas Intervenciones para el acompañamiento psicológico serían pertinentes de ser implementadas por profesionales de la salud mental pues de esta manera y atendiendo a la necesidad de aportes de lineamientos preventivos y promotores de la salud mental y salud sexual y reproductiva de la persona que accede a la IVE, creemos fundamental el rol del profesional de la salud mental en la atención integral de la IVE. Considerándolo como partícipe necesario y transformador en materia de implementación de las políticas en salud que tengan un enfoque de la ésta según la considera la OMS.

Respecto al quehacer singular del profesional de la salud mental y su rol específico dentro equipos integrales de salud en atención primaria de la salud, resulta interesante realizar especificaciones que den cuenta de los aportes posibles en esta área, y que tales no queden en generalizaciones o vagas palabras, si no que se puedan aplicar técnicas, intervenciones, recursos y saberes propios del área de la psicología para mejorar la salud, la salud mental en la perspectiva de la salud sexual y reproductiva de las personas.

Fue difícil hallar guías, intervenciones psicológicas específicas en interrupción voluntaria del embarazo como también dar con protocolos de países en donde el aborto legal ha sido conquistado ya, hace varios años atrás. Por el contrario, hemos encontrado en tesis e investigaciones, afirmaciones que dan cuenta de la dificultad para investigar en este campo, y áreas de vacancia respecto a investigaciones que tomen a la práctica aborto desde la perspectiva de derecho humanos. Desde la revisión teórico explicativa y argumentativa que acabamos de exponer, no pretendemos que las intervenciones propuestas sean exhaustivas y excluyentes, si no mencionadas a los fines de ejemplificar y dar cuenta de dicha área de vacancia.

Nuestra argumentación se basó en la idea de aportar, proponer o simplemente abrir un camino reflexivo para futuras investigaciones, que den sustancialidad al quehacer de la psicología en los equipos interdisciplinarios que atienden en la atención primaria de la salud.

Exponemos la necesidad de llevar a cabo investigaciones que den cuenta fehacientemente de la confiabilidad y validez de la aplicación de test dentro del protocolo IVE. Y acentuamos la necesidad de herramientas de evaluación del estado psicológico previo de la persona usuaria de la IVE, a fin de generar herramientas preventivas en la atención durante la IVE como en la atención posaborto.

Entendemos que el aborto conceptualizado como tema de salud pública implica la revisión de ciertas prácticas y modos tradicionales de atención, que no se adecuan a una perspectiva del aborto como derecho. Como hemos argumentado, la práctica-aborto es un territorio en disputa a pesar de su legalización. Para poder intervenir a modo de prevenir y promocionar la salud mental y la salud sexual y reproductiva, es necesario el abordaje científico de la interrupción voluntaria del embarazo y la integración de diferentes disciplinas que colaboren a fin de mejorar la salud y vida de toda aquella persona que decide acceder a ella.

Referencias bibliográficas

- Ahmed, S. (2017). *La política cultural de las emociones* (C. Olivares Mansuy, Trans.). UNAM, Centro de Investigaciones y Estudios de Género.
- Bang, C. L. (2021, 6 16). Abordajes comunitarios en salud mental en el primer nivel de atención: conceptos y prácticas desde una perspectiva integral. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2). Recuperado el 1 de septiembre de 2023 en: <https://doi.org/10.21501/22161201.3616>
- Bergallo, P., & Ramón Michel, A. (2009, abril). El aborto no punible en el derecho argentino. *despenalizacion.org.ar por la despenalización del aborto*. Recuperado el 1 de septiembre de 2023 en: https://www.escrib.net.org/sites/default/files/09_Bergallo_Michel.pdf
- Burin, M. (2012). Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina. Recuperado el 6 de febrero 6 de 2024 en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1
- Burr, V. (1999). *An Introduction to Social Constructionism* (traducción ed.). Routledge.
- Burton, Julia; Peralta, Guillermina Trinidad; Un aborto feminista es un aborto cuidado: Prácticas de cuidado en el socorrismo patagónico; Universidad Federal de Santa Catarina; *Estudios Feministas*; 29; 2; 22-9-2021; 1-13 Recuperado el 1 de septiembre de 2023 en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/171161?show=full>

Caneva, H. A. (2014, diciembre 3 al 5). *Aborto no punible en Argentina: Análisis sobre los argumentos sostenidos por miembros de los sistemas de salud y justicia. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP. Recuperado el 2 de septiembre del 2023: <https://n2t.net/ark:/13683/eCvm/ctB>*

Carta de Ottawa. Organización Mundial de la Salud. (1986). Recuperado el 16 de septiembre de 2023 en: <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>

Casanova, J. E. (2022). Procesos de apropiación subjetiva del derecho a la Interrupción legal y voluntaria de embarazo (ILE/IVE) de mujeres que transitaron la práctica en Chubut. *Revista de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad de La Plata.*, (26). Recuperado el 20 de septiembre de 2023 en <https://doi.org/10.24215/18522971e103>

Casullo, M. M., & Pérez, M. (2008). *El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. Facultad de Psicología - UBA. Recuperado el 14 de febrero de 2024 en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf

Cedeño, Lurel; Tena Guerrero, Olivia; Flores Palacios, Fátima; Rocha Sanchez, Tania. Guardar/romper el silencio sobre la interrupción voluntaria del embarazo: narrativas de mujeres mexicanas. *Athenea Digital*, 2(19). Recuperado el 1 de febrero de 2024 en: <https://raco.cat/index.php/Athenea/article/view/358712>

- Cerdá, g., & Aznar, J. (2013, agosto 2). Aborto y salud mental de la mujer. *Acta bioethica*, 20(2), 189-195. Recuperado el 10 de enero de 2024 en: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2014000200006>
- Chera, S., & Manghetti, M. (2015, junio). Consejerías en salud sexual y salud reproductiva [PROPUESTA DE DISEÑO, ORGANIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN]. In *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR)*. Juan Pablo Vittori. Recuperado el diciembre de 2023 en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual>
- Contini, N. E. (2018). Evaluación y diagnóstico psicológico. controversias teóricas, metodológicas y diversidad cultural. *Enciclopedia Argentina de Salud Mental*. Recuperado el 14 de febrero de 2024 en: <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/mobile/trabajo.php?id=20&idtt=54>
- Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerios de Salud/GCBA. (2022, 9). Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. *Situación y respuesta/ Actualización 2021*. Recuperado el 19 de agosto de 2023 en: <https://buenosaires.gob.ar/salud-sexual-y-reproductiva/interrupcion-legal-del-emb>
- Crimer, N., & Lo Sasso, A. (2022, 6 9). Abordaje integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. *PROFAM*, 25(3). Recuperado el 15 de agosto de 2023 en: <https://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/7022>
- Cuevas Torres, M., & García Ramos, T. (2012). Análisis crítico de tres perspectivas psicológicas de estrés en el trabajo. *Trabajo y Sociedad*, 19. Recuperado el 20 de julio de 2023 en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712012000200005

Danet, A. (2021, Julio-Agosto). Experiencias emocionales en la interrupción voluntaria del embarazo Women 's emotional accounts of induced abortion. *Gaceta Sanitaria*, 35(4), 361-373. Recuperado el 11 de septiembre del 2023 en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120300698?via%3Di>
[hub#section-cited-by](#)

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud. (2022). *Interrupción del embarazo con medicamentos (tratamiento combinado: mifepristona y misoprostol)*. Recuperado el 28 de octubre de 2023 en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-12/Folleto_interrupcion_con_mife_y_miso-accesible_19122022.pdf

Ditzhuijzen, V., Have, T., Graaf, M. d., Nijnatten, R. V., CJ, C. H., & Vollebergh, W.A.M. (2018, Agosto). Abortus en Het Isico Op Sychische Aandoeningen [Abortion and the risk of mental disorders]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 60(8), 527–535. Recuperado el 28 de enero de 2024 en: <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/1/60-2018-8-artikel-vanditzhuijzen.pdf>

Elichiry, N. E. (2007, 8). *Aprendizaje y construcción de conocimientos en salud en el contexto escolar* [Ponencia publicada en actas y memoria de las II Jornadas Nacionales de Representaciones Sociales realizadas en la Facultad de Derecho (UBA)]. Facultad de Psicología (UBA). Recuperado el 16 de septiembre de 2023 en: <https://drive.google.com/file/d/0B1HbXRn5hv-laUZJemFEdW9KbTg/view?resourcekey=0-OCBb8z0Kly9xlnVYDcQjZw>

Faraone, S. (2013). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental y Comunidad*. UNLA, 3(3), 29-40.

Recuperado el 29 del 4 del 2024 en:

<https://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/publicaciones/todas-las-publicaciones/revista-salud-mental-y-comunidad>

Ferrandini, D. (2011, 10). *Algunos problemas complejos de salud*. Recuperado el 16 de septiembre del 2023 en:

<https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/cursos/ConcepcionesSalud-Ferrandini.pdf>

Fuentes Martínez, X. (2009, 9 6). Síndrome post-aborto. Reacciones psicológicas post-aborto. *Revista de Ciencias Médicas*, 38(1). Recuperado el 5 de junio del 2022,

en: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v38i1.92>

Hernández Sarmiento, J. M., Jaramillo, L., Villegas Alzate, J. D., & Roldán tabaes, M.

D. (2020, 6 20). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Arch Med (Manizales)*, 20(2), 490-504. Recuperado el 18 de septiembre del 2023 en:

<https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3487/6045>

Ituarte, M. L., & Gómez, A. L. (2020). Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto de aborto legal. *Cadernos de Saúde pública*, 2(37). Recuperado el 10 de octubre del 2023 en:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/zJR7vrGdyCRCq4jJhSKS96M/?format=html>

- Jodelet, D. (1986). *La representación social: fenómenos, conceptos y teorías*. In. S. Moscovici (Ed) *Psicología Social II: Pensamiento y vida social* (pp.469-494). Barcelona, Paidós.
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79. Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia. Recuperado el 4 de octubre del 2023 en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299022819009>
- Laham, M. (2010). *Fascículo: El paciente quirúrgico. Psicoprofilaxis quirúrgica. Donación de órganos, Trasplante*. Universidad de Belgrano.
- Laham, M. (2010). *Fascículos de la Cátedra de Psicología de la Salud*. Universidad de Belgrano.
- Laurell, A. C. (1982, 1). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*, (19). Recuperado el 16 de septiembre del 2023 en:
<https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>
- Ley N° 26.150 (2006). Programa Nacional de Educación Sexual Integral. *Publicada en el Boletín Oficial el 23 de octubre*. Recuperado el 17 de septiembre del 2023 en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/121222/texto>
- Ley N° 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental. *Publicada en el Boletín Oficial el 2 de diciembre*. Recuperado el 2 de mayo del 2024 en:
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

- Ley N° 27.610. (2021). Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).
Publicada en el Boletín Oficial el 15 de enero. Recuperado el 17 de septiembre del 2023 en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/346231/norma.htm>
- López, A. B. (2008, Octubre 21). *La intervención Psicológica: Características y Modelos.* <https://www.ub.edu/portal/web/psicologia-es>. Recuperado el 10 de octubre del 2023 en:
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%A4Dsticas%20y%20modelos.pdf;IPCS>
- Maffía, D. (2008). *Contra las dicotomías: Feminismo y epistemología crítica.* Instituto interdisciplinario de Estudios de Género, Universidad de Buenos Aires.
Recuperado el 16 de julio del 2023 en:
<http://dianamaffia.com.ar/archivos/Contra-las-dicotom%C3%A4Das.-Feminismo-y-epistemolog%C3%A4Da-cr%C3%A4Dtica.pdf>
- Menéndez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria de la Salud.
Jornadas de Atención primaria de la Salud, 451-464.
- Menéndez, E. L. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. Cap. III. El modelo médico hegemónico. estructura, función y crisis.* Alianza Editorial Mexicana.
- Ministerio de Salud. Argentina. (2022). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Actualización.* Recuperado el 8 de agosto del 2023 en:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-voluntaria>

Ministerio de Salud. México. (2022, noviembre). *Centro Nacional de equidad de género y salud reproductiva. Lineamiento técnico para la atención del Aborto Seguro en México Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México.*

Recuperado el 7 de febrero del 2024:

<https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/lineamiento-tecnico-para-la-atencion-del-aborto-seguro-en-mexico-274667>

Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad.* Paidós.

Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos* (Buenos Aires ed., Vol. Cap. 2). Paidós.

Muchnik, E., & Seidmann, S. (1999). *Aislamiento y soledad.* Eudeba, Facultad de Psicología, Secretaría de Cultura, Universidad de Buenos Aires.

Oblitas Guadalupe, L. A. (2006). *Atlas de Psicología de la Salud.* Psicom.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Aborto.* Recuperado el 7 de febrero del 2024:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

Organización Mundial de la Salud (2024). Recuperado el 25 de abril del 2024:

<https://www.who.int/es/about/accountability/governance/constitution#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social>

Ortiz, O., & Troncoso, E. (2012, 9 26). *El aborto voluntario como experiencia emocional saludable en mujeres de la Ciudad de México* [Trabajo presentado en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Montevideo, Uruguay, del 23 al 26 de octubre de 2012.]. Clacai, México. Recuperado el 6 de junio de 2023 en:

<https://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1528/2021%20%20Interrupcion%20embarazo%20desde%20la%20experiencia%20de%20las%20mujeres.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Parra Caicedo, M. A. (2022). *Tesis. Relatos de vida de mujeres colombianas: percepción de bienestar psicológico, satisfacción con la vida, estigma y red de apoyo ante la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)*. Universidad El Bosque Maestría en Salud Pública Bogotá D.C, Colombia. Recuperado el 15 de diciembre de 2023 en:

<https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstreams/014a4409-8c57-447a-8760-23193898d86c/download>

Perrotta, G. V. (2019). Interrupción legal del embarazo: política pública. *Revista Argentina de Salud Pública*, 10(39), 31-34. Recuperado el 10 de julio del 2023 en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1853-810X2019000200031&script=sci_arttext#:~:text=El%20aborto%20es%20un%20problema,y%20violencia%20cuando%20lo%20solicitan.

Ramos, S., Ábalos, E., Gerdtts, C., Keefe-Oates, B., Krause, M., RRamón Michel, A., & Romero, A. (2022, Diciembre). *Reporte temático 2022. Calidad: el desafío a dos años de la ley de aborto | DSpace-CRIS en CEDES*. Repositorio CEDES. Recuperado del 25 de agosto del 2023 en:

<https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4705>

Ramos, S., López Gómez, A., Ariza Navarrete, S., Bohórquez Monsalve, V., Brown, J., Chávez, S., Díaz Olavarrieta, C., Morán Faúndes, J. M., Pecheny, M., Petracci, M., Ramón Michel, A., & Zamberlin, N. (2015). UNA AGENDA RENOVADA PARA INFORMAR POLÍTICAS PÚBLICAS E INCIDENCIA. In *INVESTIGACIÓN SOBRE ABORTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE* (1a ed. ed., pp. 21-22). Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES, Argentina), del Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Promsex, Perú) y del Population Council. Recuperado del 25 de agosto del 2023 en: <http://www.clacair.org>

Rodríguez, A., Zúñiga, P., Contreras, K., Gana, S., & Fortunato, J. (2017, 7 4). En Revisión Teórica de las Estrategias de Afrontamiento (Coping) según el Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman en Pacientes Quirúrgicos Bariátricos, Lumbares y Plásticos. *El Dolor*, 66, 14-23. Recuperado el 18 de octubre del 2023 en: <https://www.revistaeldolor.cl/storage/articulos/November2020/TJTbXx57FGjK3J3ctga7.pdf>.

Rodríguez Armario, E., García Gallego, F., & Stolzemburg Ramos, A. (2019). *Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE*. Recuperado el 7 de febrero de 2024 en: <https://www.acaive.com/protocolo-para-la-practica-sanitaria-del-aborto-provocado-ive/>

Romero, M., Ramón, M. A., Krause, M., Keefe-Oates, B., Ábalos, E., Molina, S., & Ramos, S. (2022). *Reporte anual 2022: Los rumbos de la experiencia argentina con el aborto legal. Proyecto Mirar. Buenos Aires*. Repositorio CEDES. Recuperado el 22 de agosto de 2023 en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4729>

Rondón, M. B. (2009). *Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido*. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). Recuperado el 4 de junio del 2022 en: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2010/06/Consecuencias-emocionales-psicologicas-aborto-inducido-Marta-Rondon.pdf>

San Pedro, C. (2023, 3 10). *El desafío de construir nuevas narrativas en torno a los abortos: Selección Perspectivas. Cuaderno de coyuntura*. Recuperado el 20 de agosto del 2023 en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/CuadernosCoyuntura/article/view/40562>

Santarelli, M. (2019). Discursos médicos disciplinadores y experiencias emocionales de aborto farmacológico de mujeres en Cuyo, Argentina. *Repositorio Institucional CONICET Digital*. Recuperado el 20 de agosto del 2023 en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/148614>

Santarelli, N. (2016). Consideraciones teórico-epistemológicas iniciales para una investigación con perspectiva de género . *ReviISE*, 9(9), 51-62. Recuperado el 7 de agosto del 2023 en: <http://www.reviise.unsj.edu.ar>

Santarelli, N. (2019). Discursos médicos disciplinadores y experiencias emocionales de aborto farmacológico de mujeres en Cuyo, Argentina. *Musas*, 4(2), 78-99. 10.1344. Recuperado el 7 de agosto del 2023 en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/148614>

Scott, J. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas Marta Compiladora. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. In *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. (PUEG ed., 265-302 p.). En Lamas Marta Compilador. México.

Seidmann, S., Di Iorio, J., & Azzollini, S. (n.d.). *Representaciones Sociales. Su construcción y dinámica*. (Eudeba, en prensa).

Seidmann, S., Di Iorio, J., Azzollini, S., & Rolando, S. (2014, agosto). Cuánto más sepan ¿mejor? Escuela y salud sexual y reproductiva. *Rev. Diálogo Educ., Curitiba*, 14(42), 569-584. doi: 10.7213/dialogo.educ.14.042.AO03

Sluzki, C. E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Gedisa México.

Socorristas en Red. (2022). Socorristas en Red, feministas y transfeministas que abortamos. Recuperado el 4 de enero de 2024 en:
<https://socorristasenred.org/quienes-somos/>

Suárez, F. M. (2000). *Problemas sociales y problemas de programas sociales masivos*. CIDES.

Suárez López, G. (2023). Aborto legal, seguro y gratuito: antiderechos desinforman frente a servicios públicos de salud - LA RETAGUARDIA. - *LA RETAGUARDIA*.
<https://laretaguardia.com.ar/2023/08/aborto-legal-seguro-y-gratuito-antiderechos-desinforman-frente-a-servicios-publicos-de-salud.html>

- Tajer, D. (Ed.). (2020). *Niñez, adolescencia y género: herramientas interdisciplinarias para equipos de salud y educación*. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011, 3 30). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoamericana*, XXXIII (1):(Arch Med Interna), 11-14. Recuperado el 16 septiembre del 2023 en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Wang, N., Creedy, D. K., Zhang, M., Lu, H., Elder, E., Allen, J., Guo, L., Xiao, Q., & Gamble, j. (2022, 12 31). Diseño de una intervención psicológica orientada a las necesidades para mujeres chinas que se someten a un aborto. *Environ. Res. Public Health*, 20(1), 782. Recuperado el 14 de septiembre del 2023, en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20010782>
- Wang, N., Zhang, D. K., Lu, M., Elder, E., Allen, J., Guo, L., Xiao, Q., & Gamble, Q. J. (2022, 12 31). Diseño de una intervención psicológica orientada a las necesidades de las mujeres chinas que se someten a un aborto. Revista internacional de investigación ambiental y salud pública. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20(1), 782. Recuperado el 14 de septiembre del 2023 en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20010782>
- Wiesenfeld, E. (2014). La Psicología Social Comunitaria en América Latina: ¿Consolidación o crisis? *Psicoperspectivas*, 13(2), 6-18. 10.502. Recuperado el 14 de marzo de 2024 en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242014000200002

Zurbriggen, R., & Anzorena, C. (Eds.). (2013). *El aborto como derecho de las mujeres: otra historia es posible*. Herramienta Ediciones. recuperado el 10 de marzo en:
https://herramienta.com.ar/files/Aborto_La_Campana.pdf