

## **La consulta médico –psicológica en una situación de crisis**

### **Asesoramiento ante embarazo no deseado- no aceptado**

**Autoras:** Lic. Ivana Leus, Lic. Silvia Avondet, Lic. Cecilia Stapff, Lic. Cristina Pons, Lic. Elena Rozada.

**Institución:** Iniciativas Sanitarias

**Temática Principal:** Iniciativas Sanitarias, es una asociación civil de profesionales de la salud que promueve la defensa y la práctica de los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos. Ha desarrollado una estrategia de atención orientada a la prevención y a la disminución de daños y riesgos por aborto provocado en condiciones de riesgo, la cual se implementa en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) desde el año 2004 en el marco de una ordenanza ministerial. Actualmente está incluida en la Ley N° 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva aprobada en el 2008. La reciente reglamentación establece el deber de su implementación en todo el país. Se desarrollan las características, contexto y contenidos de la atención a la mujer / pareja que transitan por un embarazo no deseado-no aceptado, orientados a un cambio de la relación sanitaria necesarios para la promoción del empoderamiento y el ejercicio de la ciudadanía. Se plantean aspectos referentes a la especificidad del rol del psicólogo/a desde la experiencia interdisciplinaria e importancia del abordaje integral de la mujer y su problemática.

**Conclusiones:** Desde el área de Salud Mental y a través de la modalidad de consulta conjunta se contribuye a mejorar las condiciones para el ejercicio de la autonomía en el proceso de decisión, orientado a disminuir los riesgos y daños en la salud integral, así como también se aporta una mirada a la interna del equipo oficiando como sostén en el abordaje de consultas en situaciones de crisis vital.

### **Antecedentes**

Iniciativas Sanitarias surgió en el año 2001, desde un grupo de ginecólogos/as y parteras de la emergencia del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), ante el aumento de muerte de mujeres como consecuencias de aborto provocado en condiciones de riesgo (APCR). Se elaboró una estrategia de

atención orientada a la prevención que se comenzó a aplicar luego de la articulación con la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina. En el 2004, el Ministerio de Salud Pública (MSP) aprobó la Ordenanza 369/04 que contiene las Guías de práctica clínica. El mismo año, la misma se pone en funcionamiento en el contexto de una Policlínica de Asesoramiento en el CHPR y en el 2007 se crea el Servicio de Salud Sexual y Reproductiva (SSS y R) incluyendo otras prestaciones. En el año 2008 la Ley N° 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva establece que se implemente en todo el país, lo cual está en proceso a partir de la reciente reglamentación. La estrategia asistencial de atención a la mujer en situación de embarazo no deseado-no aceptado, se basa en el acceso a información profesional de calidad, en un contexto de confidencialidad y de respeto a su autonomía. El modelo está orientado a la disminución de riesgos y daños asociados a la práctica del aborto inseguro. Dentro de un contexto legal restrictivo, ya que el aborto en nuestro país está penalizado, se habilita la atención en instancias previas y posteriores al mismo, cuando esa es la decisión de la mujer. Uno de los objetivos de IS es promover el cambio en la relación sanitaria, a partir del empoderamiento de la mujer/pareja y el ejercicio de la ciudadanía, entendiendo y propiciando la independencia social e individual de las personas ante cualquier poder, incluido el “poder médico”. La integralidad de la consulta (ginecólogo/a u obstetra- psicólogo/a) es un paso importante hacia el cambio de la relación sanitaria, ya que requiere un cambio de actitud de los profesionales.

### **Desarrollo de las consultas**

La **consulta inicial** transcurre en un ámbito de respeto y confianza, donde se explicita el marco legal, el derecho a la confidencialidad que tienen las usuarias y el deber profesional de proteger dicha confidencialidad. Se exploran los motivos por los cuales la mujer o la pareja se plantean, en este momento particular de su vida, la interrupción del embarazo y las redes de apoyo con que cuenta. Se plantean las alternativas al aborto: continuar el embarazo y hacerse cargo del recién nacido o cederlo en adopción. Generalmente se realizan dos consultas previas al aborto, lo cual posibilita el

proceso de decisión jerarquizando el tiempo de reflexión. Desde el ámbito biomédico se confirma la existencia y viabilidad del embarazo, edad gestacional, grupo sanguíneo y RH. Se asesora sobre métodos de interrupción de mayor riesgo y se informa sobre el uso de Misoprostol como método de aborto seguro hasta las 12 semanas de gestación, acorde a la situación particular. Se explicita que no se brindará ni recetará el método.

La **consulta posterior a la interrupción del embarazo** tiene por objetivo la detección precoz y prevención de complicaciones, la evaluación de las repercusiones emocionales de la decisión tomada y la experiencia vivida, la realización de una denuncia anónima con fines epidemiológicos y la consejería para una elección de anticoncepción inmediata.

Esta estrategia asistencial se está desarrollando también en diferentes centros de salud de Montevideo y del interior del país, a través de un proyecto apoyado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Su implementación incluye componentes de monitoreo y evaluación, imprescindibles para el análisis de los resultados. De los registros recabados surge que durante el período mayo 2007 – julio 2009 consultaron 2717 mujeres. Los datos obtenidos permitieron confrontar algunos preconceptos en relación a las mujeres que abortan. Contrariamente a la idea de que son mayoritariamente adolescentes las que interrumpen el embarazo, éstas (de 12 a 19 años) constituyeron el 21% de las consultantes, siendo el promedio de edad 27 años. A priori, puede pensarse que las mujeres que abortan son aquellas que no tienen pareja, o que ejercen la sexualidad de forma irresponsable e incluso que reiteran la interrupción de embarazos. Sin embargo, la información recogida mostró que el 63% de las usuarias que consultaron tienen pareja estable, el 60% estaba usando algún método anticonceptivo y el 91% no ha tenido abortos previos.

La aplicación de la estrategia de IS prevé la presencia de un equipo interdisciplinario, que permite abordar la consulta en forma integral. La entrevista conjunta da la posibilidad de complementar diferentes lecturas, comprensiones, abordajes y recursos. Esto, fundamentalmente, multiplica los beneficios para la usuaria que consulta, desde el reconocimiento de que está/n transitando una situación de crisis vital. Los integrantes del equipo se

enriquecen mutuamente con el intercambio de opiniones y conocimiento. Al mismo tiempo el propio equipo oficia de sostén para cada uno de sus integrantes, función especialmente importante cuando se trabaja con situaciones que suponen alta demanda emocional.

### **El rol del psicólogo/a en el Servicio de Salud Sexual y Reproductiva.**

Ante una consulta que puede pensarse referida al cuidado de la salud física, nuestra disciplina da cuenta de que está involucrada la subjetividad. Cuidar la salud de la mujer implica, además de la atención médica, habilitar un ambiente libre de prejuicios donde pueda expresar sus sentimientos, desplegar sus motivos, sus temores, e identificar y potenciar sus redes sociales. La interrupción de un embarazo es una decisión personal, en un momento particular de la historia de vida, donde se ponen en juego aspectos psicosociales. En la entrevista conjunta la tarea del psicólogo/a consiste básicamente en identificar y valorar aquellos aspectos que están interviniendo, favoreciendo o impidiendo que la mujer tome su decisión con el mayor grado de autonomía posible. Valoramos el grado de decisión de las usuarias y las posibles presiones externas, identificando elementos que puedan aumentar los riesgos en la salud mental post aborto.

**Observaciones del equipo de salud mental.** La mujer que se plantea la posibilidad de interrumpir el embarazo debe hacer frente a diferentes barreras desde el punto de vista psicológico, ideológico, legal, etc. Cuando decide consultar, la respuesta que reciba del sistema de salud, estará incidiendo en el desarrollo saludable o disfuncional de todo el proceso. Desde la experiencia en el servicio, se observa que la mayoría de las mujeres que están pensando en interrumpir el embarazo se presentan con una apariencia de total seguridad en su decisión. Sin embargo, al dar lugar a lo vivencial, explorando las emociones que acompañan el proceso de decisión, se despliega la complejidad de la situación. Surgen los aspectos propios (sentimientos encontrados, dudas, conflictos) y también la relación con los otros significativos (presiones, abandonos, apoyos). Muchas se manifiestan “en contra” del aborto lo que hace el proceso aún más complejo. De acuerdo a los formularios aplicados específicamente por el equipo de salud mental, el 89% de las mujeres que consultan se presentan inicialmente tranquilas,

expresando en forma espontánea las razones para interrumpir el embarazo en curso. Pareciera que necesitan "justificar" su decisión como una forma de enfrentarse a un modelo idealizado de la maternidad. En ocasiones plantean temores o dudas sobre aspectos médicos que al despejarlos pueden pensar más libremente. Hemos constatado que un 21% de las mujeres que consultan deciden luego continuar con el embarazo.

En un contexto de ilegalidad del aborto, asistir a una consulta médica, dentro de un centro hospitalario, en donde un equipo de profesionales la escucha y la asesora, validando su decisión, genera una legitimidad. Desde el punto de vista psicológico, habilita el poder pensar la situación con otra perspectiva, intercambiando con otros, generando nuevas formas de elaboración y sostén. Se transita de un sentimiento de vergüenza, ocultamiento, censura, a veces también de culpa, a una vivencia de situación compartible con otro que escucha, comprende y habilita la reflexión para una decisión personal, manejando diferentes opciones, promoviendo el ejercicio de la autonomía. La incidencia del aborto, en la vida psíquica, no termina en el acto en sí, ni en la recuperación física. Si bien, de acuerdo a las publicaciones internacionales ((American Psychological Association Report, 2009) no hay evidencias de que la experiencia del aborto único, legal y dentro del primer trimestre, tenga consecuencias psicopatológicas, entendemos que es una experiencia que la mujer deberá integrar a su historia vital, mediando un proceso de duelo por la pérdida y que irá tomando distintos significados a lo largo del tiempo. La práctica asistencial muestra que constituye una situación que la mujer transita con angustia y ansiedad, siendo el alivio el sentimiento más expresado en la etapa posterior inmediata a la interrupción. Desde el área de salud mental, a través del trabajo en equipo, se pretende contribuir a disminuir los riesgos y daños en la salud mental de la mujer así como aportar una mirada hacia la interna del equipo interdisciplinario, promoviendo un cambio en la relación sanitaria.

## **REFERENCIAS**

Briozzo, L. (2007). *Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo*. Iniciativas Sanitarias. Ed. Arena, Montevideo

Carril E., López Gómez, A., (2008) Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad. Ed. Trilce Montevideo

Defey, D. (2002) El aborto provocado: su dimensión psicosocial en Briozzo, L. (Ed) *Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo*. (31-49) Montevideo: Sindicato Medico del Uruguay

Leus, I.; Stapff, C. (2007). Aspectos psicológicos orientados a mejorar la calidad de la atención sanitaria para disminuir el daño por aborto inseguro en Briozzo, L. *Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo*. Iniciativas Sanitarias Ed. Arena. Montevideo

Major, B.; Appelbaum, M.; Beckman, L.; Dutton, M.A.; Russo, N.; West, C. (2009). Abortion and mental health. Evaluating the evidence. *American Psychologist Journal*. American Psychological Association. December 2009.

Ministerio de Salud Pública. Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo. *Normativa de Atención Sanitaria y Guías de la Práctica Clínica de la Ordenanza 369/04 del MSP.: "Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo"*. Rosgal, Montevideo 2004.

Poder Legislativo de la R. O. del U. (2008). *Ley Nº 18.426 Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva*.  
<http://sip.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>

Shwartzmann, L. (2004) Estrés laboral, síndrome de desgaste (quemado) depresión: ¿Estamos hablando de lo mismo? Año 6 Número 14 *Ciencia & Trabajo* Artículo Original Obtenido 14/5/2005, desde <http://www.cienciaytrabajo.cl>

Stapff, C.; Leus, I; Avondet, S.; Pons, C.; Bernardi, C.; Correa, S.; Rozada, E. (2008). Integralidad de la consulta en el servicio de salud sexual y reproductiva. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*. Sociedad Ginecotológica del Uruguay y Sociedad de Obstetricia y Ginecología del Interior del Uruguay Vol 46, Nº 2 Pág. 39-74. Ed. Del Trebol. Uruguay.