

“PRESENCIA PSI” Y TRAMITACIONES PSÍQUICAS DE EXPERIENCIAS DE ABORTO VOLUNTARIO CON MEDICAMENTOS EN CONTEXTO DE CRIMINALIZACIÓN. PRESENTACIÓN DE AVANCES DE UNA INVESTIGACIÓN EN ESTUDIOS DE GÉNERO.

Santarelli, María Natalia*

RESUMEN

En la presente ponencia se comparten algunos avances de una investigación en curso en Estudios de Género que aborda las significaciones de las mujeres sobre sus experiencias de aborto voluntario con medicamentos en contexto de penalización y clandestinidad, en relación con la salud mental, en Cuyo (Argentina). La investigación cuenta con un diseño metodológico cualitativo y herramientas teórico-epistemológicas provistas desde los Estudios de Género feministas, aplicados al campo de la salud mental de las mujeres.

Se muestran resultados obtenidos en relación con una categoría emergente del análisis denominada provisoriamente “Presencia Psi”. Esta categoría refiere a las valoraciones que las mujeres realizan sobre la disponibilidad y/o actuación de profesionales del campo psi en vinculación con la construcción de ciertos sentidos sobre la experiencia de embarazo no deseado/aborto voluntario. Considerando la complejidad del tránsito por las experiencias de aborto y la diversidad de condiciones y circunstancias en que la experiencia acontece, ciertas intervenciones psicológicas actúan como dispositivos que colaboran u obstaculizan la tramitación psíquica beneficiosa para la salud mental de las mujeres que atraviesan dichas experiencias.

PALABRAS CLAVE: aborto con medicamentos, Salud Mental de las mujeres, género, campo psi.

ABSTRACT

This paper presents some advances of an ongoing research on Gender Studies that approaches the significations that women attribute to their experience of medical abortion in a criminalization and clandestinity context, in relation to mental health, in Cuyo (Argentina). The research has a qualitative methodological design and conceptual-epistemological tools provided by Gender Studies and feminisms applied to the field of women's mental health.

Results are displayed in relation to an emergent category of the analysis of fieldwork, provisionally called "Psi Presence". This category refers to the assessments that women make about the psi field professional's availability and action in connection with the construction of senses about the experience of unwanted pregnancy / voluntary abortion. Considering that experiences of abortion are complex and the conditions and circumstances around the

* FaPsi-Universidad de San Luis-CONICET (Argentina), CEA- Universidad de Córdoba (Argentina), Universidad de Málaga, m.natalia.santarelli@gmail.com

experience are diverse, some psychological interventions act as devices that collaborate or hinder a psychic processing that is beneficial to the mental health of women who abort.

KEYWORDS: medical abortion, women's mental health, Gender studies, psi field.

“Presencia Psi” y tramitaciones psíquicas de experiencias de aborto voluntario con medicamentos en contexto de criminalización. Presentación de avances de una investigación en Estudios de Género.

INTRODUCCION

La presente ponencia tiene como objetivo compartir algunos avances obtenidos hasta el momento enmarcados en una investigación en curso en Estudios de Género. Se presentan reflexiones centradas en hallazgos vinculados a uno de los objetivos específicos de la investigación titulada “Las significaciones que las mujeres construyen en torno a sus experiencias de abortar con medicamentos en relación con la salud mental. Análisis desde una perspectiva de género en la región de Cuyo a partir de 2010”.¹ Dicho objetivo busca comprender las significaciones que las mujeres construyen sobre sus experiencias de aborto voluntario con medicamentos en contexto de criminalización de la práctica y en función de las circunstancias significativas en que estas experiencias acontecen.

Luego de realizar una presentación de la investigación en cuanto a sus objetivos generales y supuestos de sentido, la contextualización legal y social del aborto en Argentina, y las principales herramientas conceptuales y metodológicas empleadas en este estudio, se focaliza en una categoría emergente a partir del análisis del material. Dicha categoría denominada “Presencia Psi” atañe a las valoraciones y significaciones que las mujeres otorgan a la presencia y/o intervención de profesionales del campo psi en relación con la construcción de ciertos sentidos en torno a la experiencia de embarazo no deseado/aborto. De modo que facilitan u obstaculizan una tramitación psíquica beneficiosa para la salud mental de las mismas. Dentro de la categoría “Presencia Psi facilitadora”, se detallan sub-categorías y sus núcleos figurativos, apoyados en fragmentos de relatos de las experiencias. Para finalizar, se presentan algunas consideraciones sobre las “Presencias Psi obstaculizadoras” y conclusiones provisionarias.

¹ La investigación cuenta con la financiación del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) mediante Beca Doctoral Interna a la Lic. Natalia Santarelli. Directora de tesis y de Beca Doctoral: Dra. Claudia Anzorena (INCIHUSA-CONICET). Co-directora de Beca Doctoral: Dra. Erika Valdebenito (FaPsi-UNSL).

Presentación y breve contextualización de la investigación

Decidir y atravesar un aborto frente a un embarazo no deseado en contexto de restricción legal es un evento complejo y multidimensional. La magnitud de su incidencia, así como los riesgos de su práctica clandestina para la vida y la salud de las mujeres lo convierten en un preocupante problema de salud pública, y en un asunto sanitario, social y político de gran interés en la investigación en salud y género, que afectan mayormente a quienes no disponen de suficientes o adecuados recursos materiales y simbólicos (Vázquez, et al. 2006; Zamberlin y Raiher, 2010; OMS, 2012; Petracci et al., 2012; Zamberlin et al., 2012; AAVV, 2013).

El aborto con medicamentos o farmacológico ha transformado radicalmente la práctica a nivel mundial, y particularmente en los contextos con restricciones legales. Ha incrementado su seguridad y ha reducido las complicaciones asociadas al aborto inseguro. En América Latina y el Caribe, desde hace más de dos décadas, las mujeres utilizan el misoprostol para autoinducirse abortos (Lafaurie, 2005; CLACAI - Ipas, 2011; OMS, 2012, 2014; Zamberlin et al., 2012; Chiarelli et al., 2015). A su vez, en Argentina, cada vez resulta mayor la movilización de organizaciones feministas con impacto nacional que emprenden acciones concretas para brindar información confiable y/o acompañamiento a las mujeres que deciden abortar con medicamentos.

El presente trabajo se enmarca en una investigación en curso en Estudios de Género cuyo objetivo general es la comprensión de las significaciones que las mujeres otorgan y construyen sobre sus experiencias de aborto voluntario en contexto de penalización y clandestinidad, en relación con la salud mental. Además, la intencionalidad política de esta investigación, que asume claramente un posicionamiento teórico feminista (Gross, 1986), es la de generar aportes en la transformación de los sentidos y de las narrativas construidas sobre el aborto y la salud mental en Argentina.

La propuesta y los interrogantes de esta investigación fueron elaborados a partir de un primer rastreo bibliográfico sobre investigaciones cualitativas en torno a experiencias de aborto voluntario, principalmente medicamentoso, en países latinoamericanos (Lafaurie y otros/as, 2005; Rostagnol, 2005; Vázquez et al., 2006; Carril Berro y López Gómez, 2007, 2008, 2010; Rostagnol et al., 2013; Silva y cols., 2014; Ramos et al., 2015), y a partir del contacto directo y sostenido con mujeres que abortan con medicamentos, tanto de la tesista como de su directora, como integrantes de grupos feministas que brindan información y acompañamiento en provincias de la región de Cuyo (San Luis y Mendoza, Argentina).

Esta investigación, en términos generales, se entrama en un contexto social, legal y cultural, que sosteniéndose en la ecuación Mujer=Madre (Fernández, 2016) entroniza la

maternidad como mandato no elegible, asociada a la capacidad reproductora biológica de las cis-mujeres, y por lo tanto, niega las experiencias y deseos que desdigan o resistan esta obligación. El mandato de la maternidad obligatoria se corresponde con leyes que penalizan las prácticas abortivas voluntarias en general –salvo contados causales de no punibilidad- y empujan a las mujeres que abortan a la clandestinidad de la práctica.

En términos específicos, el contexto espacial de esta investigación se sitúa en la región geopolítica cuyana en Argentina (San Luis, Mendoza, San Juan; no se incluye La Rioja por razones de acceso). Esta zona configura un contexto particular común, tanto desde el punto de vista social como institucional, asociado a dirigencias conservadoras y obstaculizadoras en materia de acceso a Interrupciones Legales de Embarazos o Abortos No Punibles (ILE o ANP) por causales contemplados en el artículo 86 del Código Penal Argentino. Las tres provincias se encuentran dentro de las nueve jurisdicciones que no cuentan con protocolos propios, ni adhieren a la Guía Técnica Nacional para asegurar el acceso efectivo a dichas ILE, tras la interpretación del art. 86 CPN realizada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el fallo F.A.L.. A esto se suman las declaraciones públicas de dirigentes de alto mando (gobernadores, ministros de salud y/o altas/os funcionarias/os del Poder Judicial Provincial) que expresan el no acatamiento de dicho fallo histórico (ADC, 2015; Anzorena, 2013). Además, tanto Mendoza como San Juan cuentan con leyes provinciales que restringen la venta del misoprostol solo al ámbito institucional sanitario, obstaculizando el acceso al medicamento necesario para la autogestión del aborto con medicamentos en países donde no se encuentra disponible la mifepristona².

PRECISIONES TEÓRICO-CONCEPTUALES³

El marco teórico de esta investigación se vale de herramientas conceptuales provenientes de los Estudios de Género aplicados al campo de la salud mental, articuladas con categorías que provienen del campo psicoanalítico para el entendimiento de las dimensiones subjetivas implicadas. Se adopta una perspectiva feminista, teórica y epistemológica (Gross, 1986; Harding, 1987; Haraway, 1993) tanto en la construcción del problema de conocimiento como en las elecciones teóricas que enmarcan esta investigación (Santarelli, 2017), la cual

² La Organización Mundial De la Salud (2012) sostiene que el método más seguro y eficaz para producir abortos sin riesgos es combinando mifepristona y misoprostol. Esta combinación forma parte de la lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS. En países donde no se dispone de mifepristona, se utiliza misoprostol solo para provocar abortos seguros, aunque su eficacia disminuye, el tiempo necesario para completar el aborto es más prolongado y el proceso es más doloroso.

³ Una primera versión de este apartado se presentó como ponencia “Consideraciones sobre aborto medicamentoso y salud mental de las mujeres desde una perspectiva de género. Una mirada introductoria.” en el VIII Congreso iberoamericano de Estudios de Género, en julio de 2017, Buenos Aires, Argentina.

podría incluirse dentro del grupo que aborda las desigualdades de género y su impacto en los padecimientos subjetivos.

Nociones de salud y de salud mental: un modelo de comprensión de la salud mental de las mujeres.

Para abordar la problemática del aborto clandestino en relación con la salud de las mujeres se asume una concepción de salud integral que, tal como lo establece la Organización Mundial de la Salud (1948), supera el plano de la ausencia de enfermedades y/o afecciones, sino que aspira al bienestar físico, psíquico y social, en su máximo nivel posible. Asimismo, se considera la salud mental como parte fundamental de la salud integral. La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en su artículo tercero la define "*como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona*" (Ministerio de Salud, 2013). Es decir que el verdadero ejercicio del derecho a la salud sólo puede pensarse en vinculación con la posibilidad de ejercer otros derechos, en este caso, los de autonomía corporal y libertad personal. El obstaculizar la interrupción de un embarazo no deseado y el derecho a decidir implicado en esta situación, puede tener implicaciones sobre la salud física, mental y social de la mujer. La criminalización coloca a las mujeres en situación de desamparo y fragilización, exponiendo a diversos tipos de riesgos en función de determinantes diferenciales en relación con la edad, la pertenencia socioeconómica, la zona de residencia dentro de cada provincia (zona urbana/zona rural) y entre las provincias del país, la condición de migrante, entre otros. En efecto, la clandestinidad del aborto criminalizado que opera como base de los procesos de subjetivación femenina y de las significaciones imaginarias sobre esta práctica, favorece la aparición de determinados efectos psíquicos que, en gran medida, conciernen a estrategias biopolíticas de control y disciplinamiento de los cuerpos de las mujeres (Fernández y Tajer, 2006).

Con vistas a la comprensión de ciertos entrecruzamientos entre la salud mental de las mujeres y las experiencias de aborto, se parte de una concepción participativa de salud mental y desde el modelo tensional-conflictivo, propuestos por la psicoanalista Mabel Burin (1990,1992, 2002). Se trata de una perspectiva en salud mental alternativa al Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2003), que se hace eco de las experiencias de las mujeres para generar y analizar teorías y prácticas en salud mental y para comprender el malestar de las mujeres (Burin, 1990,1992). Esta investigación, se centra especialmente en la dimensión social del malestar

psíquico y en la categoría de género (de Lauretis, 1996) para pensar con herramientas conceptuales que aborden y visibilicen las relaciones de poder y de dominación entre géneros (Fernández 2016) y las estrategias de disciplinamiento y control sobre los cuerpos y subjetividades de las mujeres. En términos de salud, se reconoce que los condicionantes y estereotipos de género generan condiciones de padecimiento particulares, diferentes y desiguales, en tanto hay factores sociales que establecen diferencias evitables, y por ello injustas, en la salud de varones y mujeres (Ruiz Cantero 2011).

Se considera la Salud Mental de las Mujeres como un campo específico dentro de la Salud en general que requiere de una constante labor crítica deconstructiva y reconstructiva de los criterios tradicionales sobre las mujeres como sujetos y sobre las representaciones que se les ofrecen sobre su salud mental. La concepción participativa se basa en definir acciones y criterios de salud mental desde sus propias protagonistas, apoyadas por los equipos de salud mental. Esta perspectiva reconoce que la salud mental es una noción que sus mismas protagonistas –las mujeres- van construyendo en distintos momentos de sus vidas y a partir de diversas experiencias de crisis evolutivas y accidentales, en este caso, la situación de embarazo no deseado/ aborto voluntario. El modelo tensional-conflictivo ofrece el recurso conceptual de “malestar psíquico” que supera las dicotomías sano/enfermo, normal/patológico, subjetivo/objetivo, interno/externo. Además, posibilita el análisis de las condiciones sociales que producen y preservan la salud mental de las mujeres, al enlazar los sufrimientos psíquicos y emocionales de las mujeres como emergentes de su condición como tales, es decir, al interesarse en la dimensión social y cultural de la construcción de las subjetividades femeninas y de las representaciones sobre la salud mental que circulan (Burin, 1990, 1992, 2002).

El embarazo no deseado/aborto voluntario considerado como situación crítica

El modelo propuesto por Burin (1990, 1992, 2002) se apoya en la noción de *crisis*. La palabra crisis cuenta, al menos, con dos acepciones: una asociada a dificultad, riesgo, ruptura. Y otra que pone de relieve el cambio, la decisión, la oportunidad de generar un análisis crítico y reflexivo de los hechos que la desencadenaron y búsquedas para su resolución, elaboración e incorporación con sentido a la vida cotidiana (Velázquez, 2010).

Desde este modelo se considera que la salud mental no es un estado al cual se llega sino un proceso, un devenir signado por las diversas crisis evolutivas o accidentales y las elaboraciones o tramitaciones que los seres humanos atraviesan constantemente. La subjetividad femenina puede entenderse a través del modo en que se atraviesan estas crisis vitales –como la adolescencia, la mediana edad- y las crisis accidentales, surgidas de

situaciones inesperadas entre las que pueden figurar el embarazo no planificado, el divorcio, el aborto. Los indicadores de salud mental de los que se vale este modelo se vinculan a la presencia de cierto dinamismo y flexibilidad para resolver las tensiones producidas por los conflictos. Es decir, que los conflictos no se establezcan de manera estereotipada, sino que promuevan la generación y el uso de recursos para transformar las tensiones. En consonancia con esta idea, Meler (1999) señala como indicadores insoslayables de salud mental la flexibilidad y la potencialidad creativa. Frente a circunstancias vitales que pueden generar conflictos, fracturas vinculares y/o psicopatología, como lo es la rebelión frente al mandato de la maternidad obligatoria, lo saludable es poner en juego estos recursos en pos de la recreación de nuevos sentidos. En palabras de la autora, "nuevos sentidos que permitan transitar por experiencias no previstas en el proyecto vital, sin significarlas forzosamente como pérdidas o injurias narcisísticas". (Meler, 1999, p. 246). La experiencia de aborto voluntario se considera en un entramado indisoluble con la situación de embarazo no deseado y las condiciones y circunstancias en que esto acontece. El embarazo no deseado se presenta como una situación crítica y como una emergencia a resolver en la vida de muchas mujeres, para quienes por múltiples circunstancias, al no enlazar embarazo con maternidad o al negarse a la maternidad obligatoria, el aborto se configura como una resolución legítima y/o necesaria aunque no legal.

METODOLOGIA

La metodología adoptada para esta investigación es de tipo cualitativa con enfoque de género desde una perspectiva microsocio (Sautu, 2005). Para la producción de datos cualitativos verbales primarios se empleó la técnica de entrevistas en profundidad con el objetivo de descubrir, captar y profundizar el sentido que los sujetos dan a sus acciones (Vieytes, 2004). Se elaboró una guía flexible de preguntas en función de tópicos acordes a los objetivos específicos y a los temas emergentes de las entrevistas. Se estableció una muestra intencional por propósitos teóricos, no probabilística, cuya unidad de análisis son mujeres mayores de 18 años que hayan atravesado al menos una experiencia de aborto con medicamentos en la región de Cuyo (San Luis, San Juan y Mendoza) a partir del año 2010 en adelante, acompañadas o no por activistas feministas. El diseño muestral incluye a mujeres de diferentes edades y pertenencia a estratos socio-educativos; en situaciones diversas respecto a la maternidad, su vinculación con las creencias religiosas y los feminismos. Para la detección de las posibles entrevistadas se utilizó la técnica de la bola de nieve, a partir de las primeras mujeres que fueron referidas por agentes de salud del sector público y de organizaciones feminista de las provincias

de Mendoza y San Luis (región Cuyo, Argentina). Una vez desgrabadas y transcritas las entrevistas, se comenzó su codificación y análisis mediante uso del programa Atlas Ti.⁴

En esta presentación se dará cuenta de la construcción de una categoría de análisis emergente denominada provisoriamente "Presencia Psi". Luego de la realización y transcripción de las entrevistas, en un momento de análisis preliminar (Valles, 2002) y codificación, se detectó que dentro de la complejidad que supone la experiencia, algunas mujeres otorgaban especial relevancia en el proceso de significación de la experiencia a la presencia de profesionales en Psicología. Con dichas profesionales se mantenía un vínculo terapéutico previo o se les había solicitado intervención por motivo de la situación de embarazo no deseado/aborto voluntario. Se seleccionaron los relatos de cuatro experiencias de mujeres, atendiendo a la mención de algún tipo de intervención relevante de profesionales de la Psicología. La información se reunió en seis entrevistas -en dos casos se realizó una segunda entrevista de profundización-. Todas las entrevistadas abortaron con medicamentos durante el primer trimestre de embarazo y contaron con el acompañamiento de activistas feministas. Completaron los abortos sin necesidad de recurrir al sistema de salud, sin complicaciones de salud física durante o después del proceso. Por otra parte, todas las profesionales implicadas son psicólogas mujeres. En tres de las situaciones, existía un vínculo terapéutico previo consolidado y en una de las situaciones, la intervención psi se solicitó específicamente debido a la situación de embarazo no deseado/aborto.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Dentro de lo que consideramos un *aborto acompañado* se registran diversas presencias. El análisis del material obtenido muestra que frente a la situación crítica de embarazo no deseado/aborto voluntario las mujeres recurrieron a intervenciones de profesionales en Psicología, ya sea porque se encontraban en tratamiento psicológico previo o porque demandaban intervenciones concretas frente a la situación. La presencia de estas/os profesionales constituye una circunstancia más que acompaña la experiencia de aborto voluntario y que aporta a la organización de sentidos sobre la experiencia y/o a la tramitación psíquica de la misma, que acontece en un determinado momento vital de las mujeres entrevistadas.

⁴ En la actualidad, el trabajo de campo se encuentra en desarrollo. Hasta el momento se han realizado 15 entrevistas a mujeres residentes en dos de las provincias de la región cuyana.

La categoría “Presencia Psi” refiere a las significaciones que las mujeres otorgan a la disponibilidad y/o actuación de un/a profesional del campo psi (Psicología, Psiquiatría) en relación con los procesos de tramitación psíquica de la experiencia, en su totalidad o en algunos de sus aspectos (el embarazo no deseado, la decisión de abortar, los sentimientos, estados emocionales asociadas al embarazo no deseado/aborto). Esta categoría se vincula directamente con uno de los supuestos de sentido de esta investigación que se centra en las condiciones y circunstancias significativas que rodean y constituyen las experiencias de aborto con medicamentos en contexto de penalización y clandestinidad. Consideramos que tanto estas experiencias como sus significaciones son heterogéneas, varían en función de determinantes subjetivos, contextuales y sociales, que abarcan condiciones materiales y simbólicas de existencia (clase social, edad, etnia, religión, orientación sexual, región geopolítica) y múltiples organizadores de sentidos. Estos últimos están signados por diversos vínculos interpersonales, presencias (acompañamientos) y ausencias en torno a la experiencia de abortar; momentos vitales de las mujeres; acontecimientos personales, familiares, sociales, políticos relacionados; vigencia, eficacia y adscripción a determinados valores sobre sexualidad, maternidad, derechos sexuales de las mujeres, legalidades, etc. A su vez, las significaciones sobre la experiencia se vincularán con determinados estados emocionales, en una tensión entre el malestar psíquico y/o el alivio y el bienestar emocional. Incluso estas significaciones pueden entrar en conflicto, coexistir y/o mutar dentro de las experiencias singulares de cada mujer.

Dentro de la categoría “Presencia Psi” podríamos pensar en dos grandes grupos: las facilitadoras y las obstaculizadoras de una tramitación psíquica beneficiosa para la salud mental de las mujeres. A continuación, se describen las sub-categorías construidas con fines analíticos y explicativos (ya que en un mismo fragmento pueden verse contenidas varias de estas sub-categorías) dentro de la categoría “Presencia Psi Facilitadoras”. Se hace referencia a su denominación, su núcleo figurativo entendido como la significación o valoración de la presencia psi. Se seleccionan fragmentos de las entrevistas para una mejor ilustración.

Presencia Psi facilitadora:

1. VALIDADORA DE DESEOS, DECISIONES Y/O DERECHOS. La mujer valora la intervención como beneficiosa porque facilita el reconocimiento y legitimación del propio deseo, la validación de la capacidad de decisión autónoma, el reconocimiento de aprendizajes a partir de la experiencia y/o el sentimiento de ser considerada sujeta de derechos a partir de la introducción de discursos de derechos (directa o indirectamente: derecho a la salud, derecho a

decidir.)

“Y, por lo menos a mí, que en ese momento iba a la psicóloga por otras cosas, me sirvió para eso, encontrarte con vos misma, poder tomar tus decisiones, poder decir hasta acá sí, hasta acá no.” (Virginia, 21 años)⁵

2. INFORMATIVAS/ ORIENTATIVAS. La mujer valora la intervención como beneficiosa para obtener información sobre los recursos materiales o humanos necesarios para abortar con medicamentos de forma segura u orientaciones que la aproximen a dichos recursos.

“Entonces yo le escribí [a la psicóloga] y a los dos días me dijo que fuera al hospital donde está laburando.

Fuimos con mi pareja, fuimos los dos y ahí ella nos habló un montón, nos contó en términos generales cómo era la cuestión del aborto con pastillas, también desde un lugar...también estuvo bueno por eso: porque ella nos decía “bueno, el aborto es un fenómeno que no es algo nuevo” que si bien uno lo sabe, yo sé que no es algo nuevo...por ahí [lo dijo] con una naturalidad que me hizo relajar un montón. Siempre es algo subjetivo, como lo vive uno, pero que te cuenten así, un mínimo marco de la historia, de donde vienen las cosas y un punto de vista también social, porque eso es una cuestión que tapa mucho, la cuestión social en cuanto al aborto en particular te priva de un montón de información...” (Andrea, 28 años)

3. CONTENEDORAS. La presencia psi se configura como un sostén necesario, como un espacio de escucha genuina o de expresión frente a la carencia o dificultad de contar con otros espacios de expresión. Se valora la disposición y la ausencia de juicios morales por parte de la/el profesional respecto a su situación.

“Esta vez...yo creo que esta es la tercera vez que hablo y por eso vine, para darme la posibilidad de ponerle palabras de nuevo. O sea, yo lo hablé con las chicas, con las chicas que en ese momento me socorrieron, con mi analista ¡que me bancó a muerte! O sea, que veía que yo tenía unas crisis que eran espantosas entonces ella estaba.”

“Yo ya venía, desde hace años sostengo el espacio [terapéutico]. Y la verdad que en ese momento yo creo que fue lo que a mí me sostuvo. Porque aparte no había manera de que yo lo pudiera hablar con nadie en ese momento. Y yo creo que ella estuvo como a la altura de

⁵ Los nombres elegidos son ficticios para resguardar la identidad de las entrevistadas.

las circunstancias. (...) Inclusive llamándome por teléfono para, al menos tranquilizarme cuando veía que ya no podía pensar y estaba desesperada y yo me quería morir y que ya no habían soluciones y que el médico me había dicho que...Entonces era poder hacer una lectura de eso y devolverme algo que a mí me calmara un poco, a 1000 km. Eso era impresionante. (...)Y esta cosa para mí fue fundamental. No sé cómo hubiera sido transitar todo esto sin esto [sin el espacio terapéutico], no se me ocurre.” (Marcela, 42 años)

4. REFLEXIVAS PARA DESENTRAMAR LA CRISIS. La mujer valora la intervención como un aporte para activar el juicio crítico sobre la situación y las circunstancias en las que aconteció y/o alcanzar un mejor entendimiento de los sentimientos de malestar emocional, ambivalencias o contradicciones presentes en la situación.

“(...) yo lo vivía con un poco con culpa. Yo estaba en tratamiento psicológico y ahí mi psicóloga me ayudó a entender y a pensar cómo había sido esa situación de embarazo y algo que me dijo y que me ha quedado bastante marcado para pensar es: “lo biológico, vos no estás dejando que lo biológico le gane al deseo. Hay una cuestión que es el deseo de tener un hijo y otra que es un embarazo biológico.” “Vos tenés que elegir qué querés: si va a ganar lo biológico sobre vos o va a ganar el deseo, de que vos no querés tenerlo.” (Bárbara, 34 años)

En este caso, la intervención también es significada como beneficiosa para facilitar el reconocimiento y legitimación del propio deseo.

5. ORGANIZADORA DE SENTIDOS/ RESIGNIFICADORA. La mujer valora la intervención como beneficiosa porque favorece la organización de sentidos en torno a la maternidad, la no obligatoriedad entre embarazo y maternidad, las circunstancias en que aconteció el embarazo no deseado, los afectos y representaciones asociadas al aborto, los modos de transitar la experiencia de aborto. Favorece procesos tendientes a la significación de la experiencia y a su incorporación con sentido en la biografía individual y/o colectiva.

“Ella [la psicóloga] me contaba de otro caso de una chica, conocida mía, que ella lo hizo público, la interrupción del embarazo, porque ella quería que se supiera para echar luz justamente. Eso me abrió un montón la cabeza, me hizo pensar: no tengo que estar ocultando algo. Yo lo puedo compartir o no pero no es un secreto que tenga que guardar. (...) Y creo que es mejor traerlos así, mirarlos de frente y poder vivir con ellos de frente, no de atrás. Con el aborto es lo mismo, en cuanto a lo social creo que ese es el camino: tiene que venir por el lado

de la luz, de la legalidad, de lo que todos veamos y podamos hablarlo, no que lo tengamos guardado.”(Andrea, 28 años)

6. DESCULPABILIZADORA/NORMALIZADORAS. La mujer significa la intervención como un aporte para aminorar o disolver sentimientos de culpa y despojar a la práctica abortiva de su carácter de “excepcional” o inadecuada. Mediante la conexión con experiencias similares de otras mujeres (en concreto o en abstracto), el alejamiento de discursos hegemónicos sobre aborto asociados a delito o pecado, la ausencia de juicios morales.

Este tipo de “presencia psi”, en la mayoría de los relatos, se encuentra vigente junto con otras subcategorías. Por ejemplo, en los fragmentos citados correspondientes a Andrea, además de recibir información sobre aborto con pastillas, la contextualización de la práctica, la clarificación de los orígenes sociales del secretismo y la oscuridad que frecuentemente rodean la práctica clandestina y la conexión con experiencias de mujeres cercanas permitieron dotar de otros afectos al tránsito por el aborto y quitar a la práctica el carácter de excepcionalidad y de novedad, a pesar de que en su trayectoria vital concreta sí constituía una situación nueva y desconocida.

Estos resultados preliminares se corresponden con el relevo realizado de investigaciones cualitativas de la región, afines al tema de estudio en cuestión. El estudio cualitativo realizado por Lafaurie y otros/as (2005) en México, Colombia, Ecuador y Perú sobre la perspectiva de mujeres que abortaron con medicamentos arrojó interesantes datos sobre las valoraciones de las mujeres sobre la importancia de contar con soporte emocional y consejerías pre-aborto para comprender el proceso corporal, entre otros factores psicosociales. En esta misma línea, estudios centrados en los aspectos subjetivos de la experiencia de aborto en contexto de ilegalidad (Carril Berro y López Gómez, 2007, 2010) concluyeron que aquellas mujeres que pudieron acceder a recursos de información y de sostén afectivo, contaron con mejores condiciones materiales y subjetivas para transitar y elaborar la experiencia vivida. Mientras que, la dificultad en el acceso a la información fue un factor desencadenante de altos montos de ansiedad y angustia. Otro estudio reveló que el poder hablar de la experiencia de aborto que ocurre en contexto de clandestinidad y el poder historizarla, en el sentido de ubicarla dentro del torrente de sentido de la historia personal, representa una forma de empoderamiento para las mujeres. Mientras que el silenciar la experiencia, ya sea por culpa, censura social y/o miedo, y apoyadas en la ausencia de políticas públicas y en tradiciones culturales, constituye una situación de vulnerabilidad que refuerza el aislamiento y la subordinación de las mujeres

(Rostagnol, 2005). Respecto al accionar de profesionales de la salud, un estudio realizado en Uruguay tras la legalización del aborto registró que un factor facilitador del tránsito de las mujeres por la experiencia de interrupción voluntaria del embarazo fue la intervención sin tono estigmatizante por parte de los equipos de salud. Esta actitud brindó un espacio para normalizar la práctica y reducir la angustia de las mujeres de ser señaladas o de recibir recriminaciones por abortar (Silva, 2014). En contraposición, los estudios prospectivos metodológicamente más sólidos relevados por la APA (2008) muestran que los sentimientos de estigmatización, la necesidad percibida de guardar el aborto en secreto y el bajo apoyo social percibido o anticipado frente a la decisión de abortar, entre otros, afecta negativamente la experiencia psicológica post aborto de las mujeres. En correspondencia con esto, los resultados de nuestros análisis realizados hasta el momento indican que la experiencia de las mujeres se ve facilitada y favorecida por las posibilidades de contar con orientación e información confiable y segura en un contexto donde esta es escasa o escatimada, contención emocional adecuada y sin tono estigmatizante o culpabilizante, y con un espacio de expresión que permita poner en palabras y dar un sentido a la situación crítica de embarazo no deseado/aborto voluntario en contexto de criminalización, cuando recurren a profesionales del campo psi.

Respecto a lo que podría considerarse como “presencias psi obstaculizadoras”, hasta el momento no se han encontrado relatos de interacciones con profesionales del campo psi que sean significadas por las mujeres como instancias que hayan dificultado la experiencia. No ocurre lo mismo con otras interacciones con efectores/as de los sistemas de salud –privados o públicos- que se desempeñan en otros campos profesionales. Muchos/as profesionales de la salud presentan reacciones emocionales frente al aborto que, enmascaradas en argumentos científicos y/ o éticos, revisten significaciones acerca de la maternidad, la subjetividad femenina, la sexualidad, el poder en las relaciones de género. Estas significaciones inciden sobre sus prácticas, las relaciones sanitarias que establecen con las usuarias y los modos de abordaje que luego recursivamente van produciendo subjetividad en las mujeres (Carril Berro y López Gómez, 2010). Dentro del campo psi circulan narrativas que se apoyan en nociones hegemónicas sobre la maternidad y la sexualidad de las mujeres; que se corresponden con la condena legal, religiosa y cultural de las prácticas abortivas y que continúan organizando las prácticas individuales y sociales, públicas y privadas, incluidas las prácticas profesionales. Como intervenciones incluíbles en este espectro, podría pensarse en aquellas que contienen juicios morales o manifiestan actitudes punitivas directas. Pero también aquellas que, de maneras más larvadas: apelan indiscriminadamente a la noción de “deseo inconsciente de hijo”; consideran la

maternidad como instintiva negando su carácter construido socio-históricamente; esencializan situación de trauma, sentimientos de culpa, tristeza y demás “consecuencias” negativas en la salud mental de las mujeres asociada intrínseca y necesariamente a la práctica abortiva, desconociendo las condiciones y circunstancias en que esto acontece en la vida de las mujeres (Fernández 2009). Ante lo cual cabe preguntarse si los discursos condenatorios y/o aquellos que reproducen acríticamente narrativas hegemónicas sobre “La Mujer”, al favorecer la producción y reproducción de determinadas significaciones en torno al aborto y al obstaculizar otras vinculadas a la legitimidad de esa decisión, podrían dificultar el tránsito por la experiencia de manera saludable.

CONCLUSIONES

El tránsito por la situación de embarazo no deseado/aborto voluntario en contexto de restricción legal y criminalización de la práctica es complejo, y las condiciones y circunstancias que rodean estas prácticas son diversas y heterogéneas. El análisis realizado permite concluir que las intervenciones psicológicas que se valen de discursos cercanos a los *derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres* (Brown, 2008) y que se corresponden con el deseo expresado por la mujer que solicita dicha intervención, se configuran como dispositivos facilitadores de ciertos organizadores de sentido en los procesos de significación de la experiencia. Colaboran en la tramitación psíquica beneficiosa para la salud mental de las mujeres que atraviesan dicha situación.

Se considera necesario continuar trabajando en esta categoría y poder interrelacionarla con otras que vayan emergiendo a medida que se avance con el proceso de análisis en curso. El modelo tensional-conflictivo y la concepción participativa de salud, mediante el análisis de las experiencias de las mujeres, posibilita la delimitación de acciones y criterios en el campo de la salud mental, que podrán traducirse en aportes al campo de la salud desde la perspectiva de género, interesantes y necesarios en contextos adversos que atentan contra los derechos de las mujeres, sus vidas y su salud integral.

BIBLIOGRAFÍA

- AAVV (2013). *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*. Herramientas, Buenos Aires.
- Anzorena, Claudia (2013). “Romper la ley: el gobierno de Mendoza frente al “aborto no punible” (Argentina, 2012).” *Bagoas, Estudos Gays, Gênero e Sexualidades*. 7 (09), (267-292). Rio Grande do Norte: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

- Brown, Josefina (janeiro-junho 2008). Los derechos (no)reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. En *Cadernos Pagu* (30), (269-300).
- Burin, Mabel y cols. (1990) *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Paidós , Buenos Aires.
- Burin, Mabel (1992) Nuevas perspectivas en salud mental de las mujeres. En Fernández Ana María (comp.). *Las mujeres en la imaginación colectiva*. (p. 314- 332). Paidós , Buenos Aires.
- Burin, Mabel y col. (2002. [1987]) *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. -2 da ed.- Librería de mujeres, Buenos Aires.
- Carril Berro Elisa y López Gómez, Alejandra (2007). *Resultados de la investigación: Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de ilegalidad y penalización*. Cátedra libre en Salud reproductiva, sexualidad y género. Facultad de Psicología. Universidad de la República.
- Carril Berro Elisa y López Gómez, Alejandra (2008). *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Ediciones Trilce, Uruguay.
- Carril Berro Elisa y López Gómez, Alejandra (2010). "Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud." *Psicología, Conocimiento y Sociedad - Revista de la Facultad de Psicología*, nro. 02, 1-36. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- CLACAI-Ipas (2011). *Misoprostol y aborto con medicamentos en Latinoamérica y el Caribe*. Documento electrónico, <http://lac.unfpa.org/public/lang/es/pid/7247>. Consultado 15/12/14.
- Chiarelli, Julieta et al. (marzo de 2015). "Tu derecho a decidir, mi deber de informar: aborto con misoprostol en atención primaria." *Boletín de FLASOG, Volumen 3*. (1), 5-9.
- De Lauretis, Teresa (1996 [1989]). "La tecnología del género." *Mora*, N° 2, 6-34. Disponible en: <http://www.caladona.org/grups/uploads/2012/01/teconologias-del-genero-teresa-de-lauretis.pdf>. Consultado: 15/11/17
- Fernández, Ana María (2009). Embarazos adolescentes ¿precocidades desventajosas? En Fernández Ana María: *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias*. (101-150) Nueva Visión, Buenos Aires.
- Fernández, Ana María (2016 [1993]). *La mujer de la ilusión. Pactos y Contratos entre hombres y mujeres* – 1 ed., 7 reimp.- Paidós , Buenos Aires.
- Fernández Ana María y Tájer Débora (2006). El aborto y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos. En Checa, Susana (comp.). *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*. (33-46). Paidós, Buenos Aires.
- Gross, Elizabeth (1986). "¿Qué es la Teoría Feminista?" En Pateman, C. y Gross. E, (eds.) *Feminist challenges social and political theory*. Boston: Northeastern University Press.
- Haraway, Donna (1993). "Saberes situados: el problema de la ciencia en el feminismo y el privilegio de una mirada parcial". En Dubois y Cangiano (comp.). *De mujer a género*. CEAL, Buenos Aires.
- Harding, Sandra (1987). "¿Existe un método feminista?". En *Feminism and Methodology*, Bloomington: Indiana University Press. Trad. Gloria Elena Bernal.
- Lafaurie, María Mercedes et al (2005). "El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú." Documento

electrónico:

http://www.colectivacr.com/sites/default/files/Docs/AbortoAL/aborto_medicamentosAL.pdf

Consultado: 03/06/15.

- Meler Irene (1999). Psicoanálisis y género. Aportes para una psicopatología. En Burin ,M. y Dio Bleichmar, E. (comp.). *Género, Psicoanálisis y subjetividad*. Paidós , Buenos Aires.
- Menéndez Eduardo (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas." *Ciencia & Saúde Coletiva* (8), 1, (185-207).
- Petracci, Mónica, Pecheny, Mario, Mattioli Marina, Capriti, Alejandro (2012). "El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires." *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, nro. 12, (164-197).
- Ramos, Silvina, Romero, Mariana y Aizenberg, Lila (2015). "Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina." En *Journal Reproductive Health Matters*. Vol. 22, 2015 (4-15)
- Rostagnol, Susana (2005). "Autonomía y subordinación en el tránsito de las mujeres por el aborto clandestino." *Otras Miradas*, [en línea], 5, (2). Disponible en: http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/grupos/gigesex/otrasmiradas/rev5_2/articulo3.pdf#search=%22Susana%20Rostagnol%22
- Rostagnol Susana, Viera Mariana, Grabino Valeria, Mesa Serrana (2013) "Transformaciones y continuidades de los sentidos del aborto voluntario en Uruguay: del AMEU al misoprostol". *Bagoas* [Internet]. 7 (9), (17-42).
- Ruiz Cantero, María Teresa (2011). "Salud pública desde la perspectiva de Género: hitos e innovación." *Feminismo/s*. N° 18, (11-14)
- Santarelli, Natalia (2017). "Consideraciones teórico-epistemológicas iniciales para una investigación con perspectiva de género. Las significaciones de las mujeres sobre sus experiencias de aborto medicamentoso." *RevIISE Revista de Ciencias Sociales y Humanas del Instituto de Investigaciones socioeconómicas*; Vol. 9, año 9, (51-62) UNSJ - FaCSO -IISE. Disponible en: <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/130/pdf>. Consultado: 02/03/2018.
- Sautu, Ruth y otros. (2005): *Manual de Metodología. Construcción de marco teórico, formulación de objetivos y elección de la metodología*. Clacso , Buenos Aires.
- Silva, Martha y cols. (2014). *Lo que cuentan las mujeres. Vivencias y trayectorias terapéuticas de usuarias de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Montevideo, Cerro Largo y Paysandú*. Disponible en <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/536>. Consultado: 09/09/2016
- Valles, Miguel. (2002). "Entrevistas cualitativas". *Cuadernos metodológicos* N° 32. Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid.
- Vázquez, S.; Calandria, N.; Gutiérrez, Ma., Berner, E. (2006). El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso seguro de misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes. En Checa, Susana (comp.): *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*. (277-298). Paidós , Buenos Aires.
- Velazquez, Susana (2010). Sobrevivir a la violencia: los alcances de una crisis. En *Violencias cotidianas, violencias de género: escuchar, comprender, ayudar*. (57-68). Paidós , Buenos Aires.

- Vieytes, R. (2004): *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad: epistemología y técnicas*. Buenos Aires: De las ciencias.
- Zamberlin, N. y Raiher, S. (2010). Revisión del conocimiento disponible sobre experiencia de las mujeres con el uso del misoprostol en América Latina. CLACAI, Lima. Disponible en <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/25>
- Zamberlin N., Romero M. y Ramos S. (2012). Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted En *Reproductive Health Journal*. 9(1):34. <http://www.reproductive-health-journal.com/content/pdf/1742-4755-9-34.pdf>

Documentos

- American Psychological Association (2008). *Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion*. Autoras/es: Major, B., Applebaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F. & West, C. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>. Consultado el 20/03/18
- Asociación por los Derechos Civiles (2015). *Acceso al Aborto No Punible en Argentina: Estado de Situación. Marzo 2015*. Buenos Aires.
- F.A.L. s/ medida autosatisfactiva, Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina 13/03/2012. Disponible en www.infojus.gov.ar/archivo.php?archivo=fal.pdf.
- Ministerio de Salud (2013). Decreto Reglamentario 603/2013 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Capítulo II, artículo 3°. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1948). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19 de junio al 22 de julio de 1946, entró en vigor el 7 de abril de 1948.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. 2° ed. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). *Clinical practice handbook for a safe abortion*. London.