



**UNIVERSIDAD  
ACADEMIA**  
DE HUMANISMO CRISTIANO

ESCUELA DE  
PSICOLOGÍA

**Aborto clandestino en Chile y rol de profesionales de psicología en el área  
clínica**

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Nombre de autoras/es: Gabriel Gatica

Nombre profesor guía: Tamara Jorquera, Paula Zúñiga

Artículo para Optar al Grado de Psicólogo/a

Santiago 2021

## **Resumen**

En Chile, la ley de aborto obliga su práctica voluntaria en la clandestinidad. Mediante investigación cualitativa y análisis de teoría fundamentada, Se expone la implicancia que tiene en mujeres, el debate sobre aborto y salud mental desde la visión de 3 psicólogas clínicas, estableciendo la ausencia de criterios formales para tratar con temáticas de aborto, tomando relevancia la formación autodidacta, postura ético profesional, entendiendo a la paciente como variable, quienes mencionan al aborto como mejor decisión en aquel momento de sus vidas, siendo las posibles problemáticas de salud mental causadas por factores socioeconómicos, políticos y religiosos.

*Palabras claves: aborto clandestino, aborto libre, aborto, salud mental, psicología*

## **Introducción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define aborto como la interrupción del embarazo mientras el feto sea inviable fuera del vientre materno (Bernal 2019). En caso de ser aborto inducido, es definido como practica deliberada con fin de interrumpir el embarazo, ya sea por la propia madre o por un tercero a petición. Si estas prácticas van en contra de las leyes vigentes en el país, será considerado aborto clandestino. En Chile, el aborto es voluntad de la mujer y autorizado por un médico cirujano dentro de tres causales; 1) La mujer se encuentre en riesgo vital, y la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida, 2) El embrión o feto padezca patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, 3) Sea resultado de violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de niña menor de 14 años, la interrupción del

embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación (Ley N° 21030, 2017, art. 119).

El aborto en Chile ha cambiado históricamente. En 1874, el código penal de Chile estableció el aborto inducido como delito. Durante 1931 se crea el código sanitario, junto al decreto de ley N°226 estableciendo la interrupción del embarazo por razones terapéuticas mediante la opinión documentada de tres facultativos (Art. 226). En 1931, con el decreto de ley N° 725, se establece la interrupción del embarazo solo con fines terapéuticos mediante opinión documentada de dos médicos cirujanos (Art. 119). En 1989, la dictadura cívico-militar cambia el artículo 119 estableciendo prohibición de cualquier acción que tenga como fin provocar un aborto, y conjuntamente, por sobre esta normativa, la legislación Chilena establece mediante la constitución política de 1980, que "La ley protege la vida del que está por nacer" (Donoso y Vera, 2016). En 2015, la presidenta de turno Michelle Bachelet envía el proyecto de ley de despenalización del aborto bajo tres causales, aprobado en 2017. El 15 de septiembre de 2015 se promulga como ley.

Estos procesos legislativos producen cambios socioculturales, consecuencia de debates que generalizan la opinión pública, apareciendo discursos de saber y poder restrictivos de la voluntad y las libertades de las mujeres, mediante disciplinamiento de sus cuerpos. La ley no representa autonomía plena para las mujeres al no abarcar el aborto libre, perpetuando la clandestinidad y peligros sanitarios que conlleva. Consecuentemente, se ha masificado el uso del medicamento misoprostol con fines abortivos, siendo un método seguro no invasivo que minimiza riesgos para la salud (Etcheberry, 2019).

Dentro del debate sobre aborto, figura la salud mental y posibles trastornos asociados. Aznar y Cerdá (2014) argumentan que existe gran número de trabajos sobre el tema, presentándose

limitaciones metodológicas, sin poder confirmarse síndromes asociados al aborto, pero sí problemas de orden psicológico en mujeres que han abortado repetitivamente. En muchos casos el aborto representa alivio en la

vida de las mujeres. Russo (2014) confirma que los estudios actuales son de baja calidad, cuestionando su validación. La posibilidad de una mujer para presentar problemas psicológicos asociados al aborto no varía en relación al nacimiento, mientras que llevar a término un embarazo no deseado tiene alta posibilidad de repercutir en problemas psicológicos en mujeres. Vargas (2010) expone, en cuanto al debate sobre aborto, participan distintos actores sociales, defendiendo posturas a favor o en contra, mientras que, mujeres quienes presentan embarazo no deseado, no suelen tener voz en estos espacios. Las leyes restrictivas obligan a mujeres a realizarse aborto en la clandestinidad, afectando su salud mental por factores como prevalencia de enfermedades psiquiátricas, duelos no resueltos, antecedentes de violencia, entre otros. Otro factor importante es el estigma social frente al aborto, pudiendo repercutir en experiencias emocionalmente negativas, apareciendo la necesidad de redes de apoyo para sobrellevar estas consecuencias. Existe diversidad de sentimientos que pueden aflorar en mujeres posterior a abortar, habiendo en su mayoría sentimiento de alivio o tranquilidad (Vargas, 2010).

Según la literatura tradicional, las mujeres que abortan no presentan problemáticas en la salud mental. Factores como el estigma social, la vida ligada a creencias religiosas, situación socioeconómica vulnerable y la valoración negativa del aborto, desembocan en un efecto altamente estresor que perjudica la salud mental de las mujeres, a pesar de sostener que abortar de forma voluntaria y libre fue la mejor decisión para sus vidas (López et al., 2019).

Países que han acortado la desigualdad entre hombres y mujeres, disminuyen factores estresores que afectan la salud integral de la mujer. La depresión postparto puede asociarse a factores estresores del medio. Es el embarazo no deseado factor primordial para la generación de una posterior depresión. Es importante informar a mujeres sobre consecuencias que tiene llevar a término un embarazo no deseado, facilitando una decisión consciente sobre posibles efectos que conlleva, protegiendo su salud mental e integral Rondon explica (Rondon, 2016). que las problemáticas de salud mental en mujeres que se encuentran en etapa previa o posterior a abortar voluntariamente, se dan por factores del medio, y pueden ser de tipo social, cultural, religioso y político. Por esto, en países donde se permite el aborto en un marco legal restrictivo, es importante situar el rol a adoptar por parte de profesionales de la salud mental. Perotta (2015) explica, el/la profesional de la psicología es sujeto de creencias, condicionadas tanto por cultura e historia personal. Es responsabilidad del profesional cumplir con las leyes que garantizan cumplimiento de los derechos de la mujer, independiente de las experiencias de la propia vida. La reflexión del profesional debe situarse frente a estereotipos y prejuicios que existen ante a los roles de la mujer, que impiden el cumplimiento de lo estipulado por la ley, evitando la vulneración de derechos.

Berenice (2013) asevera que el rol profesional tiene un papel esencial como parte del tratamiento de mujeres que deciden abortar. Las enfermedades mentales han sido motivo de estigma para quienes las padecen, y en cuanto al embarazo, no existen criterios establecidos para el diagnóstico de riesgo psíquico, ni personal preparado para realizarlo. Es necesario impartir conocimiento básico para profesionales de salud, que permitan abordar el tema, enmarcando la problemática desde un enfoque de derechos humanos, analizar la situación desde perspectiva de género y reflexionar acerca del rol como profesional de salud. La

preparación del psicólogo/a debe estar fundada en no juzgar, empatía y asesoramiento correcto sobre sentimientos de ambivalencia que aparecerán en la mujer, logrando una exploración amplia de sí misma y recibir apoyo emocional, facilitando una mejor elección, libre de culpa y prejuicios. Posterior al aborto, el/la psicólogo/a debe respaldar la decisión de la mujer, promoviendo el empoderamiento de su propio cuerpo. Es deber del/la psicólogo/a entregar información objetiva y científica para la mujer, ayudando su toma de decisión, dando oportunidad para evaluar todas las opciones, siendo la decisión final tomada de manera consciente e informada (Berenice, 2013).

Profundizar en el rol del/la psicóloga/a permite entender qué factores, además de la orientación teórica, están ligados a características que pertenecen al psicólogo/a y que pueden ser determinantes en el éxito de la terapia para mujeres que han abortado o abortarán.

El concepto “persona del terapeuta” remite a los aspectos personales del terapeuta, como experiencias tempranas, historia personal, miedos, conflictos, esperanzas, alegrías, etc. que pueden determinar producto de la terapia, independiente del enfoque teórico practicado. Las características personales de psicólogos/as son influyentes al momento de conseguir resultados. La formación profesional de psicólogos/as no se da en un cuerpo vacío, existe un conjunto de significados y experiencias personales que se desarrollan junto con la formación profesional (Carvajal, 2018).

Entre las variables de la persona del terapeuta, se encuentran la actitud, correspondiendo a características facilitadoras del cambio mediante respeto, calidez, comprensión y ayuda, además de hacer un esfuerzo por no reaccionar de manera negativa ante provocaciones de pacientes, tornándose necesaria la auto observación de los propios impulsos de reacción, pudiendo discriminar cuando se evocan conflictos personales. Se torna importante la propia

salud mental y el autocuidado, puesto que un psicólogo/a perturbado/a puede dificultar el proceso terapéutico y también puede tener efecto iatrogénico en el/la paciente. También las habilidades terapéuticas, son aptitudes del psicólogo/a, independiente de su postura teórica, comprendidas como interés genuino y bienestar de la persona, el autoconocimiento para comprender al otro, las actitudes que fomenten la relación terapéutica, como empatía, calidez, cordialidad, autenticidad, aceptación positiva y el compromiso ético (Araya-Véliz y Porter Jalife, 2017).

El compromiso ético y la ética profesional corresponden a el marco normativo regulador gremial, institucional o legal de la psicología. Regula y promueve el correcto trabajo terapéutico, respetando los principios y normas que velan por el cumplimiento de deberes del profesional. Sin embargo, existe una segunda concepción ética llamada “postura ético-terapéutica” siendo la comprensión particular del/la paciente y la postura del profesional frente a él/ella. Las normas reguladoras generales pueden contradecirse con las necesidades particulares del/la paciente. El/la psicólogo/a debe decidir frente a distintas posibilidades de acción y consecuencias sobre sus propios valores involucrados (Bascañán, 2016).

Las características de la persona del terapeuta las aseguran buenos resultados y afianzan la alianza terapéutica, entendida como relación entre psicólogo/a y paciente, conjugándose sentimientos y actitudes entre participantes, en base a confianza y compromiso. Mantener una buena relación terapeuta/paciente, beneficia los resultados de la terapia, disminuyendo conductas negativas, como la crítica, rechazo, culpa o forzar técnicas que producen resistencia en pacientes. Prestar atención a la interacción que se sostiene con el/la paciente y las propias emociones que surgen en el/la psicólogo/a, corresponde a la capacidad de poner atención cognitiva y emocional, también la capacidad de autoobservación, promueven un

vínculo emocional positivo entre psicólogo/a y paciente, favoreciendo la colaboración armónica (Araya-Véliz y Porter Jalif, 2017).

Es importante tratar la variable de la paciente, estimando sus creencias y expectativas que influyen en la terapia, tomando importancia las características de la terapia, tales como técnicas, duración, expectativas puestas en el psicólogo/a y creencias sobre el espacio terapéutico, para aclarar y corregir dudas que afecten el resultado de la terapia. Cabe mencionar la disposición de las pacientes como variable importante en el resultado terapéutico, puesto que una actitud negativa frente al tratamiento desemboca en pobres resultados, siendo la alianza terapéutica primordial para evitar esta posibilidad. (Carvajal Fuentes, 2012)

Expuestos los antecedentes, nos preguntarnos cuáles son las características del rol de los/as psicólogos/as de la Región Metropolitana que han tratado con pacientes que han abortado de forma clandestina, y cuáles son los factores que se ponen en juego en el espacio terapéutico y que influyen en el resultado de la psicoterapia.

### **Objetivo General**

Describir y analizar el rol de la terapia psicológica en pacientes que han llevado a término un aborto en condiciones de clandestinidad, desde la perspectiva de psicólogas clínicas de la Región Metropolitana.

### **Objetivos Específicos**

1- Caracterizar las creencias, emociones e información que manejan psicólogas clínicas de la Región Metropolitana sobre el aborto clandestino.

2- Identificar y clasificar las creencias, expectativas y disposición personal de pacientes que han llevado a término un aborto en condiciones de clandestinidad con respecto a la psicoterapia, desde la perspectiva de psicólogas clínicas la Región Metropolitana.

3- Describir la influencia que tiene la postura del o de la psicoterapeuta con respecto al aborto en la alianza terapéutica y continuidad del proceso psicoterapéutico, desde la perspectiva de psicólogas clínicas de la Región Metropolitana.

4- Identificar y analizar los dilemas éticos en torno a la atención de pacientes que han llevado a término un aborto en condiciones de clandestinidad, desde la perspectiva de psicólogas clínicas de la Región Metropolitana.

### **Relevancia**

Esta investigación pretende generar conocimiento sobre el rol de profesionales de la psicología que han tratado con temáticas de aborto en el espacio terapéutico, entregar información relevante para profesionales relacionados a la salud mental, en especial psicólogos/as, entregando directrices para establecer el proceso psicoterapéutico frente a temáticas de aborto, en su condición de clandestinidad.

### **Método y procedimiento**

#### **Diseño**

investigación de tipo cualitativa. Busca dar relevancia al estudio de las relaciones sociales y profundización en el conocimiento de la interioridad del sujeto, aspectos no medibles ni generalizables. Flick (2007), describe rasgos esenciales de la investigación cualitativa, como elección de métodos y teorías apropiadas, en donde se deben elegir ideas para las investigaciones de contenido filosófico y significados de la vida. para resolver el problema

de investigación se busca diseñar métodos abiertos que hagan justicia a la complejidad del objeto de estudio en su contexto cotidiano. Se analizan las diferentes perspectivas de los/as participantes, siendo importante estudiar los significados subjetivos, conocimientos y prácticas de los objetos de estudio. El poder de reflexión del investigador es fundamental para llevar a cabo el proceso de interpretación de significados, y también, la variedad de enfoques y métodos cualitativos, al no existir un concepto teórico y metodológico unificada, sino diversos enfoques, puntos de vista, interacciones y reconstrucción de significados. No se busca medir ni generalizar estrategias de intervención de psicólogo/as, se intenta observar el fenómeno tal como se presenta, para luego construir interpretaciones de cómo los profesionales generan aporte a la disciplina.

El paradigma que orienta esta investigación es interpretativo o hermenéutico. Ricoeur (1998), refiere la hermenéutica como una actividad de reflexión en el sentido etimológico del término, una actividad interpretativa que permite la captación plena del sentido de los textos en diferentes contextos que ha atravesado la humanidad. La Muestra de participantes de esta investigación son psicólogas que desempeñan labores del área clínica en servicios públicos y/o privados, entregando servicios de atención a un porcentaje de la población de la región Metropolitana. Las participantes han atendido en el espacio clínico a personas que hayan concretado un aborto clandestino. En la elaboración de la muestra no se contemplaron distinciones a criterios sociodemográficos de los/as participantes, ni se establecieron distinciones entre tipos de consulta en las que se desempeñan los/as psicólogos/as. El muestreo se consigue como forma de establecer una colección de casos, acontecimientos o materiales seleccionados deliberadamente para construir un corpus de ejemplos empíricos, para estudiar de manera más constructiva posible el fenómeno de interés (Flick, 2014).

## ***Criterios de Selección Para los Participantes de la Investigación***

<b>N°</b>	<b>Criterio de inclusión</b>
1	La participante debe desempeñar labores de psicóloga en el área clínica con al menos 1 año de experiencia en la Región Metropolitana
2	La participante debe tener experiencia ejecutando labores de psicólogo/a en entidades públicas y/o privadas con mujeres posterior a la realización de un aborto clandestino.

### **Técnica de producción de datos**

Se utilizó el método de entrevista semiestructurada semiestandarizada, buscando reconstruir las teorías subjetivas, que según Flick (2007) hacen referencia a la complejidad de conocimientos que presenta el entrevistado. Las entrevistas se pueden complementar con técnicas de generación de estructura, aplicadas en conjunto con el entrevistado, permitiendo su validación comunicativa. En esta entrevista, se mencionan diversas áreas temáticas introducidas por preguntas abiertas, guiadas por la teoría y dirigidas por los supuestos, finalizando con preguntas de confrontación.

### **Muestra**

El contacto por encadenamiento se ha empleado mediante informante clave. Las personas entrevistadas fueron contactadas mediante otros/as profesionales de psicología conocidos/as por el investigador. La muestra se constituyó por tres psicólogas participantes.

Se entrega documento de consentimiento informado para aclarar anonimato y confidencialidad, explicitando que serán grabadas en audio y será de uso exclusivo para la presente investigación.

Las entrevistadas fueron contactadas durante junio y agosto de 2020, siendo enviada por correo electrónico, una invitación formal sobre la investigación. Las entrevistas fueron

realizadas en horarios a convenir con las participantes, con duración aproximada de de 1 hora. Las entrevistas, fueron grabadas y transcritas de manera explícita para su posterior análisis.

### **Análisis mediante Teoría Fundamentada**

Para el análisis de datos, se utilizó la Codificación Teórica según Strauss y Corbin (2002), siendo la base para el procedimiento de análisis de construcción de teoría, el cual se divide en tres procesos.

#### ***Codificación abierta***

aborda el texto a partir de conceptos que corresponden a códigos. Para descubrir y desarrollar los conceptos se debe “abrir” el texto y exponer los pensamientos, ideas y significados. Se enfoca en expresar los datos en forma de conceptos, donde el investigador se encarga de fragmentar y segmentar los datos enumerando categorías emergentes.

#### ***Codificación axial***

Proceso de identificación de las relaciones entre las categorías de codificación abierta y subcategorías que se obtienen en él, permitiendo relación entre las subcategorías y las categorías entre sí, refiriéndose a un fenómeno, problema, acontecimiento o sucesos que tenga significado para los/las entrevistados/as.

#### ***Codificación selectiva***

Se delimita y organiza la información obtenida mediante esquemas analíticos, integrando las categorías principales para la formación de un esquema teórico mayor.

Las entrevistas transcritas fueron traspasadas a códigos que contienen información importante para esta investigación, agrupados por categorías en función de los objetivos, para obtener ordenamiento jerárquico de la información, facilitando la elección de aspectos relevantes a las discusiones de la investigación.

## **Resultados**

### **1- Experiencias previas de las psicólogas sobre aborto:**

#### **1.1- Experiencias personales:**

#### **1.2- Experiencia con personas cercanas:**

#### **1.3- Experiencia en el ámbito profesional**

#### **1.4- Aptitudes relevantes para el desarrollo de la terapia**

### **2- Actitud de psicólogos/as frente al aborto en el marco de la psicoterapia:**

#### **2.2- Cómo aparece el aborto en el marco de la psicoterapia**

#### **2.3- Formas de abordar el aborto en el marco de la psicoterapia**

#### **2.4- Conflictos personales al atender pacientes que han abortado**

### **3- Creencias y expectativas de las pacientes**

#### **3.1- Creencias y expectativas de pacientes frente al espacio terapéutico:**

#### **3.2- Disposición ante la psicoterapia**

### **4- Características de la alianza terapéutica en temáticas de aborto**

#### **4.1- Relación entre psicólogo/a paciente**

**4.2- Auto observación del/la psicólogo/a**

**5- Ética y aborto en el marco de la psicoterapia**

**5.1- Dilemas éticos que se han presentado**

**5.2- Experiencia con el Marco normativo regulador**

**5.3- Sobre la postura ético terapéutica**

**1. Experiencias previas de las psicólogas en temáticas de aborto:**

Reconstruye el recorrido de la labor profesional, dilucidando cómo se comienzan a familiarizar con temáticas de aborto, Caracterizar las creencias, emociones e información que manejan. Sobre el aborto, se conjugan diferentes concepciones que responden al historial valórico inculcado en las figuras parentales, manifestándose valores religiosos frente a posición política a favor del aborto. Se genera ambivalencia que repercute en la construcción del significado sobre aborto.

**1.1 Experiencias personales:**

dan cuenta de primeros encuentros con temáticas de aborto. Destaca primer contacto en la niñez, mediante difusión de una campaña publicitaria transmitida por televisión en la década de los noventa:

O sea, en general, cuando de niña o de la infancia era un tema que venía desde, como de, es como no tenía mucha conciencia, como que mucho venía de los comerciales, me acuerdo mucho de un comercial en donde salía como un feto diciendo hay me van a matar, me van a

matar, me acuerdo de una niña eeh, que tomaba desayuno con los papás, mucho de eso como nivel de comercial (Participante 3, entrevista personal, 10 de agosto 2020).

Los primeros contactos sobre temáticas de aborto, la entrevistada lo recuerda en su niñez, mencionando la campaña publicitaria de fundación Chile, que tenía el propósito de inculcar odio y rechazo de las demandas sociales sobre aborto durante los noventa, creando un imaginario colectivo negativo, catalogando a mujeres de asesinas, rechazando el aborto como derecho de la mujer. Parte de la construcción del imaginario negativo sobre el aborto comienza desde la educación básica. En las instancias educativas del colegio se enseña a las alumnas, desde primeros años escolares, canciones que tratan temáticas de maternidad y valorización negativa del aborto. Son cantadas el día de la madre, comprendiendo que las temáticas de maternidad y aborto son dirigidas hacia madres, a modo de responsabilización intrínseca que no incluye a hombres.

Aparece primeros contactos con temáticas de aborto durante la adolescencia, cuando se toma conciencia de la propia posibilidad de quedar embarazada y las consecuencias de un embarazo adolescente, entendiendo al aborto como posible solución.

En época universitaria, los medios de difusión sobre temáticas de aborto fueron internet, el voz a voz y contacto con círculos de mujeres. A pesar de existir fuentes de información sobre temáticas de aborto, las mujeres que decidieran realizar un aborto no estaban exentas de dificultades

Estaba como el riesgo como de, de el acceder como a las estafas también, como también eh, empecé a escuchar mucha gente que ac, eh, accedía a, por ejemplo, a comprar misoprostol que eran estafas y no era, y también harta desinformación sobre cómo era, como se hacía,

donde hacerlo y los riesgos, y pucha, y harto como, harto tema con respecto a las diferencias socioeconómicas, porque si teni acce, podi tener acceso a tener cierta confidencialidad médica, el que está más público no necesariamente po, también empezaron a aparecer noticias de mujeres que llegaban como con hemorragias y eran detenidas porque eran denunciadas por los médicos (Participante 3, entrevista personal,10 de agosto del 2020).

La situación socioeconómica formaba diferencia entre condiciones de aborto seguro e inseguro por falta de información, estafas en torno a formas de aborto como compra de misoprostol y difusión en medios de comunicación sobre posibilidad de denuncia en centros de salud pública por complicaciones relacionadas a abortos clandestino.

## **1.2 Experiencia con personas cercanas:**

Los primeros encuentros frentes a temáticas de aborto es durante la adolescencia. aparece cuando en el grupo de amistades comienza a existir embarazos, también en el ambiente escolar, donde era sabido la existencia del aborto entre compañeras;

Yo estude acá en Santiago antes de irme en un colegio, así como super progre y donde había mucha plata, entonces la verdad en el colegio la personas que conocí jamás abortaron en condiciones de riesgo, era un aborto super seguro, cachay, o sea, de esas apendicitis de la clínica Alemana, cachay, como eso era lo que pasaba y estaba bien, cachay, como que nadie decía nada, la cabra tenía tres apéndices nadie lo cuestionaba (Participante 2, entrevista personal,6 de agosto 2020).

existía cierto acuerdo no explicitado, de no tratar aquellos temas. Tratamiento de temáticas de aborto tiene características de tabú. Se tiene una visión del aborto en condiciones seguras y aparecen distintas realidades asociadas al aborto:

Tengo conocidas cercanas que han abortado como en diferentes contextos, una, una conocida que su familia era eeh, era, ella había crecido como en el extranjero, entonces cuan, cuando ella había quedado embarazada, su familia la, la llevo al extranjero al, a su país de origen por así decirlo y se hizo un aborto gratuito, como con temáticas de sanidad, todo super bien y otra, otra persona cercana, que también se hizo un aborto, fue una experiencia muy traumática como, por la forma en que se hizo porque después tuvo complicaciones, y tenía que se como , como con mucho miedo, como para consultar con quien (participante 3, entrevista personal, 10 de agosto del 2020).

Se aprecian diferencias socioeconómicas. Tener recursos permite un aborto seguro y confidencial, mientras que la carencia de recursos y de información podría repercutir en un peligro para la salud de la mujer. En ambos casos abortar es considerado una decisión correcta.

La concepción de embarazo comienza a asociarse con experiencias negativas. En el grupo existe conciencia de riesgos en calidad de vida para amigas embarazadas por ser menores. Los amigos que embarazan a sus parejas también demuestran preocupación, apareciendo el concepto de consentimiento, puesto que a ellos no se les consulta la decisión de abortar. El consentimiento sobre abortar también afecta a las amigas embarazadas del grupo, al ser menores las figuras paternas no consideran su opinión y ellos deciden sobre abortar.

En el grupo familiar de mujeres que abortan, existe concepción negativa de las adolescentes embarazadas por dos factores; “el qué dirán”, consecuencia social que genera opinión negativa sobre la adolescente embarazada y su familia. Por otro lado, en familias donde se inculcan valores religiosos, el aborto tiene una concepción negativa y debe ser castigado. En

ambos casos, la decisión de abortar o no, es tomada por otro sin contemplar la voluntad de la adolescente embarazada.

Existen sentimientos ambiguos; apoyo a amigas para llevar a cabo un aborto, siendo conscientes de los perjuicios del embarazo adolescente tendría para la calidad de vida de sus amigas, pero también angustia entendiendo el aborto como delito, y apoyarlo haría cómplices. Dar contención a amistades viviendo temas de aborto es considerado primordial:

Entonces fue como entre los 17 y los 20 años como que tuve 3 amigos cercanos que pasaron por la experiencia eeh, yyh, me tocó, o sea no sé si me tocó, pero me tocó estar en posición de estar realizando contención al respecto (participante 1, entrevista personal, 23 de julio de 2020).

Al no existir contención del grupo familiar, entre amigas se suple esta necesidad. La acción de contención será trabajada más a profundidad en la época profesional de las entrevistadas.

En la época universitaria, si bien entre sus pares las temáticas de aborto eran socializadas, las entrevistadas dan énfasis en la nula preparación académica que entregan las instituciones educativas sobre temáticas de aborto “se trataba menos de lo que yo esperaba en términos de clases, al menos, pero no era un tema que, que yo recuerde a ningún profesor tratar” (participante 1, entrevista personal, 23 de julio de 2020). En ciertos casos, las experiencias de aborto de compañeras se vivencian como hechos angustiosos, “en la universidad, cuando una amiga mía tuvo un embarazo no deseado, y estaba sumamente angustiada en una situación super difícil” (participante 1, entrevista personal, 23 de julio de 2020). Debían ser llevados en soledad, sin apoyo familiar, derivando en angustia, apareciendo la necesidad de

acompañamiento a estas compañeras apoyando el proceso de abortar. Se define internet como medio de difusión de temáticas de aborto para el acompañamiento e instrucción del proceso.

Entre experiencias de colegio y universidad, se comprende que el aborto clandestino se puede dar, según condiciones socioeconómicas, políticas, religiosas o culturales, en condiciones seguras que minimizan el riesgo de salud en la mujer, o en condiciones riesgosas, sin experiencia ni conocimiento, aumentando las consecuencias en la salud integra de la mujer.

“mi experiencia de lo clandestino, cambio, mucho de lugar en el momento en el de alguna manera me cabeza se abrió, a que, a hacerme consciente” (participante 1, entrevista personal, 23 de julio de 2020). También se comprende al aborto como fenómeno que su comprensión está en continuo cambio a medida que se va teniendo experiencias de diverso tipo sobre temáticas de aborto.

### **1.3 Experiencia en el ámbito profesional**

Las temáticas de aborto aparecen en servicio de salud pública y privado. Muchas de las pacientes del servicio público llegaron por otros motivos de consulta y la temática de aborto aparece avanzadas las sesiones, mientras pacientes que acudieron a consulta privada, su motivo de consulta fue principalmente el aborto. Las temáticas de aborto pueden aparecer en mujeres de distintas edades, clase socioeconómica, religión, etc.

Pero ha salido eeh, el tema siempre a la palestra po, algunos había sido reciente, de un chica de 21 años más menos me acuerdo que había sido, no sé, el año anterior y otras dos ya eran mujeres más mayores, no sé, 50 una y la otra cincuenta y algo que ya había sido, pero en su adolescencia, que eran como las otras experiencias, eso. (participante 1, entrevista personal, 23 julio del 2020)

No es posible generalizar qué tipo de pacientes presentan temáticas de aborto, puesto que el aborto puede ser transversal a toda mujer.

#### **1.4 Aptitudes relevantes de psicólogas para el desarrollo de la terapia**

La autoformación nace del interés propio y debe ser abordada desde un proceso autodidacta. En los espacios académicos formales no existen instancias para desarrollar temáticas de aborto. Es en los espacios feministas donde existe desarrollo de estos temas y son lugares adecuados de formación.

Otra fuente de aprendizaje es el contacto directo con otras mujeres de agrupaciones que se relacionan a temáticas de maternidad.

Cuando me tocó ehmm trabajar en temas como dije desde la psicoterapia, nunca fue como el motivo de consulta, pero igual se tocó, entonces desde ahí yo también estaba como mucho más, ehmm abierta de mente podría decirse con el tema del aborto, porque eeh conocí a muchas más realidades que eran las que había conocido cuando yo era adolescente (entrevistada 1. 23 de julio del 2020)

Se identifica existencia de aprendizaje teórico, pero también la importancia del aprendizaje basado en la experiencia entregada por otras mujeres, complementando las competencias para tratar temáticas de aborto. Es necesaria la continua actualización sobre las áreas que se desempeña el/la psicólogo/a de forma teórica y mediante experiencias alternativas.

Identificar temas polémicos en el espacio terapéutico y las estrategias para su abordaje, será dado por la experiencia del terapeuta, el llamado “ojo clínico” desarrollado mediante continuo abordaje sobre temáticas de aborto.

Los temas polémicos tienden a ser juzgados, el/la psicólogo/a debe entregar señales de confianza a las pacientes, que demuestren el espacio terapéutico como lugar seguro facilitando la apertura.

Al ser una temática no abordada por las instituciones educacionales tradicionales, los temas de aborto deben ser estudiados de manera autodidacta mediante la vivencia de experiencias de manera activa.

Trataba menos de lo que yo esperaba en términos de clases, al menos, pero no era un tema que, que yo recuerde a ningún profesor tratar, pero claro con los compañeros sí, ahora en la Chile había, al menos en mi experiencia, había como un espacio donde tú podías conversar estas cosas (participante 2, entrevista personal, 6 de agosto del 2020)

La institución de educación superior no contempla tratar temáticas de aborto. Es necesario encontrar formas de aprendizaje alternativas entre grupos de estudiantes con intereses comunes, u otras fuentes de información.

## **2 Actitud del terapeuta hacia el aborto en el marco de la psicoterapia:**

esta categoría da cuenta del proceso que lleva a pacientes a manifestar temáticas de aborto, y cómo la postura que adopte el/la psicólogo/a puede influenciar en la continuidad del proceso psicoterapéutico, definiendo las posibles maneras de abordaje y también posibles conflictos que se ponen en juego entre paciente y psicólogo/a.

### **2.1 Cómo aparece el aborto en el marco de la psicoterapia**

las problemáticas de salud mental sobre aborto vivenciado por parejas, puede abordarse desde el género: en hombres el aborto sería algo transitorio que vivencian sus parejas, por

factores externos como el imaginario social existente sobre maternidad puesta en la mujer, esto podría ser uno de los motivos que afecta la salud mental de mujeres que abortan.

No existe problemática de salud mental asociada al aborto (López et al., 2019), y en muchos casos, ante las consecuencias de salud mental que podría tener un embarazo no deseado, el aborto es una forma de prevención ante esta problemática (Rondon, 2016). Las entrevistadas concuerdan en que el aborto, entre otros temas como violencia, abuso o género, sigue siendo un tema tabú:

Es un tema que ya es tabú en la sociedad y que, si es que se lo vas a contar a una amiga o a un amigo, es difícil que lo hables con el nivel de profundidad con el que lo vas a hablar con la terapeuta o con el terapeuta (participante 2, entrevista personal, agosto del 2020)

Existe censura por parte de grupos humanos, políticos, culturales o religiosos por ser que consideran al aborto antinatural, dificultando el acceso a información, produciendo visión sesgada o empobreciendo el conocimiento sobre aborto. Tanto en servicio de salud público o privado, las temáticas de aborto pueden manifestarse con posterioridad, como también pueden ser motivo de consulta.

En ocasiones existen procesos psicoterapéuticos anteriores, donde las usuarias se han sentido juzgadas por profesionales de la psicología, o que a veces han pasado por otros procesos psicoterapéuticos y pasa mucho que, eeh no con cualquiera se sienten en la confianza de decirlo, no sé po, por ejemplo una de las usuarias me dijo que ella había abortado por segunda vez, no sé, una mujer de cincuenta y algo, que había estado así como en atención y salud mental desde muy chica, como de los 20 años, eternamente y me decía que nunca se había atrevido a contar ese tema porque sentía que la estaban juzgando, no sé, porque los terapeutas

que le habían tocado eran personas mayores o que en algún momento del, de las atenciones habían hecho ver prejuicios respecto a ciertos temas (participante 1, entrevista personal, 23 julio del 2020)

Se identifican actitudes que dificultan posteriores procesos con nuevos/as psicólogos/as para expresar temáticas de aborto que han vivenciado las pacientes. La existencia de prejuicios sobre distintas temáticas, y falta de apertura por parte del/la profesional, pueden dificultar a las usuarias expresar experiencias de aborto.

En general, las pacientes han vivenciado el aborto tranquilamente, no representando un evento traumático, ni produce conflictos importantes, pero existe la necesidad de hablarlo por ser tema tabú en su círculo familiar o cercano. No existen instancias para comunicar su sentir.

## **2.2 Formas de abordar el aborto en el marco de la psicoterapia**

Existen estrategias de abordaje para temáticas de aborto; Dejar explicitado a las pacientes variables y límites del espacio terapéutico, y al presentarse temas como aborto, en el encuadre enfatizar la confidencialidad mientras no represente peligro para la integridad de la paciente. Tomar postura de apertura por parte del/la psicólogo/a frente a la paciente que comienza a tratar temas de aborto, posibilita profundizar en el proceso “sobre todo cuando uno empieza el tema de la primera sesión, hacer bien un encuadre po, hacer bien un encuadre que sea un espacio de confidencialidad” (participante 1, entrevista personal, 23 de julio de 2020). El no juzgar también es un facilitador, para esto es necesario conocimiento y experiencia sobre temáticas de aborto. cuando temáticas de aborto empiezan a desarrollarse, la experiencia

adquirida facilita el abordaje de estas temáticas gracias al conocimiento acumulado en el proceso de formación autodidacta.

Abordar temáticas de aborto debe ser pensado siempre desde las pacientes, apartando valores personales del terapeuta: “entonces desde ahí me tocó ehmm, ósea como eso po, una postura super abierta en realidad y siento que estar conteniendo y en realidad yo no te juzgo” (participante 1, entrevista personal, 23 de julio de 2020). La prioridad es promover la autonomía de las pacientes al comprender la implicación que tuvo la decisión de abortar en sus vidas, sin irrupción de los valores que tenga el terapeuta ante el aborto.

El aborto puede ser una temática difícil de expresar. Una herramienta facilitadora de la apertura es utilizar recursos alternativos (audiovisuales, icónicos, etc.) que demuestren apertura por parte del/la psicólogo/a, facilitando a las pacientes expresar estos temas.

Yo por ejemplo en el box que atiendo por un tema de calidad tiene que ser box super limpios, como con no mucho afiche porque en realidad todo tiene que ser material con las paredes lavables, pero trato de tener eeh, elementos que eeh, sean de apoyo para que la gente me cuente sus cosas, por ejemplo a donde yo trabajo es un contexto como de harta vulnerabilidad y la violencia de género es como un tema, así como que pasa eeh, en todos los grupos etarios, mucho mucho, entonces eeh yo tengo por ejemplo, atrás de mí, frente al paciente, este como el violentometro y tengo otros elementos que en el fondo, siento que eeh, como en mis usuarios inspira confianza también de que pueden confiar en mi porque eeh, estoy dispuesta a hablar esos temas (participante 1, entrevista personal, 23 de julio del 2020).

Podemos identificar como estrategia alternativa, la entrevistada utiliza afiches en el box de fácil visibilidad para las usuarias, invitando a confiar en la psicóloga, y también abordar temas polémicos, tomando el espacio terapéutico como lugar de apertura.

La formación académica varía según universidad. En caso de no abordar temática de aborto, es necesaria la formación autodidacta;

Ahora, ehmm, ya entiendo de que la universidad claramente no entrega información para poder tratar esto temas, he, ¿cómo fue tu formación, como fuiste enterándote, como fuiste buscando, como fuiste informándote para ver como ir manejando los temas aborto?

N2: O sea, bueno el feminismo ha ayudao hartoo, el aprender el feminismo, el aprender a cuestionar temáticas de género, ha ayudado hartoo (participante 3, entrevista personal,3 del 2020).

Teorías feministas y de género contienen información teórica para apoyar la labor profesional ante temáticas de aborto. otra preparación autodidacta son recomendaciones de pacientes, quienes se han informado por fuentes informales sobre temáticas de aborto y recomiendan o comentan estos conocimientos con las psicólogas.

### **2.3 Conflictos personales al atender pacientes que han abortado**

Los conflictos de los/las profesionales de psicología ante pacientes que expresan temáticas de aborto, radica en prejuicios y preconcepciones sobre aborto, pudiendo ser perjudiciales, nublando el panorama de conocimiento. Se torna necesario el contacto con otras realidades para tener una visión adecuada sobre temáticas aborto.

Debe existir autoconocimiento de la posición del/la psicólogo/a ante temáticas polémicas, entender los propios valores en juego, en función del bienestar de las pacientes:

es necesario que si uno va abordar, por ejemplo, eh, eh, este tipo de temáticas y tiene algún oficio al respecto, poderlo transparentar pa saber si la persona puede seguir ese proceso con esa, con ese terapeuta o no:

E: claro, entiendo

N1: claro, y también porque, si, porque efectivamente, no sé po, yo pienso en otras temáticas que pa mi serían como más difíciles de trabajar, como por temas éticos, por visión y todo, no sé si, como que pa mí es mejor como, no abordarlos, pero sí creo que es necesario no juzgar y, y acompañar, pero también creo que tiene que ver con una postura, como ética o como, de la terapia misma (participante 3, entrevista personal, 10 de agosto del 2020).

Se demuestra conciencia sobre las propias competencias profesionales, contemplando postura ético profesional y poder transparentarlo en el espacio clínico para determinar hasta qué punto se es capaz de abordar temáticas como el aborto.

### **3. Creencias y expectativas de las pacientes**

Esta categoría abordará a la paciente como variable, desde el punto de vista de las entrevistadas, indagando sobre creencias y expectativas que tienen del espacio terapéutico y frente a él/la profesional de psicología.

#### **3.1 Creencias y expectativas de pacientes frente al espacio terapéutico:**

Puede ocurrir, en la búsqueda de sentido sobre experiencias de aborto, las pacientes acudan al espacio psicoterapéutico. Existen pacientes ya conocen sobre la psicoterapia,

ellas llegan con, ehmm, la idea de, que, sabes que aborte, quiero, quiero, trabajarlos antes de que sea algo que me haga daño, cachay, y si es así, en general tienen, un motivo de consulta

más claro, y son psicoterapia más introspectivas, psicoterapia de, quiero entender qué lugar tiene esto en mi vida, o hasta quiero entender que me llevo a tomar esta decisión, y cuáles son los factores que, con los cuales me sentí presionada, eso pasa muchas veces. (participante 2, entrevista personal, 3 de agosto del 2020)

Estas pacientes buscan conocimiento introspectivo sobre los motivos que las llevaron a determinar realizar un aborto. Hay pacientes que no presentan expectativas en principio, ya que el aborto no es motivo de consulta y van apareciendo estas temáticas con posterioridad: cómo te dije, como nunca ha sido motivo de consulta, he no han habido expectativas respecto, ha, al, como a tratar, hacer como una reparación, del tema del aborto en sí (participante 2, entrevista personal, 23 de julio del 2020). Podríamos entender que temas de aborto siguen siendo tabú, habiendo pacientes que relacionan el espacio terapéutico como lugar para hablar sobre aborto al no encontrar estos espacios en su entorno.

Avanzadas las sesiones que abordan el aborto, aparecen expectativas en las pacientes, desde tener contención, hasta hablar sobre estos temas, pues nunca lo habían podido hacer, entendiéndose que el aborto continúa siendo tema tabú. Parte de las expectativas son conseguir bienestar general en sus vidas y búsqueda de apoyo.

concebir el aborto como un delito y el el miedo a consecuencias judiciales posibles al abortar, dificulta expresar experiencias sobre aborto, obstaculizando la terapia.

### **3.2 Disposición ante la psicoterapia**

La disposición de las pacientes para percibir la terapia, no se vería afectada específicamente por temáticas de aborto. Lo que podría afectar esta disposición, son prejuicios que tengan las pacientes frente a la psicoterapia:

porque que ellas también vienen con su prejuicio, llegan con su prejuicio de, claro, en que se supone que todos los psicólogos debiésemos ser como objetivos y dejar nuestros prejuicios de lado, aún hay muchos colegas que no lo hacen, ehmm y la gente no tiene por qué saber además que uno, tenemos que tener esa objetividad (participante 1, entrevista personal, 23 de julio del 2020)

Anteriores procesos de psicoterapia, influyen en la percepción de las pacientes, donde se han sentido juzgadas por los/as psicólogos/as sobre temas polémicos en general. Estas vivencias anteriores, son puestas sobre nuevas experiencias psicoterapéuticas. También una actitud negligente con la propia salud integral en algunas pacientes, dificulta la percepción de la psicoterapia.

Pacientes jóvenes podrían tener mayor apertura para hablar sobre aborto comparado con usuarias mayores, siendo mujeres jóvenes quienes tendrían mayor libertad de expresión sobre temas polémicos. Generar vínculo terapéutico entre paciente y psicólogo/a, facilita la comunicación Y seguridad de expresar temáticas de aborto.

#### **4 características de la alianza terapéutica en temáticas de aborto**

Se abordan las características que aparecen en la relación terapeuta/paciente y que influyen en la psicoterapia, comprendiendo conductas que benefician o dificultan el proceso. Se aborda la autoobservación del/la psicólogo/a sobre su trabajo, repercutiendo positivamente en la alianza terapéutica.

##### **4.1 Relación entre psicólogo/a paciente**

El buen trato prima en la alianza terapéutica. El/la psicólogo/a debe dejar sus prejuicios y no juzgar a pacientes que han abortado. El género se menciona como característica facilitadora

de una sana alianza terapéutica, siendo la empatía existente entre mujeres, experiencia que un hombre no podría acceder con profundidad.

Acá hay temas de determinismo estructural en los que afecta, el ser mujer, o el no ser mujer, cierto, por un tema de sororidad, por un tema del rol que han tenido los hombres en esto, ehmm he tenido muchas pacientes por ejemplo que han pasado por muchos terapeutas hombres a quienes no le han develado esto y recién conmigo lo hacen, dudo ser la única, tiendo a pensar que en general las mujeres, las mujeres que son terapeutas, viven eso, pasa mucho con abuso también, todos estos factores que tienen una cuestión de género (participante 2, entrevista personal, 3 de agosto del 2020).

El contacto con mujeres que han vivenciado experiencias de aborto, produce identificación al encontrarse con las propias experiencias, facilitando la empatía y comprensión profunda.

En la aparición de un tema polémico como el aborto, puede existir petición por parte de la paciente que no se registre esa información. Acceder a este tipo de peticiones refuerza la confianza, generando una sana alianza terapéutica. Normalmente, los/as adolescentes resisten asistir voluntariamente a terapia, dificultando la relación entre terapeuta y paciente, y la aparición de temas polémicos. Por esto el encuadre debe ser explicitado al el/la adolescente y su adulto responsable, enfatizando la confidencialidad, e incumplirla rompe la conexión intersubjetiva entre usuario/a y psicólogo/a, dificultando un buen resultado terapéutico. Debe cuidarse la información registrada en ficha por la posibilidad de ser leída por colegas que también tengan contacto con la paciente.

#### **4.2 Auto observación del/la psicólogo/a**

Mantener contacto con un equipo de supervisión, ayudará con las propias limitaciones como profesional, y Mantener contacto con profesionales de distintas disciplinas, también beneficiará un buen resultado de la terapia.

## **5 Ética y aborto en el marco de la psicoterapia**

Se abordará desde la ética las problemáticas sobre aborto, comprendiendo el marco regulador que encuadra a la psicoterapia en Chile. Se indaga la postura personal como profesional frente a la ética ante temáticas de aborto.

### **5.1 Dilemas éticos que se han presentado**

Priorizar confidencialidad frente al aborto, entendiendo la penalización del aborto frente a los posibles beneficios en la salud mental de la mujer, y su puesta en riesgo ante un embarazo no deseado.

Las temáticas de aborto son una realidad que puede aparecer en el espacio clínico y que obliga a tomar posición por parte del terapeuta, la cual puede verse dificultada por la nula preparación académica impartida por universidades, y el dilema ético de dejar la neutralidad como profesional.

### **5.2 Experiencia con el Marco normativo regulador**

Se comparan al aborto con acciones criminales a causa de la ley restrictiva en Chile. La adherencia de la psicología al marco legal, se relacionan a una forma de evitar el castigo punitivo, omitiendo las necesidades de mujeres que abortan, quienes necesitan un proceso de acompañamiento y contención, libres de ser juzgadas. El aborto es una actividad extendida en la sociedad, su problemática radica en factores externos (legalidad, socioculturales, políticos y religiosos), y no provienen del aborto en sí.

El código de ética, más el encuadre de la psicoterapia en Chile bajo la ley de aborto por tres causales, obliga a posicionar a los/las psicólogos/as, dificultando los resultados positivos de la terapia. Se propone tomar posición personal que sea atinente a temáticas de aborto, abordándolo en función del bienestar de las pacientes.

### **5.3 Sobre la postura ético terapéutica**

Entendiendo al aborto como delito, debe primar la confidencialidad por parte del/la psicólogo/a, resguardando el bienestar en la salud mental de la mujer. Este consenso al que llegan las entrevistadas se forma mediante conocimiento y experiencia adquirida sobre temáticas de aborto.

### **Discusión**

Es posible plantear el recorrido que construyen creencias, emociones e información sobre aborto y su implicancia en el espacio clínico de las entrevistadas. Los primeros contactos con temáticas de aborto se dan mediante medios de comunicación y como plan de enseñanza básica, presentando al aborto como fenómeno negativo.

Durante la adolescencia se toma conciencia de la propia posibilidad de quedar embarazada, aparecen temáticas de aborto entre amistades y se perciben distintos valores frente al aborto según situación socioeconómica, política y religión. Por el deficiente abordaje sobre aborto en las universidades, el aprendizaje autodidacta suple esta necesidad recurriendo a fuentes como internet, grupo de mujeres, espacios organizados de alumnos y sustento teórico feminista y de género. Según Carvajal (2018), estas son experiencias que conforman la persona del terapeuta y desarrollan la formación profesional abordar temáticas como el aborto. Berenice (2013) expresa, en cuanto al embarazo, no existen criterios establecidos para

el diagnóstico de riesgo psíquico, ni personal preparado para realizarlo. Se debe contemplar el aprendizaje mediante vivencia de experiencias en contacto con mujeres o agrupaciones de mujeres que entreguen su conocimiento sobre temáticas de aborto y maternidad.

Existen diversas pacientes que expresen temáticas de aborto en el espacio clínico según edad, situación socioeconómica, política y religiosa. Pero se acuerda al aborto como tema tabú, delicado de hablar por el estigma social vinculado. Retomando a Vargas (2010), este estigma social repercute en experiencias emocionales negativas, apareciendo la necesidad de recurrir a redes de apoyo, entre ellas el espacio psicoterapéutico para tratar estas consecuencias.

Se confirma que las habilidades terapéuticas, tales como interés genuino por la persona y su bienestar, el autoconocimiento para comprender al otro, las actitudes que fomenten la relación terapéutica (empatía, calidez, cordialidad, autenticidad, aceptación positiva). Y el compromiso ético (Araya-Véliz y Porter Jalife, 2017) facilitan el proceso psicoterapéutico. Se agrega la importancia de explicitar a las pacientes las variables y límites puestos en el espacio terapéutico, dando énfasis a la confidencialidad. Otra habilidad es la creatividad para generar estrategias que faciliten los procesos terapéuticos, considerando el uso de material audiovisual o icónico que entregue información sobre el espacio clínico como lugar de apertura. Prejuicios por parte de psicólogos/as frente a temas polémicos, dificulta la apertura de las pacientes a temáticas de aborto.

Retomando a López (2019) factores como el estigma social ligado al aborto, creencias religiosas y situación socioeconómica, son factores que perjudican la salud mental de las mujeres. Es necesario entregar señales que demuestren confianza, proponiendo al espacio terapéutico como lugar protegido, facilitando la apertura. Identificar la posible aparición de

temáticas de aborto se va perfeccionando con experiencia y continua actualización profesional.

Preconcepciones y prejuicios de los/las psicólogos/as frente al aborto expresadas por pacientes, dificultan presentes y posteriores procesos terapéuticos. Perotta (2015) explica, el/la profesional de la psicología es sujeto de creencias condicionadas por la cultura e historia personal. Es responsabilidad del/la profesional garantizar el cumplimiento de los derechos de la mujer, independiente de las experiencias de la propia vida. Se debe reflexionar frente a los estereotipos y prejuicios del rol de la mujer, para evitar la vulneración de derechos, facilitando el proceso psicoterapéutico. La prioridad es promover la autonomía y comprender la implicancia de la decisión de abortar en la vida de las pacientes, evitando la irrupción de valores propios del/la profesional, mediante el autoconocimiento, para ser consciente propias competencias, contemplando postura ético profesional y transparentarlo en el espacio clínico, reconociendo las propias limitaciones.

La búsqueda de sentido a la experiencia de aborto, expectativa de bienestar general y búsqueda de apoyo, pueden motivar a acudir al espacio psicoterapéutico. También hay pacientes que no presentan expectativas en un principio, sin ser el aborto su motivo de consulta. Podríamos entender el aborto como tema tabú y al espacio terapéutico como lugar de expresión de estas temáticas no abordadas en otros espacios, corroborando a Vargas (2010) sobre el debate del aborto, participan distintos actores defendiendo posturas a favor o en contra, y las mujeres que vivencian temáticas de aborto no suelen tener voz en estos espacios.

Pacientes con experiencias previas sobre psicoterapia, buscan conocimiento introspectivo de los motivos que las llevaron realizarse un aborto. Berenice (2013) asevera que La preparación

del/la profesional debe estar fundada en no juzgar y en la empatía, dando asesoramiento correcto sobre los sentimientos de ambivalencia en la mujer, permitiendo amplia exploración de sí misma.

Una actitud negligente de pacientes consigo mismas puede dificultar procesos terapéuticos con temáticas de aborto. Las usuarias jóvenes presentan mayor apertura frente a temáticas de aborto por mayor libertad de expresión y diferencia generacional comparado con usuarias mayores. Generado el vínculo terapéutico entre paciente y psicólogo/a, se facilita la comunicación y las pacientes se sienten seguras de expresar temáticas de aborto.

Se corrobora lo explicado por Araya-Véliz y Porter (2017), mantener buena relación terapeuta/paciente, beneficia los resultados de la terapia, disminuyendo conductas negativas, como la crítica, el rechazo, la culpa o forzar técnicas que producen resistencia en pacientes. También el género es facilitador para la alianza terapéutica; al ser el aborto un tema vivenciado por mujeres produce identificación, siendo los saberes sobre maternidad y aborto compartidos entre mujeres, facilitan la empatía comprensión. También la confidencialidad es facilita una sana alianza terapéutica. Como aseveran Araya-Véliz y Porter (2017), la alianza terapéutica es la relación que establecida entre psicólogo/a y paciente, donde se conjugan sus sentimientos y actitudes en base a confianza y compromiso. Faltar a la confianza y el compromiso dificulta un buen resultado terapéutico. Se debe procurar precaución con la información confidencial.

Araya-Véliz y Porter (2017) explican que la capacidad de autoobservación, promueven un vínculo emocional positivo entre psicólogo/a y paciente, favoreciendo la colaboración armónica para ambos. Las propias limitaciones como profesional deben suplirse mediante un

equipo supervisor de psicólogos/as. El contacto con equipos multidisciplinarios también beneficia los resultados de la psicoterapia.

Sobre el marco legal de Chile, el aborto es comparado con acciones criminales, basado en la ley restrictiva del aborto en tres causales. La adherencia de la psicología al marco legal se haría para evitar el castigo punitivo, sin velar por las necesidades de mujeres que abortan que podrían necesitar un proceso de acompañamiento y contención. La normalización del aborto tendría beneficios para la psicoterapia, siendo una actividad extendida en la sociedad y las problemáticas en la salud mental aparecen por factores externos y no por el aborto en sí. El código de ética, más el encuadre de la psicoterapia en Chile bajo la ley de aborto por tres causales, obliga a posicionar a las/las profesionales. Se propone tomar posición personal, atinente a temáticas de aborto y su conocimiento a profundidad, primando la confidencialidad en función del bienestar de las pacientes. A esto Bascuñán (2016) llama “postura ético-terapéutica” definida como la comprensión particular de la paciente y la postura que tenga el/la profesional frente a ella. Las normas reguladoras generales pueden contradecir las necesidades de las pacientes. El/la psicólogo/a debe deliberar frente a posibilidades de acción, priorizando el bienestar de la paciente.

Esta investigación propone generar directrices que guíen a profesionales de la psicología que presenten temáticas de aborto en el espacio clínico, caracterizando el rol del terapeuta, y los factores que influyen en la terapia y que pueden ser complementarios al conocimiento teórico para conseguir resultados positivos en el espacio terapéutico.

En esta investigación también surge un posible nuevo abordaje del aborto y posibles problemáticas relacionadas a la salud mental de los hombres, a propósito de las experiencias de las psicólogas participantes de esta investigación, que han develado esta problemática. Se

recomienda sea abordada desde un enfoque de género, permitiendo entender como el aborto afecta a diferentes cuerpos, cuestionando los distintos estereotipos relacionados a hombres y mujeres, modificando las estructuras sociales, los mecanismos, las reglas, prácticas y valores que reproducen la desigualdad.

Dado la acotada cantidad de participantes, la presente investigación no pretende ser una muestra representativa o tener la palabra sobre las temáticas tratadas, pero sí demuestra la existencia de evidencia basada en los relatos de las entrevistadas sobre el rol de profesionales de la psicología en el espacio clínico. También se propone profundizar sobre pacientes como variable de los resultados en psicoterapia, mediante la obtención y análisis de los relatos de mujeres que han abortado en condiciones clandestinas, para tener una muestra directa que proporcione mayor profundidad en un futuro análisis.

### **Referencias bibliográficas**

Araya-Véliz, C., Porter, B. (2017) Habilidades del terapeuta y mindfulness. Revista Argentina de Clínica Psicológica [en línea]. 2017, XXVI(2), 232-240

Aznar, J., & Cerdá, G. (2014). Aborto y salud mental de la mujer. Acta bioethica, 20(2), 189-195. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2014000200006>

Bascuñan R., M. L. (2016). Desafíos Éticos en Psicoterapia. Perspectiva de Terapeutas y Pacientes. Revista De Psicoterapia, 27(104), 203-215.

Carvajal Fuentes, C. (2012). Desarrollo de la persona del terapeuta y su influencia en el quehacer profesional. Desde la mirada de los experimentados. Disponible en <http://repositorio.uChile.cl/handle/2250/117054>.

Cid, M. R. (1986). La intervención psicológica en las demandas de interrupción voluntaria del embarazo: Revisión y perspectivas. *Papeles del psicólogo*, 26.

Correa F., (2010).El aborto desde la bioética : ¿ Autonomía de la mujer y del médico ?.

Cuadernos de Bioética, XXI (1), 79-93.

Desarrollo, F. d.-U. (2014).Glosario para la discusión sobre aborto. Centro de bioética.

Dides, C., Fernández, C., & Peltier, G. (2016). Aborto en Chile: cifras y testimonios que respaldan la exigencia de la legalización del aborto por tres causales. *Nomadías*, (20). doi:10.5354/0719-0905.2016.39142

Donoso S, Enrique, & Vera P-G, Claudio. (2016). El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales. *Revista Chilena de obstetricia y ginecología*, 81(6), 534-545. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000600014>

Etcheberry Rojas, L. D. (2019). La objeción de conciencia en el marco de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en Chile y los discursos de saber/ poder en torno al aborto. *Sociología de pensamiento crítico*, (13) 5-21.

Flick, U., Martín, D. T. A., & Castellano, B. C. (2015). El diseño de la Investigación Cualitativa (1.a ed., Vol. 5). Investigación.

Flick, U. (2007). Introducción a la investigación cualitativa. Madrid, España: Morata. Geertz,

C. (1976). La interpretación de las culturas. México: Gedisa.

Moreno Lopez, M., Flores Celis, K., González-Forteza, C., Saltijeral, M., Schiavon, R., Elena Collao, M., . . . Ramos Lira, L. (2019). Relación entre estigma percibido y sintomatología

depresiva en mujeres que interrumpen el embarazo legalmente en la Ciudad de México. *Salud mental*, 25-32.

Núñez García, A. B. (2013). *El papel de psicólogo ante el aborto inducido y el duelo en jóvenes*. D.F.: Universidad Nacional Autónomas de México.

Rodríguez, M. L. B. (2016, 1 julio). *Desafíos Éticos en Psicoterapia. Perspectiva de Terapeutas y Pacientes*. | *Revista de Psicoterapia*. *Revista de psicoterapia*, 27

Rondón, M. B. (2015). *Salud mental y aborto terapéutico*. *Anales de la Facultad de Medicina*, 407411.

Russo, N. F. (2014). *Aborto, maternidad no deseada y salud mental*. *Salud mental*, 238-231.

Santarelli, M. N. (2018). "Presencia Psi" y tramitaciones psíquicas de experiencias de aborto voluntario con medicamentos en contexto de criminalización. *Presentación de avances de una investigación en Estudio de Género*. *Investigación y género. Reflexionar desde la investigación para avanzar en igualdad*, 755-771.

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.

Seid, G. (2016). *La pluralidad de procedimientos para alcanzar validez en las investigaciones cualitativas*. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, (12), 41-55. Recuperado de <http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/165>.

Vargas, A. M. (2010). *Al amparo de la noche: abortos clandestinos y salud mental*. *Revista Costarricense de Psicología*. (44), 29.

Correa F., (2010).El aborto desde la bioética : ¿ Autonomía de la mujer y del médico ?.

Cuadernos de Bioética, XXI (1), 79-93.