

XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2025.

Más allá del aborto: reflexiones de un caso.

Soraires, Mercedes.

Cita:

Soraires, Mercedes (2025). *Más allá del aborto: reflexiones de un caso.* XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/223>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/oct>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

MÁS ALLÁ DEL ABORTO: REFLEXIONES DE UN CASO

Soraires, Mercedes

GCBA. Hospital General de Agudos “J.M. Penna”. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

En el presente trabajo se pretende desarrollar una articulación teórico clínica, a partir del seguimiento de un caso de interrupción voluntaria del embarazo, abordado en el dispositivo de Consejería de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Esto se da en el marco de la rotación de Atención Primaria de la Salud, en un CeSAC de zona sur de CABA. Se tendrá en cuenta el trabajo del equipo interdisciplinario de salud, las intervenciones que fueron posibles, y las preguntas que restan de un final abierto y la incertidumbre producto de él. Si se comprende a un embarazo involuntario como un potencial escenario para el despliegue de una crisis subjetiva, el derecho al acceso al aborto puede leerse como posibilitador de condiciones de dignidad humana, en consonancia con pensar la salud en términos de integralidad de derechos, esto es, contemplando la dimensión subjetiva, histórica y social.

Palabras clave

Aborto - Deseo - Primer nivel de atención - Maternidad

ABSTRACT

BEYOND ABORTION: REFLECTIONS ON A CASE

This work aims to develop a theoretical-clinical articulation based on the follow-up of a case of voluntary interruption of pregnancy, addressed in the Sexual Health and Reproductive Health Counseling device. This takes place within the framework of the Primary Health Care rotation in a CeSAC in the southern area of CABA. The work of the interdisciplinary health team, the possible interventions, and the questions that remain from an open-ended conclusion and the resulting uncertainty will be taken into account. If an unintentional pregnancy is understood as a potential scenario for the emergence of a subjective crisis, the right to access abortion can be seen as a facilitator of human dignity conditions, in line with considering health in terms of the integrity of rights, which means contemplating the subjective, historical, and social dimensions.

Keywords

Abortion - Wish - Primary level of care - Maternity

PUNTO DE PARTIDA: LA FUNDAMENTACIÓN DE UN RECORTE

Al transitar la rotación de Atención Primaria de la Salud (APS) en el marco de la Residencia de Salud Mental, me inserto en un **CeSAC** situado en el Barrio Popular 21-24/Zavaleta, Barracas, sur de la Ciudad de Buenos Aires. En este contexto, uno de los dispositivos en el que comienzo a participar es la **Consejería de Salud Sexual y Salud Reproductiva** (SSSR), que funciona de lunes a viernes por demanda espontánea. El equipo está integrado por tres médicas generalistas, dos trabajadoras sociales, una ginecóloga, una socióloga y una enfermera.

El dispositivo de Consejería se basa en el diálogo y la comunicación horizontal para potenciar la autonomía en el cuidado de la salud, buscando recuperar los saberes previos de quien consulta (Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria, 2019). Esta participación de lxs usuarixs se entiende en sí misma como un hecho de salud mental, posibilitando “salir de un lugar imaginario (y real) de sometimiento a una autoridad sentida como omnipotente y arbitraria” (Stolkiner, 2021, p.80). Mediante estrategias de promoción de la salud, se busca potenciar el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, contemplando contenidos tales como la identidad de género y orientación sexual, la dimensión del placer, los métodos anti-conceptivos (MAC), la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la interrupción voluntaria o legal del embarazo (IVE/ILE) (Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, 2018).

A su vez, el trabajo en la Consejería puede implicar la detección y problematización subjetiva de situaciones de violencia y/o de vulnerabilidad vincular así como el abordaje de las manifestaciones de padecimiento psíquico que por lo general no suelen ser acompañadas por tratamientos de Salud Mental ni por redes de apoyo continentes. En este sentido, si bien se cuenta con guías y protocolos, no debe perderse de vista que la intervención también es singular, según las necesidades de cada usuarix. Más allá de la información y los MAC que las usuarias reciban, resulta crucial cómo puedan apropiarse subjetivamente de estos recursos, para lo cual jugará un rol importante no sólo las propias creencias sobre la feminidad y la maternidad, sino también las representaciones sociales y culturales que inciden en el ejercicio de la sexualidad (Perrotta, 2005).

Respecto a la **normativa vigente** y como parte de la conquista de derechos en esta materia, hace más de dos décadas contamos con legislación que sustenta formalmente los espacios de las Consejerías de SSSR, tanto en CABA (Ley N°418. Salud Reproductiva y Procreación Responsable, 2000) como a nivel

nacional (Ley N° 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2002). En ambos documentos se hace énfasis tanto en la parte asistencial como en la de prevención y promoción de la salud a través de actividades comunitarias, en especial en torno a las ITS y al uso de MAC. La más reciente victoria en este terreno se dio con la aprobación en 2020 de la Ley Nacional N° 27.610 de Acceso a IVE, la cual reivindica este derecho hasta la semana 14 de gestación (inclusive) así como a la atención postaborto en los servicios del sistema de salud. Luego de este plazo, la persona gestante tiene derecho a acceder a la ILE, en el caso de corresponder la causal violación o por riesgo para la vida/salud integral (entendida en términos biológicos, psicológicos y sociales). Ahora bien, para reflexionar en torno al **rol del profesional en el proceso del aborto**, Calvagno y Méndez (2018) destacan el lugar de quien escucha la escena de desvalimiento y habilita la toma de decisión autónoma con el propósito de darle entidad de sujeto de deseo a quien elige interrumpir su embarazo: “Es un otro que devuelve la práctica del aborto dialectizable, elaborable” (p.7). A partir de otra posibilidad de existencia diferente a la maternidad obligatoria se desprende “la posibilidad de bañarse en otro orden simbólico, en otro orden discursivo” (p.7).

CAMINO AL TERRITORIO ¿QUÉ PASA EN LA SALITA?

La **población** en la Consejería está conformada en su mayoría por mujeres heterocis de entre 13 hasta 45 años, esto es, rangos etarios que coinciden con el período fértil. En varias oportunidades ha ocurrido que las adolescentes concurren con sus madres, quienes pueden mostrarse preocupadas y demandantes en torno a que su hija se vaya de la consulta con alguna aplicación de MAC (preferentemente de larga duración): “*yo me tengo que asegurar que ella no quede embarazada*”. No obstante, suelen ser casos de chicas que no iniciaron relaciones sexuales y para las cuales la anticoncepción no se configura aún como un problema o algo de lo cual deban ocuparse. Quizás estas madres estén expresando, a su modo y como pueden, cierta realidad social y de problemática pública en este sector de la población.

Se recorta otro comentario frecuentemente escuchado en mujeres mayores de 25 años que tienen hijos pero no pareja al momento actual: “*igual no tengo marido así que no me tengo que preocupar por las relaciones sexuales*”. En este punto se destaca la intervención de marcar la importancia del cuidado de la SSSR -y la exploración de la sexualidad si así lo desean-, más allá de la frecuencia y de la poca o mucha diversidad de parejas sexuales. Se apunta a disminuir la carga moral negativa que pesa sobre las usuarias, vinculada a creencias y contextos conservadores y culpabilizadores de la sexualidad de la mujer más allá de la reproducción, habilitando para la subjetividad deseante femenina otros caminos que pueden o no coexistir con la maternidad.

A su vez, también se acercan a la consulta adolescentes que ya son madres. En base a una serie de investigaciones, Perrotta (2005) sostiene que en gran parte de las comunidades con las que trabajamos desde el sistema público de salud el proyecto vital de la maternidad se configura como el principal: “(...) los condicionamientos de género que las definen como mujeres sólo si son madres, las llevan a no poder pensar que podría haber para ellas otra opción” (p.5). No obstante, del lado de los adolescentes varones también se presenta como central que sus parejas queden embarazadas, dado que tener un hijo sería representación de su potencia y rol social como hombre.

Sin embargo, muchas de estas jóvenes que ya ejercen la maternidad consultan en búsqueda de algún MAC o con la intención de realizar una IVE. Aquí es donde me centraré para el desarrollo de este trabajo, a partir del relato de un caso que aconteció en el transcurso de 1 mes y medio.

CASO ANA

Primera consulta

Ana, de 19 años, concurre a la Consejería por sospecha de embarazo, a raíz de un atraso en su menstruación y un test positivo, explicitando su intención de realizar una IVE. Dejó de tomar las pastillas anticonceptivas hace 3 meses porque su pareja no le permite utilizarlas: “*Él quiere tener un hijo y yo no*”. Ya tienen un hijo de 2 años. En la ecografía, se observa un saco gestacional sin embrión de 6 semanas. Se cita en una semana para repetirla. El equipo constata que la usuaria no esté en riesgo al momento actual, y se ofrece la Consejería como espacio para trabajar sobre el vínculo con su pareja. Ana se muestra de acuerdo.

Segunda consulta

La usuaria regresa una semana después acompañada por su pareja, quien aguarda en sala de espera. Se realiza nueva ecografía sin observación de embrión. En la entrevista refiere sensación de ansiedad asociada a su situación actual y agrega que pudo hablar con Matías (27 años): “*Primero se enojó porque no le conté, yo estaba asustada por su reacción (...) pero después lo entendí, no es el momento (...) ni tenemos para el pañal del nene*”. Hace dos semanas finalizó la obra en construcción donde él trabajaba, por lo que actualmente se encontraría desempleado. Ana tampoco trabaja de forma remunerada. Cuentan con la AUH, la Ciudadanía Porteña y el Progresar (este último es administrado exclusivamente por Matías).

El escenario cambia. No obstante, se decide indagar con mayor profundidad sobre la historia de este vínculo, que comenzó hace cuatro años y medio. Respecto a las situaciones de violencia, Ana lo nombra como “*daño psicológico, es verbal, hay insultos y gritos, me la hace imposible (...) A los golpes no reacciona, por suerte (...) yo no lo justifico pero también era muy gritona, antes le peleaba, ahora me quedo callada, espero que se le pase (...) a veces me quiero ir, pero después pienso qué hago*”.

Matías presenta consumo problemático de alcohol, si bien anteriormente era *“de todo”*. Realizó un tratamiento en un centro de día del barrio a partir del cual pudo reducir el consumo, que continúa dependiendo de lo económico y se vuelve problemático en el punto en que es especialmente en ese estado que ejerce violencia verbal y psicológica en el ámbito intrafamiliar. En palabras de Ana: *“hoy es el día más complicado de la semana porque cobra el Progresar, y yo ya tiemblo”*. Por su parte, ella niega consumir sustancias: *“A mí no me gusta el alcohol, tengo 19 años y nunca en mi vida fui a una fiesta”*.

Retomando la historia de ambos, el padre de Matías estuvo en pareja con la madre de Ana, por lo cual serían hermanastros. La usuaria habla con nostalgia y cariño acerca de su madre, quien falleció hace cinco años por causas relacionadas al VIH -mismo momento en el cual comenzó a salir con Matías-. Agrega: *“él odia a mi mamá, cuando nos peleamos me pega ahí a propósito”*. Su padre vive en Pilar, y al haberse mudado al barrio hace un año, no pudo conformar otra red de apoyo: *“acá no tengo a nadie, tenía una amiga pero se mudó hace poco”*.

Hace cinco meses Ana y Matías se separaron por dos semanas: *“él volvió con su ex, pero se enteró que los hijos que tenía con ella no son suyos (...) se le desmoronó todo”*. En este punto me pregunto si hay una relación entre este acontecimiento y que luego él le prohibiera a Ana la toma del anticonceptivo. ¿Podría pensarse aquí en cierta búsqueda de resarcimiento de su paternidad?

En lo que duró esta corta separación, Ana se fue a vivir a la casa de su amiga: *“no podía estar sola”*. Tras presentar ideas de muerte, y por medio de una capilla del barrio, estuvo en tratamiento psicológico por un mes. Ubica que el espacio le generaba alivio, pero que hace un tiempo perdió su celular y con él los contactos de amigos y del psicólogo. Llama la atención la facilidad con la que se desmorona la posibilidad de una red de apoyo continente, se pierden los pocos que se preocupaban por ella. De cuando regresaron a estar en pareja comenta: *“las primeras semanas son lindas cuando volvéis con tu pareja, después volvieron las peleas”*.

Se cita a Ana en una semana para repetir la ecografía, pero también para realizar el seguimiento integral del caso. Se le devuelve que, si es lo que ella desea, lo que urge es resolver la IVE, pero que el equipo está disponible para escucharla y acompañarla respecto a su conflictiva vincular. Ana comenta sentirse en confianza con nosotras: *“todo lo que me pueda ayudar me sirve (...) quedé encerrada en mi casa”*. En esta misma consulta ofrecemos y realizamos test rápido de VIH. Le pedimos que espere 15 minutos afuera hasta que esté el resultado, pero cuando se la llama para comunicárselo, no se la encuentra en la sala de espera ni en las afueras del CeSAC, lo cual llama la atención. Conversamos en equipo sobre cómo continuar interviniendo. Tal como le dijimos a Ana, se encuadra a la IVE como la situación de urgencia actual. Ahora bien ¿y el resto de todo lo que pasa? Se piensa si lo indicado para ella sería iniciar un espacio

psicoterapéutico (¿individual o grupal? ¿ambos?), se piensa en los recursos de la comunidad que le permitan ampliar su red de apoyo y encontrar un lugar que sea para ella, se piensa en un acompañamiento interdisciplinario desde el CeSAC.

Tercera consulta

Ana no regresa en una semana, sino en tres. Se había acercado al CeSAC con su pareja y su hijo para la consulta con el pediatra: *“ya que era martes me acordé que tenía que venir”*. Agrega que concurrió la semana anterior, pero a 10 minutos de finalizar el horario de la Consejería, momento en el cual ya no se agendaban nuevas consultas. No quiero correr el riesgo de sobreanalizar situaciones de la vida cotidiana cuyo significado quizás no es otro que el explícito, pero daba la sensación de que, por algún motivo, la IVE había quedado en un segundo plano para Ana. ¿Estaba indecisa y actuaba a modo de huidas? ¿Estaba más tranquila porque hasta el momento no se observó el embrión en la ecografía? ¿O algo de un espacio que se mostró disponible para ella le generó cierto relajamiento, a nivel de la urgencia subjetiva?

Una vez en el consultorio, se indaga por su ida en la última consulta y le comunicamos el resultado negativo del test. Contesta que debía ir a cobrar la AUH, y se disculpa por no haber llegado a avisarnos. Le transmitimos la importancia de repetir la ecografía y avanzar con el procedimiento, si es que aún tiene la intención de abortar, porque el embarazo continúa y sería aproximadamente de 10 semanas. Con este comentario, es como si algo “cayera” en ella: *“sí, es verdad, siguen pasando los días”*. Nos dirigimos a hablar con la ginecóloga para realizar la ecografía. *“Espero afuera, no me voy a ningún lado”*, nos dice Ana. En esta oportunidad si es posible observar el embrión. Al volver a la Consejería, mi compañera sale para buscar la medicación para la interrupción. Me quedo con Ana y le pregunto cómo está: *“me asusté, yo no estoy a favor del aborto (...) cuando tuve a mi hijo estaba en una peor situación y lo tuve igual”*. Me quedo recalculando, no se me ocurre otra expresión. En este segundo tiempo de reflexión, me apoyo en los aportes de Perrotta (2005): *“(...) un psicoanalista puede no sólo escuchar aquello que responde a los mandatos del discurso médico, familiar y social, sino también hacer lugar al conflicto que se le plantea al sujeto entre esos mandatos y su deseo (...)”* (p.2). Más allá de lo que pueda decir el equipo de salud, el trabajo a hacer, la decisión a tomar, siempre es del sujeto.

Le respondo a Ana que seguramente eran momentos distintos de su vida y que lo que a ella le pasaba con ese embarazo debía ser, por lo tanto, otra cosa. Ana me cuenta: *“mi mamá falleció cuando yo tenía 14 años, dos años después falleció mi abuela, yo quería un hijo para no estar tan sola”*. Aquí no está de más mencionar que resulta un prejuicio suponer que un embarazo en la adolescencia es necesariamente no deseado (Perrotta, 2007). Buscando dar lugar a la contradicción, respondo que, así como en ese entonces ese era su motivo para continuar con

el embarazo y convertirse en madre, ahora puede (o no) tener otros para decidir interrumpirlo –los situados por ella: lo económico y la conflictiva con su pareja–.

Desde los aportes teóricos, Martha Rosenberg (2010) sostiene que un embarazo que no se pudo evitar puede provocar una crisis subjetiva, en especial cuando se considera el peso del mandato social de la maternidad obligatoria para las mujeres, siendo el aborto “condición de una vida posible para sí mismas”. La interrupción del embarazo como acto de sustracción del propio cuerpo a un destino obligado, podría así dar lugar a nuevas posiciones subjetivas y nuevas significaciones. La autora agrega: “Si para muchas es la primera decisión de su vida que las recorta como sujeto, lo mismo puede predicarse de la decisión de maternidad, cuando se desea y se acepta”. En consonancia con estas ideas, María Cristina Oleaga (2018) aporta que “Para el psicoanálisis (...) el peso del deseo otorga vida humana incluso al infans por venir, antes o en cualquier momento de la gestación (...) La madre y el niño (...) no están necesariamente allí donde hay una gestación sino que pueden –y es deseable que así sea– preceder, en tanto representaciones de deseo, al hecho biológico en sí”. De este modo, el aborto vendría a responder en los casos en que el dato biológico de un embarazo confirmado no coincide con las condiciones subjetivas dadoras de dignidad humana.

Al regresar mi compañera al consultorio, se le explica el procedimiento, se le dan las pautas de alarma y la medicación (mifepristona 200 mg x 1 comprimido, misoprostol 200 mg x 4 comprimidos). Luego de constatar que no haya dudas, Ana firma el consentimiento informado. Como parte del proceso de la Consejería, se conversa sobre la utilización de MAC para continuar con el cuidado de su SSSR. Elige utilizar el DIU, pero como no es posible de forma inmediata a la IVE, comenzará con la aplicación de la inyección trimestral en la próxima consulta. Se la cita para control post IVE en una semana. Se hace énfasis en que tiene que volver porque el sangrado no confirma que la interrupción se haya realizado de forma efectiva. Ana comprende y acuerda. Se da número de WhatsApp del CeSAC para dudas y seguimiento. Dado que consiguió un celular en estas últimas semanas, se agenda su contacto.

Final abierto

Una semana después Ana vuelve, espera un rato y avisa que debe irse a una reunión de padres en el colegio de su hijo, frente al CeSAC. No regresó ese día ni tampoco otros. A la semana siguiente llamamos a su número de contacto. No contesta. Enviamos mensajes. No contesta. Lo intentamos nuevamente a la otra semana. Nunca contestó. Al momento actual no volvimos a saber de Ana.

¿Cómo pensar esta desaparición? ¿Estará en riesgo? ¿Es pertinente insistir en contactarla? ¿Pudo hacerse correctamente el aborto? ¿Quiso hacerse el aborto? ¿Decidió hacerse el aborto? ¿Y las estrategias pensadas para la ampliación de la red de

apoyo? ¿El tratamiento individual, grupal, el espacio recreativo, el seguimiento desde la Consejería? ¿Qué pasó con su vínculo de pareja? ¿Indagamos mucho o indagamos poco? ¿Hicimos de más o de menos?

Con el diario del lunes, se me aparecen una serie de preguntas: ¿cómo se dió el proceso en que Ana obedece y deja de tomar el MAC? ¿Existió resistencia? ¿Podía resistirse? ¿Qué otro margen de posibilidad de respuesta para ella había? ¿Podría haberse acercado antes a buscar algún tipo de ayuda a la salita? ¿Sabía que podía acercarse antes a la salita? Seguramente existan fallas en las estrategias de promoción de la salud, pero me pregunto si acaso Ana estaba en condiciones de acercarse antes. Los determinantes sociales y materiales de existencia resultan claves para pensar en las alternativas reales, pero al momento de considerar el entramado de su posición subjetiva en la historia de la relación ¿podría haber existido en un primer momento un deseo de otro hijo? ¿Será posible que ella no lo tuviese decidido?

Siguiendo a Rosenberg (2010), los embarazos involuntarios podrían ser sintomáticos en el sentido de la existencia previa de algún nivel de de-subjetivación o coerción (directa o indirecta). A su vez, el sometimiento a la violencia manifiesta o al maltrato latente (auto o heteroinfligido) puede llegar a generar la ilusión de que un bebé permitiría salir de la soledad y la orfandad real o vivenciada. La persona gestante podría decidir si adoptará o no ese embarazo inesperado solo si la **elaboración del trauma** potencialmente generado por él se resuelve exitosamente, permitiendo alojarlo en el entramado representacional del yo de la mujer.

Tengo en claro que el espacio de entrevistas en Consejería no es el mismo que el de un tratamiento en Consultorios Externos. Ana no era una paciente en tratamiento ni en admisión para Psicología. No obstante, nos compartió su historia, miedos, angustias, ideas, intenciones. Es inevitable sentir que algo de la estrategia del equipo falló en el proceso, pero ¿qué otra cosa podríamos haber hecho? ¿Cómo pensar una posible adherencia a algún espacio, ya sea un tratamiento o algo recreativo, si ni siquiera fue posible realizar de forma completa el proceso de IVE y el seguimiento en Consejería? Esto es, poder asistir al control post interrupción, concretar la aplicación del MAC, seguir trabajando la problemática vincular que hace a su SSSR, y a su vez se relaciona con lo habitacional, social y económico, aspectos centrales en el abordaje en primer nivel de atención. ¿Será en una nueva crisis que ella pueda y quiera acercarse? Si el único antecedente de tratamiento por Salud Mental fue en la separación, con presencia de ideas de muerte y durante el transcurso de un mes ¿es únicamente en el acontecimiento de una urgencia subjetiva que Ana se moviliza en pedido de ayuda?

Es corta mi experiencia en APS. Quizás estos casos sean de los más comunes y mis preguntas sean exageradas. Ahora es que entiendo que nunca deja de tratarse de apuestas cuyos resultados no son buenos o malos, son los reales, los posibles, los singulares.

APORTES DESDE LA SALUD COMUNITARIA

Por el momento elijo seguir reflexionando sobre el caso. Para esto, tomo nuevamente a Stolkiner (2021) quien desarrolla un triple eje de análisis para pensar la **articulación entre sujeto y sociedad**.

Desde **lo macro**, sitúa **lo económico/político/social**. En el caso de Ana, se recorta el escenario del Barrio 21-24 en la Argentina de 2025, donde la práctica del aborto se encuentra reglamentada por la Ley N° 27.610 (2020), a la vez que atravesada por un largo camino de despenalización social y lucha colectiva. Aún contamos con la presencia de políticas públicas, entre ellas, los planes sociales a los que acceden la usuaria y su familia. Si bien esto se da en un país donde un gobierno de ultraderecha avanza cada vez más en el recorte de derechos, incidiendo en la calidad de vida de los sectores más vulnerables, donde es posible ubicar a Ana. Además, para este eje de análisis cabe mencionar la alta prevalencia actual y regional del consumo problemático de sustancias y de la violencia intrafamiliar (en especial en el ámbito doméstico), observables en el caso presentado.

Desde la corriente de Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana (Stolkiner, 2021) se plantea que la idea del “derecho a la salud” solo puede leerse en el marco de una **integralidad de derechos**. Por ende, hablar de prácticas integrales en Salud implica contemplar en el abordaje de sujetos y poblaciones la dimensión subjetiva, histórica y social. No hay salud integral sin justicia social.

En el plano intermedio o **meso-social** la autora sitúa las **formas institucionales**, esto es, el modo de producción y reproducción de las relaciones sociales. En este punto podría hablarse de las instituciones de la comunidad identificadas en la crónica relatada y la posibilidad del armado de redes que se desprenden de ellas: la escuela de su hijo ubicada frente al CeSAC (quizás factor facilitador de la asistencia de Ana a la atención en la sala); la capilla del barrio por la cual accedió a un tratamiento psicoterapéutico; el centro de día donde se atendía Matías y la obra en construcción donde trabajó por un período de tiempo; y el mismo CeSAC 8 que Ana tiene como efector de referencia no sólo en relación al espacio de SSSR, sino también respecto a la atención pediátrica de su hijo.

Finalmente, la irreductible particularidad de cada sujeto se ubica en el extremo, esto es **lo micro, lo cotidiano** y reconocible en la práctica clínica. No deja de configurarse por los elementos de lo genérico, de las significaciones sociales de la época que se inmiscuyen en lo cotidiano. No es una externalidad, sino un entramado, donde la subjetividad resulta mediada también por las representaciones institucionales. Lo singular de Ana se ubica en su historia de vida, que eligió contar en el espacio, lo que sabemos pero también lo que no sabemos de ella. Asimismo, su posicionamiento en la trama vincular, con su pareja y con los otros que pudieron haber constituido una red de apoyo en cierto momento. Aquí se recorta también el deseo de maternar que tuvo

hace dos años y el deseo de interrumpir su embarazo actual.

Por otro lado, en términos generales, factores tales como la educación y una mayor amplitud en relación a los roles de género (eje macro sociopolítico), pero también el buen diálogo con los padres (eje micro de las prácticas cotidianas), potenciaría que las adolescentes otorguen mayor prioridad a otros objetivos antes que el de la maternidad (Perrotta, 2007), ya sea la búsqueda de una profesión u oficio, o el tiempo libre. Se observa como la diversidad de proyectos de vida, que se ubica en lo singular de cada una, se entrama con las condiciones económicas y culturales de existencia, si bien no está determinado linealmente por ellas. En este sentido: “La ampliación de derechos supone nuevas coordenadas para la constitución del sujeto” (San Miguel, 2018, p. 158).

CONSIDERACIONES FINALES

Al preguntarme cuándo es posible hablar de eficacia en la atención en la Consejería, elijo un posicionamiento que intenta situarse lejos de la guía de un criterio estándar de normalidad y de soluciones adaptativas (Stolkiner, 2021). En el abordaje de las problemáticas complejas la noción de salud debe buscarse en el proceso de configuración de nuevos escenarios, los cuales no se dan sin conflictos ni producción de malestar -tanto en usuarixs como en el equipo de salud-.

¿Cómo acompañar esto desde el rol psi en el primer nivel de atención? Desde los aportes teóricos, Adriana Montobbio (2013) sostiene: “Hacer lugar a la subjetividad, ubicar qué del deseo de cada quien está involucrado en tal o cual demanda, es el eje insoslayable de nuestras intervenciones (...) mantener abierta la posibilidad de producir algo nuevo allí donde parece que ocurre siempre lo mismo, cuestionando supuestos y haciendo lugar a la dimensión subjetiva comprometida en tal o cual problema de salud” (p.15).

De aquí en adelante, creo que una de las preguntas que continuará guiando mi recorrido en el transcurso de este año es cómo no reducir el espacio a la consulta por la anticoncepción. Estoy convencida que desde el equipo se intentó abordar el caso presentado sin reducirlo al aspecto de la IVE. Por su parte, Ana también nos fue llevando para que esto no sucediera. Aunque la interrupción constituía la principal urgencia, representaba únicamente una parcialidad, un fragmento de una historia que se nos presentaba como un rompecabezas del cual, como sabemos, siempre va a faltar alguna pieza.

BIBLIOGRAFÍA

- Calvagno L. y Méndez M. (2018). Abortar como rechazo de ser para un hombre: Nacer otra mujer. *Symploké revista filosófica*.
- Congreso de la Nación Argentina (2002). Ley 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Recuperado de: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>
- Congreso de la Nación Argentina (2020). Ley Nro. 27.610. Ley Nacional de Acceso a IVE. Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>
- Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (2018). Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación.
- Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria (2019). Recomendaciones para el Abordaje de la Salud Mental en el Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación.
- Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000). Ley N°418. Salud Reproductiva y Procreación Responsable.
- Montobbio, A. (2013). Cuando la Clínica desborda el consultorio Adriana. *Salud Mental y Atención Primaria con niños y adolescentes*. Noveduc.
- Oleaga, M.C. (2018). El lugar del deseo. Página 12. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/118366-el-lugar-del-deseo>
- Perrotta, G. (2005). Aportes del Psicoanálisis al trabajo interdisciplinario en Salud Sexual y Reproductiva. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur (pp.214-216). Facultad de Psicología. UBA. Secretaría de Investigaciones.
- Perrotta, G. (2007). Embarazos en la adolescencia: ¿accidente, deseo, destino?. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur (pp. 281-284). Facultad de Psicología. UBA. Secretaría de Investigaciones.
- Rosenberg, M. (2010). Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. ¿Quiénes son esas mujeres?. *Revista Topía*. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/campa%C3%B1a-nacional-derecho-al-aborto-legal-seguro-y-gratuito>
- San Miguel, T. (2018). El deseo, el psicoanálisis y lo social. En *Huellas. Psicoanálisis y territorio #2* (pp. 63-69). Editorial Brueghel.
- Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en Salud Mental*. Noveduc.