



Universidad de Jaén
Facultad de Trabajo Social

Trabajo de Fin de Grado

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL

Alumno/a: Marina Ortiz Cuenca

Tutor/a: Sergio Leónidas Ariza Segovia

Dpto: Departamento de Organización de
Empresas, Marketing y Sociología.

Junio, 2017

INDICE

1. Introducción	2
1.1 Presentación	2
1.2 Marco teórico	2
1.2.1 Antecedentes.....	4
1.3 Problemas Psicopatológicos	7
1.4 Carencias en materia de Derechos y Salud Sexual y Reproductiva	10
1.5 Datos estadísticos	12
1.6 Del Derecho a la Práctica	13
1.6.1 Objeción de Conciencia.....	14
1.6.2 Aborto para extranjeras	15
1.7 Papel del Trabajador Social en la IVE y relación con el equipo Multidisciplinar....	16
1.8 Panoptismo Social	18
2. Justificación.....	20
3. Objetivos	20
4. Metodología	21
4.1. Tipo de estudio	21
4.2. Muestra.....	21
4.3. Variables.....	22
4.4. Instrumentos de recolección de datos.....	23
4.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	23
4.6. Periodo de recogida de datos.....	24
4.7. Plan de trabajo.....	24
4.8. Cronograma	26
4.9. Resultados esperados.....	27
5. Limitaciones	28
6. Bibliografía	29

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PRESENTACIÓN

El presente trabajo es un proyecto de investigación en relación a la Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE), en mujeres sin rango de edad y pertenecientes a la ciudad de Córdoba.

Se realizará una investigación social teniendo en cuenta las causas que impulsan a las mujeres a enfrentarse a un embarazo no deseado y la problemática social a la que se enfrentan en el momento de la decisión de continuar o no con él embarazo, así como el papel del Trabajador Social en dicha práctica, las funciones que desempeñan y el análisis de documentos necesarios.

Se hará hincapié en los beneficios sociales que aporta el conocimiento de los métodos anticonceptivos existentes, la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y del embarazo no deseado. Para ello es necesario conocer la normativa vigente sobre ésta temática y los derechos fundamentales de la mujer.

1.2 MARCO TEÓRICO

“El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales.” (ACAI, 2010)

Estos derechos son los que garantizan la integridad física y moral y la intimidad familiar y personal. El hecho de decidir tener hijos se convierte en una decisión totalmente personal e individual, donde los poderes públicos no tienen ningún tipo de incidencia. Éstos están obligados a facilitar aquellas medidas para que ésta decisión personal se adopte de forma libre y responsable, poniendo al alcance

de quienes lo precisen los servicios disponibles de atención sanitaria, asesoramiento o información.

La Convención de Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General mediante Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979, establece en su artículo 12 que:

“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, incluidos los que se refieren a la planificación familiar”. (ACAI, 2010)

El embarazo y la maternidad son hechos que marcan la vida de las mujeres en todos los sentidos, de manera que la importancia de proteger ésta autonomía personal se hace cada vez más visible.

Antiguamente, no existía dicha facilidad para decidir la interrupción del embarazo, ya que no existían los medios anticonceptivos ni las técnicas de interrupción voluntaria del embarazo a las que tenemos la posibilidad de acceder a día de hoy.

“La interrupción voluntaria del embarazo (**IVE**) es un procedimiento clínico para finalizar un embarazo, realizado por profesionales sanitarios acreditados. Los métodos utilizados para la **IVE** son distintos según las semanas de gestación y la situación clínica de la gestante”. (ACAI, 2010)

“Se garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que se determinan en la ley. Estas condiciones se interpretarán en el modo más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención, en particular, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y a la no discriminación” (Sánchez Cámara, 2012)

Para tomar una decisión las mujeres tienen el derecho a ser informadas y asesoradas teniendo en cuenta que no pueden ser obligadas ni amenazadas en contra de su voluntad, de su criterio personal de decisión. Ante cualquier controversia entre los profesionales y la mujer, siempre debe primar la decisión voluntaria de ésta, ya que ella es la que elige si desea tolerar el dolor, las molestias o el daño moral de dicha acción. Los profesionales tienen la obligación de informar a la mujer de cualquier riesgo para su salud y su integridad física, pero siempre debe respetarse la voluntad de ésta de seguir o no con el proceso.

En el contexto sanitario dentro de la Atención Primaria de Salud, el trabajador social es un referente en la atención a mujeres que solicitan información sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Se trata de una situación que genera especial angustia en la mujer que se plantea esta decisión, siendo este malestar psico-social el objeto específico de la disciplina del Trabajo Social. (Varios autores, 2009)

1.2.1. ANTECEDENTES

Las opiniones y actitudes sobre el aborto en una sociedad determinada han sido temas que constituyen las agendas de investigación, concretamente de los grupos que reclaman la defensa de los derechos reproductivos. (Erviti, El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia., 2005)

El aborto es una práctica milenaria que comenzó en el año 1917 en Rusia. Esta práctica ha tenido muchos puntos de vista según el siglo, el lugar y la cultura de la que se trataba. Ha sido y es considerado diversamente en las distintas sociedades, donde para unos significa una elección libre e independiente de la mujer y para otros es un atentado contra el ser humano.

``En Grecia, el aborto era empleado para regular el tamaño de la población y mantener estables las condiciones sociales y económicas.

En la antigua Roma el aborto estaba permitido, pues el derecho romano no consideraba al **‘bebé no nacido’** como persona, aunque le reconocía derechos tales como el derecho a nacer’’.

El aborto en España ha sido una práctica que no ha estado siempre regulada, y tiempos atrás, cuando lo ha estado, ha sido considerada una práctica penalizada.

``El *Código Penal Español de 1822* en su artículos 639 y 640 establecía penas de reclusión en distinto grado que podían alcanzar los 14 años para los profesionales que lo facilitaran y de hasta 8 años para las mujeres embarazadas que abortaran.`` (Wikipedia, 2017)

En 1985, se despenalizó la práctica del aborto en tres supuestos específicos: por riesgo grave para la salud física o psíquica de la mujer, por violación y por malformación, física o psicológica del feto, según Ley Orgánica 9/1985, aprobada el 5 de Julio de 1985. Para el segundo y tercer supuesto, era necesario presentar un informe médico que pusiese de manifiesto el cumplimiento de las causas establecidas por dicha ley. En los demás casos, existían penas privativas de libertad tanto para la mujer sometida al aborto, como para los profesionales que llevaran a cabo dicha práctica. (Wikipedia, 2017)

Ésta ley fue criticada por los movimientos más conservadores, que defendían que el derecho a la vida debía considerarse desde antes del nacimiento, por lo que, lanzaron una dura campaña en contra de la aprobación de dicha ley.

Por otro lado, también fue criticada por los movimientos progresistas que alegaban que era una práctica muy restrictiva ya que se ponían límites a la hora de abortar, quedando a un lado la decisión libre de la mujer, teniendo que presentar uno de los motivos aprobados por la ley para el ejercicio del aborto. Defendían el derecho de la mujer a elegir de forma libre e independiente el hecho de seguir o no con su embarazo. (Gallego, 2008)

Las mujeres de 18 años podían abortar con su propio consentimiento, sin necesidad de la intervención de terceros, mientras que las mujeres de entre 16-17 años necesitaban el consentimiento expreso de sus padres o tutor legal para el ejercicio de dicha práctica. (OJD, 2015)

En 2002, el hecho de que las menores de edad tuviesen la oportunidad de abortar por su libre elección y sin el consentimiento de sus padres derivó en una problemática social ya que se consideraba que las mujeres menores de edad no tenían el suficiente juicio social para decidir sobre su propio embarazo, siendo la decisión de ésta una razón que afectaba directamente a sus tutores legales.

Por ello esta Ley Orgánica suprime la posibilidad de que las menores de edad puedan prestar el consentimiento por sí solas, sin informar a sus progenitores. ``De este modo, para la interrupción voluntaria del embarazo de las menores de edad será preciso, además de la manifestación de su voluntad, el consentimiento expreso de los titulares de la patria potestad.`` (BOE, 2015)

Por otro lado, algunas de las principales consecuencias que provocaría una legislación restrictiva del aborto serían las siguientes:

- *Ponen en peligro la vida de la mujer*, debido a generar una alta tasa de aborto inseguro.
- *Generan una práctica discriminatoria y de injusticia social en contra de las mujeres*, especialmente hacia aquellas que no tienen medios económicos suficientes para llevar a cabo un aborto seguro. Esto es debido al alto coste de ésta técnica de manera legal.
- *Aumentan las condiciones de vulnerabilidad social y la desigualdad de género*, ya que la práctica del aborto está relacionada con el rechazo social, y la penalización, si se da el caso, solo recae en la mujer sin tener en cuenta que el hombre tiene el mismo peso e importancia en el embarazo.

- *Violan los derechos humanos de las mujeres:* el derecho reproductivo de la mujer, a la salud, a la libertad, a la seguridad y su derecho a la vida. También, en el caso de desvelar la información de la mujer sobre este hecho, atenta al derecho de confidencialidad y de la intimidad.

“La penalización del aborto no reduce su práctica, en cambio sí conlleva graves consecuencias económicas, de salud y de justicia social para las mujeres.” (Freyermuth, 2008)

1.3. PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS

“El aborto es un tema cargado de argumentos de moralidad que impiden a las mujeres ejercer el derecho a decidir sobre su reproducción. Ante la historia de una mujer que presenta un aborto, las lecturas, interpretaciones y soluciones están relacionadas con la ideología, la visión del mundo y la “moral sexual” de quien las realiza.” (Erviti, El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia., 2005)

Algunos estudios han manifestado que el aborto voluntario, en su inmensa mayoría, deja secuelas a las mujeres que lo llevan a cabo, problemas psicopatológicos, algunos más graves y otros menos. Se observa que en torno a un 27% de las mujeres presentaban depresión post-aborto, y otros de los síntomas diagnosticados como ansiedad, culpabilidad, arrepentimiento, sentimiento de pérdida. El aborto puede suponer una crisis de estrés (agudo o postraumático) y problemas de adaptación, así como algunos ejemplos acompañados de porcentajes: trastornos sociales (80%), ideas de suicidio (40%), trastornos en la esfera sexual (40%) y trastornos de la afectividad (60%). (Lupión, 2017)

Según un estudio realizado por Payne, existen diferentes factores de riesgo psicológico ante el aborto según la situación y las creencias de la mujer, entre los que cabe destacar los siguientes: No estar en pareja y ser nulíparas, historia previa de problemas emocionales, relaciones conflictivas con sus compañeros,

relaciones negativas en el pasado con la madre, fuerte ambivalencia ante el aborto y actitudes culturales o religiosas negativas hacia el aborto.

Desde la perspectiva española, y en relación con los *supuestos* de la ley, el riesgo psicológico se encuentra articulado por las siguientes circunstancias:

a) En aquellas mujeres que desearían continuar el embarazo, pero que, ante un peligro objetivo, físico o psíquico, que las afecta personalmente, deciden someterse a la I.V.E., se incrementó la probabilidad de que aparezcan trastornos emocionales antes y después de la interrupción del embarazo.

b) En los casos en los que no existe tanto en la mujer como en su pareja el deseo de tener el hijo, la probabilidad de que aparezcan alteraciones emocionales dependerá tanto de rasgos de su estructura psíquica como de las características del contexto en el que se realice, básicamente la actitud de la o las familias, y la eventual contención o rechazo que puedan generar.

c) En los casos en los que la demanda de I.V.E. se plantea consecuente y seguidamente por la violación, lo principal y prioritario de la intervención psicológica es que tiene que estar dirigida a resolver las ansiedades propias que sufre la mujer debido a la agresión a la que fue sometida, tanto antes como después del I.V.E. con el fin de ayudarla a elaborar y resolver las distintas situaciones de estrés físico y psicológico a las que ha estado sujeta

d) Si la recomendación y decisión de la I.V.E. es debido a que se presume que el feto habría de nacer con graves taras físicas y psíquicas, se da una situación similar a la considerada en el primer caso, y sumada con la tendencia a la auto depreciación por *no ser capaz* de tener hijos sanos.

Por otro lado, cabe destacar que en los *efectos emocionales* de la I.V.E. juega un papel importante la actitud de los *observadores* (las personas significativas del entorno de la mujer). Dicha posición y actitud de éstos incide en la frecuencia y contenido de las consecuencias emocionales específicas de la IVE. (Cid, 1986).

El primer grupo que se ve afectado por la IVE es las relaciones de pareja. Esta decisión afecta gravemente en la mujer y en su pareja en las siguientes cuestiones: aumento del riesgo de disfunciones sexuales; de los conflictos con los familiares de la pareja del modo en que éstos responden; y de las discusiones entre ellos acerca del dinero.

Con respecto al varón, esta experiencia aumenta el riesgo de los conflictos con las drogas y del comportamiento celoso. Desde la perspectiva psicopatológica, los equipos de investigación empiezan a coincidir y estar de acuerdo en que la experiencia del aborto aumenta el riesgo de dichos trastornos, de los cuales se destacan especialmente: el consumo de drogas, la ansiedad, la hostilidad, la baja autoestima, la depresión y el trastorno bipolar.

“Sin embargo, la APA (American Psychiatric Association; Hilary White, agosto 2008) atribuye estos trastornos psicopatológicos que siguen al aborto, a las causas siguientes: el «estigma» del aborto, la necesidad de guardar un secreto, el bajo apoyo social antes de tomar la decisión de abortar, y una historia previa de problemas de salud mental.” (Lorente, 2009)

Hay que tener en cuenta que existen muchos factores por los que a veces es necesario el aborto voluntario, como pueden ser determinantes el estado de nutrición, la falta de vigilancia y atención apropiada del embarazo, lo cual puede contribuir a esclarecer y comprender que una actividad de aborto no se trata solo de voluntad individual, personal y de familia.

El apoyo de la pareja y de la familia son pilares muy importantes a la hora llevar a cabo esta actividad, ya que de ese modo las secuelas psicológicas de la mujer pueden ser menores. (Erviti, El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia, 2005)

1.4. CARENCIAS EN MATERIA DE DERECHOS Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las/os comparecientes han puesto de manifiesto ante la Subcomisión la existencia de carencias en el ámbito de los derechos y la salud sexual y reproductiva en nuestro país, las cuales conllevan un desajuste de nuestra normativa y de nuestro sistema respecto a las recomendaciones de organizaciones internacionales como la ONU y la OMS.

De ese modo se registran carencias en el sistema educativo, en el que no se ofrece formación adecuada en materia afectivo-sexual, el cual es un elemento imprescindible para que los/as jóvenes puedan vivir la sexualidad con responsabilidad y tratar de evitar embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y otros tipos de riesgos para la salud.

``Las conclusiones del estudio *Mitos y realidades sobre sexualidad y anticoncepción en las millennial españolas*, realizado por la farmacéutica Bayer, muestran cómo la desinformación es la gran responsable de que todavía muchas jóvenes sigan cargadas de viejos mitos``. (DAPHNE, 2012)

Se ha considerado que actualmente es una generación informada pero todavía existen varios mitos como por ejemplo; el 13,6% cree que no puede quedarse embarazada mientras está menstruando (porcentaje que aumenta entre las chicas de 18 y 21 años, de las que 1 de cada 5 responde que si a esta pregunta); el 6,2% cree que ducharse o darse duchas vaginales después del sexo previene el riesgo de embarazo y el 3,3% cree que la *marcha atrás* es un método anticonceptivo eficaz, sin saber que es una de las causas que aumenta considerablemente el riesgo de embarazos no deseados. De este modo, en España, por cada 1.000 mujeres entre 20 y 24 años, se producen en torno a 19-20 interrupciones voluntarias de embarazos.

Se estima que unos 33 millones de embarazos no deseados de los que se producen en el mundo son consecuencia del uso incorrecto o de la falta de un método anticonceptivo, ya sea por ignorancia, por el mito de creer saberlo todo al respecto

o por vergüenza de comprarlo. Por ello es fundamental que los jóvenes, se informen bien de todos los que existen y de que uso tienen cada uno de ellos. "No existe un método que sea más eficaz en todas las mujeres, sino que el mejor método será aquél que mejor se adapte al estilo de vida y características de cada mujer", ha afirmado Ignacio Cristóbal (jefe del servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital La Zarzuela de Madrid). (Portalatín, 2015).

Entre los datos estadísticos se encuentra una disminución del uso de métodos anticonceptivos del 4% desde 2009 a 2011, siendo un 79 % de las mujeres las que utilizaban dichos métodos en 2009 y un 75% las que lo utilizaban en 2011. (DAPHNE, 2012)

1.5. DATOS ESTADÍSTICOS

En España se realizan en torno a 19 IVES por cada 1.000 mujeres. La tasa de abortos por cada 1000 mujeres adolescentes, menores de 19 años de edad, ha pasado del 5% (1996) al 11% (2005). Es decir, que se ha más que duplicado. En concreto, la tasa de abortos por cada 1000 mujeres de 20 a 24 años ha pasado del 8,2% (1996) al 16% (2005).

Según el último informe del Instituto de Política Familiar, uno de cada dos embarazos en mujeres menores de 20 años termina en aborto.

Porcentaje (%) de mujeres (entre 15-40 años) que utilizan/no utilizan métodos anticonceptivos

	2011	2009	2007	2003	2001	1999	1997
SÍ	75,2	79	79,9	71,2	69,1	60,7	49,1
preservativo	35,6	37,3	38,8	31,9	29,5	21,9	21
píldora	16,3	17,9	20,3	18,3	19,2	16,5	14,3

Doble método (píldora+ preservativo)	1,3	1,5	0,4	-	-	-	-
DIU	5,2	4,9	4,5	4,6	4,7	5,9	5,7
Pareja vasectomizada	5,7	4,6	4,3	6,8	6,5	6,4	-
Ligadura de trompas	3,3	4,3	4,1	5,3	5,3	4,5	5,2
Otros (anillo, parche..)	5,3	5,7	4,5	1,1	0,7	0,5	0,5
NO	24,8	21	20,1	28,8	30,9	39,3	50,9

(DAPHNE, 2012)

IVE según grupo de edad

	2015	2014	2013	2012	2011	2010
TOTAL	94.188	94.796	108.690	113.419	118.359	113.031
Menos de 15 años	371	440	503	460	455	426
De 15 a 19 años	9.641	9.890	12.268	13.265	14.131	13.696
De 20 a 24 años	19.063	19.066	22.963	24.561	26.195	25.596
De 25 a 29 años	20.156	20.635	23.680	25.796	27.273	26.789
De 30 a 34 años	20.473	20.579	23.647	24.530	25.266	23.766
De 35 a 39 años	17.117	16.909	18.230	17.559	17.918	16.204
De 40 a 44 años	6.745	6.727	6.794	6.708	6.523	6.060
Más de 44 años	622	550	605	540	598	494

TASA MEDIA	10,40	10,46	11,74	12,12	12,47	11,71
19 y menos años	9,38	9,92	12,23	13,02	13,68	13,05
De 20 a 24 años	16,67	16,56	19,43	20,55	21,37	20,22
De 25 a 29 años	15,21	15,34	16,84	17,58	17,75	16,57
De 30 a 34 años	12,50	12,33	13,42	13,40	13,40	12,29
De 35 a 39 años	8,79	8,65	9,22	9,00	9,26	8,42
40 y más años	3,80	3,83	3,92	3,90	3,87	3,58

(Ministerio de Sanidad, 2017)

Por otro lado, son pocas las mujeres que conocen los métodos anticonceptivos a largo plazo. Sólo una de cada cinco chicas ha oído hablar de ellos y el 40% considera que no tiene suficiente información al respecto.

(Lorente, 2009)

1.6. DEL DERECHO A LA PRÁCTICA

La ley formaliza el derecho de las mujeres al aborto voluntario, se han encontrado documentados muchos obstáculos y restricciones en cuanto al acceso legal del mismo en el ejercicio real de este derecho, los cuales se convierten en obstáculos para todas las mujeres, siendo las más afectadas las mujeres con bajos recursos económicos y que residen en lugares alejados, con menos acceso a la información sobre los derechos y obligaciones de la mujer.

“Por ello se ha afirmado, con plena legitimidad y fundamento, que este derecho sigue siendo más teórico que real”.

Referente a la actuación del Trabajador Social, puede estar en desacuerdo con la práctica de forma general o específica, y para ello existe la objeción de conciencia, es decir, posibilidad de no llevar a cabo la actuación en determinadas

prácticas debido a su diferencia en la ideología, las creencias, las causas de dicha actividad o la forma en la que debe ser realizada.

1.6.1 OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

La objeción de conciencia suele definirse como un conflicto entre dos deberes, el de respetar las decisiones ajenas y el de fidelidad de la persona a sus propias creencias y valores. Esto suele ser un tema frecuente entre los profesionales, más concretamente en los trabajadores sociales, ya que se ven obligados a resolver los problemas de los pacientes, sea cuales sean sus pensamientos y creencias al respecto.

La obligación moral exige siempre respetar al máximo ambos valores en conflicto, o lesionarlos lo menos posible. Cuando se utiliza el lenguaje de los derechos, es frecuente buscar la solución del problema jerarquizando ambos derechos y optando por aquel de mayor rango. (Autores, 2008)

El Consejo General del Trabajo Social, ante las consultas de varios colegiados respecto a la posibilidad de objetar al **Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones** en relación a la asistencia de los extranjeros sin papeles, informa:

El actual código deontológico de trabajo social establece en su artículo 47 el derecho a la objeción de conciencia:

``**Artículo 47.-** El/la profesional del trabajo social, de acuerdo con los principios básicos recogidos en este Código, según el marco de la intervención profesional (en relación con la persona usuaria, con otros profesionales y con las instituciones) y en los supuestos profesionales en los que la aplicación de la norma o mandato institucional suponga un conflicto con sus principios éticos, religiosos o morales, podrá invocar el derecho al acto individual de objeción de conciencia sin perjuicio de asumir posteriormente las responsabilidades derivadas de dicho acto``.
(Social, 2017)

“El derecho a la objeción es un acto individual, que el profesional ejerce aceptando las consecuencias derivadas de la no aceptación de la realización de la norma por motivos éticos, religiosos o morales”. (Social, 2017)

Por otro lado, el aborto o interrupción voluntaria de embarazo en extranjeras no está regido por la misma ley que las mujeres nativas o del país. Debido a ello, existen diversas diferencias entre ambas leyes que se verán reflejadas a continuación.

1.6.2 ABORTO PARA EXTRANJERAS

En cuanto a la regulación del aborto, existe una serie de diferencias entre las mujeres extranjeras, las cuales o bien viven en España de manera irregular o viajan aquí para interrumpir el embarazo y las mujeres españolas que residen legalmente en España.

“Primeramente, el aborto no será gratuito. Desde 2012 el Ministerio de Sanidad decidió cancelar el acceso al aborto gratuito dentro de las primeras 14 semanas a mujeres en situación irregular. Sólo será gratuito o subvencionado por la Seguridad Social cuando se deba interrumpir el embarazo por motivos terapéuticos, es decir, por daños para la salud de la madre o malformaciones fetales; o porque el embarazo sea fruto de una violación.” (Magro, 2015)

Pero ¿sería justo que las mujeres extranjeras no europeas no tengan el derecho al aborto gratuito? Según portavoz de la Plataforma Estatal en Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, Isabel Serrano, “será una marcha atrás”. La exclusión de las mujeres sin papeles del acceso al aborto libre y gratuito en las primeras 14 semanas las dejará al azar de “la beneficencia” y en riesgo de caer “en circuitos no seguros”, añade. (Nogueira, 2012)

1.7. PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA IVE Y LA RELACIÓN CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

El Trabajador Social se encarga de llevar a cabo la información, orientación y asesoramiento en materia de interrupción voluntaria de embarazo, así como de dar a conocer los diferentes métodos y técnicas. También se tratan los temas de planificación familiar, prevención y orientación de los diferentes métodos anticonceptivos y derivación a otro tipo de recursos (instituciones COF). El Trabajador social se encarga del apoyo emocional y psicosocial de la mujer y la familia durante todo el proceso, además de la valoración socio-económica y socio-familiar de manera individual en cada uno de los casos que se presentan. (Médica, 2016)

“El trabajador social es un referente en el contexto sanitario dentro de la Atención Primaria de Salud en la atención a mujeres que solicitan información sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Se trata de una situación que genera especial angustia en la mujer que se plantea esta decisión, siendo el malestar psicosocial que experimenta el objeto específico de la disciplina de Trabajo Social.” (Madrid, 2009)

En primer lugar, el punto fundamental es considerar la situación de vulnerabilidad en la que se puede llegar a encontrar la mujer. En este caso hay que tener en cuenta diferentes puntos como:

- Las relaciones de poder que pueden limitar la toma de decisiones autónomas
- La violencia, explotación sexual y abusos a los que pueden estar sometidas.
- El escaso acceso a la información sobre los derechos sexuales y reproductivos y la salud integral de la mujer.
- La posible falta de acceso a la educación.

El objetivo frente a un embarazo no deseado es la reflexión conjunta de la mujer y/o su pareja con alguno de los profesionales del equipo, para que la mujer pueda

tomar una decisión bajo el conocimiento, la información, la consciencia y responsabilidad de su embarazo. se brinda el asesoramiento referente a todas las alternativas posibles, entre ellas, seguir con el embarazo, la posible adopción y las medidas a tener en cuenta si la mujer decide la interrupción del embarazo.

La intervención cuenta con dos momentos básicos: la consulta inicial donde se toma contacto con la mujer que está frente a la posibilidad de interrupción del embarazo, y la consulta/s posterior/es de seguimiento.

En el caso de que la mujer decida la interrupción del embarazo, contará con lo siguiente:

- Se le brinda un espacio de reflexión y de escucha, ofreciendo un marco de confianza y confidencialidad dando cuenta del abordaje interdisciplinario en la problemática.
- Se realiza la consulta gineco-obstétrica para determinar el tiempo gestacional y conocer situación de salud, a tal efecto se le indica ecografía articulando los medios necesarios para que se realice en el efector.
- Se evalúa si la situación se encuadra en los términos de un aborto no punible.
- Se comparte información sobre riesgos y daños que ocasionan determinadas maniobras abortivas.
- Se brinda información validada científicamente y de conocimiento público sobre uso de medicamento para la interrupción del embarazo.
- Se informa sobre síntomas esperables y las posibles complicaciones.
- Se aborda sobre signos de alarma y conducta a seguir.
- Se acuerda próxima entrevista''.

(Palo, 2012)

Por otro lado, las actividades que deben llevar a cabo el trabajador social en el proceso son las siguientes:

1. Información. Derivar prioritariamente al trabajador social del Centro de Salud.
2. Entrevista según protocolo Trabajo Social en OMI:
La intervención del profesional debe ir dirigida a:
 - Contener, calmar la ansiedad, ayudar a disipar los temores.
 - Detectar riesgo de IVE en la práctica clandestina e insegura.
 - Informar claramente sobre las alternativas y acompañar en el proceso.
3. Tramitación de solicitud:
La información debe ser completa, precisa y fácil de comprender.
 - Entrega de los supuestos legales. (Normativa).
 - Información del protocolo de actuación.
4. Valoración del estado emocional, seguimiento del proceso y detección de posibles secuelas. Información de una necesaria planificación familiar.
5. Coordinación con los profesionales del Equipo de Atención Primaria, para la planificación familiar post-IVE.

(Madrid, 2009)

1.8. PANOPTISMO SOCIAL

Este término fue introducido por Michel Foucault. El panoptismo es la combinación de tres elementos: la vigilancia, el control y la corrección. Esta forma, que se ejerce sobre los individuos y se organiza a través de una red de instituciones.

¿En qué consiste el panoptismo?

Constituye una característica principal de la sociedad actual.

El aspecto más importante es el paso de "que todos vean a uno" hacia el que "uno pueda ver a todos". (Luchetti, 2010)

``La vigilancia como rasgo institucional, centralizado y omnipresente en la vida social de los individuos, es un fenómeno que se fue perfeccionado desde inicios de la época.

Lo sorprendente del modelo de control social que descubrió Foucault, es que comenzó siendo una trágica historia de pérdida de libertad e intimidad, donde hoy es aceptado voluntaria y gustosamente por los sujetos. Se trata de una forma “suave” de persuadir y de hacer que se acepte esta invasión a la intimidad, ayudando a controlar y disciplinar las conciencias de los individuos y de los grupos.

En las sociedades actuales donde la multiplicación y complejización de las relaciones interindividuales puede atentar contra el normal desarrollo y convivencia de los individuos ubicados en el sistema, es importante garantizar el orden social, es ahí que el esquema de poder disciplinario propuesto por el panóptico cobra importancia, debido a sus mecanismos de observación que son capaces de penetrar en el comportamiento de los hombres determinando sus tareas y sus conductas , asegurando con ello orden y adhesión social.’’ (Jimenez, 2009)

Los nuevos mecanismos de vigilancia de tipo panóptico se están difundiendo cada vez más y volviéndose más útiles, tienden a difundirse cada vez más y a medida estos mecanismos se vuelven más sutiles. De esta forma se hacen cada vez más amplios y sin que las personas lo perciban y se molesten. (Jimenez, 2009)

En relación con el concepto de la IVE o aborto, podemos verlo desde diferentes perspectivas, como por ejemplo en el control social que se hace sobre la mujer que se va a someter a tal actividad, control sobre la información que se necesita saber en relación a la toma de decisión, cómo ocurrió y, en el seguimiento que se le hace a la usuaria si los profesionales lo estiman necesario.

También se puede relacionar con el control que hacemos los investigadores sobre el papel y el trabajo que ejerce el trabajador social, observando y vigilando cada uno de sus pasos, así como en la obtención de información sobre el trabajador desde el fin de su carrera profesional. Por ello, se puede decir que se encuentra alguna relación con el panoptismo social en algunos de los procesos de nuestra futura investigación, teniendo en cuenta que muchos de los significados y características del panoptismo no es llevado a cabo en dicho ejercicio.

2. JUSTIFICACIÓN

Este tema, de gran importancia social y sanitaria, es hoy día un tema de mucho prestigio y consumo en nuestra sociedad. Debido a la creciente demanda de IVE que se ha experimentado en los últimos años, se considera un tema social de elevada importancia. Las mujeres que se someten a esta actividad, normalmente, no suelen tener conocimientos previos sobre este tipo de práctica e incluso de los métodos anticonceptivos que pueden usar. Por ello es necesario realizar más estudios sobre ésta temática y dar a conocer la Ley vigente para obtener conocimiento sobre la manera de actuar y las consecuencias que conlleva la realización de dicha práctica, tanto por parte de los profesionales como a nivel individual y personal.

3. OBJETIVOS

El objetivo principal es conocer el proceso de intervención del Trabajador Social en una clínica de IVE.

Objetivos específicos:

- a) Conocer los factores que influyen en la decisión de interrumpir el embarazo desde un punto de vista social.
- b) Analizar la documentación que el Trabajador Social debe facilitar a las mujeres sometidas a IVE para llevar a cabo la intervención.
- c) Conocer las diferentes variables sobre las que trabaja el profesional.
- d) Conocer el perfil de usuarias para indagar en el papel del Trabajador Social con respecto a ello.
- e) Analizar la actuación del TS en las diferentes etapas sociales del proceso (1ª entrevista, documentación y seguimiento)
- f) Analizar cómo vivencian las mujeres la consulta con el equipo interdisciplinario que establece la ley vigente, más concretamente con el trabajador social.

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación cualitativa, la cual consiste en recoger los discursos completos de los sujetos, para proceder luego a su interpretación, analizando las relaciones de significado que se producen en determinada cultura o ideología. La investigación cualitativa no insiste en la representación y estructuración, puesto que en eso consiste la cuantitativa, y afronta sus problemas de validez externa a través de diversas estrategias.

La misma procura lograr una descripción holística, es decir, que intenta analizar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular.

La investigación cualitativa se interesa más en saber cómo se da la dinámica o cómo ocurre el proceso en que se da el asunto o problema, más que determinar la relación de causa y efectos entre dos o más variables, el cual suele ser el objetivo de los estudios descriptivos, correlacionales o experimentales.

4.2. MUESTRA

La muestra de este proyecto serán todas las mujeres con un embarazo no deseado que decidan someterse a las técnicas de IVE, así como los trabajadores sociales que están en contacto con estas mujeres y que forman parte de la ejecución de dicha práctica.

1. Criterios de las usuarias:

- Criterios de inclusión: mujeres embarazadas, que no quieran continuar con el embarazo, en diferentes edades, mujeres nativas, extranjeras europeas y no europeas, mujeres maltratadas, con distintos niveles educativos y en diferentes clases sociales.

- Criterios de exclusión: malformaciones, casos de violación, mujeres que no quieran formar parte del estudio y mujeres que realizan una segunda interrupción en el mismo periodo de la recogida de información.

2. Criterios de los/as trabajadores/as sociales:

- Criterios de inclusión: que trabajen el tema de la IVE, que quieran participar en la investigación, que trabajen en todos los centros sanitarios y hospitales de la ciudad.
- Criterios de exclusión: los que no quieran formar parte de la investigación y los que hayan pedido la objeción de conciencia.

4.3. VARIABLES

 Variables de las mujeres que se van a someter a la IVE:

- Edad, lugar de nacimiento y lugar de residencia.
- Creencias, ideología, cultura.
- Estado civil.
- Nivel de estudios, situación laboral y ocupación (clase social).
- Conocimiento de la Ley vigente.
- Problemática familiar.
- Conocimiento de los métodos anticonceptivos y tipo de medidas anticonceptivas.
- Embarazos previos o no.
- Conocimiento de la existencia del trabajador social y de su labor.

 Variables de los trabajadores sociales:

- Sexo y edad.
- Funciones realizadas por el profesional (entrevistas previas, charlas de anticoncepción), papel que juega en dicha práctica.
- Años de profesión.

4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La investigación se llevará a cabo en la clínica de IVE, en centros de salud y el hospital de la ciudad de Córdoba. La duración será de un año (desde febrero de 2017- septiembre de 2018) en los cuales llevaremos a cabo diferentes técnicas de investigación. Éstas técnicas serán la entrevista en profundidad de tipo semidirigida, la cual se utilizará como técnica principal para la recolección de información, realizada tanto a los trabajadores sociales del centro como a las usuarias que se someterán a dicha práctica, se elaborará un cuestionario de recogida de datos sociodemográficos para su cumplimentación de manera manual por los profesionales que quieran formar parte del proyecto como investigadores, así como para las mujeres que se van a someter a la práctica y den su consentimiento para formar parte del estudio, la observación participante del proceso completo desde que entran a la clínica hasta que salen y el papel que juega el trabajador social en dicho proceso, y conocer el seguimiento que realizan a las usuarias de manera personal e individualizada posterior a la interrupción del embarazo.

4.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información sobre datos biográficos, antecedentes familiares, antecedentes personales, estilos de vida, soporte social y posición socioeconómica se obtendrán tanto de la ficha social de cada participante como de la entrevista personal realizada. De igual manera se realiza con los trabajadores sociales estudiados, tanto de las entrevistas personales realizadas, como de la observación participante de su trabajo en el proceso. En ella informará de los aspectos más relevantes de la investigación, así mismo se suministrará una hoja de información y un consentimiento informado en caso de querer participar en el estudio.

Una vez firmado el consentimiento, los sujetos entraran a formar parte de la muestra de estudio.

4.6. PERIODO DE RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos comienza en Julio de 2017 hasta diciembre de 2017, donde se registrará la información necesaria del estudio; finalizando la recopilación de información en diciembre de 2017.

4.7. PLAN DE TRABAJO

En el plan de trabajo voy a dividir la muestra en dos subgrupos; por un lado, las usuarias del servicio y, por otro, los trabajadores sociales que intervienen en él:

TRABAJADORAS SOCIALES	USUARIAS
En primer lugar, se concretará una primera cita con la Trabajadora Social del centro para informarle sobre la investigación que queremos llevar a cabo y los aspectos que queremos estudiar. Se establecerá una fecha para realizarle una primera entrevista.	Se concretan citas con la Trabajadora Social en la clínica para poder entrevistar a las usuarias que acudan a realizar la práctica, en las que tendremos en cuenta las fichas realizadas por la TS en función de las mujeres, la información que se necesita saber de cada una de ellas, la documentación que les facilita, tanto a las menores de edad, las cuales tienen que ir con uno de sus padres o tutor legal (ya que los documentos tienen que ser firmados por ambos/as), como a mayores de edad.
En una segunda visita, realizaremos la primera entrevista con los trabajadores sociales donde recabaremos la información básica e inicial del proceso, así como conocer y visualizar los diferentes documentos que son necesarios	Se analizará el grado de autonomía que presentan las mujeres sometidas al estudio teniendo en cuenta qué factores influyen en la toma de decisiones, y el ambiente en el que se encuentran en el exterior, el cual puede influir en la autonomía de la mujer.

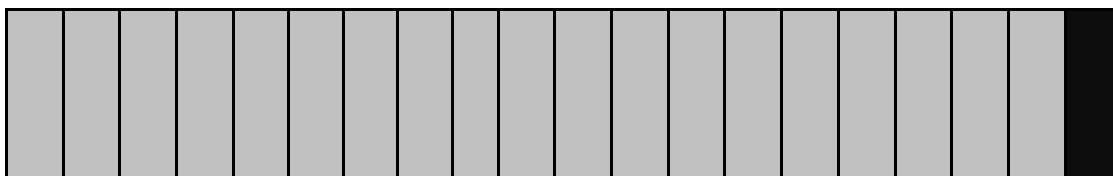
para que la mujer pueda llevar a cabo de manera correcta y legal la interrupción voluntaria de embarazo, y atender a una explicación breve de los datos y actuaciones principales de la profesional.	
Se realizará un análisis exhaustivo de los documentos que facilita el/la trabajadora social de la clínica, profundizando en las variables y los factores sobre los que trabaja el profesional de éste ámbito.	Se realizarán entrevistas individualizadas a las usuarias con el fin de que nos cuenten su experiencia con el trabajo realizado por la trabajadora social, y con su estado actual tanto familiar como personal para conseguir los resultados de la investigación.
Posteriormente, se llevaran a cabo las entrevistas finales con cada uno de los trabajadores sociales que intervengan en el estudio.	Se analizarán las entrevistas y su contenido, tratando de responder a las variables planteadas y, junto con la ficha de cada usuaria, tratando de recabar toda la información final.
Análisis de las entrevistas realizados por cada uno de ellos, y de la información recabada, con el fin de analizar las variables planteadas.	

4.7.1 Plan de análisis de resultados: Para el análisis de la información recabada de las entrevistas en profundidad, se realizará una desgravación de las mismas. Posteriormente se procederá a realizar una lista de códigos en base a la pauta de entrevista. Luego se codificará y sistematizará la información, para determinar a partir de allí las categorías de análisis de la misma. (Mejía Navarrete, J. 2011)

4.8. CRONOGRAMA

	CRONOGRAMA 2017-2018																			
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S
	E	A	B	A	U	U	G	E	C	O	I	N	E	A	B	A	U	U	G	E
	B	R	R	Y	N	L	O	P	T	V	C	E	B	R	R	Y	N	L	O	P
Elaboración del proyecto																				
Organización																				
Implementación																				
Elaboración de instrumentos																				
Recogida de datos																				
Procesamiento de datos																				
Análisis de datos																				
Interpretación de datos																				
Elaboración de informe																				

Comunicación
de resultados



4.9. RESULTADOS ESPERADOS

Haber cumplido con los objetivos de la investigación, tanto el general como los específicos, y ser capaces de analizar correctamente cada una de las variables planteadas.

Haber descrito y analizado las experiencias subjetivas de las mujeres que accedieron a las consultas para la interrupción voluntaria del embarazo.

Haber analizado cómo incide el procedimiento que establece la ley de interrupción voluntaria del embarazo en la decisión final de las mujeres.

Haber analizado cómo vivencian las mujeres la consulta con el equipo interdisciplinario que establece la ley vigente.

Haber identificado y analizado cómo perciben las mujeres la información y asesoramiento que les facilita el/la trabajador/a social tanto de los centros médicos que las derivan como de la clínica de IVE.

Haber identificado las barreras de los servicios de salud para el acceso al aborto legal desde la perspectiva de las usuarias.

Haber estudiado y analizado las funciones de los trabajadores sociales que intervienen en el proceso, así como la documentación necesaria para llevar a cabo dicha práctica.

Conocer como vivencian los trabajadores sociales el proceso de IVE, y cuál es el nivel de conceptos teóricos y prácticas que se les facilita para llevar a cabo éste trabajo.

Haber conocido las causas por las que las mujeres pueden verse afectadas en su decisión (autonomía), y de qué forma actúa el profesional antes diversas dificultades que presentan dichas usuarias.

5. LIMITACIONES

- Se pueden producir sesgos de información debido a los conocimientos del sujeto que se entrevista.
- La fiabilidad y veracidad de los datos, al tratarse de un trabajo con un componente subjetivo muy importante.
- La posibilidad de contar con un tiempo limitado para obtener los objetivos previstos.
- Banco de datos incompletos y no actualizados sobre la IVE y la escasa información sobre el papel real del trabajador social en dicha práctica.
- La posibilidad de carecer del acceso suficiente a equipos, técnicas y materiales.
- La falta de recursos económicos para la realización de dicha investigación.

6. Bibliografía

- ACAI. (2010). Protocolo de Atención y Funcionamiento del aborto provocado.
- Autores, F. C. (2008). *Ética de la Objeción de Conciencia*. Madrid: FFOMC.
- BOE. (2015). Disposiciones Generales. En M. Rajoy, *BOE* (págs. Sección I, 83586). Madrid.
- Cid, M. L. (1986). *Papeles del Psicólogo*. Recuperado el 1986, de Papeles del Psicólogo: <http://www.papelesdelpsicologo.es/REUMEN?PII=282>
- DAPHNE, E. (21 de Noviembre de 2012). Instituto de la Mujer y Para la Igualdad de Oportunidades. *Mujeres en Cifras - Salud - Métodos Anticonceptivos*. Madrid.
- Erviti, J. (2005). *El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia*. Cuernavaca, Morelos: CRIM y UNAM.
- Freyermuth, G. (2008). *EL ABORTO. Acciones médicas y estrategias sociales*. México: Ipas.
- Gallego, F. G. (2008). *La práctica del aborto en España*. Madrid.
- Jimenez, R. G. (Diciembre de 2009). *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Obtenido de www.eumed.net/rev/cccss/06/rgj2.htm
- Lorente, A. P. (2009). *Psicopatología e Interrupción Voluntaria de Embarazo*. Madrid: CEU Biblioteca.
- Luchetti, F. J. (17 de Abril de 2010). *El Panoptismo según Michael Foucault*. Obtenido de Monografias.com: <http://www.monografias.com/trabajos81/panoptismo-segun-michel-foucault/panoptismo-segun-michel-foucault2.shtml#ixzz4gC67dhsX>
- Lupión, E. M. (2017). *EL ABORTO: PERSPECTIVAS Y REALIDADES. ABORTO ESPONTÁNEO E INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO*.
- Madrid, T. S. (2009). Protocolo de actuación del Trabajador Social en Atención Primaria de Salud sobre Interrupción Voluntaria de Embarazo. *Trabajo Social Hoy*, 105 - 112.
- Magro, F. (1 de Abril de 2015). *Aborto para extranjeras en España. Condiciones y regulación*. Obtenido de Para abortar.es: <http://para-abortar.es/aborto-para-extranjeras-en-espana/>
- Médica, M. (2016). *Interrupción Voluntaria de Embarazo*. Obtenido de Mediterránea Médica: <http://www.mediterraneamedica.com/interrupcion-voluntaria-embarazo/>

- Ministerio de Sanidad, S. e. (2017). *Instituto de La Mujer*. Obtenido de <https://www.msssi.gob.es/buscador/iniciar.do?search=Interrupcion%20voluntaria%20de%20embarazo&ser=INMUJER&byDate>
- Nogueira, C. (12 de Junio de 2012). Sanidad cancela el aborto libre y gratuito para extranjeras 'sin papeles'. *EL PAÍS*.
- OJD. (15 de 04 de 2015). Historia de la regulación del aborto en España y su posible reforma. *Europa Press*.
- Palo, M. L. (2012). *El abordaje de la problemática del aborto por parte de un equipo interdisciplinario de un Centro de Salud*. Buenos Aires.
- Portalatín, B. G. (23 de Septiembre de 2015). Una de cada cinco jóvenes españolas no utiliza ningún método anticonceptivo. *El Mundo*.
- Sánchez Cámara, I. De delito a derecho. El Declive de la Protección Jurídica de la Vida. Universidad de la Coruña: 2012, 23(77):25-36. Cuadernos de Bioética. ISSN: 1132-1989
- Social, C. G. (2017). *Consejo General del Trabajo Social*. Obtenido de https://www.cgtrabajosocial.es/consejo/objecion_sanidad
- VARIOS AUTORES, PROTOCOLO DE ACTUACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD SOBRE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. *TRABAJO SOCIAL HOY*, no. 56 (2009), p. 105-111
- Wikipedia. (30 de Mayo de 2017). Aborto en España. *Aborto en España*. Fundación Wikimedia.