



Natalia Santarelli

m.natalia.santarelli@gmail.com

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis, Argentina

Claudia Cecilia Anzorena

claudia_anzorena@yahoo.com.ar

Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina

EXPERIENCIAS EMOCIONALES Y SIGNIFICACIONES EN TORNO AL EMBARAZO NO DESEADO/ABORTO VOLUNTARIO

Aportes a los alcances de la causal salud integral para la interrupción legal del embarazo en Argentina

DOI: <https://doi.org/10.25009/clivajes-rs.v0i14.2673>

Clivajes. Revista de Ciencias Sociales. Año VII, número 14, julio-diciembre 2020, pp. 206-228.

<https://clivajes.uv.mx/index.php/Clivajes/article/view/2673/4482>

Instituto de Investigaciones Histórico-Sociales, Universidad Veracruzana

Clivajes. Revista de Ciencias Sociales/ISSN: 2395-9495/III-S, UV/Xalapa, Veracruz, México

Recibido: 15/03/2020

Aceptado: 05/04/2020

Dictaminado: 05/10/2020

EXPERIENCIAS EMOCIONALES Y SIGNIFICACIONES EN TORNO AL EMBARAZO NO DESEADO / ABORTO VOLUNTARIO

*Aportes a los alcances de la causal salud integral para la interrupción legal del
embarazo en Argentina*

Natalia Santarelli*
Claudia Cecilia Anzorena**

Resumen

El artículo profundiza en la comprensión de las experiencias de malestar emocional de mujeres que transitan embarazos no deseados, seguidos de abortos, con el fin de aportar al debate sobre los alcances de la causal *salud integral* —que reconoce (o debería reconocer) el derecho a interrumpir legalmente un embarazo en el sistema de salud— en Argentina, a partir de una investigación cualitativa con perspectiva de género, feminista, durante la cual se entrevistó a 20 mujeres que abortaron clandestinamente, con medicamentos, en San Luis y Mendoza.

Atiende la configuración emocional y las significaciones que asocian, al embarazo no deseado, su posible continuación o interrupción en determinadas condiciones y circunstancias personales, relacionales, sociales y legales. Distingue, emocionalmente, sorpresa, negación y aversión frente al embarazo; desesperación y urgencia por solucionar el problema; temor y miedo ante una práctica clandestina, así como vergüenza y culpa, vinculadas a mandatos sobre la sexualidad femenina, además del hecho de que, mientras el embarazo no deseado se considera ajeno, invasivo y torturante —lo cual denota afectación a la salud emocional—, su interrupción voluntaria se vive como el medio más adecuado para poner fin a los sufrimientos asociados. Concluye que estas configuraciones emocionales deben ser consideradas, por los equipos de salud y la sociedad, como parte de la causal *salud integral* para la interrupción legal del embarazo.

Palabras clave: Embarazo no deseado, Salud mental, Interrupción legal del embarazo, Argentina

EMOTIONAL EXPERIENCES AND MEANINGS AROUND UNWANTED PREGNANCY / VOLUNTARY ABORTION. *Contributions to the scope of the integral health causal factor for the legal interruption of pregnancy in Argentina*

Summary

The article delves into the understanding of the experiences of emotional distress of women who go through unwanted pregnancies, followed by abortions, in order to contribute to the debate on the scope of the *integral health* causal - which recognizes (or should recognize) the right to legally interrupt a pregnancy in the health system - in Argentina. It is based on a qualitative research with a gender perspective, feminist, during which 20 women who had clandestinely aborted, with medication, were interviewed in San Luis and Mendoza.

It attends to the emotional configuration and the meanings associated with the unwanted pregnancy, its possible continuation or interruption under certain personal, relational, social and legal conditions and circumstances. It distinguishes, emotionally, surprise, denial and aversion to pregnancy; desperation and urgency to solve the problem; fear and dread of a clandestine practice, as well as shame and guilt, linked to mandates on female sexuality. In addition to the fact that, while unwanted pregnancy is considered alien, invasive and torturous - which denotes affectation to emotional health -, its voluntary interruption is seen as the most suitable means to put an end to the associated sufferings. It concludes that these emotional configurations should be considered, by health teams and society, as part of the *integral health* cause for the legal interruption of pregnancy.

Keywords: Unwanted pregnancy, Mental health, Legal termination of pregnancy, Argentina

* Becaria Doctoral en Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis; actualmente, profesora en esta última institución.

** Investigadora adjunta en el Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales (INCIHUSA) de Mendoza, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.

EXPÉRIENCES ÉMOTIONNELLES ET SIGNIFICATIONS AUTOUR DE LA GROSSESSE NON DÉSIRÉE / AVORTEMENT VOLONTAIRE.
Des apports sur les portées du motif de la santé intégrale pour l'interruption légale de la grossesse en Argentine

Résumé

L'article approfondie sur la compréhension des expériences du mal être émotionnel des femmes qui transitent par des grossesses non désirées suivies d'avortements afin d'apporter au débat sur les portées du motif de la *santé intégrale* —qui reconnaît (ou devrait reconnaître) le droit à interrompre légalement une grossesse dans le système de santé- en Argentine, à partir d'une recherche qualitative avec approche de genre, féministe, pendant laquelle on a interviewé à 20 femmes qui ont avorté clandestinement à l'aide des médicaments à San Luis y Mendoza.

Il aborde la configuration émotionnelle et les significations qui associent, à la grossesse non désirée, sa possible continuation ou interruption dans certaines conditions et circonstances personnelles, relations sociales et légales. Il distingue, émotionnellement, surprise, négation et aversion face à la grossesse, désespoir et urgence pour résoudre le problème ; peur et larmes face à une pratique clandestine, ainsi que la honte et la culpabilité liées à des mandats sur la sexualité féminine, en plus du fait qu'alors que la grossesse non désirée est considérée étrangère, invasive et torturante — ce qui dénote affectation à la santé émotionnelle- son interruption volontaire se vit comme le moyen le plus adéquat pour mettre fin aux souffrances associées. On conclue que ces configurations émotionnelles doivent être considérées, par les équipes de santé et par la société comme une partie du motif de la *santé intégrale* pour l'interruption légale de la grossesse.

Mots clés : Grossesse non désiré, Santé mentale, Interruption légale de la grossesse, Argentine

“Estoy desesperada, necesito abortar”.

INTRODUCCIÓN

Las colectivas de activistas feministas que bregan por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito en Argentina, reciben infinidad de mensajes según los cuales para las mujeres que no quieren o no pueden continuar con un embarazo, el acceso al aborto se configura como una necesidad desesperada de resolver un malestar que se significa, subjetivamente, de vida o muerte. De acuerdo con el marco legal argentino, estas situaciones críticas se encuadran en la causal *salud integral*, que habilita la interrupción legal de embarazos (ILE), ya que la salud integral comprende un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades.

Sin embargo, lo que prima en el sistema de salud y en las voluntades políticas de los/as funcionarios/as son interpretaciones restrictivas de las causales que contempla el artículo 86 del Código Penal Argentino. Esta condición de inaccesibilidad y de expulsión del sistema de salud, en connivencia con la criminalización social de la práctica, a la que se suman factores culturales, religiosos y políticos, empuja a las mujeres, niñas, adolescentes y otras personas gestantes a una situación inducida de fragilidad corporal y emocional, así como a circuitos de ilegalidad y clandestinidad; todo lo cual vulnera y excluye derechos reconocidos a la salud, a una vida sin violencias, a la autonomía corporal y a la integridad personal. Estas situaciones comportan formas de injusticia y diferentes riesgos de acuerdo con la edad, la racialización, el sector socioeconómico, la zona de residencia y el estatus migratorio, entre otras condiciones materiales y simbólicas de existencia: riesgos y fragilidades inducidos, que podrían ser subsanadas con legislaciones y políticas públicas claras y

justas –con su correspondiente aplicación y monitoreo– para con las mujeres y otras personas con capacidad de gestar.

En este escrito nos proponemos profundizar en la comprensión de las experiencias emocionales y significaciones de mujeres en torno a embarazos no deseados e interrumpidos de forma voluntaria y farmacológica. Consideramos estos “embarazos no deseados/abortos voluntarios” como un entramado indisoluble que acontece, cual *continuum*, en condiciones y circunstancias determinadas y determinantes de la experiencia.

A partir del contacto con estas experiencias emocionales y con las valoraciones subjetivas que realizan las mujeres sobre sus malestares y bienestar ante la situación de embarazo no deseado/aborto voluntario, nos interesa problematizar el sentido y alcance –concreto y potencial– de la causal *salud integral* para la interrupción del embarazo en las condiciones legales actuales. Nuestro supuesto, que surge del involucramiento con mujeres que buscan abortar, es que toda situación de embarazo no deseado afecta el bienestar de quien lo porta, y por ello puede enmarcarse en la causal *salud*, comprendida de manera integral en el contexto legal vigente, si la persona así lo requiriere, sin perder de vista que sólo la legalización y despenalización del aborto voluntario saldarían gran parte de estas afectaciones e injusticias que deben ser transitadas en las condiciones actuales.

BREVES CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Nuestras reflexiones se enmarcan en una investigación de tipo cualitativo/intensivo, que se encuentra en curso, desde una perspectiva de género, feminista. En términos generales, buscamos comprender las relaciones entre las significaciones que las mujeres construyen sobre sus experiencias de aborto farmacológico en un contexto de penalización y las condiciones de preservación, producción y afectación de la salud mental.

A través del método biográfico, entramos en contacto con relatos de mujeres sobre embarazos no deseados/abortos voluntarios, en los cuales no sólo describen, sino también seleccionan, evalúan e interpretan la propia experiencia, construida desde las creencias, las inquietudes y los valores individuales que se sostienen, a la vez que se entrelazan en un determinado contexto histórico-social (Sautu, Boniolo, Dalle & Elbert 2005; Vieytes, 2004).

Realizamos 20 entrevistas en profundidad a 18 mujeres que abortaron voluntariamente con medicamentos entre 2010 y 2018 en las provincias de San Luis y Mendoza, Argentina). –en dos oportunidades, concretamos otra entrevista para indagar

más sobre ciertos tópicos. El recorte espacial atañe a provincias cuyas dirigencias políticas, en los momentos en que acontecieron estos abortos, se mostraban públicamente reacias a adoptar las medidas necesarias para garantizar el acceso a Interrupciones Legales de Embarazos. Ninguna se adhería a los documentos que, desde el Ministerio de Salud de la Nación, determinan las responsabilidades de los equipos de salud en estos casos. A ello se suma que, desde 2009, la provincia de Mendoza limita, por ley provincial N° 8.116, el expendio, suministro y/o fraccionamiento de Misoprostol al ámbito institucional sanitario, lo cual impide su compra en farmacias y empuja a quienes lo necesitan hacia el mercado clandestino. Misoprostol es uno de los medicamentos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) para inducir abortos farmacológicos seguros.

La mayoría de las entrevistas tuvo lugar en el primer semestre de 2017, es decir, antes de la enorme y trascendente movilización social y el debate público sobre la legalización del aborto voluntario, que supusieron el tratamiento legislativo del proyecto de Ley presentado por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, a mediados de 2018. Las entrevistas se desarrollaron a partir de un guion flexible, basado en grandes tópicos sobre la experiencia de embarazo y aborto; tuvieron una duración de entre 50 y 150 minutos; fueron grabadas con el consentimiento de las entrevistadas, el cual se obtuvo de forma oral, en el momento previo a la entrevista —no se concretó por escrito, debido al estatus legal de la experiencia en cuestión.

El muestreo secuencial, en bola de nieve, se compuso de mujeres residentes en zonas urbanas, que al momento de abortar tenían entre 22 y 40 años. Los abortos se realizaron en sus domicilios o en los de personas allegadas, por fuera del sistema de salud y sin supervisión médica durante el proceso. Ninguna enfrentó complicaciones físicas graves después del aborto ni consecuencias penales; todas contaban, al menos, con una experiencia acompañada por grupos feministas locales.

Luego de transcribir las entrevistas, emprendimos una codificación inductiva, con apoyo del *software* Atlas.ti, a partir de la cual construimos cuatro grandes categorías interrelacionadas que describen las configuraciones emocionales, donde se distinguen: a) sorpresa, negación y aversión frente al embarazo; b) desesperación por solucionar lo que se presenta como un problema; c) miedos frente a una práctica clandestina y criminalizada; d) vergüenza y culpa por el embarazo.

Del total de entrevistas, seleccionamos algunos *verbatim*s, para ilustrar parte de los resultados que aquí exponemos. Los nombres de las mujeres fueron modificados para respetar el criterio de confidencialidad y preservación del anonimato acordado.

SALUD MENTAL DE LAS MUJERES DESDE EL MODELO TENSIONAL-CONFLICTIVO PARTICIPATIVO

Los eventos vinculados a las capacidades reproductivas (como el embarazo, el parto, el aborto) forman parte de los procesos de construcción de la salud mental. A su vez, estos eventos y sus significaciones se encuentran conformados por construcciones sociales de género y fuertemente ligados a los mandatos hegemónicos de maternidad que recaen sobre las mujeres (Fernández, 2016). Joan Scott plantea que el género es tanto un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias sexuales como un elemento que da forma a las relaciones significantes de poder, y que está presente, y media en todas las relaciones sociales y políticas, así como en la construcción de las subjetividades y en las prácticas concretas (Scott, 1996; Hernández García, 2006).

Para la comprensión de la salud mental de las mujeres, Mabel Burin (1990, 1992, 2002) propone el modelo tensional-conflictivo desde una concepción participativa. Este modelo teórico entiende la salud mental como un proceso abierto, complejo, fluctuante, que sus mismas protagonistas van construyendo en los distintos momentos de sus vidas. El proceso de construcción deviene en función de los tránsitos y las formas de elaboración y recreación de sentidos en torno a las sucesivas crisis vitales, tanto evolutivas como accidentales, es decir, inesperadas en el trascurso vital, como pueden serlo un embarazo o un aborto. La concepción participativa de salud mental define acciones y criterios al respecto, desde la revalorización de las experiencias de las mujeres, para generar y analizar teorías y prácticas que permitan comprender sus malestares. Desde este modelo, los equipos de salud apoyan tales procesos sin convertirse en depositarios de los saberes ni de los criterios de construcción de salud.

Adoptamos este modelo, porque se aleja del establecimiento de criterios normativos y normativizantes que ignoran, invisibilizan y hasta niegan los sentires, padeceres y potencialidades saludables implicados en los procesos de crisis. Además, proporciona el recurso conceptual de “malestar psíquico”, que alude a los sufrimientos psíquicos y emocionales de las mujeres, como emergentes de su condición de género en el marco de relaciones desiguales de poder. Este concepto resulta enriquecedor, porque, por un lado, supera el dualismo salud/enfermedad y las diferencias psicopatológicas, tradicionales y rígidas, entre lo normal y lo patológico, e introduce, por otro lado, dimensiones políticas de género en su formulación misma. Así pues, sin perder de vista las singularidades, esta noción enfatiza las dimensiones socioculturales e históricas en la producción de subjetividades feminizadas y las condiciones que producen, preservan y

afectan la salud, y pueden configurar factores de riesgo específicos para la salud mental de acuerdo con el género (Burin, 1990, 1992, 2002).

Entre estos factores, juega un papel fundamental la imposición del mandato de maternidad, como legitimador y equivalente a ser mujer. Tal como explica Ana María Fernández, a través del mito Mujer=Madre, numerosos dispositivos actúan para determinar que lo natural para las mujeres es ser madres y que sólo se es una mujer plena en cuanto se es madre, desconociendo la existencia de otros deseos y proyectos posibles, e imponiendo las formas en que se deben vivir tanto la maternidad como los procesos psicofisiológicos que ésta involucra, todo lo cual genera tensiones y conflictos que afectan la subjetividad y las experiencias (Fernández, 2016; Rich; 1996). De este modo, si la maternidad se impone como destino obligatorio para las mujeres, aquello que contradiga o desdiga este mandato es reprobado y censurado, a través de los diversos dispositivos simbólicos, sociales, institucionales y hasta legales de que disponen las sociedades.

CONTEXTO LEGAL DEL ABORTO EN ARGENTINA: LA CAUSAL *SALUD INTEGRAL* PARA LA ILE

En Argentina, el Código Penal, en sus artículos 85 y 86, establece que el aborto está penado, salvo cuando el embarazo implica un peligro para la vida o la salud de la mujer gestante y/o cuando es producto de una violación.

En 2006, el caso conocido como L.M.R.: una mujer de 19 años con discapacidad mental, embarazada producto de violación, a quien se le negó un aborto legal, dio lugar a que una serie de pedidos, enmarcados en las causales, adquirieran interés público en diferentes puntos del país. Los casos que despertaban mayor controversia legal, institucional y social eran aquellos en los que se solicitaba el aborto legal por embarazos producto de violación a mujeres y niñas sin discapacidad mental (Foro, 2009). Al respecto, en 2011, el Comité de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (CDH/ONU) condenó al Estado argentino por incumplimiento del Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, al negarle el aborto a L.M.R., y ordenó tomar medidas de reparación y no repetición (Díaz, 2011). La visibilización de los obstáculos en el acceso a los abortos legales evidenció las falencias en la política para la atención de los abortos permitidos; cada servicio de salud actuaba de acuerdo con criterios propios, protegiéndose a sí y no a las mujeres, revictimizadas, maltratadas y expuestas públicamente, en asuntos que afectaban su intimidad, como es el caso de ser víctima de una violación (Anzorena, 2013).

En 2007, el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) elaboró la primera *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles*, que se actualizó en 2010. Ambas fueron antecedentes del *Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE)* de 2015, y que en diciembre de 2019 fue actualizado y refrendado con una resolución del Ministerio de Salud. Este protocolo implicó un salto cualitativo, evidenciado ya en la propia denominación de la práctica, que pasó de considerar su no punibilidad a enfatizar su legalidad, y, por lo tanto, su calidad de derecho a ser garantizado, así como las responsabilidades del sistema de salud. En este salto, jugaron un papel fundamental los movimientos por la legalización del aborto, como la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito (surgida en 2005), la condena al Estado argentino por la CDH/ONU y, sobre todo, el Fallo F.A.L. de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), en 2012.

En este fallo la CSJN aclara la interpretación del inciso 2 del artículo 86, estableciendo que, de acuerdo con el Código Penal argentino, la Constitución Nacional (1994) y los tratados internacionales que Argentina suscribe, la causal *violación* debe contemplarse independientemente de las facultades mentales de las víctimas de la agresión. Además, señala que no garantizar la interrupción de un embarazo, cuando es legal, resulta discriminatorio y violatorio de los derechos humanos. Exhorta a los gobiernos provinciales a implementar y garantizar la aplicación de protocolos hospitalarios para la atención de los abortos no punibles, sin dilación ni judicialización, con la sola declaración jurada de la mujer ante el médico, e indica la existencia y plena vigencia de la *Guía* del MSAL (CSJN, 2012). Esto último tiene impacto con respecto a la causal *salud*, que también está contemplada en la ley y se reflejó, con total claridad posteriormente, en el contenido del *Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo*.

Este *Protocolo* establece una visión integral de la salud, que contempla las dimensiones física, mental-psíquica y social. La noción de peligro para la salud no exige la configuración de un daño ni la constatación de una enfermedad o una intensidad de peligro determinada; abarca la posible afectación de la salud y, en cuanto a la salud mental, incluye “el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima” (MSAL, 2019, p. 16). Es otras palabras, si la continuación de un embarazo genera un riesgo de afectación al bienestar físico, mental o social de la persona gestante, su interrupción es legal y debe ser una práctica garantizada como derecho, sin obstaculización ni negación alguna. Además, establece que debe ser la

persona gestante quien decida qué tipo de peligro está dispuesta a correr, como factor determinante para requerir una ILE, es decir, se debe respetar su decisión sobre cuánto riesgo o afectación a su salud está dispuesta a soportar (Ramón Michel & Ariza, 2018).

Sin embargo, las condiciones de acceso a la ILE en el sistema de salud son geográficamente complicadas y desiguales, debido, entre otras cosas, a las múltiples barreras e interpretaciones arbitrarias que persisten en las instituciones y sus agentes. En general, tal como señalan Bernabó, Berra & Kielmanovich (2017), los servicios de salud consideran la causal *salud* únicamente como *daño físico grave*, equiparándola a la causal *peligro para la vida*, y desconociendo la integralidad de la salud, tal como la definen la OMS y el *Protocolo* mismo. Los motivos señalados por las autoras son varios: en parte, porque se responde al modelo médico hegemónico y su lógica biologicista, empirista y positivista; en parte, porque la biomedicina se pone al servicio del sistema patriarcal, como un dispositivo más de control social y, en definitiva, porque el reconocimiento de la salud integral en materia de ILE equivaldría a universalizar el acceso al aborto.

Es interesante señalar que con el debate legislativo del proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, en 2018, y sus repercusiones en diversas esferas sociales e institucionales, sectores profesionales del sistema de salud pública potenciaron esfuerzos para promover y garantizar el acceso a las ILE, aunque condicionados por múltiples factores y situaciones políticas específicas de cada provincia. Estas iniciativas son promovidas por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito y las *Socorristas en Red –feministas que abortamos–*, que en 2014 impulsaron la creación de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, la cual se ha ido ampliando en las diferentes localidades, siendo hoy uno de los espacios más importantes para garantizar el acceso a las ILE.

EMOCIONALIDADES Y SIGNIFICACIONES ASOCIADAS AL EMBARAZO NO DESEADO, SU CONTINUACIÓN Y SU INTERRUPTIÓN

Existen múltiples denominaciones para referirse a los embarazos que anteceden a un aborto voluntario; por ejemplo, Chaneton y Vacarezza (2011) utilizan la noción de *embarazo forzado*; Rostagnol (2016) elige el término *embarazo no esperado*, y Rosenberg (2010) prefiere referirse a *embarazo involuntario*. En este artículo optamos por el término *embarazo no deseado*, atendiendo a los sentidos esgrimidos por las entrevistadas, en relación con su continuidad, y no en referencia a los posibles sentidos psicológicos respecto al origen de dicho embarazo. Si bien estos embarazos podrían caracterizarse

como no esperados, no planificados e involuntarios, y su posible continuación, como forzada, las mujeres manifestaron que no querían sostener ese estado biológico, poner a disposición sus propios recursos psicoemocionales para continuarlo ni llevar adelante un ejercicio de maternaje, es decir, que anhelaban una situación diferente a la que suponía llevar a término ese embarazo, lo cual las impulsó a gestionar y concretar un aborto, asumiendo incluso los riesgos de la ilegalidad.

A continuación, ahondaremos en las configuraciones emocionales y significaciones que las entrevistadas asociaron al embarazo no deseado, su posible continuación y su interrupción en determinadas condiciones y circunstancias personales, relacionales, sociales y legales. En estas configuraciones emocionales que se reiteran, distinguimos la sorpresa, la negación y la aversión frente al embarazo; la desesperación y la urgencia por solucionar lo que se presenta como un problema; el temor y el miedo ante una práctica clandestina y criminalizada, legal y socialmente; y la vergüenza y la culpa.

Un aspecto común, que observamos, fue la ausencia de búsqueda de esos embarazos: muchas mujeres relataron prácticas anticonceptivas que no tuvieron el efecto esperado; incluso, previamente a la confirmación del embarazo, contaron cómo desestimaban los síntomas físicos o se negaban a atribuirlos a un embarazo, a pesar de conocer los síntomas o indicios, y también narraron la espera ansiosa de la menstruación, como síntoma físico que desdijera lo disruptivo de un embarazo.

Fue un descuido, la pastilla del día después no funcionó; fue bastante sorprendente para mí darme cuenta que estaba embarazada, porque no, no me daba cuenta, pero empecé con muchas descomposturas, muy mal, muy mal, muy mal, no me vino el período, ahí hago un Evatest, da positivo (Bárbara, comunicación personal).

Yo había ido a la médica, porque tenía un dolor, estaba con constipación, dolores de panza... tenía todos los re síntomas de embarazo. Vomitaba en la mañana, me levantaba mareada, un poco de fiebre a la noche. Pero no nunca... ¡Oh! Negando la situación a *full*. (...) Los retiro [los análisis], así, positivo. “Ay, no”, dije yo, “no” (Virginia, comunicación personal).

(...) me hago el Evatest para quedarme tranquila de que ya me va a venir, me lo hice y ahí me dio positivo. Y del segundo uno fue “esto yo no, no va a seguir, esto lo voy a cortar cuanto antes.” (...) Fue más una sensación de desesperación: “tengo que hacer esto ahora, ¡ya!, antes que...” el tiempo, el tiempo, el tiempo... (Úrsula, comunicación personal)

Enterarse del estado de embarazo viene de la mano de la imposibilidad absoluta de evitarlo y reafirma la esclavitud de la mujer a su cuerpo, así como su falta de control total sobre él (Rostagnol, 2016). Las mujeres no pueden evitar este embarazo inesperado que ya ocurrió, pero toman consciencia rápidamente de su poder para interrumpirlo. Así lo muestran las entrevistadas, a quienes, en su mayoría, la confirmación del embarazo les generó sorpresa, seguida de un rechazo y una negativa rotunda a continuarlo, como se observa en el último fragmento, de Úrsula. La pregunta no se traslada al qué hacer frente al embarazo no deseado en curso, sino al cómo hacerlo:

Entonces de una, desde que me enteré lo pensé, iba a abortar; el tema era cómo (Lorela, comunicación personal)

A mí lo que me desesperaba era que como yo tenía la decisión tan, tan tomada, no poder solucionarlo (Ernestina, comunicación personal).

La necesidad de interrumpir el embarazo se vivió como urgencia, frente a una situación no esperada que se presentaba como problema. El estado biológico no se enlazaba con el deseo de continuarlo, a la vez que ponía en riesgo los intereses, proyectos o condiciones de vida existentes, afectando el sentido de integridad personal de las mujeres. Ernestina, que al momento de enterarse del embarazo tenía 40 años y una situación familiar y laboral satisfactoria, señaló:

Inesperado y aparte por la edad, por todo. Fue como un baldazo de agua fría y sentir que algo que una no desea, no quiere, no busca, tenés que hacerlo (...) Era como que estaba muy bien...y me pasa esto...y la verdad que bajo ningún punto de vista yo tenía deseos de ningún tipo de seguir adelante con un embarazo. (...) nunca dudé un segundo, para mí fue siempre un problema...yo a mis dos hijas las tuve muy esperadas, proyectadas y esto... (Ernestina, comunicación personal).

Salvo dos excepciones, en general las entrevistadas no precisaron de tiempo de reflexión para construir su decisión de no continuar con el embarazo. Definieron la decisión como “una cuestión automática”, “automáticamente”, “desde el minuto uno”: “Apenas me dio positivo el test, supe que no quería. Mi hija apenas había nacido, tenía seis meses, entonces era por ella y por mí, no quería otro hijo, no quería estar embarazada (Charo, comunicación personal).

Entre lo inesperado del embarazo y lo que no puede esperar, es decir, la necesidad de resolver ese estado rechazado, se ubica la urgencia. Muchas mujeres tenían

escasos o nulos conocimientos sobre cómo acceder a los recursos necesarios para abortar farmacológicamente y emprendieron la búsqueda. El proyectar obstáculos para concretar la decisión, e ir encontrándolos, genera una situación desesperante:

Así que... sí... fue traumático en ese sentido, de algo inesperado y además yo no saber que existían las socorristas (...) buscando alternativas por todos lados para no tenerlo, para no seguir con el embarazo (Karina, comunicación personal).

Y bueno, tenía miedo porque no conseguía, o sea, iba a los hospitales y te decían que no, que no sabían de nadie, que ya nadie lo hacía, digamos. Entonces, pensé que no iba a conseguir, digamos (Anahí, comunicación personal).

Las mujeres relataron su incertidumbre con respecto a cómo abortar, cómo conseguir información confiable, cómo conseguir la medicación. Aquí se presenta una necesidad de buscar ayuda externa y esta ayuda se encuentra limitada, a diferencia de otras situaciones que atañen a la salud y su atención, en parte, por las condiciones de restricción legal, las limitaciones del personal de salud para asumir un rol activo que atienda tanto la necesidad expresada por las mujeres y sus interpretaciones restrictivas sobre lo que el peligro para la salud integral implica, como los derechos de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar.

Esto se enmarca en la decisión de las dirigencias políticas conservadoras, propias de estos contextos, de establecer reglas poco claras para los servicios de salud, al no adherirse expresamente al *Protocolo*. Si bien las causales para realizar una ILE rigen en todo el territorio nacional, el hecho de no adoptar y adaptar localmente los Protocolos de atención en situaciones de ILE genera al menos dos inconvenientes vinculados a quienes deberían ejecutar estas políticas sanitarias; primero, deja a discreción de cada profesional la asunción o no de la responsabilidad —lo cual es paradójico, porque se trata de un derecho que, como tal, necesita de mecanismos de garantía—; segundo, desampara y hasta desanima a profesionales conscientes de dicha responsabilidad, pero que carecen de apoyo institucional, incluyendo recursos materiales, para realizar la práctica de ILE.

A esto se suma otro obstáculo para las mujeres, en el caso de Mendoza, pues no pueden adquirir la medicación en establecimientos farmacéuticos —y mucho menos en el sistema público sanitario, atento a lo anterior—, lo cual contribuye a clandestinizar aún más la práctica y a que las mujeres se vean expuestas a mayores condiciones de desamparo y a especulaciones lucrativas ajenas. En tales contextos, el apoyo de

organizaciones feministas, tanto a las mujeres como a profesionales de la salud, resulta fundamental para atender la urgencia mediante prácticas seguras y acompañadas.

Otro de los malestares frecuentes de las mujeres, además de su temor a no conseguir la ayuda externa necesaria para concretar el aborto, estaba relacionado con sus estrategias para ocultar el embarazo y con el sentimiento de una posible persecución en el marco de relaciones interpersonales cotidianas, sean familiares, de pareja, sexo-afectivas o laborales.

Sí, bue... eran síntomas, eran horribles. Porque también era la negación a la situación... vómitos, descomponerme en cualquier lado, marearme; era horrible porque como yo no les había dicho a mis viejos, ¡ni les voy a decir nunca! Era como que yo tenía que estar disimulando esa situación. En ese momento trabajaba también; por ejemplo, un sábado trabajaba 12 horas y lo tenía que aguantar, también. Era un bajón (Nadia, comunicación personal).

Cuando las mujeres sabían o suponían que parte de este entorno próximo no avalaría la opción de la interrupción, aparecía el temor a que no las dejaran abortar o a que las forzaran a continuar el embarazo, incluso recurriendo a una denuncia penal en su contra, lo cual estaba habilitado por el contexto legal.

Estaba supernerviosa, es como que no llegaba más el momento y tenía miedo, también, de que me descubrieran y bueno. (...) Entonces, quería... más que todo porque me iban a decir que no lo hiciera, lo sé bien. Iba a tener un lío tremendo con la familia de él si se enteraban. No iba a querer... porque han pasado casos de que te denuncian... (Anahí, comunicación personal).

Pensar en la posibilidad de ser “descubierta” en esta transgresión al mandato de género, que liga a las mujeres con la maternidad y a los embarazos con la obligatoriedad, produce un malestar extra, que aumenta el sentido de urgencia por resolver lo que se presenta como un problema.

Otros temores frecuentes e intensos, y que tiñeron la experiencia emocional de las mujeres, se asocian con los posibles riesgos imaginados con respecto a las condiciones y circunstancias en que debían abortar. Los riesgos y miedos más comunes, con diversos matices de sufrimiento emocional, relacionaban con la pérdida de la propia vida (quienes tenían hijas/os pequeñas/os vieron aumentar su angustia, al imaginar un posible estado de orfandad), la pérdida de la libertad o el verse sometidas a un proceso penal (por posibles denuncias); probables riesgos para su salud física o emocional, al tener que

acudir a clínicas del sistema privado, vinculadas a malas praxis y malos tratos (“que te destruyan el útero”, “te tratan como a un animal”), y temor a la patologización mental y a la estigmatización social:

Realmente prefería... es horrible lo que voy a decir: prefería morirme abortando a que me metan en cana [a la cárcel] por abortar. Y bueno... salió todo bien. (...) tenía miedo a que alguien diga: “está loca, o es criminal”, de que un médico te pueda dejar atrapada en alguno de esos... más a la parte legal, ¿no? (Amy, comunicación personal).

La verdad es que yo estaba muy movilizada y con miedo, siempre el miedo estuvo presente todo el tiempo; pero el miedo por la clandestinidad y por sentir que estás haciendo algo que es ilegal, si hubiera podido ir a una clínica como en la mayoría de los países, me hubiera ahorrado un montón de angustia... pero bueno, tuve que hacerlo así. (Ernestina, comunicación personal).

En otras palabras, comprender la afectación a la salud mental que puede generar un embarazo no deseado, además de considerar las tramas subjetivas y relacionales particulares de cada mujer o persona con capacidad de gestar, es necesario visualizar los múltiples entramados socioculturales, políticos y legales disponibles; específicamente, las condiciones impuestas para ejercer la sexualidad, de forma disociada de la reproducción, todo lo cual se encuentra determinado por las relaciones de género. En las mujeres que necesitan interrumpir el embarazo, el sufrimiento psíquico aparece matizado por el conflicto entre la necesidad de abortar y las condiciones socialmente determinadas para ello (Dosso, 2017).

Para el caso de las entrevistadas, los malestares emocionales se agravaron por las limitaciones y riesgos que suponían la clandestinidad y la criminalización. Esta situación amenazante, en diversas oportunidades, se recrudecía en el contacto con profesionales de la salud que las criminalizaban, las avergonzaban e incrementaban su angustia, aunque ello no generaba efectos disuasivos en su decisión de abortar (Santarelli, 2019). Emilia, por ejemplo, consultó a una médica del sistema de salud privado para informarse sobre el uso correcto del Misoprostol, pero recibió amenazas que tuvieron repercusiones emocionales en ella al momento de realizar el aborto en su domicilio.

Además de estar muy segura de todo lo que había leído, yo sabía lo que no quería, y no había vuelta atrás, nunca hubo duda de lo que yo sentía. Pero, sí en uno de los dolores fuertes me acuerdo de que me largué a llorar, pero era del dolor y del cagazo [temor], tenía miedo de salir corriendo al hospital. No tenía ganas, además, de todo lo que esta

mina [médica] me había prometido “yo te veo en el hospital y llamo al juez”. Eran amenazas (Emilia, comunicación personal).

También el malestar psíquico está vinculado con las construcciones culturales morales imperantes sobre las sexualidades femeninas y la supuesta obligatoriedad del lazo entre embarazo/maternidad, sexualidad/reproducción.

Bárbara, en su primer aborto a los 22 años, necesitó abordar la tensión conflictiva entre el malestar que le causaba el hecho biológico de estar embarazada sin buscarlo ni desearlo y el mandato de la maternidad obligatoria y de la moral sexual femenina. Su deseo de no maternar [criar] ni atravesar un embarazo en ese momento de su vida se vio enturbiado por sus concepciones sobre la sexualidad de las mujeres, creencias sobre el embarazo como un posible castigo ante el placer sexual: “bancar si abrí las piernas”, y acerca del aborto como algo “malo”, ya que “las mujeres no podíamos elegir el aborto, porque si lo elegías eras una mala mujer”. En su relato observamos cómo reconoce la influencia de prejuicios sociales, morales y religiosos más que una opinión propia:

Este discurso que está extendido... bueno, Mendoza es bastante retrógrada en algunas cosas y “catolicucha”, de alguna manera una crece escuchando esas cosas. Así que bueno, tenía, más que una opinión propia, esos prejuicios (Bárbara, comunicación personal).

Es interesante señalar que, tras un proceso psicoterapéutico y de acercamiento político al activismo feminista, Bárbara resignificó estas concepciones, y al momento de la entrevista expresó:

(...) Me parece fundamental entender que a veces no todo embarazo es siempre deseado y que no siempre el embarazo lo tenés que continuar si no querés. Para mí era todo un tema tomar la decisión, sentir lo que estaba haciendo, que si estaba bien o mal, porque hay una cuestión moral también (...) era una elección entre mi subjetividad o que ganara algo de afuera, que es un adentro, que era como la naturaleza: el mandato biológico. Bueno, lo que hice fue elegir mi vida, básicamente (Bárbara, comunicación personal).

En el caso de tres de las mujeres cuyos embarazos ocurrieron casi a sus 40 años, que se encontraban maternando y que no tenían pareja conocida por sus familiares (hijos/as, padre o madre), la continuación del embarazo implicaba revelar que tenían una sexualidad activa, y ello les produjo un alto nivel de angustia que cedió tras la interrupción de dicho embarazo. Estas situaciones muestran, en relación con los efectos

psíquicos, una actuación notable del contexto moral, social y legal que sanciona el deseo de interrumpir un embarazo –y, por lo tanto, debe ocultarse, como mencionamos anteriormente– (Rance, 1994 en Erviti, 2005). Pero no sólo eso, la proyección de una condena también puede recaer sobre la ocurrencia del embarazo mismo, producto de una actividad heterocoital que trasgrede los parámetros morales que recaen sobre las sexualidades femeninas, en este caso, de mujeres adultas. En este sentido, vemos que la evaluación sociosubjetiva de las consecuencias no deseadas de una actividad sexual está profundamente teñida de la condición genérica y, desde este lugar, genera un sufrimiento que se configura como otro malestar psíquico (Burin, 2002). Lorela lo expresa así:

No, yo no quería criar otro hijo sola y además no me imaginaba cómo decirle a mi hija que tenía un embarazo, y de quién. No podía soportar esa situación. (...) También hay un tema de la culpa sobre por qué te quedás embarazada y de quién, o sea, en el fondo está todo el tema de la culpabilización por el sexo de la mujer, por qué no te cuidás y con quién andás. Por un lado, está mi decisión de que no quiero criar a nadie más sola, pero también toda esa otra parte a la que yo dije: “no me puedo enfrentar”, o sea “estás embarazada, ¿estás en pareja? No.” Y el peso social que eso tiene... pienso en mi papá, no sé; mi mamá todo bien y más allá de que no me hubieran dicho nada, no me hubieran cerrado las puertas y me hubieran bancado todos, como que no me animaba a tener que enfrentar eso, esa mirada acerca de que estoy teniendo sexo... porque no tengo parejas estables que conozca mi familia (Lorela, comunicación personal).

En cuanto a los sentimientos de vergüenza o de culpa, estos no se centraron en el acto de abortar en sí mismo, sino en el autorreproche por no haberse “cuidado bien” y haber quedado embarazadas. Fabiana, quien abortó a los 37 años, se reprochaba haber fallado en el uso de medidas anticonceptivas, cuando pensaba que tenía “todo bajo control”. En este sentido, el embarazo en contra de la voluntad interpela la propia omnipotencia y genera frustración y dolor emocional:

Desesperadísima, no podía parar de llorar y de culparme a mí misma y decir: “¿cómo me va a pasar esto a mí? ¿Cómo me va a pasar esto? ¿A mí? Si tengo todo bajo control, ¡si hago todo bien! Si conozco todo, todos los métodos, todo lo esto, todo lo aquello, ¡yo!, ¿cómo yo? yo, yo, estúpida, estúpida”. Así. Era un tormento y lloraba, lloraba, en una desesperación insoportable (Fabiana, comunicación personal).

En cuanto a la dimensión vivencial, las mujeres significaron el embarazo no deseado como ajeno a ellas, como una invasión y como estar “en una realidad paralela”,

es decir, la condición de estar embarazadas no era asimilable a sus vidas ni viable como posible maternaje; asociaban el embarazo con la detención de sus propios ritmos y la enajenación de su vida, hasta no conseguir los medios para interrumpirlo, y hacerlo las capturaba por completo y anulaba o aminoraba sus posibilidades de bienestar. A la vez, se veían obligadas a continuar sus actividades laborales y cotidianas, y a disimular el malestar, pues no podían socializar, con quienes convivían en ámbitos familiares o laborales, sus intenciones de abortar, debido a los temores, vergüenzas y culpas antes señalados. Marcela da cuenta del intenso malestar asociado a la extrañeza del embarazo y a la necesidad de ocultarlo:

Es que yo no usaba la palabra embarazo, yo realmente no me sentía embarazada (...) yo la verdad que sentía que tenía algo extraño en mi cuerpo (...) Yo en el primer embarazo, en ese momento me acuerdo de que fumaba, y lo primero que hice fue guardar los cigarrillos y no tener ganas de fumar, no sentir la necesidad, por una cuestión de cuidado, además. Yo acá no sentía que le estaba haciendo daño a alguien. En realidad, sentía que tenía que fumar porque no daba más de la situación y... no sé. (...) de repente todo el mundo había entendido que algo me pasaba y que era grave. Nadie sabía qué, pero que era grave. De hecho, creo que algunas compañeras [de trabajo] sospecharon que yo tenía algún tipo de cáncer o alguna cosa así (Marcela, comunicación personal).

Algunas mujeres hicieron referencia al estado de embarazo en términos de esclavización e invasión del cuerpo: “sentirse presa”, lo cual les generó un gran sufrimiento emocional ante la irrupción de algo extraño, que resultaba inasimilable y atentaba contra su integridad, al punto de afirmar que preferían morir a estar embarazadas (Rosenberg, 2010).

(...) Y otra incomodidad que yo sentí: como una invasión en el cuerpo, es algo que no suena muy lindo, pero también hay muchas cuestiones al respecto a la maternidad. Yo sentí eso: mi cuerpo invadido. Como si fuera otro cuerpo en mi cuerpo. Yo no deseaba eso, para nada. (...) Y toda esa espera, en el tiempo que estaba embarazada, me sentía esclavizada de algo, ¿me entendés? Me sentía invadida, esclavizada, molesta (Andrea, comunicación personal).

Porque, realmente, verme totalmente abstraída, yo ya no podía disimular el tema de los ojos, no comía, ya buscaba excusas en todo momento para... vivía prendida al pucho [cigarro] porque no podía con la ansiedad. No me quería despertar (Marcela, comunicación personal).

Pensar en la posibilidad de continuar el embarazo contra su voluntad fue significado como semejante a una tortura, y hasta psicológicamente destructivo, al igual que el hecho de imaginar una maternidad forzada e impuesta. Las mujeres lo asociaron a “una bomba”, “lo impensado”, “trágico”, “espantoso”, “lo traumático de tener un hijo” en estas circunstancias. Las formas hegemónicas de género, que se han impuesto sobre los afectos y significaciones del aborto, anuncian malestares, disgustos y hasta arrepentimientos respecto al acto de abortar. Sin embargo, otros relatos, en voces de mujeres, muestran que los malestares y descontentos no necesariamente se dirigen a la práctica, sino a la situación de saberse privadas, por una ley, de la posibilidad de decidir un aborto con garantías institucionales de seguridad (Vacarezza, 2015). En otras palabras, el malestar se vincula al reconocimiento de una situación de injusticia y de incertidumbre, provista por el contexto, al saberse legalmente forzadas a continuar ese embarazo, a pesar de su deseo y voluntad, o a enfrentar las ansiedades e incertidumbres de una práctica clandestinizada. Ernestina es contundente al respecto:

(...) porque pasar por todo ese proceso sin desearlo, ahí la psiquis la hacés mierda. Si yo estuve un mes, que la ansiedad me carcomía, imaginate después... tener que... no, no, no, es impensado [se agarra la cabeza]. Yo decía: “no, no, de ninguna manera, no hay derecho, a mí no me puede estar pasando esto, no, no” (Ernestina, comunicación personal).

Si el embarazo no deseado es significado por las mujeres como una suspensión de la propia vida, una invasión y una carga, su interrupción se constituye en el medio más adecuado para terminar con los sufrimientos emocionales y psíquicos que afectan su salud. Para aquellas mujeres que accedieron a los recursos necesarios para concretar el aborto con mayor facilidad, y, sobre todo, en un tiempo que respondía a la urgencia sentida, los malestares cedieron inmediatamente. Como señala Dosso (2017), el reconocimiento del sufrimiento psíquico a causa de un embarazo no deseado no equivale a patologizar a las mujeres ni a sus decisiones. Muchos de estos sufrimientos se ligan a la falta de perspectiva de encontrar respuestas sanitarias y resultan expresiones saludables de quien está atravesando esos malestares. Por tanto, cuando se encuentra una salida, el sufrimiento psíquico cesa.

En las entrevistas se hace evidente la desesperación que prima cuando la decisión de abortar está tomada, pero las incertidumbres sobre cómo hacerlo sin riesgos las invaden. Entonces, cuanto mayores obstáculos, incertidumbres y soledades se

encuentran en el camino para lograr la interrupción del embarazo no deseado, más sufriente es ese tránsito. Marcela relata la vivencia de cinco semanas de sufrimientos psíquicos que se iban acumulando, debido al embarazo no deseado, a la necesidad de esconderlo, a la falta de apoyo, y, sobre todo, a las condiciones de clandestinidad, maltrato y estafa por parte de los/as agentes de salud. Luego de intentar abortar con Misoprostol siguiendo indicaciones médicas incorrectas, tras ser rechazada por dos médicos que le aconsejaron: “termine con esas boludeces”, y que “tuviera al chico”, comenzó a pensar que la única forma de poner fin a su padecimiento era morir. Así lo expresó:

Habían días en que me dormía y decía “ojalá mañana amanezca muerta o tenga una hemorragia espantosa y no sé... era todo terrible lo que me imaginaba, o sea, ahora me suena exagerado pero en ese momento era terrible (...) Y de repente, fue como estar entre la espada y la pared, para mí ya no había solución posible, entonces empecé a fantasear con la idea de la muerte. (...) O sea... decir que estaba al borde de caer y que esa caída fuera al vacío y fuera la muerte no es exageración, yo creo que es la descripción de lo que pasaba en ese momento (Marcela, comunicación personal).

El dolor psíquico de Marcela, cedió tras contactar con un grupo feminista local de Socorristas que le brindó contención, y en coordinación con profesionales del sistema de salud público, que si bien no garantizaron una interrupción legal del embarazo (aunque su salud psíquica estaba afectada por todo lo que vivió), le brindaron información correcta sobre el uso del Misoprostol y los controles postaborto.

Tras abortar sin consecuencias físicas ni penales, todas las entrevistadas relataron haber sentido alivio frente a la carga y la tensión que les supuso el embarazo no deseado. Otros sentimientos comunes fueron “tranquilidad”, “liberación”, “alegría”; sentirse “contenta”, “relajada”, “liberada”, “libre”, lo cual también se expresó como “sentirme liviana”, “es como quedarte sin respiración y volver a respirar; muy aliviada”, “mi vida volvió (...) y volví a mi vida”; “solucionarlo y volver a ser yo”, “me volvió el alma al cuerpo”; “no tengo que cargar con algo que no puedo hacer, que no quiero ahora, que no tengo ganas, que estoy grande, que tengo miedo, que no quiero, no quiero, no quiero”; “no sentí angustia ni nada”, “¡mi felicidad era máxima!”.

Es elocuente observar la dimensión vivencial subjetiva de las mujeres entrevistadas, en términos de sus emocionalidades y significaciones en torno a estar embarazadas y no desear sostener ese estado biológico en las circunstancias vitales en que aconteció. La sorpresa y el rechazo frente al embarazo que irrumpe o invade; la urgencia

y la desesperación de interrumpir ese embarazo en un contexto adverso; la vergüenza y la culpa asociadas con los mandatos sobre la sexualidad femenina y los temores vividos en el marco de relaciones interpersonales y sociales obstaculizantes, frente a la decisión de interrumpir el embarazo, conforman las experiencias emocionales, así como también lo son la pesadez emocional y ajenidad con la que transitaron los embarazos, y el alivio y sentimiento de volver a ser ellas mismas cuando abortaron, sin consecuencias penales ni para su salud física. Todo este entramado emocional se desató durante los procesos de embarazo no deseado/aborto voluntario narrados por las entrevistadas y donde primaron condiciones de clandestinidad e incertidumbre. Abortar fue el medio posible para terminar con los malestares y sufrimientos asociados a esta situación crítica, accidental y rechazada. Todo lo cual da cuenta de que los embarazos no deseados implican un riesgo considerable a la salud integral, que debe ser tenido en cuenta al momento de pensar en cómo enfrenta el sistema de salud los abortos en los casos que ya son legales y constituyen un derecho en Argentina.

CONSIDERACIONES FINALES

A partir de los relatos de las mujeres sobre sus experiencias emocionales, podemos afirmar que el continuo embarazo no deseado/aborto/condiciones y circunstancias en que aconteció supuso el tránsito por una situación de crisis accidental frente a la cual éstas necesitaron poner en juego una serie de recursos del orden de lo personal y lo relacional. De las vivencias emocionales y significaciones que construyeron sobre la situación, se desprenden malestares y sufrimientos psíquicos que dan cuenta de la afectación a la salud integral, sobre todo en la dimensión emocional/mental. Estos malestares se hubieran agravado en caso de verse forzadas a continuar con el embarazo, y se hubieran aliviado si el sistema de salud hubiera contenido estas experiencias. En este sentido, el aborto voluntario, aunque clandestinizado, vino a posicionarse como la práctica necesaria para aminorar y, en muchos casos, resolver estos malestares. Incluso, de haber tenido a disposición los recursos institucionales y la opción de abortar legalmente, se habrían evitado los malestares asociados a las condiciones de clandestinidad y de desresponsabilización por parte del sistema de salud.

Desde el contacto con las narrativas y significaciones de las mujeres, entendemos que estos malestares inherentes al embarazo no deseado, en tanto que afectan al bienestar –según concepciones de salud integral que incluyen y valoran los aspectos sociales y

psicoemocionales— deben instalarse en los equipos de salud y en la sociedad, como una causal clara para legitimar y atender la solicitud de una interrupción legal del embarazo, del mismo modo que en casos de violación o peligro para la vida, cuando las mujeres así lo consideren. En este sentido, urge la adopción y aplicación de los Protocolos vigentes, desde interpretaciones integrales de la causal *salud*, en todo el territorio argentino, además de la remoción de obstáculos locales arbitrarios, que aumentan las condiciones de desigualdad intragénero en el acceso al derecho a la salud por parte de mujeres y otras personas con capacidad de gestar.

Una mejor comprensión de las experiencias y valoraciones subjetivas que las mujeres experimentan sobre sus propios malestares y bienestar es fundamental para la construcción de criterios de acompañamiento, en tanto prácticas de cuidado de la salud en condiciones dignas y de respeto a los derechos humanos de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar.

Para finalizar, este recorrido nos permite plantear dos consideraciones para continuar indagando. En primer lugar, deberían ser las propias mujeres quienes definieran cuáles son los parámetros de afectación a la salud implicados en la situación crítica mencionada y, por tanto, quienes decidieran, de manera autónoma, cómo y qué hacer frente a un embarazo no deseado, contando con el respeto y acompañamiento de un sistema de salud que garantice esta decisión. En segundo, pero no por ello menos importante lugar, somos plenamente conscientes de que la legalización del aborto voluntario es un avance necesario para garantizar la integralidad de los derechos humanos y la autonomía de las decisiones de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, así como procesos más saludables al momento de atravesar y resolver situaciones críticas inherentes a los derechos no reproductivos.

REFERENCIAS

- ANZORENA, C. (2013). Romper la ley: el gobierno de Mendoza frente al aborto no punible. *Revista Bagoas, Estudios Gays, Género e Sexualidades* 7(9), pp. 267-292. Recuperado de <https://bit.ly/39lAQX4>.
- BERNABÓ, S., BERRA, A. & KIELMANOVICH M. (2017). Miradas Integrales de la Causal Salud para la Interrupción Legal del Embarazo. En FUSA AC, *La salud como causal de acceso al aborto desde un enfoque integral* (pp. 37-58). Recuperado de <https://bit.ly/3syx447>.

- BURIN, M. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- BURIN, M. (1992) Nuevas perspectivas en salud mental de las mujeres. En FERNÁNDEZ A. M. (comp.), *Las mujeres en la imaginación colectiva* (pp. 314- 332). Buenos Aires: Paidós.
- BURIN, M. (2002) *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. 2da. ed. Buenos Aires: Librería de Mujeres.
- CHANETON, J. & VACAREZZA, N. (2011). *La intemperie y lo intempestivo: experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*. Buenos Aires: Marea.
- CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (2012). Fallo “F.A.L. s/medida autosatisfactiva”, expediente 259/2010, tomo 46, letra F, sentencia del 13/3/2012. Recuperado de <https://bit.ly/39tmrYS>.
- DÍAZ, E. (2011). La historia de L.M.R. En Zurutuza, C. et al., *LMR contra Estado Argentina. Acceso a la justicia en un caso de aborto legal*. Buenos Aires: CCD, INSGENAR, CLADEM, AECID.
- DOSSO, D. (2017). Miradas Integrales de la Causal Salud para la Interrupción Legal del Embarazo. En FUSA AC, *La salud como causal de acceso al aborto desde un enfoque integral* (pp. 7-36). Recuperado de <https://bit.ly/3dlhfra>.
- ERVITI, J. (2005). *El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia*. México: UNAM-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- FERNÁNDEZ, A. M. (2016). Madres en más, mujeres en menos: los mitos sociales de la maternidad. En *La mujer de la Ilusión* (pp.159-184). Buenos Aires: Paidós.
- FORO (2009, agosto). Las acciones de la Campaña ante el Aborto No Punible (2006-2009). En Foro de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. La Pampa, Argentina. Recuperado de <https://bit.ly/31vcyFL>.
- HERNÁNDEZ GARCÍA, Y. (2006). Acerca del género como categoría analítica. *Nómadas, Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 13(01). Recuperado de <https://bit.ly/2Pz4i53>.
- MINISTERIO DE SALUD (MSAL) (2019). Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo. Recuperado de <https://bit.ly/3u1JWAj>.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado de <https://bit.ly/31xn7YQ>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2006). *Constitución de la OMS. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición*. Recuperado de <https://bit.ly/2PCNKJi>.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2014). *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Uruguay: OMS. Recuperado de <https://bit.ly/3foBWFg>.
- RAMÓN MICHEL, A. & ARIZA, S. (2018). *La legalidad del aborto en Argentina*. ELA, REDAAS, CEDES. Recuperado de <https://bit.ly/31qsSYz>.
- RICH, A. (1996). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Valencia: Cátedra (Feminismos).
- ROSENBERG, M. (2010, diciembre) Sobre el aborto no punible. En Congreso de países del Mercosur sobre bioética y derechos humanos. Ponencia en Congreso organizado por la Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://bit.ly/3masabh>.
- ROSTAGNOL, S. (2016). *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*. Tesis de doctorado. Recuperado de: <https://bit.ly/31s9Xwh>.
- SANTARELLI, N. (2019). Discursos médicos disciplinadores y experiencias emocionales de aborto farmacológico de mujeres en Cuyo, Argentina. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 4(2), pp. 78-99. DOI: [10.1344/musas2019.vol4.num2.5](https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num2.5).
- SAUTU, R. BONIOLO, P., DALLE, P. & ELBERT, R. (2005). *Manual de Metodología. Construcción de marco teórico, formulación de objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires: CLACSO.
- SCOTT, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En LAMAS, M. (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). México: PUEG.
- VACAREZZA, N. (2015). Aborto, experiencia, afectos. En BELFIORI, D., *Código Rosa. Relatos sobre abortos* (pp. 137-141). Buenos Aires: La Parte Maldita.
- VIEYTES, R. (2004). Capítulo 21: Diseños de investigación cualitativa. En *Metodología de la investigación en las organizaciones, mercado y sociedad: epistemología y técnicas* (pp. 621-641). Buenos Aires: De las ciencias.