

Aborto Inducido

***Un fenómeno cuya significación excede las estrategias de
prevención del sistema de salud***

**Maestría en Salud Pública
Instituto de la Salud Juan Lazarte
Centro de Estudios Interdisciplinarios
Universidad Nacional de Rosario**

**Maestrando: Beatriz Ligia Martinelli
Directora: Dra. Mariana Romero
Co-Directora: Dra. Alicia Ruth Alvarez**

Noviembre de 2007

Agradecimientos:

Quiero expresar mi agradecimiento a las mujeres que se prestaron a las entrevistas, y a los médicos y médicas que compartieron con nosotros sus experiencias y puntos de vista.

También a las personas que hicieron posible que esta investigación se llevara a cabo:

*Dra. Alicia Alvarez por sus aportes lúcidos y oportunos,
Dra. Mariana Romero por su precisa orientación metodológica,
Dr. Marcelo Raffagnini y Lic. Susana Arminchiardi por su predisposición y colaboración,
Dr. Guillermo Carroli por su apoyo permanente.*

Esta investigación se realizó con un subsidio de la Geneve Foundation for Medical Education and Research radicado en el Centro Rosarino de Estudios Perinatales.

INDICE:

| | |
|--|----|
| I- <u>INTRODUCCION</u> | 4 |
| I a- <u>La situación problemática</u> | 5 |
| I b- <u>Antecedentes</u> | 6 |
| <i>Investigaciones previas en la temática</i> | 6 |
| <i>El fenómeno del aborto en Argentina</i> | 8 |
| <i>Las necesidades de investigación en esta temática</i> | 10 |
| I c- <u>El Marco Conceptual para la Investigación</u> | 11 |
| II: <u>OBJETIVOS</u> | 13 |
| <u>Objetivo general</u> | 13 |
| <u>Objetivos Específicos</u> | 13 |
| <u>Propósitos</u> | 13 |
| | |
| III – <u>METODOLOGIA</u> | 14 |
| III a- <u>Entrevistas en profundidad</u> | 16 |
| III b- <u>Grupos Focales</u> | 18 |
| | |
| IV – <u>RESULTADOS</u> | 21 |
| IV a- <u>Análisis de las entrevistas</u> | 21 |
| IV b- <u>Análisis Grupo Focal de Mujeres</u> | 38 |
| IV c- <u>Análisis Grupo Focal de Médicos/as</u> | 43 |
| | |
| V – <u>CONCLUSIONES</u> | 56 |
| | |
| VI – <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u> | 65 |

I- INTRODUCCIÓN:

La investigación de los eventos de salud-enfermedad vinculados a los derechos sexuales y reproductivos de la población requiere la confluencia de disciplinas del campo biomédico y de las ciencias sociales. En efecto, los problemas vinculados a la salud sexual y reproductiva se expresan en una dimensión biomédica, pero frecuentemente su origen se asienta en el comportamiento humano, dominio de las ciencias sociales (1), por lo tanto su aporte es fundamental para describir y comprender por una parte la naturaleza, la magnitud, los determinantes y consecuencias del comportamiento reproductivo de las personas y por otra parte las estrategias más apropiadas a implementar en los servicios de salud para la prevención y el tratamiento de los problemas de salud reproductiva.

Abordar problemáticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva también nos introduce en el campo de los derechos humanos y de las políticas públicas y programas de salud:

La Conferencia de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, proclama los derechos sexuales y reproductivos de la población, especialmente priorizando la salud de la mujer, su posición y empoderamiento en la sociedad. (2)

Se reconocen a las mujeres como sujetos de derechos, con la facultad de exigir a sus gobiernos políticas públicas que garanticen el cuidado efectivo de su salud, les brinden la información adecuada y la garantía del ejercicio de sus derechos, sin discriminación, coerción ni violencia. Incluye a los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos básicos porque contemplan: la realización plena, segura y libre de la vida sexual, con respeto a la dignidad de la persona, la libre opción de la maternidad y la paternidad y el acceso a la planificación familiar voluntaria y responsable. (3)

El fenómeno del aborto inducido en condiciones de riesgo se incluye en el campo de los problemas de salud vinculados al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y se constituye en causa fundamental de morbi-mortalidad materna en nuestro país.

En los países desarrollados se estima que se producen 3 muertes por aborto en condiciones de riesgo por 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países en vías de desarrollo el mismo indicador se eleva a 60 muertes por 100.000 nacidos vivos (4). La muerte no es el único costo que afrontan las mujeres por estos abortos: muchas sobreviven a esta experiencia con serias complicaciones y consecuencias de por vida: problemas de infertilidad, secuelas físicas permanentes y morbilidad crónica.

Esta situación nos plantea la necesidad de profundizar el conocimiento en relación a las razones por las que las mujeres continúan ejerciéndola, aún en contextos en donde los servicios de planificación familiar están ampliamente extendidos y en donde además la práctica del aborto es penada por la ley. También nos plantea la necesidad de profundizar el conocimiento en relación al rol de los servicios de salud en el acceso

y utilización de métodos anticonceptivos y en la calidad de atención brindada a las mujeres que transitan esta experiencia.

I a- La situación problemática:

El interrogante que nos planteamos, que provocó una primera aproximación a este fenómeno y que ha motivado esta investigación, es el siguiente:

Si habiendo disponibilidad de métodos anticonceptivos gratuitos en los servicios públicos de salud, igualmente se producen internaciones por abortos realizados en condiciones de riesgo, cuales son las características y condicionantes de este fenómeno? Existen barreras para la accesibilidad a los métodos, culturales, subjetivas o relacionadas a la dinámica y organización de los servicios de salud? Cual es la calidad de atención brindada por los servicios públicos de salud a estas mujeres en la instancia de su internación?

En Rosario, la red municipal de salud pública cuenta con 50 centros de atención primaria de la salud y dos hospitales maternos en los que se producen 6.000 nacimientos anuales.

Actualmente 22.000 mujeres acceden mensualmente a anticonceptivos orales, se colocan 3500 DIUS anuales y se distribuyen aproximadamente 400.000 condones al año.

Desde 2003 funcionan 5 Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva en cinco hospitales de la red, incluidas las dos maternidades, a la que acceden sobre todo adolescentes y jóvenes. Se difunde también la Anticoncepción de Emergencia y se dispone de esta medicación tanto en las guardias de los hospitales como en centros de salud y Consejerías.(5)

A pesar de estos servicios hay un número importante de abortos inducidos con complicaciones que demandan atención en las maternidades: egresan anualmente 600 mujeres por complicaciones de abortos entre ambos efectores. En efecto en la maternidad Martín con 4000 nacimientos anuales, se producen en el mismo período 250 egresos por complicaciones de aborto y en la maternidad Roque Saénz Peña con 2000 nacimientos anuales se producen 330 egresos por complicaciones de aborto en el mismo período.(6) En contextos donde el aborto inducido es ilegal o con fuertes restricciones como en nuestro medio, su incidencia puede ser estimada solo indirectamente.(7)

Un indicador construido a tales efectos es la tasa de aborto inducido y se calcula como el número de abortos inducidos por cada 100 niños nacidos vivos. Esta tasa puede ser calculada a partir de datos hospitalarios que relacionen los abortos hospitalizados con los nacimientos de niños vivos ocurridos en el mismo período. Como no se conoce con exactitud cuántos de estos abortos son espontáneos y cuántos son inducidos, la OMS

propone que la tasa sea ajustada según el porcentaje esperado de abortos espontáneos ocurridos en la semana 13 a 22 de gestación. Este porcentaje se estima en un 3,4 %. Antes de la semana 13 de gestación es raro que un aborto espontáneo se complique y requiera hospitalización, por lo tanto propone que antes de la semana 13 de gestación se consideren a los abortos hospitalizados como inducidos. (8)(9)

La revisión de la literatura disponible en el tema muestra que otros autores han intentado relacionar el fenómeno del aborto inducido en condiciones de riesgo con la accesibilidad y adherencia a métodos anticonceptivos. Esto a su vez está vinculado con las condiciones de vida de las mujeres, el contexto socio-cultural, la significación de la maternidad, las relaciones de género, las creencias religiosas, las motivaciones singulares, la organización de los servicios de salud y las políticas públicas en salud sexual y reproductiva.

Para la mayor comprensión de este fenómeno es necesario conocer como toman los individuos las decisiones en salud reproductiva y cómo estas decisiones están influenciadas por los valores de hombres y mujeres, sus deseos, sus puntos de vista en relación a métodos anticonceptivos y los servicios ofrecidos, las relaciones de género y los determinantes sociales y culturales asociados con la vida sexual y reproductiva.

I b- Antecedentes:

Investigaciones previas en la temática:

La revisión bibliográfica indica que muchos estudios se han realizado en América latina y otros países en vías de desarrollo para comprender los determinantes y consecuencias del aborto inducido en condiciones de riesgo. Estos estudios describen el ámbito social y cultural, el rol de los servicios de planificación familiar, los aspectos vinculados a la educación y a la información de las mujeres que transitan por esta experiencia.

En América Latina y el Caribe se estima que el 70% de los abortos inducidos en condiciones de riesgo se llevan a cabo por mujeres de menos de 30 años. (10) Este patrón de edad es crítico para una mejor comprensión de las barreras de accesibilidad.

En Fortaleza, Brasil en un trabajo publicado en 1998, los determinantes y características médicas de los abortos se estudiaron en las mujeres internadas en dos hospitales públicos. En relación a los aspectos médicos, el 66% admitió usar misoprostol para inducir el aborto, adquirido en farmacias privadas. Estas mujeres eran significativamente más jóvenes, tenían menor número de hijos y más probabilidad de tener uno o más abortos previos. Los autores recomiendan la necesidad de profundizar con nuevos estudios las motivaciones, aspectos culturales y razones que dificultarían para estas mujeres la adopción de los métodos anticonceptivos disponibles. (11)

En Chile se realizó un estudio, publicado en el año 2001, para indagar los efectos de las intervenciones sostenidas en planificación familiar en la prevención del aborto en

condiciones de riesgo. Los autores sostienen que a pesar de la disponibilidad creciente de servicios de planificación familiar, los abortos continúan produciéndose y han desempeñado un rol muy importante en la declinación de la fecundidad. Sin embargo la relación entre contracepción y aborto continúa siendo escasamente comprendida (12)

En República Dominicana se realizó un estudio, publicado en 2001, en mujeres hospitalizadas en dos maternidades por abortos complicados. Los datos se recogieron a través de entrevistas estructuradas. El diseño del estudio no permitió distinguir entre abortos espontáneos o provocados, dato que no fue incluido como relevante en los resultados: aproximadamente el 80% de las mujeres tenía una unión estable, el 84% tenía hijos, se mostraban preocupadas por regular su fecundidad y tenían considerable experiencia en anticoncepción, pero sus prácticas anticonceptivas eran muy ineficientes. Los autores sostienen que las mujeres comienzan a regular su fecundidad con un método moderno, pero por alguna razón su experiencia no es satisfactoria y cambian a los métodos tradicionales que son menos efectivos y se incrementa el riesgo de embarazos no planificados y abortos. (13)

Este mismo estudio muestra que el 88% de las mujeres encuestadas no iniciaban el uso de anticoncepción hasta el nacimiento de su primer hijo.

Los datos aportados por la evaluación del Programa de Salud Integral de la Mujer en Rosario, indican que el 55% de las mujeres no usan anticoncepción antes del nacimiento de su primer hijo. (14)

Se estima que aproximadamente 2 de cada 5 embarazos en el mundo son no planificados y son el resultado del no uso de anticoncepción, o uso ineficiente del método anticonceptivo o falla del método. La situación se agrava para las adolescentes quienes raramente tienen acceso a información reproductiva y consejería y son frecuentemente excluidas de los servicios de anticoncepción. (15)

Durante el rápido período de transición de altas a bajas tasas de fecundidad, tal cual ha sido observado en varios países, los servicios de anticoncepción tienen frecuentemente dificultades de responder a la creciente demanda de las parejas de regulación de la fecundidad. Estudiando el fenómeno en países desarrollados en el período de declinación de la fecundidad (16), los autores indican que el aborto y el uso de métodos anticonceptivos pueden aumentar simultáneamente. La explicación que asignan a este fenómeno es que solamente el uso de anticoncepción no posibilita dar respuesta a la creciente demanda de regulación de la fecundidad de la población.

Un importante número de estudios documenta la falla de muchos programas de planificación familiar para proveer servicios adaptados a los usuarios en forma libre de coerción y presión, y respetuosos de las necesidades de información y preferencias personales de la gente que requiere de su utilización, estableciéndose una brecha entre las necesidades anticonceptivas y su uso efectivo. (17)

El fenómeno del aborto en Argentina

En Argentina la tasa global de fecundidad es de 2.3 hijos por mujer para el año 2006, según datos publicados por UNICEF (18), indicador que muestra diferencias por región.

En nuestro medio las mujeres pobres y las adolescentes son las más afectadas por falta de oportunidades para acceder a métodos anticonceptivos modernos, seguros y efectivos. (19)

El fenómeno del aborto inducido en condiciones de riesgo tiene un gran peso en la morbi-mortalidad de mujeres en edad reproductiva en nuestro país y se manifiesta en un indicador tradicionalmente relacionado a la accesibilidad y calidad de los servicios de salud: la tasa de mortalidad materna. La tasa de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos es de 4,0 en Argentina para el año 2004, mostrando también diferencias según las regiones (20)

En efecto, en Argentina, el aborto inducido en condiciones de riesgo es la primera causa de muerte materna, acumulando el 29% de todas las causas. (21) Las muertes maternas son un acontecimiento relevante para el desarrollo, las repercusiones sociales y económicas son diversas, dado el rol social de las mujeres en el cuidado de los niños: los hijos sobrevivientes tienen estadísticamente 3 a 10 veces más probabilidades de morir en los dos años siguientes que los niños que cuentan con su madre. Asimismo estos niños tienen menos posibilidades de acceder a servicios de salud y educación durante su desarrollo. (22)

Las complicaciones del embarazo, parto o puerperio son las principales causas de enfermedad, discapacidad y muerte de mujeres en edad reproductiva en países en vías de desarrollo. Estas causas representan al menos el 18% de la carga global de enfermedad en este período de la vida de las mujeres. (23)

Uno de los indicadores de salud que mayor desigualdad muestra entre los países desarrollados y en desarrollo es la tasa de mortalidad materna: 1 muerte materna cada 160 nacimientos en América Latina y 1 muerte materna cada 2400 nacimientos en Europa. (24)

En nuestras sociedades en cada muerte materna se conjugan situaciones de discriminación, inequidad social y desequilibrios de poder entre géneros, que afectan la dignidad humana.

Las muertes maternas son en general acontecimientos que pueden evitarse; los países que han logrado drásticas disminuciones en este indicador han producido intervenciones a lo largo del tiempo que tienen que ver con políticas sociales, defensa de los derechos humanos y políticas de salud, como ser: acceso a la educación formal y a mejores oportunidades laborales para las mujeres, acceso a métodos eficaces y seguros de regulación de la fecundidad, acceso a servicios de salud de calidad

vinculados a la atención del embarazo y el parto y acceso a servicios de interrupción voluntaria del embarazo. (25)(26)

En nuestro país la mortalidad materna es relativamente baja a pesar de que el indicador muestra profundas diferencias entre regiones. El buen acceso general a servicios de atención del embarazo y el parto ha provocado que las otras causas de mortalidad materna aparte del aborto, hayan sido sustancialmente reducidas. Por lo tanto el número de muertes debidas a aborto inducido en condiciones de riesgo acumula una proporción significativa del número total de muertes, transformándose en la principal causa, a pesar de que el número absoluto de muertes es reducido. (27)

Las mujeres que recurren a este procedimiento para finalizar un embarazo colocan su salud y su vida en peligro; si la anticoncepción, por distintos motivos, es inaccesible o de baja calidad, muchas mujeres buscarán interrumpir embarazos no deseados por esta vía a pesar de las leyes restrictivas.

Esta práctica en cada contexto particular refleja el ambiente cultural, el estatus social y económico de la mujer, las creencias religiosas imperantes y los marcos jurídicos. La evidencia disponible demuestra que las tasas de aborto en condiciones de riesgo y la mortalidad asociada son mayores cuando las leyes son más restrictivas. (28)

La condición social de las mujeres determina su acceso a la anticoncepción y a métodos seguros de interrupción del embarazo, porque aún en condiciones de ilegalidad el aborto inducido puede ser seguro para el que pueda pagarlo. El trauma asociado con el aborto en condiciones de riesgo es parte de una cadena de injusticias que caracteriza las condiciones de vida de muchas mujeres en nuestro país, la criminalización del aborto no previene su realización, sólo lleva a realizarlo en muy malas condiciones sanitarias.

El Código Penal Argentino establece que serán abortos no punibles aquellos que se realicen a una mujer “idiota o demente” víctima de una violación, o cuando el embarazo ponga en serio riesgo su vida o su salud* (29)

Aún así y siendo que la violación es una práctica socialmente inaceptable, tampoco en estas circunstancias se ha facilitado el acceso a abortos seguros a mujeres incluidas en estas situaciones y que han solicitado la práctica en hospitales públicos. Casos emblemáticos que han tomado estado público han provocado el pronunciamiento del Instituto Nacional Contra la Discriminación (INADI) recomendando a las autoridades sanitarias de todo el país atender a estas situaciones y proceder como lo indica la ley. (30)

* El artículo dice textualmente: *El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:*

- *si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.*

- *si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.*

El aborto inducido en condiciones de riesgo constituye una epidemia silenciosa en Argentina, que emerge cada tanto a la superficie cuando los medios de comunicación dan cuenta de una mujer que muere como consecuencia de las complicaciones de esta práctica. Estas mujeres pertenecen a los sectores socialmente más vulnerables y éste es uno de los modos que pueden elegir para regular su fertilidad.

Recientemente un grupo de 250 organizaciones de mujeres, sindicatos, partidos políticos y personalidades de la cultura y la ciencia, presentaron una iniciativa al Congreso Nacional para la legalización del aborto en el país. (31)

Una reciente investigación sobre el aborto en este contexto legal y cultural tan restrictivo ha mostrado resultados interesantes: se investigaron los puntos de vistas de médicos/as obstetras y ginecólogos en hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires y área metropolitana.

Se entrevistaron más de 400 profesionales y se realizaron discusiones de grupos focales con los jefes de los servicios. La mayoría de ellos ven al aborto como un serio problema de salud pública, los médicos deberían proveer abortos que no sean ilegales, el aborto no debería ser penalizado para salvar la vida de las mujeres ó en casos de violaciones o malformaciones fetales, las mujeres que tienen abortos ilegales y los proveedores no deberían ser encarcelados. Aquellos profesionales con una mejor predisposición a la descriminalización del aborto citaban una combinación de razones de salud pública y de necesidad de equidad social como fundamento. (32)

Recientemente en nuestra ciudad se ha aprobado en el cuerpo legistaltivo local la implementación de un protocolo para la realización en los hospitales públicos de aquellos abortos considerados legales, sin el requerimiento de intervención ni autorización judicial (33)

Las necesidades de investigación en esta temática:

La literatura disponible muestra que el aborto en condiciones de riesgo es un importante problema de salud reproductiva y causa de gran sufrimiento para muchas mujeres, quienes recurren a esta práctica en variados contextos sociales, culturales y de disponibilidad de servicios. La investigación en salud sexual y reproductiva por sus amplios determinantes y condicionantes socio-culturales debe ser realizada en cada contexto particular, para poder profundizar en aspectos importantes inexplorados como la complejidad de la relación entre necesidades anticonceptivas y acceso efectivo a los distintos métodos, comportamiento de las personas y desempeño de los servicios de salud.

El fenómeno se produce en un contexto socio-histórico particular, afecta a un dado sector social, y revela la necesidad de producir nuevo conocimiento en relación a sus determinantes, sus características y relaciones, a fin de comprender el comportamiento reproductivo de esta población y el contexto que la lleva a transitar por la experiencia del aborto realizado en condiciones de riesgo.

En nuestro medio, a pesar de la amplia disponibilidad de métodos anticonceptivos en los centros de salud y hospitales, las tasas hospitalarias de abortos inducidos no se han modificado en los últimos años. Las mujeres que transitan por la experiencia del aborto inducido en condiciones de riesgo y en un contexto legal tan restrictivo, evidentemente muestran un fuerte deseo de regular su fecundidad, causado por diferentes situaciones: sociales, económicas, personales, subjetivas. Entendemos que aspectos como la caracterización sociodemográfica de estas mujeres, la identificación de las barreras sociales, culturales y de género para la accesibilidad a los servicios de planificación familiar, la calidad percibida en los servicios y las actitudes de los equipos de salud deben ser estudiadas, con el propósito de aportar herramientas no sólo en el diseño y organización de los servicios de salud, sino también en el diseño de políticas sociales y de derechos humanos destinadas a las mujeres.

I c- El Marco Conceptual para la Investigación:

El comportamiento de las mujeres y sus parejas en cuanto al uso de anticonceptivos implica un proceso de decisiones que incluyen aspectos tales como el contexto social y cultural, el acceso a la educación y a la información, la historia de las migraciones familiares en relación a determinadas dependencias comunitarias (urbanas o rurales), las creencias religiosas, los roles de género y la estructura personal singular y sus determinaciones inconscientes.

La sociedad asigna un alto valor a la maternidad, por lo que genera normas que pueden afectar la búsqueda de contracepción por parte de las mujeres. Para muchas mujeres tener hijos es la única forma de ser social y culturalmente valoradas, lo que significa que su estatus social como mujer depende de su rol como madre. La sexualidad puede ser vista como ligada a la reproducción, por lo que la decisión de la mujer de controlar el número de embarazos puede no ser considerada apropiada, afectando su adherencia y acceso a los métodos anticonceptivos.

A pesar de que los métodos de planificación familiar están disponibles, la experiencia de las mujeres con los servicios de salud está influenciada por varios aspectos que pueden desalentarlas para acceder a los métodos que realmente necesitan y prefieren.

Muchas mujeres que llegan al aborto están casadas o viven en uniones estables y a menudo tienen varios hijos. En esos casos, suponemos que ellas no toman sus decisiones solas, por lo que la posición de la pareja es substancialmente importante y será indagada en este estudio.

El uso de métodos tradicionales, más baratos e inseguros, como el coitus interruptus y la abstinencia y también el uso de condones, requiere no sólo el consentimiento del hombre sino también su activa participación en la decisión anticonceptiva y su práctica.

Esta investigación constituirá un instrumento para poner a prueba nuestras propias representaciones en torno al lugar que ocupa la maternidad, el aborto y la regulación de la fecundidad.

Poner en claro las dificultades y contradicciones del tema a abordar, así como de sus variantes culturales, religiosas, ideológicas y subjetivas, es ya una toma de posición relativa a cierta suspensión del saber, necesaria para ampliar la visión que tenemos, también marcada por esas mismas determinaciones.

La temática de la sexualidad concierne a varios campos discursivos: la medicina, el psicoanálisis, la perspectiva de género, la historia, la cultura, la religión y la ley.

Indudablemente nuestro posicionamiento en estos diversos campos puede sesgar la información obtenida, riesgo inherente a la investigación cualitativa.

Con la intención de acotar estos efectos, dejaremos sentada una posición que concibe a la sexualidad atravesada por determinaciones inconscientes, relativas a la historia familiar, en una cultura y con una creencia religiosa determinada y afectada por múltiples efectos represivos, incluida la ley jurídica, particularmente en el aspecto que nos ocupa: el aborto.

Esta red de aspectos relacionados nos sitúa en el campo de las indagaciones explicativas y descriptivas del fenómeno y nos lleva a seleccionar una metodología cualitativa para dar cuenta del mismo, a través de entrevistas en profundidad y grupos focales. Por lo tanto los resultados obtenidos serán válidos para el contexto socio-cultural e histórico en el que fueron producidos y no caben pretensiones de generalización a otros contextos diferentes.

II- OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir y explicar el fenómeno del aborto inducido en condiciones de riesgo y las principales características del proceso de atención de mujeres internadas como consecuencia de esta práctica en una maternidad pública municipal.

Objetivos Específicos:

- Identificar las barreras sociales, culturales, ideológicas, de género que afectan la accesibilidad y adherencia de las mujeres a métodos anticonceptivos seguros.
- Describir los eventos que contextualizan en estas mujeres la búsqueda del aborto en condiciones de riesgo como forma de regular su fecundidad.
- Determinar la calidad de atención percibida por las mujeres internadas como consecuencia de abortos inducidos y describir el desempeño del staff y los modos de organización de los servicios que pudieran influenciar en ella y en la accesibilidad y adherencia a métodos anticonceptivos seguros.

Propósitos:

- Producir conocimientos significativos en relación al fenómeno del aborto inducido desde la perspectiva de las usuarias para aportar a la planificación y gestión de programas y servicios de salud.
- Mejorar los servicios de salud brindados a las usuarias a partir de la identificación de puntos críticos o conflictivos que afecten la accesibilidad y la calidad de la atención.
- Producir información significativa para influenciar la arena social, legal y política en la cual se disputan los problemas concernientes a la salud sexual y reproductiva en general y la problemática del aborto en particular

III- METODOLOGÍA:

“La investigación cualitativa no se focaliza en la producción de conclusiones generales sino en el estudio de las características del objeto“

Stake

La pregunta surgida ante el fenómeno del aborto en condiciones de riesgo no es necesariamente una hipótesis sino un conjunto de interrogantes a revelar que a primera vista parecen estar relacionados con dicho fenómeno y exigen métodos de estudio que den cuenta de la complejidad del mismo, no abordable únicamente desde la perspectiva cuantitativa.

La raíz filosófica de los métodos cualitativos enfatiza la importancia de comprender los significados del comportamiento humano y el contexto socio-cultural de la interacción social, desarrollando una comprensión empática basada en la experiencia subjetiva y la comprensión de las conexiones entre las percepciones personales y el comportamiento. (34)

Es en el lenguaje mismo de los entrevistados en donde es posible advertir las claves que permiten presumir la generalización de los hallazgos, por lo menos para las comunidades que participan de las mismas características socioeconómicas y culturales que las del grupo estudiado.

Aparecerán también casos únicos o singulares, que presentan características poco comunes respecto del conjunto de la población. Estos casos son expresión del límite de lo posible dentro de un orden social dado. (35)

En los métodos cualitativos los datos son básicamente el producto de la interpretación del investigador, la cual se apoya en determinado marco teórico y posición epistemológica .

En relación a esto, es oportuno citar el texto de Millner, quien expresa que “los griegos dividían el conjunto de las realidades observables según la physis y la thesis... es decir según la naturaleza y según la convención”. Haciendo referencia al paso de la episteme antigua a la ciencia moderna dice: “La naturaleza galileana ya no es la physis antigua; ella no es su heredera ni su transposición. La physis era despliegue del que el ojo humano debía hacerse espectador deslumbrado o atento ... la naturaleza como objeto de una ciencia galileana no es sino una red de leyes y determinaciones despojada de toda sustancia contemplable...Desde ese momento ya no es exactamente verdadero que la naturaleza defina el lugar de lo que escapa a la acción y a la voluntad humana” (36)

Si esto ha ocurrido en el campo de las ciencias exactas, qué decir de una investigación en el campo de la cultura. Cómo podría uno reducirse a la contemplación. Se trata de un trabajo de interpretación y esa interpretación estará orientada por un cierto

posicionamiento teórico, e incluso ideológico que permitirá “leer” el material empírico (testimonios de las entrevistadas, reflexiones del grupo focal, etc.) lo que no excluye que este mismo material pueda poner en crisis alguna de nuestras opiniones previas.

En este sentido no adherimos a una posición positivista que ubica las causas de los fenómenos sociales con independencia de los estados subjetivos de los individuos, considerando los hechos o fenómenos sociales como “cosas” que ejercen una influencia externa sobre las personas. (37)

El modelo de investigación en las ciencias naturales utiliza métodos que producen datos susceptibles de análisis estadístico; en general los fenómenos que acontecen en el campo social necesitan comprensión por medio de métodos cualitativos que generan datos descriptivos y explicativos de los mismos. Los investigadores cualitativos tratan de comprender los comportamientos de las personas dentro del marco de referencia que ellas mismas establecen, tratando de suspender sus propias creencias y valoraciones y conduciendo un investigación sistemática con procedimientos rigurosos aunque no necesariamente estandarizados. (38)

En la investigación cualitativa es el objeto el que modela la forma adoptada por las técnicas de estudio y la definición operatoria emerge sólo tras la finalización del estudio, en la reflexión conclusiva. En este momento se puede precisar el modo con el cual el objeto ha sido abordado, a partir de la explicación objetiva y minuciosa de la experiencia realizada. (39)

En la investigación cualitativa la generalización es la capacidad de teorizar, es decir de explicar los fenómenos a partir de los elementos aportados por la indagación, es una generalización de carácter conceptual, no en términos numéricos sino en términos analíticos. La confiabilidad no debe verse como un criterio de verdad del conocimiento sino como un efecto del método científico que se utiliza. (40)

En relación al fenómeno en estudio entendemos que debemos dar lugar a investigar las razones culturales, religiosas, de tradiciones familiares o incluso las motivaciones singulares más íntimas desconocidas hasta por la propia involucrada, que condicionan el acceso y utilización de la anticoncepción como así también la decisión de transitar por la experiencia de un aborto inducido en condiciones de riesgo y clandestinidad, tal como ocurre en nuestro medio para esta población.

Nos proponemos entonces indagar acerca de las motivaciones singulares, creencias, valores que pueden tener influencia sobre el comportamiento reproductivo de esta población y emplearemos las siguientes técnicas cualitativas de recolección y análisis de los datos:

III a- Entrevistas en Profundidad:

Se utilizará esta técnica para aproximarnos a la comprensión de las perspectivas que tienen las entrevistadas respecto de sus vidas reproductivas, experiencias o situaciones, tal como las expresan en sus propias palabras.

Se trata de una herramienta flexible y dinámica, las entrevistas en profundidad son no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. (41) Cabe mencionar que hemos sostenido durante las entrevistas una posición de abstinencia en relación a las propias valoraciones u opiniones.

Esta técnica permite la producción de relatos que desplieguen consideraciones personales, variantes individuales, vinculadas a la historia singular de cada entrevistada, aportando perspectivas que pueden no haber sido consideradas previamente por los investigadores.

Las entrevistas cualitativas requieren un diseño flexible y el propio investigador es el instrumento de la investigación, no lo es un protocolo o formulario. El rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas. (42) En consecuencia no se determinará de antemano el nº de entrevistas a realizar, aunque no será inferior a 15 casos siendo el máximo un número definido por los propios investigadores cuando perciban que se ha llegado a la saturación de la información.

Utilizaremos una guía para asegurarnos de explorar los temas clave o áreas generales que deben cubrirse, pero esta guía no debe considerarse un protocolo estructurado, es el investigador en situación de campo quién decide cómo y cuando formular cada pregunta. (43)

La selección de informantes se hará en base a los datos de ingreso a las dos maternidades municipales por abortos complicados que requieran hospitalización.

El análisis de las entrevistas incluirá el examen de las eventuales respuestas a nuestras preguntas iniciales como así también toda nueva perspectiva que aporten las entrevistadas. El análisis del discurso de cada entrevistada procurará dejar emerger el sentido singular de cada relato e incluso situar sus momentos de vacilación o baches, entendiendo que pueden constituir signos de resistencia y estar vinculados a pensamientos reprimidos. A través del discurso es posible acceder a significados que pueden no estar disponibles para la conciencia del entrevistado, los deseos inconscientes del sujeto se expresan a través de marcas en el discurso, secuencias o discontinuidades, asociaciones en el relato que el entrevistador puede escuchar.

El principal valor de las entrevistas en profundidad es su capacidad de proveer una visión del contexto en el cual ocurren los comportamientos de las personas y una comprensión de sus determinantes más amplios, la flexibilidad de esta técnica permite no obturar el descubrimiento y posterior investigación de lo inesperado. (44)

Se establecerán los resguardos éticos (anonimato, confidencialidad y consentimiento informado).

Los tópicos que deben guiarnos en el trabajo de campo para conducir las entrevistas son a nuestro juicio los siguientes:

- 1- *Conocimiento, accesibilidad y uso de métodos anticonceptivos (servicios, satisfacción, adherencia, dificultades, rol de los equipos de salud, participación u oposición de la pareja)*
- 2- *Ejercicio de la maternidad (satisfacción, dificultades, función del padre)*
- 3- *Condición actual (aborto) Proceso de decisión, motivaciones singulares.*
- 4- *Planificación futura (si la tiene o no, sus expectativas)*
- 5- *Calidad de la atención médica percibida en la circunstancia de su internación actual.*

En la investigación cualitativa el análisis y la recolección de los datos es un proceso en continuo desarrollo, es decir el investigador sigue los temas emergentes y desarrolla conceptos y proposiciones para comenzar a dar sentido a sus datos en un proceso dinámico y creativo. El análisis de los datos implica ciertas etapas diferenciadas de descubrimiento en progreso que incluyen: identificar temas y desarrollar conceptos y proposiciones, codificación de los datos y profundización en la comprensión del tema en estudio y finalmente comprensión de los datos en el contexto en que fueron recogidos. (45)

La expresión más comúnmente usada para representar el tratamiento de los datos de una investigación cualitativa es Análisis de Contenido que implica identificar *temas*, patrones o ejemplos coherentes e importantes en los datos; el investigador busca acotaciones, observaciones que se relacionan y que son ejemplos de la misma idea o concepto subyacente. (46)

El *tema* es la unidad de significación que se libera naturalmente de un texto analizado según criterios relativos a la teoría que sirve de guía a la lectura (47).

Hacer un análisis temático consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación, cuya presencia o frecuencia tengan significado para el objetivo analítico trazado. La presencia de determinados temas denota los valores de referencia y los modelos de comportamiento presentes en el discurso. (48)

En el curso de las entrevistas y durante su análisis se buscaron los *temas emergentes* (49), temas que se repetían con frecuencia en los relatos y que los hemos tomado como mas significativos y como “ordenadores” del análisis; en base a ello se proponen *ejes* que a nuestro criterio permiten organizar según cierta lógica la información recolectada y obtener una mayor potencia explicativa y descriptiva del fenómeno en estudio, haciendo la salvedad de que el modo en que uno interpreta sus datos depende

de los supuestos teóricos que ha asumido. (50) Los ejes que proponemos para el análisis son los siguientes:

- Barreras para el acceso a métodos anticonceptivos
- Rol de los equipos de salud en la accesibilidad y adherencia a los métodos
- Significación del embarazo
- Rol del varón en la anticoncepción
- Significación de la maternidad
- La relación madre-hija
- Opiniones en relación al aborto
- Calidad de la atención percibida

Las mujeres entrevistadas fueron seleccionadas a partir de su condición de internadas en un hospital municipal por complicaciones por aborto. El acceso a las mujeres nos fue facilitado por el jefe del Servicio de Maternidad y la jefa del Servicio de Trabajo Social. Se realizaron 25 entrevistas en profundidad, ya que consideramos en ese punto haber llegado a la saturación de información. Cuando fue necesario concurrimos dos días consecutivos al hospital para continuar una misma entrevista.

La duración promedio de cada entrevista fue de dos horas y se realizaron en un período de tiempo que abarcó de mayo a octubre de 2006.

La edad de las mujeres abarcó de los 18 a los 43 años, en relación al estado civil, era variable en todos los casos: desde familias constituídas con pareja estable e hijos, hasta mujeres solas con hijos y mujeres solteras que vivían con sus padres y hermanos.

En relación al nivel de instrucción, éste abarcó desde nivel primario incompleto a secundario completo. La inserción laboral de estas mujeres se daba en su totalidad vinculada a tres áreas: empleadas domésticas, atención de pequeños negocios familiares (verdulerías, kioscos), amas de casa.

III b- Grupos Focales:

La técnica de investigación en grupos focales fue desarrollada en base al reconocimiento de que muchas de las decisiones que toman las personas son hechas

en cierto contexto social y frecuentemente son el resultado de la discusión con otras personas. (51)

El grupo focal es un grupo artificial construido ad-hoc por el investigador que permite generar condiciones de interacción e influencia recíproca entre los participantes para relevar actitudes, representaciones, valores del grupo acerca del tema en discusión. La composición del grupo debe ser homogénea, con personas con experiencia afín al tema en discusión. (52)

No es necesario que el grupo llegue a alguna clase de consenso, tampoco es necesario que haya desacuerdos, el objetivo es obtener datos en un cierto contexto social donde las personas pueden considerar sus propios puntos de vista en el contexto del punto de vista de los otros (53)

Para nuestra investigación, planificamos realizar dos grupos focales: uno con mujeres en edad reproductiva representantes del sector social usuario de nuestros servicios de salud y otro con el equipo médico a cargo de la atención de las pacientes al momento de su internación.

Grupo focal de mujeres:

Esta técnica indagatoria nos permitirá aportar elementos a los objetivos 1 y 2, es decir identificar las barreras sociales, culturales, ideológicas, que afectan la accesibilidad y adherencia a métodos como así también obtener información acerca de las normas y criterios habituales que regulan los comportamientos en relación a la sexualidad y la reproducción en este grupo social, enfocándolo principalmente al tema del aborto inducido. Asimismo pretendemos retomar en el grupo focal algunos tópicos surgidos en las entrevistas personales, a fin de cotejar, con otros actores y con otro dispositivo, las valoraciones y opiniones de las mujeres entrevistadas.

Las consignas para disparar la discusión serán las siguientes:

- 1) Cual es la mejor edad para tener el primer hijo?*
- 2) Las mujeres pueden elegir la edad a la cual tener su primer hijo?*
- 3) Qué piensan en relación al aborto?*
- 4) Cual es el papel del hombre en esta decisión?*
- 5) Qué entienden por salud sexual y reproductiva?*

Grupo focal con el equipo médico:

Este dispositivo permitirá aportar elementos al objetivo 3 del estudio, es decir describir el desempeño del staff y los modos organizacionales y de atención que pudieran influenciar la accesibilidad y la calidad de atención de las mujeres. También permitirá indagar sus representaciones y valoraciones en torno al aborto inducido y el uso de métodos anticonceptivos y cómo éstas influyen en la atención dispensada a las pacientes.

El grupo de médicos a convocar son integrantes del servicio de maternidad del hospital público municipal en el que se hicieron las entrevistas en profundidad a las pacientes, en este caso se trata de un grupo pre-existente, es decir el grupo de médicos del staff permanente y médicos residentes en formación. En este caso se considera útil trabajar con un grupo no construido ad-hoc para la investigación, ya que provee uno de los contextos sociales donde se forman las ideas y se toman las decisiones. (54)

Algunos temas planteados por las mujeres en las entrevistas personales serán retomados en el grupo focal con los médicos, a fin de aportar la posición de los equipos ante las problemáticas planteadas por las usuarias.

Las consignas para iniciar la discusión serán:

- 1) *Cual creen uds. que es el nivel de información y adherencia a métodos anticonceptivos en las mujeres internadas por aborto ?*
- 2) *Hay dificultades o barreras para la entrega de anticoncepción en los servicios de salud ? Qué criterios se manejan para la indicación de los métodos ? Se hace lugar a la opinión de la mujer ?*
- 3) *Cómo se sienten en la atención de las mujeres con abortos complicados? Cual es el criterio de urgencia para la admisión de estas pacientes ?*
- 4) *Cómo se administra la información a las pacientes sobre su estado, es adecuada, es suficiente ?*
- 5) *Cuales son las propuestas para la prevención de estos abortos ?*

IV – RESULTADOS:

IV a- Análisis de las entrevistas:

“la investigación social es un proceso de artesanía intelectual en el que debe dosificarse con ecuanimidad el rigor y la imaginación”

Mills (1979)

Según señaláramos en *Metodología*, se realizaron entrevistas en profundidad a 25 mujeres internadas por diagnóstico de aborto en una maternidad pública. Se aplicaron preguntas que dispararon el inicio del relato y en casi todas pudieron abordarse los tópicos guía previamente planteados. Las entrevistas se realizaron en un ambiente de privacidad, cuando la paciente podía deambular nos trasladamos a una habitación a solas y cuando esto no era posible se buscó un horario en donde el diálogo no fuera presenciado por miembros del equipo, familiares u otras pacientes. A cada paciente se le explicaron los objetivos de la entrevista en el marco de esta investigación y se le solicitó su consentimiento informado en forma oral, según los siguientes términos:

Si usted acepta, la invitamos a participar de una entrevista en la que conversaremos cuestiones relacionadas al embarazo, la crianza de los niños, el uso de métodos anticonceptivos y la situación actual que provocó su internación. Usted puede rehusarse a contestar cualquier pregunta y puede decidir suspender la entrevista en cualquier momento que lo desee, sin consecuencias para su atención en este hospital. Su participación es totalmente voluntaria y anónima. Nuestro objetivo es comprender el comportamiento de las mujeres asistidas en este hospital en relación al uso de métodos anticonceptivos, los deseos de regular su fecundidad y la situación actual que ha provocado su internación. Todo lo que Ud. exprese en esta entrevista es confidencial y no será asociado a su nombre o a cualquier dato personal que pudiera identificarla. Los resultados obtenidos de esta forma permitirán acercar a los proveedores de servicios de salud y responsables de programas de salud un conocimiento más preciso para mejorar dichos servicios y programas y ofrecer mejores oportunidades para las mujeres y sus parejas.

Las entrevistas fueron grabadas y luego desgrabadas a fin de proceder a su análisis. Ninguna de las mujeres entrevistadas admitió abiertamente haber inducido el aborto; a medida que realizábamos el trabajo de campo comprobamos la dificultad de establecer claramente esta condición, pero esto no se nos presentaba como un problema insalvable, ya que sustentándonos en los criterios de la OMS podíamos asumir que la mayoría de ellos era inducido. (ver paginas 5 y 6). Pero también a medida que avanzábamos en las entrevistas y en su análisis entendimos que la significación que la mujer otorgaba al embarazo y a su interrupción eran aspectos clave a los fines del trabajo, y en ese sentido fueron priorizados, si bien tiene consecuencias diferentes en el plano subjetivo el hecho de que el aborto haya sido espontáneo o inducido.

Dicho análisis se realizó a partir de los siguientes ejes, surgidos como temas que podían ordenar según núcleos de sentido el relato de las entrevistadas:

- **Barreras para el acceso a métodos anticonceptivos:**

En general percibimos que los distintos métodos anticonceptivos son conocidos y solicitados por las mujeres en los servicios de salud, aunque algunas manifiestan inconvenientes o preconcepciones en relación a los anticonceptivos orales:

“engordan, mi hermana se hinchaba, le hacía mal a ella y entonces para que no me haga mal a mí, nunca la usé.”

En relación a la adherencia y al uso sistemático de los métodos, encontramos frecuentemente expresiones como las siguientes, que además muestran contradicciones e inconsistencias:

“soy vaga”,

“yo me estaba cuidando con pastillas pero a veces me olvidaba”

“yo no sabía que estaba embarazada, siempre tomo las pastillas, dejo, vuelvo a tomar bastante y dejo”.

“dejé de tomarlas a principios de julio, y fue cuando tuve relaciones, no las tomé más, se me pasaron las semanas y no las tomé, supongo que me cansé”.

“eran tiempos en que me olvidaba de conseguir las pastillas y se me pasaba...no era que yo no quería cuidarme, era un poco olvidadiza, digamos...”

Estas expresiones ponen de manifiesto un no hacerse cargo, conocer los métodos pero no tomar la decisión de utilizarlos. Estaría expresando esto el deseo inconsciente de un embarazo: si la conciencia *“se duerme”* (referencia textual de una entrevistada) ¿se pone en juego el deseo inconsciente de embarazarse? o por el contrario, ¿expresa un posicionamiento en relación al deseo sexual y su vinculación a la reproducción, no pudiendo separar una cosa de la otra?

Algunas entrevistadas se muestran indiferentes o ausentes en relación al uso de anticonceptivos y parecieran delegar la responsabilidad en el hombre:

“él a veces se cuidaba”, “él me mandaba al médico”, “él me cuidaba”

Se expresa una posición de no hacerse cargo, reiterada en muchas entrevistadas; en el caso de las mujeres con hijos, algunas se manifiestan absorbidas por su función materna, es decir no logran desprender su lugar de mujer de su rol de madre.

Una de ellas manifiesta: *“mi hijo es mi compañero”* Esta misma mujer dice:

“mi marido se cuidaba con preservativos y dejó de hacerlo” .

En un único caso se expresa como un rechazo ideológico al uso de anticonceptivos, la mujer, de 27 años y sin hijos, plantea no querer interferir con la naturaleza,

“nunca usé ningún tipo de anticonceptivos, jamás. Es una ideología mía no ir en contra de mi ciclo orgánico.”

Respecto de que el tener hijos no es un hecho “natural” podría citarse el siguiente texto: “El ser humano... es un sujeto de elección y renunciamento, siempre actor- a veces sin saberlo- de su libertad... en el ser que habla decir *no podía hacerlo de otro modo*, es lo mismo que decir: *era mi elección*” (55)

Y respecto de si se trata o no de un problema de ignorancia, en otro texto hay toda una crítica a la idea de sentido común y saber comunitario: “*La gente actúa no solamente según sus intereses*”, y su enunciado complementario: “*Todo lo que escapa a una lógica utilitaria no debe ser reducido a la idea de error, de ignorancia o de locura*”. Freud avanzó aquí sobre un descubrimiento fundamental que fue al encuentro de las bases sobre las que se pensaba el hombre de la modernidad: determinó la existencia de otro motor que la racionalidad, funcionando al mismo tiempo que el primero, pero sobre otro registro, que explica toda otra serie de actos, incomprensibles dentro de la estrecha lógica de la búsqueda del interés o del placer.” (56)

Al responder a la pregunta de por qué no usaba anticonceptivos, otra mujer responde:

“porque tenía miedo de quedar embarazada con las pastillas, yo soy medio olvidadiza con esas cosas... y la inyección.....soy medio vaga.”

En relación al uso del preservativo, se manifiesta un uso esporádico en algunos casos y una valoración de que su utilización está más vinculada a relaciones esporádicas o no estables:

“a veces lo usábamos, pero ese día no”,

“era en la pareja, no necesitábamos preservativo”,

“yo tenía confianza en la pareja”.

“algún descuido en el acabar y retirarlo”... aquí se expresa un lapsus, lo que no debió ocurrir ó lo que ocurrió a la inversa de lo esperado, es decir una falla en el coitus interruptus utilizado como método y que explica el embarazo producido, es decir el embarazo se produce porque la voluntad no fue suficiente para impedirlo, expresando un deseo del sujeto?

Se observa asimismo en muchos casos que la información en relación a los métodos es transmitida por familiares, amigas, la propia pareja, y es una referencia importante para las mujeres. En general se manifiesta conocimiento en relación a los anticonceptivos y no se expresan, salvo excepciones puntuales, dificultades para el acceso a los mismos. Esto se condice con datos publicados en relación a conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos: un estudio publicado indica que el

conocimiento de los métodos anticonceptivos está muy extendido y que en Rosario el 72% de las mujeres utiliza algún método anticonceptivo. (57)

Sin embargo en mujeres muy jóvenes pareciera que se posee información incompleta o incorrecta en relación a los métodos anticonceptivos y su funcionamiento, se accede irregularmente y tampoco se observa sistematización y adherencia en el uso. Algunas mujeres manifiestan que hubiera sido necesario contar con más información sobre todo en la adolescencia, al inicio de su vida sexual.

En uno de los casos la mujer dice no haber tenido información:

“a los 18 tuve mi primera vez, no sabía nada de cuidarme”.

Otra manifiesta que:

“algo sabía por la escuela”

“tenía miedo de quedar embarazada con pastillas, por olvidadiza”

- **El rol del Equipo de Salud en la accesibilidad y adherencia a los métodos:**

En un caso hemos encontrado barreras impuestas por los propios servicios, como en un Centro de Salud provincial que exige la realización de un exámen de Papanicolaou periódico para la entrega de anticonceptivos orales, aspecto que será profundizado en el grupo focal con profesionales

“se me hacía difícil, no retiraba las pastillas porque el ginecólogo me mandaba a hacer eso, cada tres meses me lo hacía...”

También parece haber confusión con la información médica recibida: *“El ginecólogo me dijo que no las tomara tanto si no tenía relaciones”*. Esto nos interroga acerca de la información médica brindada, es suficiente? Utiliza un lenguaje apropiado y accesible o expresa creencias, valores, prejuicios, vehiculizados a través del concejo médico y que condicionan la decisión de la mujer? Estos aspectos serán profundizados en el grupo focal con los profesionales.

En algunos casos pareciera que esta información parcial se potencia con concejos o prejuicios familiares:

“Mi mamá me dijo: no tomés tantas pastillas si no las usás”

“Tomé diez pastillas de la tableta, después no tomé más”

En este caso puede haber una reinterpretación o simplemente una mala interpretación de la información.

Algunas mujeres manifiestan haber dejado de tomar las pastillas de manera arbitraria:

“Para volver a arreglar mi organismo”

“me lleno de hormonas”

En relación al conocimiento y valoración del dispositivo intrauterino (DIU), algunas mujeres expresan valoraciones negativas sobre este método transmitidas por vecinas/amigas:

“la gente me hacía tener miedo”,

“dicen que provoca infección”.

Asimismo notamos que cuando la información en relación al DIU es brindada por miembros del equipo de salud, provoca mayor aceptación por parte de las mujeres y mayores decisiones favorables a su uso. Eso permite destacar el rol de los médicos y el equipo de salud en relación a las valoraciones positivas y negativas que expresan las mujeres:

Una paciente manifiesta que *“ahora aceptaría el DIU después de la explicación recibida en el hospital”,* pero aún así lo referencian a la experiencia de sus personas cercanas:

“Porque mi mamá lo tenía”

“Una amiga lo tiene hace seis años. Pienso que es más efectivo porque yo me olvido de las pastillas”.

En un caso el consejo médico contrario al DIU , determina la decisión de la mujer:

“el doctor me dijo que no se puede colocar cuando se tiene un solo hijo”

“en el Centro de Salud a nadie se lo quieren colocar cuando tiene un solo bebé, pero mi amiga se lo puso en el Hospital Provincial”.

El estudio citado previamente establece que un 15% de las mujeres en edad reproductiva solicitó la colocación de un DIU en el sistema público de salud, gestión que resultó exitosa en el 54% de los casos. En el resto, hubo en la mayoría de los casos inconvenientes puestos por el sistema de salud, como por ejemplo: no lo colocan si no se tiene ya un cierto número de hijos, no disponían del DIU en ese momento, no lo proveen gratuitamente, no lo colocan si la mujer tiene obra social (58)

- **Significación del embarazo:**

Es evidente a partir de las entrevistas que embarazo e interrupción no ocurren sin acto psíquico por parte del sujeto, sin intervención subjetiva, la que no siempre obedece a razones conscientes o voluntarias o sabidas por el individuo.

La función procreadora de la mujer no sólo se realiza en su cuerpo sino en la significación que ésta función tiene en su subjetividad.

Como dice MM Chatel *“ el anhelo de tener un hijo es infinitamente complejo, incluye los anhelos del hombre y la mujer, influenciados por los anhelos de miembros de sus familias que son importantes para ellos; estamos dando cuentas de un fenómeno no solamente fisiobiológico, sino también de un fenómeno atravesado por lo simbólico: un embarazo precipita lo que hace resonancia entre sus deseos desconocidos y la mujer es portadora de la concreción en su cuerpo del haz de anhelos que originó la concepción.”* (59)

La misma autora expresa que luego debe darse una acogida subjetiva del embrión en el útero y posteriormente la del niño al nacer, estas acogidas se expresan en diferentes niveles, convocan fantasmas y deseos diferentes y están disociadas entre sí.

Algunas mujeres explican del siguiente modo la aparición de su embarazo:

“mi marido me insistió”,

“no lo esperaba, pero tampoco lo quería perder, ahora le tengo que dar un bebé a él porque quiere un hijo mío, yo ya tengo mi hijo.”

Es decir hacen referencia a la necesidad de satisfacer una demanda del hombre.

En otros casos, se manifiesta la determinación de asemejarse a otras mujeres y el embarazo es planteado como un desafío:

“por ahí debe ser el contagio de las otras mujeres que tienen más chicos”

“mis hermanas tienen todas tres chicos”,

“mi cuñada de 17 años quedó embarazada, entonces yo también quería tener un hijo”,

“en mi familia todos tienen su pareja, sus cosas, yo en ese sentido estaba sola”,

Una mujer de 21 años refiere que su padre le preguntó *“Por qué lo hiciste?: no sé qué le iba a decir, no me dejaba salir a ningún lado, no me dejaba tener amigos, no me dejaba hacer nada.”* El hijo aparece como lo único realmente suyo que ella podía tener.

En cada caso se da una constelación particular de eventos que pueden estar relacionados con el advenimiento de un embarazo y su supresión o pérdida.

La relación entre el acontecimiento del embarazo y alguna pérdida importante para esta persona es algo que se reitera en la mayoría de los casos. Estas pérdidas pueden ser muerte de familiares, mudanzas, pérdida del empleo, casamiento de un hermano, etc. Estos acontecimientos ocurren a veces sin que los asocien los mismos sujetos, quienes los designan como azar, coincidencia, golpe de suerte:

“Falleció mi padrastro, era muy bueno con nosotros, la estaba acompañando a mi mamá a hacer todos los trámites”

“me despidieron del trabajo y justo perdí el embarazo”,

“cuando perdí el embarazo, el padre de mi hija regresó de Córdoba, y me amenazó que me iba a sacar la tenencia de la nena”.

Expresan estos embarazos un pasaje al acto, como dice MM Chatel: *“ todo embarazo es un signo del sujeto”*. Y también sostiene que *“en el encuentro entre dos seres humanos, cada uno es portador de símbolos que son parlantes para el otro. En función de lo que se dicen, de lo que se dice en torno a ellos y también de las rupturas eventuales que les suceden en la realidad (un duelo, un accidente, un nacimiento, un viaje,) ciertos significantes se reactivan y actúan: un acto sexual puede actualizar esos significantes y éstos pueden somatizarse y fecundar ”*

y en coincidencia con esto también expresa que: *“en los seres parlantes, la fecundación es una somatización: realiza una precipitación de los deseos inconscientes. Todo embarazo es un efecto en el cuerpo de una necesidad inconsciente, aún cuando vaya a ser suprimido. La fecundidad humana es el fruto de una modalidad que efectúa el encuentro significativo.”* (60).

Cabe preguntarse si aquello que no ha podido ser tramitado en duelo y que deja un agujero en lo real, debe ser llenado también en lo real con este embarazo. Así el niño en muchos casos cumple la función de llenar un hueco en la significación. Lo que ha afectado al ser y requeriría un cambio de posición respecto de la falta se “rellena” por el lado del “tener”: *“tener algo mío” “Yo nunca tuve nada” “todas tienen tres”*.

En las entrevistas se vislumbra el vínculo sutil entre la voluntad declarada y el deseo que esta voluntad oculta: la voluntad puede desconocer el deseo, negarlo, caricaturizarlo y en algunas circunstancias revelarlo, esto se percibe como una ambivalencia en relación al deseo del hijo:

“yo... de quererlo, lo quería tener, de a ratos me ponía mal, pero...trataba de imaginarlo al bebé cómo sería. No sé... (llora) yo lo quería tener... al rato no me importaba nada lo que digan los demás, pero me ponía mal igual...”

Esta misma mujer expresa como que este embarazo está destinado a ser perdido porque su conexión con fantasías incestuosas es demasiado cercana, o está insuficientemente velada *“yo a mi hermano lo espero cuando vuelve del trabajo, le cebo mates. Mi cuñada está celosa conmigo...”*

Como dice M Chatel: *“Muchas mujeres están divididas entre un verdadero anhelo de un hijo que acierta a realizarse en este embarazo y el rechazo de este embarazo particular.”* (61) El sujeto se muestra escindido entre lo que quisiera decir y lo que dice, entre lo que quisiera hacer y lo que hace.

Embarazos que ocurren, pero parecen destinados a perderse: *“Apenas llego me pongo a limpiar y pasó lo que tenía que pasar”*. Esta mujer nos está diciendo que este embarazo debía perderse, al mismo tiempo dice que querría tener otro hijo, y manifiesta haber dejado las pastillas porque engordaban: *“yo engordo mucho la panza y lo que odio es eso”* lo que parece expresar en otros términos el rechazo al embarazo.

En otros casos se expresa la idea de que el momento en que ocurre el embarazo, no era el “momento apropiado”:

“todos me insistían con tener otro hijo, mis hermanas, mi marido, yo tenía otros proyectos, tenía ganas de comprarme una casa más grande o terminar de estudiar, otras cosas, después se metió lo del embarazo en la cabeza y se volvió un desafío.”

“Vos te rodeás de chicos y te empieza a gustar todo ese ambiente de tener chicos, estás en el tema, hablás, te va llevando, si vos no te liberás de eso...yo antes hacía otras actividades que no me llevaban a pensar en volver a tener un hijo....”

“mi familia tiene otro pensamiento, su hobby es tener hijos, no piensan en sí como mujer”

La misma mujer dice: *“quería un bebé”,* y más adelante *“no estaba en mis planes embarazarme”.*

En algunas entrevistas se hace referencia al embarazo como claro impedimento para distintas cosas:

“no sé, tenemos que hacer tantas cosas... cuando quedé embarazada, empezaron a salir cosas nuevas, trabajos, propuestas... y estar así embarazada...”

“me voy a dedicar a mi bebé de dos años ahora, porque si estaba embarazada no lo iba a poder mandar al jardín...”

Una mujer manifiesta: *“yo ya lo había aceptado, una vez que me dio positivo seguimos adelante, pero no me quiero embarazar más, es mucho sufrimiento, sufrís porque los perdés, sufrís para reternerlos.”* Este testimonio ubica el embarazo ligado al sufrimiento.

Otra paciente expresa: *“cuando tomaba las pastillas también quería tener otro bebé, siempre quise tener un bebé, no es porque tome pastillas que no quiera tener. Yo siempre quiero tener otro”.*

En algunos casos el embarazo –aunque perdido- puede inscribirse para la mujer como prueba de su fertilidad: en un caso el embarazo perdido era un huevo hueru, lo que parece significar para esta mujer su deseo de probar su capacidad de ser madre: *“es injusto, él dice que soy yo la que no puede, yo le dije que era él, y decidí terminar”.*

O como rivalidad frente a otra mujer, ella sí infértil: *“él me decía que no podía tener hijos, que la mujer nunca quedó embarazada, a lo mejor era ella la que no podía tener. El fue y le comentó esto a ella y lo echó”* En estas situaciones en particular el embarazo pareciera otorgar un valor agregado a la mujer, es decir el de mujer fértil.

En un caso, aparece el sentimiento de deber haberlo tenido con el argumento de que se lleva bien con el marido: *“nosotros no nos hacíamos problemas, porque yo estoy bien con mi pareja, si venía un hijo no había problemas”*

Se le presenta una paradoja respecto del embarazo anterior (se llevaba mal con el padre de ese niño). Dice que ése no fue deseado. Pareciera como que el embarazo

actual y su pérdida interpela su historia de embarazos no deseados: *“todos esos meses yo me ocupaba de mi nene que está enfermo, yo me abandoné totalmente”*.

Se pregunta *“¿por qué se perdió algo tan grande?”*. No sabe cómo ubicar esta pérdida pero teme las consecuencias: *“cuando me vaya a casa me voy a poner mal”*. ¿Se sentirá obligada a ponerse mal? Por este hijo?, por el otro?

En este relato aparecen tanto la angustia como el miedo y los sentimientos de culpa.

- **El rol del hombre en la anticoncepción:**

Desde mediados del siglo XX la medicina aportó a través de la anticoncepción los medios y los instrumentos objetivos para contribuir al ejercicio de la “voluntad” en la procreación de los hijos, *“en su lógica esta ciencia desconoce la arquitectura inconsciente compleja y contradictoria que constituye el resorte de la fecundidad humana”*. (62)

Podemos remarcar como un rasgo en las entrevistas el papel secundario que muchas de las mujeres le asignan al hombre en la toma de decisión en relación al embarazo: minimizan lo que ellos dicen, afirman que los hombres en general acuerdan con lo que ellas deciden y que al fin son ellas quienes deciden. Todo parece mostrar que en esta situación él no cuenta, ya sea porque la mujer lo excluye o porque él se sustrae.

La decisión de tener al hijo, pero especialmente de no tenerlo es una decisión fundamentalmente asumida por la mujer, aún cuando no lo reconoce explícitamente o cuando manifiesta valoraciones muy negativas al respecto.

La autora citada manifiesta que la contracepción médica ha implicado una verdadera conmoción : *“se ha convertido en una contracepción segura y femenina. En efecto, otros métodos que implicaban una participación activa del hombre como el preservativo o el coitus interruptus, implicaban para las mujeres sufrir sus avatares o eventos inesperados. A partir de la anticoncepción médica moderna, las mujeres deciden decidir, y si ocurre un accidente, es su propia culpa, la que se ha desplazado insidiosamente hacia su lado, el hijo que viene es más considerado una cosa de ella. La mujer se transforma así en responsable de la maternidad, y por lo tanto también de la paternidad. Se pasó así del hijo como consecuencia del deseo sexual del hombre hacia una mujer, al hijo como objeto del querer consciente de una mujer, hay un cambio de registro: se pasó del registro erótico, es decir sagrado, al registro veterinario, de estar en el origen de la procreación como mujer deseada y deseante a estar como habitante de un cuerpo femenino.”* (63)

En relación a la intervención del hombre en la elección del DIU como método, una mujer manifiesta: *“eso lo decidí yo”*.

Luego ante la insistencia del marido: *“el me decía: te lo vas a sacar? Vas a esperar mucho tiempo para tener otro?”*.

“Mi marido está muy entusiasmado con tener chicos, los alza, los abraza, a mí eso me parece un poco chocante al verlo.”

Otra mujer manifiesta: *“me quiero poner el DIU”*, ante la pregunta sobre la opinión de la pareja, manifiesta: *“él no intervendría en eso”*.

En relación al cuidado otra mujer manifiesta: *“sí, lo que yo digo, él siempre está de acuerdo conmigo”*.

Consultada una mujer en relación a la opinión de su pareja sobre su embarazo, manifiesta: *“nada, no dijo nada, a él le dio igual que yo se lo haya dicho o no...”*

- **Significación de la maternidad:**

En un texto sobre maternidad y femineidad y en relación a la decisión de tener un hijo, Marie Langer sostiene que *“las decisiones de los individuos reflejan voluntad o deseo, muchas veces inconsciente. Desde que somos conflictivos y ambivalentes como seres humanos, detrás de cada decisión, aparentemente lineal, limpia, siempre queda algo de la otra...”* Asumir la maternidad en la mujer puede implicar la *“aparición de conflictos con el ideal del yo, con el modelo ideal de madre y de mujer, como se supone que debería ser....y también con el superyó de la mujer, que como dice Freud viene siempre de las generaciones pasadas: las sagradas obligaciones.”* (64)

Algunas mujeres pueden sentirse “obligadas” a querer ser madres; en nuestra sociedad una mujer que decidiera no tener hijos sería cuestionada o al menos no comprendida. De la mujer que no puede tener hijos se siente lástima. Hacia la que los aborta se dirigen los sentimientos más oscuros.

En la legislación vigente¹ sólo se consideran razones “atenuantes” la violación y una enfermedad grave. Otras posiciones menos radicalizadas admiten también algunas otras motivaciones como la edad temprana, el alto número de hijos, la precariedad económica, la falta de pareja, etc.

Cuando esos factores no están presentes la mujer siente más el peso de la obligación de desear ese embarazo:

“como dicen los chicos de hoy, nunca un bebé. Pero cuando uno tiene marido, tiene la contención de él, el apoyo, el amor de esa persona es lindo darle un hijo”

¹ Artículo 86 del Código Penal Argentino, Libro Segundo de los Delitos, Título 1: Delitos contra las Personas, Capítulo 1: Delitos contra la vida.

Pero siempre se trata de algo a decir en voz baja porque lo aceptable y correcto parece seguir siendo ponerse muy feliz ante la noticia de cualquier embarazo.

Los relatos de todas estas mujeres dan cuenta de esto, sin excepción. Ninguna puede decir abiertamente que no quería tener este hijo, aunque en su discurso el rechazo suele aparecer encubierto bajo la forma de una negación.

Hay algunas cuestiones que deben ser indagadas en el contexto sociocultural al que pertenecen las mujeres entrevistadas. Muchas veces hay convivencia con los padres y las nuevas parejas y los hijos de ambos. Cuando una joven tiene un hijo y sobre todo si es soltera o está separada suele quedarse con sus padres. Hay casos en los que se “pierde” la cadena filiatoria o se salta una generación. Pareciera que el hijo es “entregado” a los padres, quedando la joven en posición de hija y el padre biológico nombrado como “*el chico*” o “*el pibe*”.

“A mí no me dice mami, me dice Lore. Le dice mama a mi mamá y papá a mi papá”.

Otros testimonios en este mismo sentido:

“como él trabaja, estábamos bien, queríamos un bebé...yo vivo con mi mamá, mis hermanos y mi nene... cuando yo estoy con él, vivo en la casa de él, me queda más o menos a treinta cuadras.”

“estoy de novia, como tenemos los dos 20 años, queríamos un bebé...vivo con mis padres y cuido a mi hermanita más chica”

Pareciera que en estas situaciones se produce un continuo en la procreación sin cortes, podríamos hablar de “hijas-madres-hijas-madres”, en una especie de *patología del devenir* en el sentido de quedar aplastado por esta ‘ausencia de expectativa’, tomando los términos freudianos.(65)

Esto ocurre cuando el pasado no cumple la función de pasado, en el sentido de que el pasado es lo que permite la inserción en una cadena histórico-cultural en relación a la ascendencia, en relación a la historia, lo que posibilita algún lugar en el presente y la posibilidad de pensar en un futuro. Esto también se liga con la posibilidad de que algo puede cambiar, puede mejorar.

No le da posibilidades a un sujeto de historizarse en el sentido de remitirse a su pasado, sin quedar chupado en el pasado o a algo que no sabemos como nombrar: “pasado-presente” todo junto y tener alguna dimensión hacia adelante, que no sea todo lo mismo. Poder pasar de una especie de continuo a algo que sea discreto, que pueda marcarse en corte, en series.

Jorge Belinsky sostiene que estas dimensiones serían necesarias para que funcione de una manera adecuada la posibilidad de que alguien pueda adquirir una cierta identidad y una cierta filiación, porque todos estos problemas los podemos remitir a las categorías de la filiación y de la identificación.(66)

El discurso es lo que da la filiación y por lo tanto también la identidad. Si la filiación es matrilineal se desdibuja o pierde la función paterna, que es lo que pareciera ocurrir en

estos casos. El embarazo, el hijo se convierte en un asunto de madres e hijas, quedando los hombres (como padres) suprimidos del tema.

En los casos de mujeres que fueron madres adolescentes ó muy jóvenes pareciera que prevalece un juicio moral o de castigo en relación al embarazo:

“si lo hacés te la tenés que aguantar”

“antes era joven, tuve mi hijo porque quedé embarazada, fue como una obligación”,

“los hijos por ahí vienen y hay que aguantarlo, hay que tenerlos”,

“quedé embarazada a los 15, no lo busqué pero lo acepté”,

Algunos relatos asocian la maternidad a la privación del placer, de la diversión, del disfrutar ser joven:

“la mejor edad para ser mamá son los 24 o 25 años, yo casi no disfruté, en la etapa que podría haber disfrutado, fui mamá”

“yo no conozco un baile, una salida a la noche, nada”

“...era como que tuve que pasar de adolescente a adulta, hay cosas que no las pude hacer más y que tampoco las voy a poder hacer: ir a dormir a la casa de una amiga, no puedo volver a cualquier hora, tengo una obligación que es mi hija que está en casa esperándome...”

El relato de algunas pacientes muestra que la función materna las absorbe en su totalidad, no quedando espacio para otras cuestiones:

“creo que eso te hace la vida misma: ser una madre”

“lo quieran o no ellos, la que está con los hijos es la mujer, es la madre...”

“no me arrepiento de haberlos tenido, eso de que hayan interrumpido mi paso....no me arrepiento”.

Este relato expresa nuevamente bajo la forma de una negación, su arrepentimiento y manifiesta el dilema madre-mujer: los hijos amenazan su condición de mujer y de ser alguien más allá de la maternidad, suponen en el hijo una demanda exclusiva a la cual ellas no están en condiciones de responder, el aborto aparece como su opción de ser mujer pero excluyendo la maternidad.

Una mujer dice: *“lo hacés todo por los chicos y te dejás a vos a un lado”.* *“Yo les compré cosas a los chicos, esta semana me tocaba comprarme cosas a mí y me pasó esto”* Enuncia efectivamente que esta semana le tocó pensar en ella.

En muchos casos el embarazo se presenta como un hecho inesperado, no reconocido: es posible pensar que en algunos casos esto se deba a la precariedad del conocimiento que algunas mujeres pueden tener respecto del funcionamiento de métodos y los signos de embarazos, pero en términos generales nos parece difícil

creer que tan radical desconocimiento se deba a falta de información. Leemos en el discurso el uso continuo de distintas formas de la negación, en el sentido de la división subjetiva tal como lo explica Marie Langer:

“no teníamos que hacer algo”, dice una mujer en relación a la novedad de su embarazo y expresando desde la negación la posibilidad de abortarlo.

La negación se define como el proceso en virtud del cual el sujeto, a pesar de formular uno de sus deseos, ideas o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose, negando que le pertenezca. Para Freud la negación constituye un medio de adquirir conocimiento de lo reprimido.(68)

Cabe agregar que puede haber también una censura voluntaria y consciente que las entrevistadas usen a modo de protección por el carácter ilegal del aborto

*“no sabía que estaba embarazada, la menstruación me venía y se me iba, normal”,
“tuve el atraso”.*

- **La relación madre-hija**

El embarazo pone en crisis la relación madre-hija, ya que la “hija” va a ser “madre”, se produce una sustitución de lugar y la relación que ella (la hija) tuvo con su madre la interpela en su propia posición como madre. En su texto sobre la femineidad, Freud hace referencia al tema de la relación madre-hija y llama “odio” a la hostilidad edípica.* Este “odio de la madre” marcará profundamente la relación de una mujer con el otro, y de su resolución o persistencia dependerá la posición femenina en el amor.(69)

El estilo femenino puede considerarse como el resultado de operaciones sobre las marcas dejadas por la relación madre-niña. Es especialmente en referencia a la relación madre-niña que Lacan situará esta noción: la madre puede ser para una hija un estrago, y señala el estado de reproche y disarmonía entre la hija y la madre subrayando cuan devastadora puede ser esta relación si no posibilita una operación necesaria de separación que permita a la hija no quedar absorbida en esta relación con la madre. (70)

En relación a esto MM Chatel relata que en las entrevistas de pedido de interrupción voluntaria del embarazo, *“...se despliega una posición subjetiva de cada mujer en su manera particular de declararse tal, es decir según la abertura que efectúa en el enigma que constituye para ella la realización de su femineidad. Ella está habitada por*

* *Esta perspectiva encuentra fundamento en la tesis psicoanalítica respecto de las vicisitudes del Complejo de Edipo y de la Castración en la mujer. La niña ingresa al amor al padre luego del desprendimiento de su primer objeto de amor que es la madre. Debe abandonarla como objeto de amor e identificarse con ella para acceder a la constelación Edípica y desear así un hijo del padre (luego de sus sucedáneos). Esto la sitúa en posición de rivalidad con la madre, a quien reprocha “haberla hecho tan mal”, es decir castrada. Esto determina un campo conflictivo en la relación con la madre, pleno de reproches y hostilidades.*

el síntoma-madre por acto fallido, acto significativo y dice no. Esto puede leerse como una reivindicación frente a su madre: no quiere ser madre en forma idéntica a ésta, quiere jugar su deseo de otra manera...el precio es un asesinato fantasmático, este acto irreal se cumple con una operación bien real...” (71)

Otros autores hacen aportes en este sentido: *“...la maternidad se puede considerar como un recurso defensivo con respecto a lo femenino, en sus diferentes configuraciones puede funcionar como un equivalente del repudio a lo femenino o posibilitar el acceso de una mujer a la posición femenina. Estas diferentes maneras de afrontar la maternidad tienen consecuencias en la subjetivación del hijo, especialmente en relación a la hija mujer... para una mujer que se convierte en madre un hijo puede ocupar la posición de objeto a, en tal caso es posible que le aporte un complemento de ser, se produce un desplazamiento teórico, no se trata ya del amor materno, sino de su posición respecto del deseo y del goce.”(72)*

Eva Lerner plantea que *“ la hija mujer se presta a la ilusión que logrará una ligazón mejor con su propia hija que la que tuvo con su madre, en la ilusión de un lazo que permita tramitar lo no tramitado con la propia madre” (73)*

En nuestras entrevistadas podemos decir que la relación con la madre, se manifiesta en forma ambigua: en la mayoría de los casos es el referente más importante en cuanto a cuidados, consejos, ayuda en la crianza de los hijos, pero también en algunos casos se vislumbran relaciones devastadoras, en las que se reflejan tanto la identificación como la rivalidad y la dificultad de separación con la madre, repitiendo su historia:

“hay que seguirla a mi mamá, tener los hijos de muy joven”

“es como que yo repito la historia de mi mamá”

Se manifiestan en algunos casos dificultades de enfrentar a la madre con la noticia del nuevo embarazo, pero también con su pérdida. Se pone en juego aquí una moción dirigida a reparar a la madre (ofreciéndole al hijo) y se expresa también la culpabilidad (al negárselo), en estos casos la madre aparece como la figura más feroz del superyo:

“es muy reservada, no es una persona de hablar”

“está enojada conmigo porque estaba embarazada y también porque lo perdí, ella piensa que yo hice algo...”

“soy igual a mi mamá, por eso chocamos, estamos juntos el fin de semana y estamos bien, pero si me quedo más de cuatro días, ya peleamos”.

“cuando se enteró que estaba embarazada me dijo yo te advertí que con ese pibe no te metieras, me echó de mi casa por una semana, luego regresé”

“ella se mete mucho en la vida de uno y no te deja hacer nada, siempre tenés que estar haciendo lo que ella dice”

“nunca podemos hablar bien nosotras, por más cerca que esté de ella no sabía cómo decirle lo del embarazo”

“ella me pone en una situación de que yo tengo que ser más que mis hermanas, no sé que hicieron mal para ella que yo no lo tengo que repetir...”

Una de las entrevistadas hace referencia a la historia materna en estos términos:

“me tuvo a los 17, ella no lo dice pero uno se da cuenta...” (de que no fue deseada)

Otra paciente manifiesta: *“ella no me cuenta bien, pero uno se da cuenta de que para ella no fue nada fácil”*.

Como dice M. Ch.: *“la madre le hizo comprender a su hija que no fue deseada. En ese sentido, mediante este aborto efectúa el deseo de su madre.”* (74)

- **Opiniones en relación al aborto:**

Es muy homogéneo el discurso en casi todas las entrevistadas en relación a este punto: hablan de matar. Se perciben juicios morales negativos, al menos conscientemente no vinculados a la religión:

“no estoy de acuerdo con matar”

“vos estás matando un embarazo”

“yo jamás pensaría en algo. Las criaturas cuando vienen es por algo”

En un caso la mujer se declaró partidaria de la legalización del aborto, aunque lo argumentó en relación a una experiencia vivida por su hermana.

En varias entrevistas se expresan racionalizaciones en relación a la pérdida que revelan el rechazo a este embarazo e indicarían cierta implicación en su interrupción:

“puede ser por el cigarrillo o la bici”

“en el gimnasio estaba levantando mucho peso con cada pierna, una fuerza increíble, pero no a propósito...”

“me dijeron que esto es por la mala fuerza que hacía yo en el trabajo”.

“sabía que estaba embarazada, pero estuve levantando muchos baldes de 20 litros”.

“yo ya soy grande, él podría haber sido mi hijo” (dice respecto del marido que es más joven, y justifica con esto la pérdida)

Cabe señalar el caso de una mujer que decía desconocer la existencia del embarazo, lo que la puso en una situación de riesgo extremo ya que casi muere por la hemorragia.

“Sí, tenía hemorragia, a la noche seguía perdiendo sangre, me desmayé, empecé a ver todo negro, de urgencia me trajeron al hospital”

Esta misma mujer es la que expresaba: *“si lo hacés, te lo tenés que aguantar”*, revelando que la situación de aguantar la llevó a incluir el riesgo de morir. Esta situación se reitera en otros relatos:

“el miércoles largué un coágulo grande, yo no sabía qué era eso, no me di cuenta pero me imaginaba algo de eso... el jueves a la noche me agarró mucha fiebre, me la bajé con ibuprofeno y el sábado empecé a perder mucha sangre, sangre”.

En muchas de las entrevistas se relata una demora importante en la consulta y en el tiempo de llegar al hospital. Expresa este hecho una ocultación autopunitiva? O es una forma de la negación, al servicio del castigo, tal cual lo expresáramos en párrafos anteriores? Pareciera que la mujer no se ubica en la escena real, de pérdida de un embarazo.

Otra mujer manifiesta: *“ al no saber yo que estaba embarazada, es como que no puede ser que haya perdido un bebé, es como que todavía no caigo..”*

En la mayoría de los casos son perceptibles el peso de la angustia y la culpa, por destruir a un hijo posible:

“por ahí yo tengo la culpa, si yo me cuidara como se debe no me estaría pasando esto, para no sufrir yo ni el bebé”.

Otra mujer manifiesta: *“quiero cuidarme hasta que mi pensamiento se acomode, me siento mal porque lo perdí”.*

Es llamativa esta coincidencia con lo relatado por M Chatel (74) en las entrevistas realizadas a mujeres que solicitan en Francia la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVG), práctica que es legal a solicitud de la mujer: *“ Puede suceder que se lance la palabra asesinato y que a través de las lágrimas se filtre un .. “sé claramente que no es un crimen, pero...”* El status legal del aborto no impide el conflicto personal que se pone en juego en cada mujer.

Una paciente, consultada en relación a su primer hijo, manifiesta:

“tenía contracciones y no quería ir al hospital”, recordando ese parto, expresa: *“lo que renegué”*

En otros casos se expresa como una obligación de desear al hijo y como un sentimiento de culpa ante la pérdida:

“estaba angustiada, por no haber podido enterarme antes, fue todo tan rápido, tuviste una criaturita y la perdiste”.

- **Calidad de la atención percibida**

En relación a la calidad de atención percibida, las mujeres manifiestan haberse sentido bien asistidas y con un trato correcto, sin embargo una queja recurrente es la escasa información suministrada por parte del equipo de salud:

“las enfermeras no te dicen nada, los médicos que me atendieron no están siempre y los de guardia están muy ocupados, los llaman a ellos cuando es necesario”

En muchos testimonios se expresa una valoración negativa en cuanto a la disposición de los médicos a brindar información:

“yo quería saber, pero no me han explicado”

“mi marido vino a la salida del trabajo para hablar con el médico pero le dijeron que no lo podía atender porque estaba comiendo”.

“los médicos no me dijeron nada, la chica de al lado también está esperando que el médico le diga algo y no va ninguno a hablarle, nada”

“ellos dicen que a las cinco le dan los informes a mi papá, después de la visita, pero no me dieron nada, tampoco a él”.

“no hubo oportunidad de preguntar nada, te atienden y se van, rapidísimo.”

En general los informes se dan oralmente en los horarios de visita a los familiares, no a las pacientes, los horarios de visita son restringidos y no todos los familiares pueden concurrir:

“yo estoy sola, no viene nadie de mi familia porque todos trabajan, no me dicen nada porque dan los informes allá afuera y yo no tengo a nadie para que esté escuchando”

En ocasiones pareciera que esta actitud médica favorece la pasividad y desimplicación de la mujer: *“A mi marido le explicaron. Yo prefiero no saber. Con que sepa mi marido es suficiente”.*

Una paciente manifiesta: *le tengo pánico a lo que me quieran hacer las enfermeras”,* ante la pregunta del motivo de este miedo, contesta: *“yo creo que ellas a una mujer que pierde la discriminan mucho, siempre te preguntan si vos te hiciste algo” .*

En varios casos se reconocen demoras en la atención inicial: *“me dijeron que esperara porque estaban en cirugía, yo me quedaba parada y la sangre se me caía a chorros. Entonces me fui.”*

En este punto cabe también preguntarse si existe una actitud expulsiva o discriminatoria por parte del staff para estas pacientes, lo que provocaría demoras o temores en llegar al hospital, a lo que se suma el status legal del aborto. Este aspecto será indagado en grupo focal con los equipos.

IV b- Análisis Grupo Focal de Mujeres:

El grupo focal se realizó con 20 mujeres, pertenecientes al mismo sector social que las mujeres internadas, que es habitualmente usuario de los servicios públicos de salud. Las participantes fueron convocadas a partir de contactos del investigador con organizaciones políticas y barriales, algunas de las participantes tenían una militancia social y política en temas vinculados a los derechos de la mujer.

El grupo focal se realizó en un momento en que en el contexto social y político se estaba debatiendo la despenalización del aborto impulsada por algunos legisladores y organizaciones de mujeres, como así también se hacía pública la posición del Ministro de Salud de la Nación favorable a esta propuesta.

La edad de las participantes abarcó el rango entre 17 y 60 años, si bien la mayoría de ellas se ubicaban entre los 30 y 45 años, resultó ser un grupo etéreo heterogéneo. Las adolescentes presentes no se expresaron durante el debate, si bien en más de una ocasión se les preguntó su opinión en forma directa. El debate transcurrió en un clima cordial, no hablaron todas las mujeres, por lo que creemos que si había opiniones en disidencia, algunas pueden no haberse expresado.

La discusión se inicia con la primer pregunta planificada:

Cual piensan uds. que es la mejor edad para tener un hijo?

En general las mujeres responden que la edad ideal para tener un hijo es después de los 25 años, casi ninguna reconoce como ideal o adecuada la maternidad adolescente si bien algunas de ellas pasaron por esa experiencia. También se hace referencia a que los factores sociales y de la historia personal podrían hacer variable esa edad.

“No tienen responsabilidad para asumir ese compromiso de ser madre, que significa mucho, por mi experiencia me parece mejor ser mamá más grande.”

“Yo tuve a mi hija a los 16 años. Sí me hice muy responsable de cuidar yo a mi hija. No necesité ni de mi mamá, ni de mi papá, ni de nadie. Yo con 17 años era responsable.”

Crié a cinco hermanos y por ahí se me cruzaba decir “¿por qué no puedo tener un hijo y criarlo yo?, ¿no soy responsable con mis hermanos? Crié cinco hermanos ¿por qué no puedo criar uno propio? Por ahí tomé la decisión de tenerlo a esa edad.”

Este último testimonio es congruente con algunos relatos surgidos de las entrevistas en profundidad en relación al embarazo adolescente como la necesidad de tener algo propio.

Asimismo se plantea una discordancia entre el desarrollo sexual y biológico y las condiciones sociales y psicológicas requeridas para ser madres:

“ Uno es el tiempo social y otro es el tiempo biológico... en el tiempo social la edad es 30, 40... 50. Cuanto más tarde, mejor. Pero el tiempo biológico es otro... el tiempo social, es como que se está alargando, y después de los 30 años no hay problema si todavía no tenés un hijo.”

También aparece una edad límite para tener hijos vinculada a factores como la “paciencia” y los “riesgos”:

“Y también la paciencia que tiene que tener la mujer para tener un hijo. Las chiquitas son como hermanitas que andan con el bebé al principio, después lo dejan. Si tienen una familia que lo contengan, bueno...”

“Yo pienso que 30 años está bien. Pero más de eso, no tenés la paciencia. Me parece que tu cuerpo no está preparado para los adolescentes.”

Crean Uds. que las mujeres pueden elegir la edad para ser madres?

Las mujeres ponen en relación los embarazos juveniles con la falta de cultura o educación, adjudicando una cierta culpa a las adolescentes por esos embarazos tempranos y haciendo una apuesta fuerte a la educación, la información como medidas de prevención:

“Las jovencitas no se cuidan, tienen 15 años y quedan embarazadas.”

“Yo soy de otra época. Para mí les falta estudio. Que encuentren algo para hacer. Si se cultivan, se les abre un poquitito la cabeza yo creo que no tendrían hijos. Si hay métodos para cuidarse.”

“Si a ellos se les abre la cabeza, van a tener un futuro y ahí van a poder planificar cuando tener hijos”

También hablan de determinantes culturales y presiones sociales y familiares en relación a la maternidad:

“A veces quieras o no quieras, en las familias surge que te tenés que casar, que tenés que tener hijos.” ”

“La mujer en la casa con los hijos”.

Consideran que en la ciudad hay buen acceso a los distintos métodos anticonceptivos en los servicios de salud, no sitúan en la accesibilidad a los métodos la problemática del embarazo no deseado.

“ Hoy en día hay centros de salud por todos lados, te dan los anticonceptivos. Yo, por ejemplo, me puse el DIU, cuando tuve el segundo nene, en un centro de salud.

“tienen acceso, sí, ... pero que tomen conciencia para obtenerlo, eso es otra cosa...”

“para decidir tenés que estar muy bien preparada...”

“A veces tiene que ver con la autoestima... internamente no tenía la posibilidad de saber qué quería y qué no quería...”

Esta expresión coincide con lo evaluado en las entrevistas en relación a que el fenómeno no es lineal y sí expresa numerosas contradicciones.

Hablan de un déficit en la orientación y contención por parte de los padres.

“A mí me parece que falta charla del padre con el chico, que hablen directamente. Los padres se tienen que preparar. Asumir eso.”

Como otro factor de “descuido” incluyen la impulsividad, la rebeldía o la “ceguera” del amor en los jóvenes:

“el adolescente es impulsivo, es enamorado”

“yo le digo a mi hijo cuidado con los arrebatos, ellos son así”

Qué piensan en relación al aborto?

Las primeras opiniones que se expresan hacen referencia a que la mujer que aborta no ha tenido la posibilidad de elegir ese embarazo, y se refieren a ella como una adolescente de 13 o 14 años, pero enseguida alguien acota:

“también podés tener 40 años”

A partir de allí opinan que se da a cualquier edad y en todo sector social, y que las mujeres adultas no están al margen de esta problemática.

“todo eso es porque no podés elegir algo, y aunque no lo elegiste te tocó, te lastiman...”

“una persona que se hace un aborto es porque no eligió”

Las situaciones que involucran una violación suscitan un gran rechazo en relación con llevar adelante el embarazo:

“en casos de violaciones debería ser inmediato, acá hubo una violación, debe haber un aborto, no hay que estar dando vueltas con eso”

Lateralmente aparece que quizás no todo embarazo fue programado ni todo hijo deseado, en alusión a si sus madres las desearon a ellas:

“acá somos 20 mujeres, no sé cuántas habremos sido una decisión...”

“mi mamá tenía 19 años cuando me tuvo a mí, no sé si lo pensó y dijo “vamos a tener a Carina”

“tenés relaciones con una persona que querés, pero no sé si era el momento que ella decidió”

“mi mamá era soltera, así que supongo que no me habrá deseado”

Como dice M M Chatel, oportunamente citada, el deseo de un embarazo las interroga en relación al deseo de sus madres.

A pesar de que en el grupo se incluyen mujeres con militancia en relación a temas vinculados a derechos sexuales y reproductivos (algunas de ellas refieren haber recolectado firmas a favor de la despenalización del aborto), aparece también (como en las entrevistas) la idea de crimen, de ser asesina. Lo ven en la miradas de los otros. Aparecen fisuras en el discurso de defensa de los derechos de las mujeres que reflejan contradicciones y temores. Expresan racionalizaciones y dudas acerca de cuándo se trataría de un crimen, en qué momento de la gestación podría hablarse de un atraso (en ese caso no se pierde nada) y no de un aborto, para ello piden “auxilio” a la biología, para que establezca un claro límite entre lo aceptable y lo que no lo es:

“Biológicamente, a partir de cuándo tiene vida?”

“fue muy duro pedir por la despenalización del aborto, nos miraban como diciendo que éramos unas criminales”

“hay gente que puede considerar que se trata de un crimen”

“lo exageran y le ponen esa palabra, crimen, ... vos no sos una asesina...”

“si tenés un atraso y te lo sacás, para mí eso no sería un aborto, aborto es cuando ya está formado el bebé, entonces no es un crimen”

Algunas de las participantes también expresaron discursos favorables a la despenalización del aborto, haciendo referencia a las dificultades sociales y sanitarias que acarrea la actual penalización de esta práctica. Cabe citar nuevamente a MM Chatel, quien expresa que la legalización del aborto en Francia, no implicó la realización de más abortos, tampoco menos.

“pienso que si se despenaliza, no va a haber más abortos”

“no va a haber más abortos, va a haber menos muertes”

“pasar por un aborto debe ser algo terrible, pero encima te lo hacen peor, te hacen sentir como una criminal cuando estás pasando por esa situación fea”

En algunos casos se hace referencia a la esterilidad como consecuencia del aborto, expresando una retaliación o el recurrir al embarazo como una demostración de la fertilidad (esto también aparece en las entrevistas):

“el tema del aborto es que muchas chicas se lo hacen y quedan con la duda de si habrán quedado estériles.”

“a lo mejor intentan quedar embarazadas solamente para saber si pueden tener un hijo o no, por sólo probar esto.”

Cúal es el papel del hombre en la decisión de abortar?

Las mujeres expresan distintas opiniones y no parece haber acuerdo al respecto: en algunas predomina la idea de que decide la mujer, otras expresan la idea de que la decisión es compartida, otras expresan que el hombre no interviene, pero en todos los casos prevalece la idea de que la decisión deber ser tomada por la mujer, revelando la idea de que la anticoncepción es responsabilidad de la mujer:

“cuando quedás embarazada es porque vos te olvidaste de tomar las pastillas”

La pregunta final se plantea como una reflexión:

Qué entienden uds. por salud sexual y reproductiva?

Las respuestas se vinculan a poseer información sobre anticoncepción, acceder a la planificación y también el concepto aparece muy ligado a los aspectos médicos o biológicos y vinculado a la prevención de enfermedades:

“con tu sexualidad tenés que ir al médico y hacerte controlar, no sólo por el tema de tener un hijo, sino también por las enfermedades”.

“el control periódico, lo más importante es cuidarse”

“en el tema de la salud lo mejor es ir al médico, el cuerpo de cada una es distinto”

“concientizar a las chicas, apuntando al tema de nuestro cuerpo, como tenés el carnet de vacunación, lo mismo: al ginecólogo tenemos que ir.”

Comentarios finales:

La discusión reflejó las ideas socialmente aceptadas por el grupo en relación a la problemática del aborto, la maternidad y el embarazo adolescente.

1. Reconocen como inapropiada la maternidad adolescente, algunas mujeres que pasaron por esa experiencia la ubican como la necesidad de tener algo propio (tal cual lo planteado en las entrevistas en profundidad). Expresan que la maternidad requiere de condiciones sociales y psicológicas que no se dan en la adolescencia.
2. Manifiestan que la accesibilidad a métodos anticonceptivos es adecuada en los servicios de salud, pero que las adolescentes por falta de información y de educación no acceden. Se interrogan acerca de si las adolescentes saben lo que quieren, tienen conciencia o decisión de obtener un método? Creen que las

adolescentes se embarazan por la necesidad de tener algo propio, aunque luego no puedan sostener su maternidad, tal cual se expresa en las entrevistas en profundidad. Esto refleja también la percepción de que el embarazo adolescente está atravesado por numerosas contradicciones, no resumiéndose en embarazo no deseado o no planificado.

3. En relación al fenómeno del aborto expresan que es un hecho tanto en las adolescentes como en las mujeres maduras, lo ven como una situación que lastima a la mujer, como una decisión crítica. Lo asocian a la idea de crimen, asesinato, especialmente lo ven en la mirada de los otros “creen que sos una asesina”, piden auxilio a la biología para saber precisamente a partir de cuando “hay vida allí”. Esta posición de rechazo por parte del grupo coincide con la posición de nuestras entrevistadas que niegan en todo momento haber realizado alguna maniobra, sin embargo dicen: “hice mucha gimnasia” “levanté mucho peso”, etc. Sin embargo, les parece un hecho totalmente justificable en caso de violación, luego en privado, cuando la discusión grupal había finalizado, algunas mujeres admitieron haber atravesado por esta experiencia.
4. Manifiestan claramente la concepción de que la anticoncepción es responsabilidad de la mujer, se sienten responsables de ella.
5. La valoración que prevalece en el grupo en relación a la salud sexual y reproductiva está muy focalizada en la prevención de enfermedades y no puede despegarse del discurso médico, no incluyendo aspectos vinculados al deseo, a la relación con el otro, al menos desde el discurso.

III c-Análisis Grupo Focal de Médicos/as:

“El resultado de las políticas sociales está profundamente determinado por la interacción entre usuario y profesional, interacción que es al mismo tiempo un coloquio singular y una actualización/dramatización de las relaciones y estructuras sociales prevalentes”

Sonia Fleury

El grupo focal se realizó con 10 médicos integrantes del servicio de obstetricia del mismo hospital municipal en el que se realizaron las entrevistas en profundidad a las pacientes. El grupo estaba integrado por 5 hombres y 5 mujeres e incluía médicos con distintos niveles de responsabilidad en el servicio. Este equipo, que incluye médicos en formación, es parte del staff profesional que está a cargo de la atención de las mujeres

internadas para dar a luz como así también de aquellas internadas por complicaciones de aborto.

Las opiniones se expresaron abiertamente, pero cuando abordamos el tema del aborto, las opiniones divergentes provocaron que uno de los participantes se retirara del recinto donde desarrollamos la discusión.

Casi todos los participantes manifestaron su opinión durante el debate y el mismo se inició con las siguientes preguntas disparadoras:

1) Cual creen uds. que es el nivel de información y adherencia a métodos anticonceptivos en las mujeres internadas por aborto?

Opinan que en general a las mujeres se les ha dado información por parte del sistema de salud, pero ellos observan que algunas mujeres no tienen adherencia a los métodos, es decir manifiestan no buscar el embarazo, pero tampoco utilizan métodos.

También manifiestan encontrar dos tipos de situaciones: aquellas mujeres que van a la consulta interesadas en algún método anticonceptivo y aquellas otras a quienes esto no les importa, muestran desinterés en el tema.

En relación a las adolescentes manifiestan que necesitan embarazarse y pasar por una situación crítica como lo es un aborto para luego reaccionar y acceder al uso sistemático de un método anticonceptivo.

Esto nos hace pensar en cierta posición común en la etapa de la adolescencia en cuanto a que la vida se despliega como en un teatro, es decir “como si” se actuara un personaje, el adolescente no puede asumir que sus actos tienen consecuencias en la vida real.

Interrogados en relación al “desinterés” manifiestan:

“cuando les preguntás si esperaban el embarazo, te dicen que no pero que no se cuidaban. Cuando les preguntás si sabían que podían quedar embarazadas si no se cuidaban, te dicen que sí. Yo creo que exteriorizan no querer el embarazo pero en el fondo muchas mujeres quieren en realidad quedar embarazadas. Expresan que no, pero en el fondo quieren.”

“yo creo que esa nena se quería escapar de ese hogar, ¿de qué manera? embarazándose del novio en este caso, entonces ella no tenía interés en la anticoncepción”

“lo que buscan ellas es tener algo propio. Nunca tuvieron nada, teniendo un hijo, tienen algo. También buscan eso.”

“también tiene que ver con la falta de proyecto... nosotras a los quince años pensábamos que teníamos que terminar la secundaria, teníamos que hacer la facultad. Teníamos un montón de proyectos de vida. Muchas de ellas ni siquiera van a la escuela.”

Para otro sector social (el propio) aducen otros factores (es una mujer la que habla):

“Muchas veces en nuestra clase social se truncan los proyectos y también puede ser la causa de un aborto.”

“un chico me dijo en la consulta: “yo tengo 18 años y no quiero ser papá”. “¿Cuánto tiene tu novia?”. “16 y la mamá de ella está de acuerdo en que no nazca este bebé”. Yo le pregunto cómo no se cuidaron antes. “Ella tomaba las pastillas pero según ella las tomaba mal”.

En el relato de los médicos también se ponen de manifiesto aspectos que observáramos en las entrevistas con las pacientes en relación a la ambivalencia o al deseo inconsciente de un embarazo, o al deseo de tener algo propio.

También lo atribuyen a conductas culturales colectivas que provocarían una especie de identificación con sus mayores:

“ellas ven desde chiquitas que la mamá fue madre soltera a los trece o catorce años, que la hermana también se embarazó adolescente..”

Mencionan además la falta de buena comunicación con los padres y la información recortada que a veces obtienen de sus pares:

“En esos casos también tienen miedo de hablar con los padres, tienen vergüenza. Entonces la amiga les dice qué pastilla tomar. Las empiezan a tomar ellas y a veces las toman mal.”

Hacen referencia a la búsqueda de anticoncepción por parte de algunas mujeres, aún en contra de la opinión de sus parejas:

“Muchas mujeres han buscado anticoncepción y la misma pareja no lo quiere. Ellas te lo manifiestan: “que mi marido no se entere que tengo puesto el DIU o me ligué las trompas”.

“Una paciente me decía: no quiero tener más hijos, pero me tiene cansada con hacerme uno. Él no sabe que tengo el DIU. Entonces me mandó al ginecólogo, para que le pregunte a usted por qué no quedo embarazada.”

Aquí sitúan una diferencia entre las mujeres mayores con varios hijos y las adolescentes:

“eso es cierto pero para las mujeres más grandes.... las mujeres que ya han parido dos, tres, cuatro veces es como que el marido las hace responsables de la anticoncepción. Por eso por ahí vienen y te dicen “mi marido me mata”.

En este punto cabe citar a MM Chatel quien manifiesta que la anticoncepción moderna ha provocado una conmoción: hoy la anticoncepción es segura y femenina, no requiere la participación del hombre como otros métodos, la decisión está en manos de las mujeres y si ocurre un “accidente” es su culpa. (74)

¿Cómo perciben uds. el papel del hombre en la decisión del aborto, como un rol importante o como un rol secundario?

“El hombre acompaña a la mujer cuando él quiere que ella quede embarazada, se pone realmente firme e insistente.... no escuchás a las mujeres manifestar que el marido les dice “él quiere que me ponga el DIU”.

“ Ellas se manifiestan cuando los hombres las atosigan con que quieren hijos y no quieren que usen anticoncepción.... lo que se manifiesta es que cuando usan anticoncepción, ellos no las ayudan.

“Cuando una mujer llega con trabajo de parto, la mayoría de las veces vienen acompañadas de su pareja. ¿Pasa lo mismo con los abortos? No...”

“No, muy pocas veces... O viene la madre, la hermana o la amiga, pero la pareja varón no.”

También ubican que parece ser una posición común que el hombre quiera tener más hijos. Lo dicen con tono crítico.

La mujer quedaría sometida a estos deseos del marido por su posición de dependencia.

Sin embargo, también aparece que para la mujer también constituye un “bien” tener más hijos, en relación a su “ser mujer”.

“Por ahí la mujer también tiene ese pensamiento: cuanto más hijos puedo engendrar, más mujer soy.”

El deseo sexual se coloca del lado del hombre. Los sitúan como insaciables en cierto sector social (que no es el propio). Ubican a la mujer como soportando el deseo sexual del hombre.

“Aparte las mismas mujeres te cuentan: “Mi marido quiere todo los días...”

“A una chica yo le venía controlando un embarazo normal... tiene una pelea con el novio. Él la deja y ella se metió una aguja de tejer... terminó en terapia intensiva, internada.”

“A una mujer con un aborto provocado, cuando le preguntamos el por qué, ella me dice “estoy cansada que mi marido no me deje tomar pastillas y vivir embarazada. Yo a él no le puedo decir que no. Tengo siete hijos, estoy arriba de un carro ¿qué quiere que haga, que siga teniendo hijos?”.

¿Desde los propios servicios de salud, hay también barreras, dificultades o prejuicios en la indicación de métodos anticonceptivos?

Mencionan la existencia de servicios (un hospital público y algunos centros de salud) en donde por convicciones ideológicas o religiosas no se practica la anticoncepción, a pesar de las políticas públicas al respecto. En relación a la anticoncepción quirúrgica (ligadura tubaria) expresan que en algunos servicios hay dificultades en la accesibilidad de las pacientes por predisposiciones del equipo médico:

“Vienen de otros centros de salud a buscar la anticoncepción quirúrgica. En esto sí creo que hay muchas más barreras en otros servicios que acá.”

“Hay un centro de salud... no puede ser que tengan tan bajo porcentaje de colocación de DIU... es algo personal del médico...”

“Prima la subjetividad del médico que dice “yo prefiero indicar esto o poner el DIU”.

“Hay pacientes que te dicen que como tienen un solo hijo, no les quieren poner un DIU. o pacientes que a lo mejor tienen intolerancia a los anticonceptivos orales y alguna contraindicación para los inyectables, y no les quieren poner un DIU a pesar de tener pareja estable, porque es unípara.”

“O pacientes de 28 o 29 años con siete hijos que no les quieren dar la anticoncepción quirúrgica porque le dicen que es hasta después de los 30 años.”

“Hay gente, en centros de salud, que se siente insegura para colocar un DIU.”

“A lo mejor no tiene la experiencia necesaria y está pensando “¿y si le perforo el útero, si le queda mal colocado?”

“Lo que no es aceptable es que en un centro de salud decidan no ponerlo y a dos cuadras en el consultorio privado del mismo médico sí lo esté poniendo.”

Estas expresiones ponen de manifiesto las dificultades que existen en relación al acceso a ciertos métodos como el DIU y la ligadura tubaria basadas especialmente en posicionamientos ideológicos o religiosos de los profesionales actuantes. En relación a ello la mayoría de los participantes mostraban su desacuerdo respecto de estas posiciones, expresando que las mismas obstaculizaban las políticas de salud pública y que ameritaban la objeción individual del médico a efectuar cierta práctica pero que la misma debía ser asumida por otro profesional para no obstaculizar la decisión de la mujer. También se manifiestan algunos déficits de capacitación en relación al DIU en los equipos de algunos Centros de Salud.

Sin embargo el DIU suscita aún diferentes criterios de aplicación dentro de este grupo:

“...a lo mejor estamos usando un método anticonceptivo que puede durar cinco años en una paciente que el año que viene quiere quedar embarazada. Estamos perdiendo un método anticonceptivo para otra paciente que sí lo necesita más. Si en un año o dos va

a quedar embarazada porque es su deseo, a lo mejor la alternativa es ofrecerle otra cosa.”

“Pero la decisión es de ella. Vos le ofrecés los métodos anticonceptivos y ella te dice que quiere el DIU...”

“El tema es que vos, como médico, tenés que ofrecele otras cosas y hacerle entender que las posibilidades de poder cuidarse está tan o más cubiertas con el DIU que con otro método. Si la paciente insiste, hay que darle la posibilidad.”

“Yo tengo pacientes que han ido de un centro de salud a otro porque el profesional es tajante y le dice “acá, DIU no”. La paciente te dice “yo no quiero pastillas, yo quiero un DIU”. No le importa si quiere quedar embarazada el año siguiente, ella quiere durante esos doce meses usar un DIU. ¿Por qué no darle la posibilidad?”

Evidentemente estas expresiones ponen de manifiesto las barreras puestas desde los mismos servicios de salud para la accesibilidad a ciertos métodos y manifiestan las dificultades que en ocasiones expresan los equipos para poder escuchar y acceder a las preferencias o necesidades planteadas por las pacientes.

Esto coincide con las manifestaciones de las mujeres en las entrevistas en profundidad en relación a las dificultades que tienen para el acceso a ciertos métodos.

¿Les resulta a Uds. más difícil la atención de las mujeres con aborto que la atención de las que vienen a tener su bebé? ¿Se sienten igualmente capacitados para tratar una cosa y la otra?

“La primera sensación que le causa a uno, pensando a las dos de la mañana, con cansancio, si me consulta una paciente con un embarazo de nueve meses con pérdidas y... decís ¡ah, qué suerte! Ya sea porque es un ingreso de una vez y no tenés que seguir trabajando. No es lo mismo. Pero es el pensamiento que uno tiene a la una de la mañana, cuando está cansado.”

“De acá salimos con una buena experiencia en lo que es el tratamiento de un aborto, espontáneos y provocados, los vemos a diario... una paciente con un aborto, una paciente con trabajo de parto, no es para nosotros diferente. No hay nada que la haga diferente a las demás pacientes.”

“Pensar que en general no hay internamente alguna reacción, por ahí no transmitida al trato... unos años atrás, cuando empecé la residencia, a mí me chocaba esto de verla venir con una amenaza de aborto... ver la ecografía, el corazón... y después vuelve con el aborto completo...no un maltrato hacia la paciente, pero en general el equipo de salud... las enfermeras también... no se puede negar que muchas veces pasa. Sobre todo casos puntuales. Hay mujeres, como todo, que se comportan de una forma...”

“La mentira da mucha bronca...”

“La mentira muchas veces es algo que influye”.

“Cuando vienen con un embarazo grande de 18, 20 semanas que tiene un aborto provocado.”

“Ver un feto completito que tiene marcas de un aborto. Esas son cosas que te van a chocar.”

“Por ahí te niegan a muerte que hicieron maniobras y vos lo ves en el examen físico...”

“Esa insistencia que había antes, cuando yo entré: “¿te hiciste algo?, ¿te hiciste algo?”. Tenés otros signos para saberlo.”

“Ahora tenés otros signos: si tiene más de 20.000 blancos, si tiene fiebre, si tiene olor feo. Se toma como infectado y posible provocado. Pero sino, no les preguntamos jamás. A mí tampoco me interesa ”.

“Yo las veces que les he preguntado es cuando estás en el límite de si está o no infectado... “No es porque yo quiera saber si es provocado o no, simplemente es por tu bien”. Ahí me puede ayudar para ver si empiezo ya con antibióticos o espero algún signo más. En esos casos puntuales es en los que pregunto si hubo alguna maniobra.... Siempre aclarándole que yo tengo un criterio médico para preguntarle si es infectado o no. No es un criterio personal.”

“Aparte si la mujer no dice nada y vos encontrás un feto lesionado, no te lo dijo porque no quería decírtelo o quiera mentirte, es porque tiene miedo de ir “en cana”.

“Se la atiende a la paciente con su problema, se lo trata de solucionar, que se vaya en un buen estado de salud y, en la medida de lo posible, si la paciente lo acepta, que se vaya con una anticoncepción.”

Consultados acerca de las dificultades o la predisposición en relación a las pacientes con aborto, los médicos se manifiestan muy capacitados y con gran experiencia desde el punto de vista técnico, pero reconocen también que algunas situaciones producen “bronca” o rechazo, y ellos mismos advierten que es muy difícil no trasladar estos sentimientos al trato, mencionan también a las enfermeras como incluidas en las mismas dificultades. Al interrogar a la paciente sobre las maniobras realizadas aclaran que preguntan por un criterio médico, no por un criterio personal, pero esta misma aclaración refuerza la afirmación que el médico tiene criterios personales que no pueden ser obviados en la relación médico-paciente. Cabe mencionar que en las entrevistas en profundidad algunas pacientes manifestaron sentir cierto rechazo por parte de algún miembro del equipo ante su situación.

¿Piensan Uds. que hay dispositivos adecuados para que ellas tenga la información de su estado de salud o hay dificultades para ello?

“Yo creo que, en la salud pública, la información es mayor que en los lugares privados”.

“La gente pregunta mucho, los familiares, incluso, para saber cómo están las pacientes. Ellas mismas se interesan por cómo están o cómo van a seguir...”

“Aparte en el momento de la internación uno le explica lo que está pasando, los riesgos, lo que se va a hacer. A medida que van pasando los días, en base a lo que les dijiste, ellas te van preguntando, vamos viendo que está pasando, qué otra conducta se va a tomar. Se les va informando.”

“Este es un hospital donde hay residentes y por ahí, por eso, es diferente. Por el tema de que uno está más predispuesto.”

Los médicos consideran que el nivel de información brindado a las pacientes y familiares sobre sus condiciones de salud durante la internación es adecuado y que existe buena predisposición por parte del equipo a evacuar dudas y consultas de pacientes y familiares. En este punto existe una evidente discrepancia en cuanto a lo que manifiestan percibir las pacientes, para quienes la información brindada es insuficiente, y es brindada a los familiares y en los horarios de visita, y no siempre éstos están presentes para recibirla. Las pacientes manifiestan claramente que no siempre pueden acceder a preguntar por su condición al médico que las asistió o que éste no está disponible para poder hacerlo. Esta discrepancia puede expresar dificultades o asimetría en la comunicación, necesidad de la paciente de contar con más información que la brindada o en un lenguaje más accesible o puede indicar que los horarios o mecanismos para informar (horarios de visita, informe a familiares, etc) no son suficientes.

¿Cuál es el criterio de urgencia para la admisión de las pacientes con abortos complicados?

“Siempre tiene prioridad la embarazada con un trabajo de parto. Si vos tenés un trabajo de parto y tenés una chica con pérdida de sangre...”

“Convengamos que el personal de enfermería está capacitado para eso. Cuando ve algo fuera de lo normal, un sangrado importante o le toman los signos vitales y la ven muy hipotensa o febril, nos avisa.”

“Habitualmente es por orden de llegada. Excepto por cualquier razón, sea embarazada o con aborto, que su condición sea urgente. Pero no hay diferencias de que aquella se hizo un aborto, se queda esperando...”

“Vos tenés una paciente que tiene una pancita, con contracciones o pérdidas, y tenés una paciente que está bien, que tiene una hemorragia escasa, yo voy a atender primero a la que tiene un bebé a término con contracciones o pérdida.”

“Ellas mismas dicen “que pase ella que está con muchas contracciones”. Uno ve en la guardia qué es lo más urgente de atender y alguna vez, aunque haya llegado último, se la atiende primero.”

La respuesta mayoritaria es que la prioridad es de la embarazada en trabajo de parto, salvo una situación de urgencia que amerite la atención en primer lugar de la mujer con

aborto. Manifiestan que los signos de alarma son detectados por el personal de enfermería, quienes estarían capacitados para ello, y quienes luego avisarían a los médicos para priorizar esta intervención.

En las entrevistas en profundidad las pacientes manifiestan haber sufrido demoras en la atención, aún con hemorragias importantes. Es evidente que la duración de la espera se constituye en una percepción diferente para el que necesita ser atendido que para el que debe brindar la atención, aún así creemos que tanto los testimonios de las mujeres como los mecanismos descritos por los médicos para la admisión de la urgencia, ameritan una mayor indagación y reflexión en torno a este punto por parte del equipo de salud.

¿Uds. piensan que la despenalización tendría efectos positivos en la prevención de estos abortos provocados, y en las condiciones en que llegan las pacientes?

“Yo creo que es favorable en el sentido de que la paciente va más libre y tranquila a la consulta y disminuyen la complicaciones.”

“Yo no estoy muy actualizada, pero creo que la estadística dice que no hay tanta diferencia en la disminución de los abortos donde está legalizado.”

“No estamos discutiendo si el aborto está bien o mal, ni razones morales o religiosas. Una mujer que decide que no quiere seguir adelante con su embarazo ¿dónde lo tiene que hacer: en un quirófano o en el patio de una casa?”

“Van a tomar como que es más fácil hacerse un aborto que usar un método anticonceptivo todos los días. “Bueno, listo, me quedo embarazada total me hago un aborto”.

“Tampoco el extremo. Pero si uno lo legaliza, disminuimos un montón las complicaciones, tenemos la incidencia de la mortalidad materna. Pero, por otro lado, es como que le das el visto bueno delante de la sociedad. Como que está permitido.”

“Es una decisión de la mujer, de última.”

“No es su cuerpo nada más. Hay otra vida ahí.”

“El asunto es si vos tenés 2.000 pesos... para hacerlo sin riesgos”.

“Yo lo planteo desde el punto de vista médico, no desde el punto de vista moral. Yo no estoy de acuerdo con que la gente se haga un aborto. Cuando hay una mujer decidida a interrumpir su embarazo... si tiene plata, tiene el derecho de salvar su vida. Si no tiene plata, está condenada a morir. Ese es el punto de equidad en salud.”

“La mujer que está decidida a interrumpir el embarazo, no es una decisión que la toma hoy cuando se despierta. Es una decisión medida. Es una situación extrema. Es algo desesperado. No creo que por despenalizarlo, todo el mundo salga corriendo y se haga un aborto.”

“Si estás en una situación desesperada, que tu pareja te quiere matar, perdés el trabajo o tus viejos se enteran, te pondrías una aguja de tejer”.

“En los lugares donde está legalizado, evidentemente se disminuyen las complicaciones maternas pero sigue sin entenderse el punto de por qué las mujeres se hacen el aborto.”

“Es un problema y tendría que buscarse una solución a eso: a la decisión de por qué una mujer se embaraza teniendo la posibilidad de buscar un método anticonceptivo.”

El debate en este punto refleja las opiniones divergentes que también manifiesta el debate en la sociedad. A los que se expresan en contra les preocupa que la despenalización del aborto implique una señal permisiva para la sociedad, que no es solo el derecho de la mujer sobre su cuerpo sino el derecho de la otra vida que hay allí. Los que se manifiestan con una opinión más favorable esgrimen razones médicas, de salud pública y de equidad, como mayor libertad de la paciente para consultar, disminución de las complicaciones y de la mortalidad materna y posibilidades de atención en mejores condiciones de higiene y seguridad frente a las condiciones de riesgo actuales. Algunos expresan la necesidad de seguir estudiando el fenómeno, dado que las mujeres abortan teniendo la posibilidad de acceder a un método anticonceptivo. Esto último refleja a nuestro juicio la percepción por parte de los médicos de los motivos inconscientes que determinan el comportamiento reproductivo, a veces desconocidos hasta por la propia mujer, y los sitúan como causas que aún no están lo suficientemente aclaradas o investigadas.

¿Cuáles son las propuestas para la prevención de los abortos en condiciones de riesgo?

“Lo ideal serían las campañas informativas para prevenir el aborto. La mujer que no quiere un embarazo, que no se llegue a embarazar.”

“Creo que lo más difícil es erradicar el pensamiento mágico de que el embarazo te afianza una pareja o que el embarazo te sirve para retener a alguien o te hace más macho o más mujer. Ese pensamiento mágico es el que habría que tratar de erradicar.”

“¿No se tendría que profundizar en el estudio de las pacientes? A mí me da la sensación de que es un poco una elección personal... hay disponibilidad de métodos anticonceptivos. Me da la sensación de que habría que profundizar las causas de esto.”

“Yo estoy convencida también de que hay un pensamiento mágico (más en la adolescente). O un deseo no consciente del embarazo.”

“Creo que va a haber abortos que nunca se van a poder evitar... por más métodos anticonceptivos que haya, solamente depende de la decisión de la mujer... quizás algo pasó, intraembarazo, que la lleva a cambiar de opinión. Es un aborto que nunca vamos a poder evitar.”

“Cuántas mujeres que tienen diez u once hijos uno le sugiere métodos anticonceptivos... una que tenemos en la sala tiene ocho hijos con la misma pareja. Tiene 33 años, a los 15 años tuvo su primer hijo, y está pensando si va a tener otro. Entonces no siempre se relaciona con el cambio de pareja.”

“hay que escuchar lo que dicen ellas. Hay cosas que dependen de lo que sienta la mujer en ese momento. Nada de lo que hagamos todos los de alrededor va a evitar que haga el aborto si lo quiere hacer.”

Consultados acerca de las formas de prevenir estos abortos los médicos proponen por un lado herramientas como campañas de información y capacitación de las mujeres, y otros dispositivos de prevención como las consejerías pre-aborto para orientar a las mujeres sobre los riesgos de un aborto realizado en condiciones de riesgo y la necesidad en ese caso de una inmediata consulta a las guardias. Pero también su experiencia los lleva a dar cuenta de la singularidad de cada caso, puesta de manifiesto por los deseos de las personas (alguien se refiere a ellos como “*pensamiento mágico*” “*deseo no consciente*”) que determina que siempre habrá abortos que no podrán evitarse por más disponibilidad de métodos anticonceptivos que haya. Uno de ellos propone profundizar en este aspecto, es decir investigar esta línea, en relación a los deseos de la mujer.

Comentarios finales:

El grupo focal nos permite puntualizar y resumir los siguientes hallazgos:

1. Los médicos observan ambivalencia en las pacientes en relación al deseo de su embarazo. “Dicen que no, pero quieren”, “quieren tener algo propio”, “la adolescente quería irse de la casa”. Esto coincide con lo observado en las entrevistas en profundidad, en relación a que el embarazo, aún destinado a perderse, tiene una significación para la mujer.
2. Los médicos dicen que la anticoncepción es responsabilidad de la mujer, que así se posicionan las pacientes. Esto coincide con lo observado en las entrevistas en profundidad y en lo señalado por los autores consultados: la anticoncepción médica moderna desliza la responsabilidad del embarazo producido del lado de la mujer.
3. Barreras de acceso a ciertos métodos: especialmente el diu y la ligadura tubaria, corrobora lo dicho por las mujeres en las entrevistas y coloca estas dificultades como posicionamientos ideológicos o religiosos de los profesionales, transformándose en barreras para la accesibilidad. Los médicos no pueden suspender sus propias valoraciones o creencias al momento de proponer un método: “no le quisieron colocar el DIU, **a pesar de tener pareja estable**” dice uno de ellos.
4. Expresan que algunas situaciones en la atención de pacientes con abortos en curso les provocan “ bronca o rechazo ,” trasladándose estos

sentimientos al trato de las pacientes, coincidente con lo expresado por algunas mujeres en las entrevistas, quienes manifiestan sentir discriminación por parte de miembros del equipo de salud.

5. Consideran que ofrecen a las pacientes un buen nivel de información y comunicación con ellas y sus familiares, lo que discrepa con lo expresado por las mujeres en las entrevistas.
6. Los mecanismos descritos para la admisión de la urgencia en situaciones de aborto en curso muestran que es necesario repensarlos y rediseñarlos para brindar una mejor calidad de atención y la percepción de las mujeres de largas esperas en el momento de su ingreso al hospital con abortos en curso es indirectamente corroborada por los médicos.
7. En relación al aborto el grupo refleja el debate que exhibe la sociedad: a los que se manifiestan en contra les preocupa una señal permisiva a la sociedad y contemplar el derecho de la otra vida en gestación y a los que se manifiestan a favor esgrimen razones de salud pública y de equidad. Expresan la necesidad de seguir estudiando el fenómeno dada la accesibilidad a los métodos anticonceptivos, hablan de motivos inconscientes que determinan el comportamiento reproductivo.

V – CONCLUSIONES:

Esta investigación cualitativa se propuso *describir el fenómeno del aborto en una población de mujeres internadas en un hospital público, la accesibilidad y adherencia a métodos anticonceptivos disponibles, la calidad de atención percibida y la visión de los equipos de salud respecto de este proceso.*

A partir de la realización del trabajo de campo –entrevistas en profundidad y grupos focales- nos hemos encontrado con la dificultad de establecer la modalidad por la que estos embarazos fueron interrumpidos.

Ninguna de las entrevistadas admitió haber llevado adelante una interrupción provocada y como ya explicáramos, no hemos apelado a otras fuentes de información dada la dificultad para lograrlo y remitiéndonos a los criterios de la OMS citados asumimos que la mayoría de ellos eran inducidos.

Asimismo durante el transcurso del trabajo de campo emergió como prioritario la significación que la mujer otorgaba al embarazo y a su interrupción.

Estando el aborto penalizado en nuestro país, resulta muy improbable que una mujer que recibe atención en un servicio público de salud dé tal información.

A la cuestión legal se suma, evidentemente, la sanción moral que aún recibe el hecho del aborto, en general.

En consecuencia, hemos tomado una muestra de mujeres cuyo embarazo se ha interrumpido sin que se defina abiertamente si ha sido “provocado” o “espontáneo”.

Las palabras que hemos entrecorrido: voluntario, provocado, espontáneo, refieren a la dificultad para afirmar unívocamente que se trata de una u otra situación y eso no sólo por la razón de reserva de las mujeres antes mencionada sino también porque en el plano de la subjetividad estas supuestas contradicciones pueden convivir perfectamente.

Por lo tanto, nuestro propósito no ha sido detectar las posibles mentiras en el discurso, sino poner de relieve la organización interna del relato que dé cuenta de la significación que para estas mujeres ha tenido este embarazo y su interrupción.

Desde luego, es probable que algunas inconsistencias en el discurso se deban a un propósito de ocultamiento, cuestión que no podemos ignorar, sino sólo darle su lugar.

- hemos podido constatar que embarazo e interrupción no ocurren sin acto psíquico por parte del sujeto. Esto implica que no podemos considerarlos exclusivamente como productos biológicos sin intervención subjetiva.
- Esta intervención subjetiva no siempre obedece a razones conscientes o voluntarias o sabidas por los individuos pero siempre los compromete en su vida fantasmática, por lo que el análisis no se reduce a cuestiones de la voluntad tal como muchas veces se plantea al hablar de embarazos deseados o no deseados. Un embarazo puede ser intensamente deseado más allá de la decisión de interrumpirlo. Y vale la recíproca, un embarazo que no se desea puede llegar a término sin interrumpirse.

- El embarazo aunque se pierda siempre tiene una significación.(ser como otras mujeres, satisfacer el deseo de un hombre, tener algo propio, probar algo, rivalidad frente a otra mujer)

El cuerpo está tomado en ciertos significantes que contribuyen o no al acontecimiento del embarazo y a la posibilidad o no de su prosecución.

Como dice Michel Tort *“Por tratarse de fenómenos tan directamente ligados a las relaciones entre los sexos, se impone como evidencia la idea de que estos entrañan una determinación inconsciente”*.(75)

Nos separamos así del discurso biomédico que se dirige a “cuerpos angélicos”, expresión tomada de Gerard Pommier, quien se refiere así a *“cuerpos flotantes, sin culpa que se ofrecen la medicalización”* (76), admitiendo la posibilidad de que el sujeto hable y se conecte con aquello que ha sucedido o está sucediendo en su cuerpo, como un modo de reintroducir la pregunta por el sentido de estos acontecimientos y la responsabilidad subjetiva.

- La anticoncepción médica hoy se dirige casi exclusivamente a la mujer, la mujer se siente casi enteramente responsable del embarazo que se produce, ella disponía de los instrumentos objetivos para realizar su voluntad, pero hemos constatado en las entrevistas y es señalado por los autores citados que la voluntad puede desconocer al deseo.

En la sociedad occidental contemporánea, la función procreadora femenina es tratada por el sistema médico, no son los magos, los sabios, los adivinos, las familias o los sacerdotes, como en los siglos pasados, quienes están investidos con el poder sagrado de ocuparse de la vida que viene o no viene, este lugar lo ocupa la medicina científica .

Desde mediados del siglo XX, el acceso masivo a la atención hospitalaria del embarazo, parto y puerperio, provocó una gran disminución de la mortalidad materna y neonatal, esto fue seguido por la aparición de la anticoncepción hormonal, si bien la anticoncepción es una práctica muy antigua, su aparición y manejo tal cual hoy la conocemos aparece en los años 60. Hoy en día la anticoncepción médica es legal, segura y casi exclusivamente femenina, si bien existe un discurso religioso que la proscribiera, la medicina de la procreación se asoció esencialmente a la función reproductora de la mujer.

Tanto en las entrevistas como en el grupo focal de mujeres, se manifiesta claramente el concepto de que la anticoncepción es responsabilidad de la mujer, se sienten responsables de ella. También lo mencionan los médicos cuando se refieren a la adherencia de las mujeres a métodos anticonceptivos.

En este campo la ciencia realiza prescripciones que afectan y regulan el conjunto de la vida de la gente, hasta sus relaciones sexuales. Ciertos avances científicos y técnicos han producido incontables beneficios en la vida de muchas mujeres pero esto no nos inhibe de visualizar que también construyen cierta ideología, y esta ideología es la de la

regulación de los cuerpos, no esta vez por parte de la religión sino por parte de la medicina, en nombre de la ciencia.²

Otros autores se expresan en la misma dirección, como por ejemplo Paul Feyerabend al afirmar que “la ciencia es nuestra nueva religión”. (77)

También M. Tort afirma que: “El lugar que la biomedicina toma en la vida humana en las sociedades occidentales, es potencialmente el de las religiones en siglos pasados...”

Este mismo autor expresa: “Asistimos en Occidente a una considerable y extraña transformación de las identidades, referida tanto a las condiciones procreativas (anticoncepción, procreación artificial), formas de parentesco y filiación (evolución de los sistemas de atribución del apellido, parentescos adoptivos y artificiales), como a la misma identidad sexual (transexualización médica). No se trata de fenómenos individuales aislados sino de evoluciones colectivas... Dichas transformaciones alcanzan las propias estructuras de los sistemas simbólicos que rigen la identificación de los sujetos en todas las sociedades conocidas (nombramiento, filiación, maternidad y paternidad, identidad sexuada)”.(78)

También M M Chatel señala la “mutación que produjo la contracepción y el aborto legal sobre los resortes simbólicos y subjetivos del engendramiento afectando la vida sexual, amorosa, materna y paterna.”(79)

Esto nos permite entender más claramente que todos estos hechos que en los seres humanos conciernen a la paternidad, la maternidad y la relación entre los sexos no tienen nada de “naturales” porque están desde el principio atravesados por lo simbólico. Es paradójico que la ciencia con su aporte de técnicas “artificiales” nos permita advertir la falacia de la ideología de lo “natural”. Coincidimos en este aspecto con el autor que expresa que no es admisible en este campo la expresión esta en mi naturaleza, ya que en el ser humano siempre existe la capacidad de elección y por lo tanto de responsabilidad.(80)

Embarazos que se pierden

De acuerdo a las razones antes expuestas y escuchando los relatos de las mujeres entrevistadas, se nos impone considerar embarazo y aborto como un proceso intrincado desde su origen y no como dos cuestiones separables en su significación subjetiva.

Afirmamos con MM Chatel que se producen embarazos que están destinados a ser perdidos, es decir que más allá de las racionalizaciones que se ponen en juego en relación a la interrupción, podría haber razones de más peso que llevan a una mujer a embarazarse “a sabiendas” (se trata de un saber inconsciente) de la imposible prosecución del mismo.

² Pommier, G. Conferencia “La nueva disposición de los nombres del padre en la posmodernidad” 1999 dice: “...este papel paternal de la ciencia puede aparecer en todo lo que concierne a las prescripciones, las prescripciones sexuales, por ejemplo, pues tratándose de reglas de higiene podemos pensar ahora que son razones que tienen que ver con los descubrimientos de la ciencia... O bien la ciencia puede funcionar también como una manera de dar prescripciones sobre la vida..., por ejemplo alimentarias o sexuales, de alguna manera el sida está funcionando como una nueva manera de prescribir una determinada vida sexual. Hay algunos pacientes que suelen hacerse pruebas regularmente para saber si tienen sida o no, y a veces sucede que hace mucho o nunca tuvieron relaciones sexuales.”

Hemos encontrado en numerosos casos que el momento del embarazo se corresponde al lugar de una pérdida, lo cual nos interroga acerca de esta resolución fallida a la temática del duelo. Repetición de una pérdida y no elaboración de la misma. Se trata de un hijo “que no será” según expresión de la misma autora.

En varios casos escuchamos que se pone en juego el anhelo de tener un hijo, este anhelo está en el plano de la consciencia al mismo tiempo que se detecta en el discurso un rechazo muy fuerte de este embarazo, rechazo que no llega a hacerse consciente porque compromete aspectos fantasmáticos desconocidos para ellas mismas. Otras veces, concientemente se expresa la imposibilidad de tener otro hijo, pero el discurso revela un fuerte deseo del embarazo que se ha perdido. En algunos casos se trata de fantasías insoportables por su carácter incestuoso, relativas a la madre o a los hermanos o al padre y la interrupción puede inscribirse así como tentativa de separación. Tentativa que por no poder resolverse en el plano simbólico se efectúa en lo real de la pérdida de un trozo de su cuerpo.

- Los métodos anticonceptivos son conocidos y las mujeres poseen información al respecto. No se plantean en general dificultades para su acceso, excepto en algunos casos particulares. No obstante, por alguna razón no sistematizan su uso, se repite en las entrevistas la frase “soy vaga”, “soy olvidadiza”, como una explicación o una justificación al embarazo producido. Expresan un no hacerse cargo, lo mismo valoran los médicos al respecto cuando dicen que algunas mujeres muestran “desinterés” en el tema: no buscaban este embarazo, pero tampoco usaban métodos anticonceptivos.
- En las adolescentes es menor el nivel de información o ésta es más incorrecta e imprecisa, y sostienen algunos prejuicios. Los médicos también reconocen este fenómeno al expresar que las adolescentes “necesitaban embarazarse, para luego reaccionar y usar un método.” Sin embargo luego del primer hijo hay una mayor sistematización en el uso.

Las condiciones materiales y psicosociales en las que se desenvuelve la vida de las adolescentes de este sector social determinan que la maternidad y la formación de la pareja sean los proyectos más significativos. Son considerados como hitos, como signos de madurez que las habilita a entrar en la vida adulta. La realización personal a partir del trabajo o el estudio no son en general opciones evaluadas como posibles o atractivas. Sin embargo el embarazo precoz no las independiza de su familia de origen, incluyéndose el niño en esta estructura familiar. El proyecto de la maternidad temprana opera como determinante de un embarazo precoz a la vez que se reasegura con él.(81)

- Todo esto nos lleva a reflexionar que la *disponibilidad de métodos anticonceptivos en los servicios de salud es un elemento necesario pero no suficiente* para evitar los abortos inducidos; es decir este fenómeno no se relaciona linealmente con la accesibilidad a la anticoncepción, por el contrario, convive con ella como medio de las mujeres para regular su fecundidad.
- se constata que el lugar del deseo tiende a quedar excluido del discurso en todos los participantes de esta situación (mujer, familia, personal de salud), lo

expresan las mujeres en el grupo focal cuando relacionan la salud sexual con el control médico.

- En el discurso de las entrevistadas los hombres pasan a un segundo plano en todo este proceso. Es notable incluso la feminización de la que son objeto en el propio relato de las entrevistadas. En varias ocasiones aluden a él en femenino “*la persona*”, “*el chico*”, “*este pibe*” por ejemplo.

Su participación en el proceso de la procreación no es puesta en consideración y cuando les hemos preguntado a estas mujeres generalmente han respondido en el sentido de restarle importancia a su opinión. El embarazo parece ser asunto de ellas, aún en las ocasiones en que puede funcionar como una prueba de ser “la elegida” (caso del hombre supuestamente infértil que la embaraza).

En este mismo sentido se expresan los médicos cuando sostienen que el hombre asume un rol activo cuando quiere un hijo, en caso contrario no se ocupa de la anticoncepción. Las mujeres adultas asumen la responsabilidad de la anticoncepción y sus maridos se las delegan.

Si el embarazo es asunto de ellas, también lo será el aborto y en consecuencia la carga de la responsabilidad (y la culpa) quedará de su lado. Sin ser preguntadas, muchas veces proclaman: “*Yo no hice nada*”. Y mencionan en ocasiones el enojo de la pareja o de la madre ante lo ocurrido.

- En relación al aborto muchas mujeres se interrogan y se muestran tomadas por el miedo de ser una asesina, cuestión que aparece reiteradamente en el discurso a través de la negación: “*no abortaría, eso es matar*”, esto revela que a nivel de sus fantasías estas mujeres están atravesadas por una importante tensión agresiva. Se podría decir: levantar baldes hasta la muerte, hacer gimnasia hasta la muerte, andar en bicicleta hasta la muerte. Sus propias fantasías de matar son reforzadas por el discurso jurídico y es probable que también por la posición médica y de enfermería al interrogarlas sobre el presunto acto.

Creemos que si bien el status legal del aborto influye en las valoraciones de las mujeres, independiente de ello genera situaciones conflictivas a nivel personal, que se expresan en las demoras en llegar al hospital y en los juicios morales negativos, asociadas en muchos casos a la alta valoración que la maternidad posee para este sector social, lo que no impide que sea visualizada como un sacrificio, como un obligación que las absorbe totalmente, manifestando un dilema mujer – madre.

Nos preguntamos en qué medida el liberalismo reproductivo actúa como representación social que imprime esos comportamientos individuales.

Dice M. Tort: “Llamamos liberalismo reproductivo al discurso según el cual el desarrollo de nuevas técnicas reproductivas es el resultado ineluctable y positivo del avance de ciencias y técnicas biológicas, y que coloca el poder liberador de éstas por sobre las relaciones entre hombres y mujeres”... “En el discurso liberal, el control científico de la reproducción, que disocia sexualidad y reproducción, libera del lado femenino el ejercicio de la sexualidad, y por ende a las mujeres del yugo de una maternidad no elegida”. Pero también: “Así se borra la intervención activa del varón, el ejercicio social de su sexualidad, las relaciones de sometimiento de la procreación y la sexualidad femenina”(82)

Aunque tardíamente en nuestro país se activó un proceso de defensa de los derechos femeninos inscripto en esta línea y que no deja de presentar sus paradojas. Al respecto el mismo autor expresa: “Tanto como la anticoncepción médica les permitía a las mujeres controlar su actividad sexual y su rol en la procreación, en un primer momento todo el discurso feminista se acercó a las tesis liberales, antes de evaluar sus ambigüedades.”(83)

Se ha desplazado el dominio del hombre al dominio de la medicina y las técnicas anticonceptivas, situando a la mujer como única responsable de un embarazo no programado.

Calidad de atención:

La atención médica que reciben las pacientes que se internan en las maternidades a raíz de un aborto en curso está marcada por los ideales que sostienen esas instituciones, ideales que provienen tanto de la formación médica como de las representaciones sociales más fuertemente establecidas: resulta contradictorio al menos internarse para ser asistida por un aborto en una “maternidad”, lo que ubica a las pacientes como por fuera de lo establecido.

Su sola presencia rompe la continuidad que sostiene el ideal y desenmascara la fragilidad del mismo sostenida en el rechazo de todo lo que allí no encaja. La sociedad hace del ser madre el máximo de lo valorable. Quien no quiere o no puede serlo denuncia de este modo que allí (en la maternidad) también “algo no encaja en el ideal”.

Las políticas de accesibilidad a la anticoncepción entran forzosamente en los servicios médicos cuyos referentes en general han recibido una formación escasa o autoadministrada al respecto, ya que hasta hace unos pocos años no estaban estos contenidos oficialmente incluidos en la currícula ni en las acciones asistenciales de los servicios de salud.

Así, en algunas situaciones, terminan imponiéndose las opiniones, la ideología o las creencias de cada profesional, lo que por una parte dificulta el acceso de las mujeres a los métodos, y por otra, refuerza la asimetría social entre médico y paciente. Es él quien decide “lo mejor” para ella y muchas veces no basado en un criterio científico o profesional.

- Se observan por el relato de las mujeres y también por la discusión focal con los médicos algunas barreras, especialmente en relación al DIU y la ligadura tubaria, que dificultarían la accesibilidad y adherencia a estos métodos específicamente, circunstancia que denota tanto valoraciones personales de los profesionales como déficits en la capacitación.
- Un dato recurrente en las entrevistas es la dificultad de comunicación entre médicos y pacientes. La decisión de dar la información al familiar debería ser revisada ya que se trata de personas que están lúcidas, despiertas y dependen de la presencia de un tercero (padres, marido, otros) en los horarios de visita (a los que muchos no pueden venir por razones de trabajo) para obtener alguna información acerca de lo que a ellas les está pasando.

Como ocurre en los ámbitos hospitalarios, las pacientes parecen perder su condición de sujetos a partir de la internación. A ellas no les corresponde informarse de lo que en su cuerpo y en su persona está aconteciendo. Quedan limitadas a la condición de un objeto que recibirá, solamente cuidados estrictamente corporales.

En lo más inmediato la medicina opera con un saber puro que reduce al paciente a un objeto de diagnóstico y tratamiento, lo desubjetiviza. Todo saber tiende a producir una cierta ontología de su objeto, a transformar el objeto de análisis, en un ser con vida propia. Sin embargo el paciente habla y se dirige al médico con todo tipo de demandas.

Como dice Gastón Wagner: “para la medicina ocurrirá un apagarse de todas las otras dimensiones existenciales o sociales del enfermo: la enfermedad lo recubrirá como una segunda piel, como una nueva identidad.” (84)

- Las pacientes con aborto que recurren para su atención al hospital pueden producir cierto malestar o rechazo tal como se expresa en las entrevistas y en el grupo focal, que se traduciría en el trato y en los criterios para la admisión de la urgencia.

Abordar desde los servicios la salud sexual y reproductiva implica lidiar con aspectos de la vida humana como “el amor, el erotismo, la finitud y la trascendencia, la sexualidad, que son abordados con mayor soltura por otras disciplinas. En este campo trabajamos sobre esta superficie, existencial y enigmática, lo tengamos presente o no.” (85)

Dado que la “producción de salud” es trabajo de personas (los trabajadores de salud) hacia personas (los usuarios) trabajar estas temáticas es también trabajar desde la propia posición con respecto a ellas.(86)

Los autores citados plantean que, sobre las bases de la moral judeo-cristiana dominante, se distingue dentro de las prácticas en salud sexual y reproductiva, las vinculadas a la “mujer-madre”, tales como los controles prenatales, asistencia al parto, tratamiento de la infertilidad, atención del recién nacido, etc, de aquellas prácticas que evocarían a la “mujer-prostituta”, educación sexual, provisión de métodos anticonceptivos, atención del aborto y post-aborto, atención de enfermedades de transmisión sexual. Estas prácticas implican diferentes connotaciones morales y culturales y conllevan dimensiones de poder, tensión y conflicto.(87)

Lidiar con los aspectos vinculados a la sexualidad implica para los profesionales una especie de escisión/tensión permanente entre lo que piensan como personas y lo que corresponde decir u opinar como médico, tal cual se expresa en varias oportunidades en el grupo focal realizado.

Asimismo lo sexual remite a una dimensión de lo *incontrolable*, deseos *irracionales* de los pacientes de tener hijos o nuevas parejas, dificultad de las mujeres de poner freno a los deseos *descontrolados* de sus parejas varones, generando en los equipos actitudes de prescindencia o de imposibilidad de actuar.

La “caja de herramientas” de los profesionales para afrontar estos procesos está restringida a sus recursos personales, ya que carecen de recursos “como médico” para dar respuesta o intervenir en estas dimensiones del problema (88). Aunque su función principal es dar respuestas técnicas a las enfermedades o padecimientos, estas respuestas generan actividades que inevitablemente se culturalizan, ya que se ejercen sobre sujetos y grupos sociales, que no sólo dan significado técnico a sus problemas, sino también significados subjetivos y sociales. Así la medicina aparece saturada de valores culturales e interpretaciones ideológicas estructuradas a partir del saber médico en su interrelación con los sujetos enfermos y la comunidad.(89)

Reflexiones finales y Futuras líneas de investigación:

En los propósitos de esta investigación planteábamos la necesidad de producir conocimientos significativos en relación a la problemática del aborto inducido y su vinculación con la accesibilidad a los métodos anticonceptivos. La experiencia transitada nos muestra que estos fenómenos no presentan una relación simple y lineal, por el contrario podemos decir que embarazo y aborto son parte de un proceso intrincado y no son separables en su significación subjetiva. Los términos comúnmente usados: *embarazo deseado*, asociado a la planificación y *embarazo no deseado*, asociado al azar, a la imprevisión, no expresan solamente la voluntad de los sujetos, sino que siempre expresan motivaciones singulares, conscientes o no. Esto nos lleva a afirmar que la disponibilidad y la accesibilidad a los distintos métodos anticonceptivos es un elemento *necesario pero no suficiente*, para evitar o disminuir los abortos inducidos, los que además en la población abordada son realizados en condiciones de riesgo sanitario.

Los hallazgos enunciados muestran la necesidad de profundizar el conocimiento sobre los aspectos simbólicos y subjetivos del embarazo y la maternidad.

La complejidad del fenómeno, determinado no solo por sus aspectos biológicos sino también por sus aspectos simbólicos, requiere para su abordaje por parte de los equipos de salud de una mirada más abarcadora y más compleja de la que puede brindar solamente el equipo médico.

A nuestro entender el abordaje de las problemáticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva requieren especialmente la interrelación de las distintas disciplinas que pueden dar cuenta de todos los aspectos incluidos en este campo. Es necesario que los equipos interdisciplinarios se constituyan, que construyan proyectos terapéuticos compartidos, que multipliquen espacios de intercambio de información y de saberes, que creen instancias de educación permanente de los profesionales habilitándolos a lidiar tanto con los aspectos técnicos del problema pero también con los aspectos éticos, jurídicos, políticos y subjetivos del mismo. Esto permitirá mejorar su vínculo con los pacientes y sus familias y también insertarlos en un trabajo más creativo que potencie el resultado de sus esfuerzos.

En este sentido es necesario diseñar dispositivos de información y accesibilidad a la anticoncepción en Centros de Salud y Hospitales incluyendo las necesidades de adolescentes y adultas, capacitando a equipos interdisciplinarios en la comprensión de la problemática en todos sus aspectos, ampliando las posibilidades de acceso a los métodos y respetando las necesidades y preferencias de las mujeres y sus parejas.

Asimismo es necesario incluir en los equipos hospitalarios dispositivos especiales para la admisión y atención de mujeres transitando un aborto, es necesario que estos equipos adquieran herramientas que les permitan comprender todas las dimensiones del problema, jurídicas, éticas, subjetivas y médicas con el fin de mejorar la atención, y acortar los tiempos de llegada al hospital por parte de las mujeres. Siendo que las mujeres transitan por una experiencia traumática y su vez estigmatizada, es necesario que encuentren a su llegada al hospital servicios empáticos con su situación, que prioricen la urgencia médica y subjetiva por la que transitan.

Asimismo entendemos que los profesionales de la salud, por su vivencia más cercana con el sufrimiento y dolor que estas experiencias conllevan, pueden potencialmente jugar un papel importante a la hora de discutir este problema en la arena social y política, donde se disputan las posiciones vinculadas a los derechos sexuales y reproductivos en general y a la problemática del aborto en particular.

VI- Referencias Bibliográficas:

1. *Social science methods for research on reproductive health*, Campbell O, Cleland J, Collumbien M, Southwick, K, World Health Organization, 1999, pág. 4)
2. Revista Trimestral de la Asociación Argentina de Salud Sexual y Reproductiva, junio 2000, año 2 vol 6, pag.3)
3. *Mortalidad Materna, un problema de Salud Pública y Derechos Humanos*, Ministerio de Salud, UNICEF, 2003, pág. 182)
4. *Unsafe Abortion*, Fourth Edition, World Health Organization, Geneva, 2004
5. Programa de Salud Integral de la Mujer – Dirección de Estadística- Secretaría de Salud Pública- Municipalidad de Rosario.
6. Centro Rosarino de Estudios Perinatales
7. *Unsafe Abortion*, Fourth Edition, World Health Organization, Geneva, 2004, pág.6.
8. Singh S, Wolf D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries, *Internacional family planning perspectives*, 1992, 17(1):13-17.
9. *Unsafe Abortion*, Fourth Edition, World Health Organization, Geneva, 2004, pág. 7
10. *Unsafe Abortion*, Fourth Edition, World Health Organization, Geneva, 2004, pág. 15
11. Misago C, Fonseca W, Correia L, Fernandes LM, Campbell O, *Determinants of abortion among women admitted to hospitals in Fortaleza, Brazil*, *Int.J Epidemiol*, 1998, oct, 27(5): 933-9
12. Molina R, Pereda C, Cumsille F, Martinez Oliva L, Miranda E – *Prevention of pregnancy in high risk women: community intervention en Chile*- Abortion in the developing world, Mundigo and Indriso Editors, World Health Organization, 2001, pag. 57
13. Paiewonsky D, *Social Determinants of induced abortion in the Dominican Republic*, Abortion in the developing world, Mundigo and Indriso Editors, World health organization, 2001, pág. 131
14. *Evaluación del Programa de Salud de la Mujer*, Secretaría de Salud Pública y Centro Rosarino de Estudios Perinatales, 2006, inédito
15. *Unsafe Abortion*, Fourth Edition, World Health Organization, Geneva, 2004, pág. 2
16. Marston C, Cleland J. *Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence*. London, Centre for Population Studies, London School of Tropical Medicine, 2002)
17. Ross JA, Frankenberg E, 1993, *Findings from two decades of family planning research*, New Cork, The Population Council
18. www.unicef.org/infobycountry/argentina_statistics
19. Lopez E, Tamargo, MC – *La salud de la Mujer*, Encuesta para el diagnóstico y evaluación de metas sociales, INDEC, Buenos Aires, 1996
20. www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/65
21. *Causas de Mortalidad Materna Total del País*, año 2005, dato publicado en Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe País 2007, República Argentina, Concejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación.
22. WHO: World Health Day 1998, WHD 98.2, Ginebra, 1998.

23. WHO: World Health Day 1998, WHD 98.2, Ginebra, 1998.
24. WHO: Maternal Health Around the World, en www.safemotherhood.org/facts_and_figures/health_around_the_world.htm, 2000.
25. Ravindram, S. y Berer, M: *Preventing Maternal Mortality: evidence, resources, leadership, action* – Safe Motherhood initiatives: Critical Issues, Reproductive Health Matters, 1999.
26. Definición de muerte materna: *muerte de una mujer durante el embarazo, parto, o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración o sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (OPS, 1995)*
27. *Unsafe Abortion*, Fourth Edition, World Health Organization, Geneva, 2004, pág. 9
28. Plata MI, *Towards safe motherhood, World Health Day*, Pro Familia 1998, june 16 (31):19-24 Spanish
29. Artículo 86 del Código Penal Argentino, Libro Segundo de los Delitos, Título 1: *Delitos contra las personas*, Capítulo 1: *Delitos contra la vida*,
30. Artículo del Diario La Capital, sección Ciudad, 1 de junio de 2007.
31. Novedades en Salud Sexual y Reproductiva- Federación Internacional de planificación de la Familia – www.ippfwhr.org/publications
32. Ramos S, Gogna M, Petracci, M, Romero, M, Szulik, D: *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿una transición ideológica?*, Buenos Aires, CEDES, 2001
33. Artículo del Diario La Capital, sección Ciudad, 13 de junio de 2007-06-19
34. *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*, Michael Quinn Patton, University of California, Los Angeles, Sage Publications, pág.20
35. *Salud, Cambio Social y Política- Perspectivas desde América Latina* , Bronfman y Castro, Instituto Nacional de Salud Pública y Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, México.
36. *El Periplo Estructural*, Jean Claude Millner, Ed. Amorrortu, Buenos Aires 2003, págs. 185 a 193
37. *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*, Taylor JS, Bogdan R, Editorial Paidós Básica, Buenos Aires, 1986, pág.15
38. *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*, Taylor JS, Bogdan R, Editorial Paidós Básica, Buenos Aires, 1986, pág. 16 a 22
39. *Metodología Evaluativa en Promoción de la Salud, Curso Online Proyecto Ubal, Unión Europea, 2006*, www.ars-media.it
40. *Salud, Cambio Social y Política- Perspectivas desde América Latina* , Bronfman y Castro, Instituto Nacional de Salud Pública y Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, México.
41. *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*, Taylor JS, Bogdan R, Editorial Paidós Básica, Buenos Aires, 1986, pág. 101
42. *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*, Taylor JS, Bogdan R, Editorial Paidós Básica, Buenos Aires, 1986, pág. 101
43. *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*, Taylor JS, Bogdan R, Editorial Paidós Básica, Buenos Aires, 1986, pág. 119
44. *Social science methods for research on reproductive health*, Campbell O, Cleland J, Collumbien M, Southwick, K, World Health Organization, 1999.

45. *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*, Taylor JS, Bogdan R, Editorial Paidós Básica, Buenos Aires, 1986, pág. 158 y 159
46. *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*, Michael Quinn Patton, University of California, Los Angeles, Sage Publications, pág. 149.
47. *El Desafío del Conocimiento- Investigación Cualitativa en Salud* – María Cecilia de Souza Minayo – Lugar Editorial-pag. 175
48. *El Desafío del Conocimiento- Investigación Cualitativa en Salud* – María Cecilia de Souza Minayo – Lugar Editorial-pag. 176.
49. *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*, Taylor JS, Bogdan R, Editorial Paidós Básica, Buenos Aires, 1986, pág. 161
50. *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*, Taylor JS, Bogdan R, Editorial Paidós Básica, Buenos Aires, 1986, pág. 166
51. *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*, Michael Quinn Patton, University of California, Los Angeles, Sage Publications, pág. 135
52. *Metodología Evaluativa en Promoción de la Salud, Curso Online Proyecto Urbal, Unión Europea, 2006, www.ars-media.it*
53. *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*, Michael Quinn Patton, University of California, Los Angeles, Sage Publications, pág. 136
54. *The Methodology of focus Group: the importance of interactions between research participants*, Jenny Kitzinger, *Sociology of Health and Illness*, Vol 16 n° 1, 1994, pág.103.
55. Benasayag, M. y Charlton, E. *Crítica de la felicidad*, Cap 1: Humanidad ¿un concepto neutro? Pág. 17 Ed. Nueva visión Bs. As. 1992
56. Benasayag, M. y Charlton, E. *Esa dulce certidumbre de lo peor* Cap. 2: Del saber comunitario al sentido común. Pág. 29 Ed. Nueva Visión Bs. As. 1993
57. “*Como nos vemos las mujeres*” Oxfam, ELA Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, 2007, Buenos Aires, pág. 23
58. Ibidem
59. Chatel, Marie Magdalena, *El Malestar en la Procreación*, Ed. Nueva Visión, 1996, pág. 10, 19 y 20
60. Chatel, Marie Magdalena, *El Malestar en la Procreación*, Ed. Nueva Visión, 1996, pág. 17.
61. Chatel, Marie Magdalena, *El Malestar en la Procreación*, Ed. Nueva Visión, 1996.
62. Chatel, Marie Magdalena, *El Malestar en la Procreación*, Ed. Nueva Visión, 1996. pág. 21
63. Chatel, Marie Magdalena, *El Malestar en la Procreación*, Ed. Nueva Visión, 1996. pág. 24 a 26
64. Marie Langer, *Maternidad y Sexo*, 1982, Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo, Mexico.
65. *La Teoría de los Discursos en Jacques Lacan- La Formalización del Lazo Social*, Alicia Alvarez, Editorial Letra Viva, Buenos Aires, 2006
66. *El Retorno del Padre*, Jorge Belinsky, Editorial Lumen, Barcelona, 1991
68. Diccionario de psicoanálisis Laplace, J y Pontalis JB, Editorial Labor, Barcelona, 1era. Edición, 1971.

69. Sobre la Sexualidad Femenina, Obras Completas, Tomo III, 1931, Editorial Biblioteca Nueva, 3 Edición, Madrid.
70. Lacan J, Conferencias Americanas, Yale, en Scilicet n° 6/7, Paris, 1973, pag.14
71. Chatel, Marie Magdalena, *El Malestar en la Procreación*, Ed. Nueva Visión, 1996 Pag.25
72. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, UNR, "Amor, Locura y Femenidad", Capítulo "La Mujer, la Femenidad y lo Femenino", Maria Teresa Colovini, 2005
73. Evaluación del Programa de Salud de la Mujer, Secretaría de Salud Pública y Centro Rosarino de Estudios Perinatales, 2006, inédito.
74. Chatel, Marie Magdalena, *El Malestar en la Procreación*, Ed. Nueva Visión, 1996, pág. 43
75. *El deseo frío – Procreación Artificial y Crisis de las Referencias Simbólicas*, Michel Tort, Editorial Nueva Visión, Bs.As, 1994.
76. Pommier, Gerard, Los cuerpos angélicos de la postmodernidad, Editorial Nueva Visión, Bs.As, 1994
77. *Estructura y desarrollo de la Ciencia*, Feyerabend, P Ed Alianza, Universidad Textos, Madrid, 1984.
78. Michel Tort, Ibidem.
79. Chatel, Marie Magdalena, *El Malestar en la Procreación*, Ed. Nueva Visión,1996
80. Benasayag M y Charlton E: Esta dulce Incertidumbre de lo Peor, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires 1991
81. VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social – *Reflexiones acerca de las Imágenes de Género y la Maternidad Adolescente*, Climent,G, Arias D, BsAs, 1997
82. Michel Tort, ob.cit, Capitulo 4: Las relaciones de sexo en la Procreación y lo Inconsciente.
83. Ibidem
84. *La Clínica del Sujeto: Por una Clínica Reformulada y Ampliada*, Gastón Wagner De Souza Campos, 1996, Universidad de Campinas, Brasil.
85. Weller S, Wagner Souza Campos G, *De la Política Social al Consultorio:Lidiar Con la sexualidad en el sistema público de salud, Departamento de medicina Preventiva, Universidad de Campinas, Brasil.*
86. Mehry E, Onocko R, Praxis en Salud, un desafío para lo público, San Pablo, Buenos Aires, Hucitec/Lugar Editorial, 1997, pag. 71-112
87. Weller S, Wagner Souza Campos G, *De la Política Social al Consultorio:Lidiar Con la sexualidad en el sistema público de salud, Departamento de medicina Preventiva, Universidad de Campinas, Brasil*
88. Ibidem
89. Eduardo Menendez, *La Enfermedad y la Curacion, Que es Medicina Tradicional?* Revista Alteridades, 1994, 4(7), 71-83.