
“Decime qué se siente”: consideraciones sobre experiencias emocionales de mujeres que abortaron con medicamentos en Mendoza y San Luis

Mesa 39: Acceso al aborto seguro: prácticas de acompañamiento, autonomía y autogestión.

Natalia Santarelli, CONICET-FaPsi-UNSL, m.natalia.santarelli@gmail.com

Claudia Anzorena, INCIHUSA-CONICET, CCT Mendoza, canzorena@mendoza-conicet.gob.ar

Resumen

En tiempos de posibilidades concretas para la legalización del aborto voluntario emergen ideas sobre las consecuencias emocionales y los modos de abortar. Profundizar en la comprensión de las experiencias emocionales y las significaciones que las mujeres que han abortado construyen, aporta al desmantelamiento de los prejuicios sobre una práctica que es cotidiana, a la vez que nos permite pensar cómo queremos que sean los acompañamientos de las experiencias de aborto, desde la perspectiva de quienes protagonizan dichas experiencias.

Estas reflexiones son parte de una investigación de tipo cualitativa con perspectiva de género y feminista. Entrevistamos a 30 mujeres que transitaron embarazos no deseados y abortaron farmacológicamente acompañadas por feministas en San Luis y Mendoza para comprender cómo recorrieron este proceso. Nos interesa atender a aquello que consideraron como beneficioso y saludable en sus experiencias y aquello que se les prestó como dificultoso, mejorable o incluso, como potencialmente riesgoso para su salud, considerada en un sentido integral.

Observamos, por un lado, que si bien el proceso de embarazo no deseado/aborto voluntario que acontece en condiciones y circunstancias determinadas y determinantes, se presenta como un continuum que afecta el bienestar emocional, social y físico de quienes lo viven; mientras que el embarazo es significado como ajeno, invasivo y torturante; su interrupción voluntaria es vivida como el medio más adecuado para culminar con los sufrimientos

asociados. Por otro lado, en condiciones de clandestinidad impuesta, si las presencias que sostienen y acompañan a las mujeres hacen estas experiencias más transitables, menos dolorosas y hasta potentes, por el contrario, las presencias que obstaculizan y criminalizan, exacerbando los sufrimientos y malestares.

Palabras claves: aborto farmacológico, salud mental, experiencias emocionales

1. Introducción

Quiénes bregamos por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito en Argentina recibimos infinidad de consultas que dan cuenta de que, para las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que no quieren o no pueden continuar con un embarazo, el acceso al aborto se configura como una necesidad para resolver un problema desesperante que se significa subjetivamente como de vida o muerte.

De acuerdo con el marco legal argentino que rigió hasta diciembre de 2020, todas estas situaciones críticas se podrían encuadrar en la causal “salud integral” que permite acceder a las interrupciones legales de embarazos (ILE) en el sistema de salud, ya que la salud integral comprende un estado general de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades. Sin embargo, lo que ha primado son interpretaciones restrictivas, que ponen el acento en la ilegalidad y la criminalización de las decisiones no reproductivas, que se traduce en la clandestinización de una práctica que forma parte de los eventos relativos a las capacidades reproductivas como el mismo embarazo o el parto.

La interrupción voluntaria del embarazo ha estado histórica, cultural y políticamente clandestinizada, criminalizada y sometida a procesos de rechazo moral y estigmatización social (situaciones que precisan mucho más que una ley para ser revertidas). Las necesidades que las mujeres y las personas con capacidad de gestar enfrentan, entonces, aparecen moldeadas tanto física como emocionalmente, por estas limitaciones y por las dificultades impuestas para resolver la situación crítica al amparo de garantías o de protección de los servicios de salud, que en cambio las someten a persecuciones, violencia y abandonos.

Frente a toda esta situación, quienes abortan por fuera de las instituciones necesitan gestionar, por su cuenta, redes y apoyos de personas que les brinden información, ayuda,

protecciones y amparos, y poner en marcha estrategias de cuidados que llamaremos “cuidados feministas”, que generalmente son asumidas por otras mujeres de sus entornos.

En esta ponencia buscamos reflexionar sobre las experiencias emocionales y las significaciones que las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que han abortado en estas circunstancias construyen en relación con los cuidados feministas que han gestionado y recibido, y cómo estas redes de apoyo y cuidados les permiten resistir frente a las violencias y atravesar los procesos de embarazos no deseados/abortos voluntarios de formas más saludables y menos sufrientes¹.

Pensar en los cuidados feministas que venimos construyendo hace tiempo, sobre todo en el nuevo contexto legal, aporta al desmantelamiento de los prejuicios sobre una práctica que es cotidiana, a la vez que nos permite pensar cómo queremos que sean los acompañamientos de las experiencias de aborto en el marco de legalidad, desde la perspectiva de quienes protagonizan dichas experiencias.

Estas reflexiones son parte de una investigación en curso de tipo cualitativa con perspectiva de género y feminista situada en Mendoza y San Luis². Se basa en 32 entrevistas a mujeres que transitaban embarazos no deseados y abortaron farmacológicamente, entre 2010 y 2019, acompañadas por feministas en San Luis y Mendoza para comprender cómo recorrieron este proceso³. Específicamente, nos interesaba atender a aquello que

¹ Partes de esta ponencia ha sido publicada en SANTARELLI, Natalia y ANZORENA, Claudia Cecilia. 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. Clivajes. Revista de Ciencias Sociales, [S.l.], n. 14, p. 206, apr. 2021. Disponible en: <https://clivajes.uv.mx/index.php/Clivajes/article/view/2673>.

Y otra en SANTARELLI, Natalia. “Abortar acompañadas frente y en la clandestinidad: cuidados en el marco de relaciones afectivas entre mujeres”. En Anzorena, Claudia C.; Schwarz, Patricia K. N. Schwarz y Yañez, Sabrina S. (coord.) Reproducir y sostener la vida. Abordajes feministas y de género interdisciplinarios del trabajo de cuidados. Buenos Aires: Teseo, 2021.

² Es importante tener en cuenta que el acceso a los abortos ha sido y es heterogéneo en todo el territorio nacional. Cada provincia, localidad o zona tiene obstáculos y acceso diferenciales y desiguales, y este contexto condiciona necesariamente las experiencias vividas. Nuestro objetivo colectivo como investigadoras situadas en los márgenes de la capital argentina, es rescatar la multiplicidad de experiencias para poder construir una historia colectiva y plurisituada de los feminismos, plantear preguntas en torno a cómo construimos e instalamos nuestras prácticas políticas-teóricas y qué implicancia tiene los lugares desde donde lo planteamos.

³ El muestreo secuencial en bola de nieve se compuso de mujeres, mayormente heterosexuales, residentes en zonas urbanas, que tenían entre 22 y 40 años en el momento que abortaron. Los abortos se realizaron en sus domicilios o de personas allegadas, por fuera del sistema de salud y sin supervisión médica durante el proceso. Ninguna presentó complicaciones físicas graves después del aborto ni consecuencias penales. Todas contaron, al menos, con una experiencia acompañada por grupos feministas locales. Cabe aclarar que, si bien nos centraremos en las experiencias de mujeres, no desconocemos la existencia de experiencias de abortos de personas con diversas identidades de género.

consideraron como beneficioso y saludable en sus experiencias y aquello que se les prestó como dificultoso, mejorable o incluso, como potencialmente riesgoso para su salud, en sentido integral. A continuación, compartiremos algunos avances de estos análisis.

2. Los efectos emocionales de la clandestinización

Para la comprensión de la salud mental Mabel Burin propone el modelo tensional-conflictivo desde una concepción participativa. Este modelo teórico entiende a 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 puede ser un embarazo o un aborto. La concepción participativa de salud mental define acciones y criterios de salud mental desde la revalorización de las experiencias de las/xs sujetas/xs para generar y analizar teorías y prácticas que permitan comprender sus malestares. Desde este modelo, los equipos de salud apoyan estos procesos sin convertirse en los depositarios del saber ni de los criterios de construcción de salud (Burin, 1990, 1992, 2002). Tomamos 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.

Los eventos vinculados a las capacidades reproductivas (embarazo, parto, aborto, etc) forman parte de los procesos de construcción de salud mental de las/lxs sujetas/xs. 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; Rich; 1996). De este modo, si la maternidad se impone como destino obligatorio para las mujeres, todo lo que contradiga o desdiga este mandato es reprobado y censurado a través de los diversos dispositivos simbólicos, sociales, institucionales y hasta legales de los que dispongan las sociedades; dispositivos que son centrales para pensar el “malestar psíquico” de las mujeres y otras identidades feminizadas.

El concepto de “malestar psíquico”, según Burín, 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 diferenciaciones psicopatológicas tradicionales y rígidas entre lo normal y lo patológico; y, por otro lado, introduce dimensiones políticas de género en su formulación misma. Entonces, sin perder de vistas 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 mental, en tanto factores de riesgo específicos en función del género (Burin, 1990, 1992, 2002).

Las condiciones de inaccesibilidad y de expulsión del sistema de salud, en connivencia con la criminalización social de la práctica, sumado a factores culturales, religiosos y políticos, empujan 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, lo cual vulnera y desconoce derechos reconocidos a la salud, a una vida sin violencia, a la autonomía corporal y a la integridad personal. Estas situaciones comportan formas de injusticias y riesgos diferentes de acuerdo con la edad, la racialización, el sector socioeconómico, la zona de residencia, el estatus migratorio, entre otras condiciones materiales y simbólicas de existencia.

A partir de la escucha de los relatos de estas experiencias emocionales y de las valoraciones subjetivas que realizan las mujeres sobre sus propios malestares y bienestar ante el proceso de embarazo no deseado/aborto voluntario, observamos que toda situación de embarazo no deseado afecta el bienestar emocional, social y físico porque irrumpe en sus vidas, por tanto las formas en que se resuelve y cómo se transita emocionalmente está determinado por múltiples factores: el contexto afectivo, la mayor o menor posibilidad de acceder a información y a contención afectiva, las creencias personas y de los entornos significativos, etc.

3. Las emocionalidades y significaciones asociadas al embarazo no deseado, su continuación y su interrupción

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.

Dentro de las configuraciones emocionales que se reiteran, distinguimos: la sorpresa, la negación y la aversión frente al embarazo; la desesperación y urgencia por solucionar lo que se presenta como un problema; el temor y el miedo ante una práctica clandestina; y la vergüenza y la culpa por no haber podido evitar el embarazo.

Un punto común que observamos es la ausencia de búsqueda de esos embarazos, muchas relataron el uso de métodos anticonceptivos que no tuvieron el efecto esperado. Inclusive, previo a la confirmación del embarazo, narraban cómo desestimaban los síntomas físicos o se negaban a atribuirlos a un embarazo, a la vez que relataron la espera ansiosa de la menstruación como indicio que desdijera lo disruptivo del embarazo.

La confirmación del embarazo les generó sorpresa, incredulidad y rechazo, seguido de una negativa rotunda a continuarlo. La necesidad de interrumpirlo fue vivida como urgente frente a una situación no esperada que se presentaba como un problema; el estado biológico no se enlazaba con el deseo de continuarlo a la vez que ponía en riesgo los proyectos o condiciones de vida existentes. Ernestina, que en el momento de anoticiarse del embarazo tenía 40 años y una situación familiar y laboral satisfactoria, señalaba: *Fue como un baldazo de agua fría y sentir que algo que una no desea, no quiere, no busca, tenés que hacerlo* [Ernestina]

Es interesante que, salvo dos excepciones, en general las entrevistadas no precisaron de un 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”.

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 tenían escasos o nulos conocimientos sobre cómo acceder a los recursos necesarios para abortar farmacológicamente y emprendieron una búsqueda desesperante para conseguirlos.

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

La incertidumbre sobre cómo abortar, cómo conseguir información confiable y la medicación necesaria conlleva muchas veces a un estado de desesperación. Se ven impelidas a buscar

ayuda externa y esta búsqueda, a diferencia de otras situaciones que atañen a la salud y su atención que simplemente se va al/a médico/a, está obstaculizada por la ilegalidad, las limitaciones del personal de salud para asumir un rol activo por verse acotados/as a interpretaciones restrictivas de la salud integral.

Otros temores frecuentes e intensos, que tiñeron la experiencia emocional, se asociaron a los posibles riesgos imaginados en relación con las condiciones y circunstancias en que debían abortar. Los riesgos y miedos más comunes, con diversos matices de sufrimiento emocional, eran la pérdida de la propia vida, sobre todo aquellas que tenían hijas/os pequeñas/os, verse sometidas a procesos penales o encarceladas si eran denunciadas por el personal de salud, los riesgos para la salud física o emocional por tener que acudir a clínicas del sistema privado asociadas 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.

También el malestar psíquico está vinculado con las construcciones de género imperantes sobre las sexualidades femeninas y la supuesta obligatoriedad del lazo entre embarazo/maternidad y mujer/madre. Es decir que, para 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, sanitarios y legales disponibles determinados por los mandatos de género, específicamente, los estigmas impuestos para ejercer la sexualidad de forma disociada de la reproducción y las limitaciones para decidir sobre los propios procesos y capacidades reproductivas. En las mujeres que quieren/deben interrumpir el embarazo, el sufrimiento psíquico aparece matizado por el conflicto entre la necesidad de abortar y las condiciones socialmente determinadas para esto (Dosso, 2017). Para el caso de las entrevistadas, los malestares emocionales se agravaron por los obstáculos y riesgos que suponía 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 las emociones angustiantes, aunque sin generar efectos disuasivos en la decisión de abortar ya tomada (Santarelli, 2019).

En el caso de tres de las entrevistadas cuyos embarazos ocurrieron alrededor de sus 40

años y no tenían pareja conocida por sus familiares (hijos/as, padre o madre), la continuación del embarazo implicaba revelar que tenían una sexualidad activa, lo cual generaba un alto nivel de angustia que cedió tras la interrupción de dicho embarazo. 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 autoreproche por no haberse “cuidado” bien y haber quedado embarazadas. Fabiana, que abortó a los 37 años, se reprochaba el haber fallado en el uso de medidas anticonceptivas cuando pensaba que tenía “todo bajo control”:

_ 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.” [Fabiana]

En cuanto a la dimensión vivencial, significaron el embarazo no deseado como algo ajeno a ellas, como invasión y como estar “en una realidad paralela”. Es decir, la condición de estar embarazada no era integrable en sus vidas ni era viable como un futuro maternaje. Ellas asociaban ese embarazo con una situación de detención de los ritmos propios y de enajenación de la propia vida que, hasta no conseguir los medios para interrumpirlo y hacerlo, las capturaba por completo y anulaba o aminoraba las posibilidades de bienestar. A la vez, se veían obligadas a continuar con sus actividades laborales y cotidianas, y disimular el malestar asociado a la situación debido a que no podían explicitar sus intenciones de abortar con otras personas con quienes convivían en ámbitos familiares o laborales, por los temores, vergüenzas y culpas.

_ Sí, bue...eran síntomas, eran horribles. (...) Era como que yo tenía que estar disimulando esa situación. [Nadia]

Cuando las entrevistadas sabían o suponían que parte de este entorno próximo no avalaría el aborto, apareció el temor a que no las dejaran hacerlo o a que las forzaran a continuar el embarazo, incluso a que las denunciaran.

Algunas hicieron referencia al estado de embarazo en términos de esclavización e invasión del cuerpo, “sentirse presa”, lo cual generó un gran sufrimiento emocional por la irrupción de algo extraño que resulta inasimilable y que atenta contra su integridad (Rosenberg; 2010). Este sentimiento de atentado a la integridad fue tal, que algunas entrevistadas relataron que

preferían morir a seguir embarazadas, sobre todo en los casos en que tuvieron que repetir el uso de la medicación por no producirse el aborto en primera instancia.

_ *Me sentía invadida, esclavizada, molesta. [Andrea]*

_ *Realmente prefería...es horrible lo que voy a decir: prefería morirme abortando a que me metan en cana por abortar [Amy]*

La posibilidad de pensar en continuar con el embarazo a su pesar fue significada como algo “tortuoso” y, hasta, destructivo psicológicamente, al igual que el hecho de imaginar una maternidad forzada e impuesta. En los relatos asociaron el embarazo a “una bomba”, “lo impensado”, “trágico”, “espantoso”, “lo traumático de tener un hijo” en estas circunstancias.

Entonces, si el embarazo no deseado es significado como una suspensión de la propia vida, una invasión y una carga tortuosa; su interrupción se constituyó como el medio más adecuado para culminar 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. Pero, 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 que quien está atravesando esos malestares se encuentra en sus cabales. Por tanto, cuando se encuentra una salida, el sufrimiento psíquico cesa.

En los relatos 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, a mayores obstáculos, incertidumbres y soledades encontradas en el camino para lograr la interrupción del embarazo no deseado, más sufriente fue ese tránsito. Marcela relata la vivencia de cinco semanas de sufrimientos psíquicos que se iban acumulando debido al embarazo no deseado, a tener que esconderlo, a la falta de apoyo, pero sobre todo a las condiciones de clandestinidad, al maltrato y “al manoseo” por parte de los/as agentes de salud. Tras intentar abortar con misoprostol siguiendo indicaciones médicas incorrectas y ser rechazada por dos médicos que le aconsejaban que “termine con esas boludeces” y que “tuviera al chico”, relató que comenzó a pensar que la única forma de poner fin a su padecimiento era morir.

El dolor psíquico de Marcela, cedió tras contactar con un grupo local de feminista Socorristas que le brindaron 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 de misoprostol y los controles postaborto.

Una vez que lograron abortar sin haber sufrido consecuencias físicas ni penales, todas 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 en frases 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!”

En síntesis, es elocuente observar la dimensión vivencial subjetiva, en términos de cuáles son las emocionalidades y las significaciones en torno a estar embarazada y a no desear sostener este 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 culpabilización asociada a los mandatos en torno a la sexualidad femenina y los temores vividos en el marco de relaciones interpersonales y sociales obstaculizantes frente a dicha decisión de interrumpir el embarazo. La carga tortuosa y la ajenidad con la que se transitaron los embarazos, así como el alivio y el sentimiento de volver a ser una misma, cuando abortaron sin consecuencias para la salud física y ni penales. Todo este entramado emocional se desató durante los procesos de embarazo no deseado/aborto voluntario relatados, donde primaron condiciones de clandestinidad e incertidumbre. Abortar fue el medio posible para culminar con los malestares y sufrimientos asociados a esta situación crítica accidental y rechazada.

4. Abortar acompañadas: cuidados en el marco de relaciones afectivas entre mujeres

Como se desprende, a partir de reconocer y aceptar la ausencia de deseo para sostener el proceso biológico en curso –así como las inscripciones culturales que sobre este se montan– en los relatos emergen los caminos emprendidos para concretar la voluntad de interrumpir el embarazo no deseado. La mayoría de las veces, y gracias a los sólidos procesos de organización y construcción feminista, este camino no se transita en soledad, ya que desde tiempos inmemoriales se han acompañado en las prácticas de aborto para hacerlo de la manera más segura y accesible posible. Estas prácticas se vieron modificadas a partir de la circulación del conocimiento sobre el uso seguro del misoprostol. Se trata de un saber especialmente valioso en los contextos donde priman las restricciones legales, como lo es el latinoamericano.

Las mujeres y otras personas con capacidad de gestar gestionan apoyos de diversas personas y/o redes con las que intentan sortear, aminorar, resistir e incluso transformar las implicancias emocionales, físicas y políticas de la penalización legal y social de esta práctica. Es en el marco del vacío y la violencia de lo institucional que se da el encuentro con presencias que sostienen y acompañan, haciendo estas experiencias más transitables, potentes y vitales. Dentro de estas presencias facilitadoras encontramos personas del entorno afectivo cercano, profesionales de la salud que apoyan el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, y activistas feministas, lesbianas y trans que desde hace más de una década se organizan para acompañar y/o brindar información confiable sobre aborto farmacológico. Respecto a lo que denominamos presencias facilitadoras, distinguimos tres grandes tipos: las activistas –principalmente conformado por grupos socorristas locales–, las profesionales –principalmente profesionales de salud en medicina y psicología– y las afectivas, que son las que integran el entorno afectivo cercano de quienes abortan, ya sea por vínculos de pareja, de amistad o mediado por el parentesco.

A continuación, nos centraremos en el entorno afectivo cercano que en los relatos fueron valoradas como presencias facilitadoras del tránsito por la experiencia de embarazo no deseado/aborto voluntario. Principalmente, fueron amigas, hermanas y madres. En menor medida, mujeres con otro tipo de parentesco. En algunas ocasiones, la presencia afectiva y la activista se superpusieron en una misma persona. Las valoraciones sobre los modos en que las entrevistadas se sintieron cuidadas por otras mujeres del entorno afectivo permiten caracterizar la naturaleza de estos cuidados por y entre mujeres, feministas, lesbianas y

personas trans.

El aborto farmacológico implica mucho más que la autoadministración de misoprostol. Es necesario articular diversas prácticas para atender este proceso que pueden incluir a los servicios de salud (realización de ecografías, provisión y administración de inmunoglobulina humana anti-D (Rh), consultas y atención psicológica), los saberes populares, la práctica de información y acompañamiento de grupos feministas organizados, entre otras.

Abortar implica, entonces, entablar una diversidad de interacciones sociales que, en ocasiones, son fuente de malestares y violencias. Es a partir de y frente a estas violencias y condiciones no elegidas que las mujeres y personas con capacidad de gestar gestionan, protagonizan y reciben cuidados que consideran necesarios, utilizando vías no formales de atención y de apoyo. En este proceso establecen relaciones y estrategias con otras personas de sus entornos afectivos cercanos, principalmente mujeres, que pensamos en términos de cuidados feministas.

Carol Thomas entiende al cuidado como “(...) la prestación remunerada o no remunerada de apoyo en la cual intervienen actividades que implican un trabajo y estados afectivos. Lo prestan principal, aunque no exclusivamente, mujeres, tanto a personas sanas como a personas dependientes y a los niños y niñas, en la esfera pública o en la esfera doméstica, y en una diversidad de marcos institucionales” (Thomas, 2011, p.169).

Considerando el contexto legal y sanitario en que las entrevistadas realizaron sus abortos podemos observar dos condiciones que atraviesan todas las experiencias: la desresponsabilización de las instituciones de salud y la maximización de las violencias que recaen sobre ellas. Es decir, que los apoyos que las mujeres obtienen de sus entornos afectivos cercanos sostienen aspectos orgánicos, emocionales y sociales de un proceso de afectación de la salud que se desarrolla en el marco de desamparos, riesgos y violencias maximizadas, y que forman parte de ese mismo proceso.

Los abortos clandestinizados son experiencias que comprometen a los cuerpos gestantes, es decir, son experiencias propias de las trayectorias biográficas personales y colectivas de las mujeres y personas con capacidad de gestar. La ausencia de una trama social que desde lo institucional contenga dichas experiencias vitales, maximiza la exposición a riesgos

y violencias frente a lo cual quienes necesiten abortar deberán protegerse haciendo uso de sus recursos, que al interior del grupo son diferenciales y desiguales. Frente a estos abandonos que producen riesgos y a esta maximización de la exposición a las violencias, la posibilidad de gestionar y contar con presencias afectivas –eslabonadas con otras presencias- cobra un valor vital.

En los momentos previos a la administración del fármaco, las mujeres gestionan en compañía de sus redes afectivas los elementos necesarios para preparar y concretar el aborto. Los apoyos del orden de lo asistencial e instrumental contemplan desde la provisión de información, el acompañamiento que de seguridad en el procedimiento y la gestión de insumos para el proceso.

En cuanto a la información, en muchas ocasiones son las compañías afectivas quienes facilitan la posibilidad de pensar en el uso de la medicación para abortar, lo cual es desconocido para algunas y negado desde ciertos servicios de salud. Es así como amigas y hermanas comparten sus propias experiencias de aborto farmacológico, en ocasiones antes silenciadas, o acercan información más o menos difusa sobre la existencia de la medicación y de grupos locales que acompañan. En las situaciones en que estas amistades también integran grupos feministas organizados, la información cuenta con mayor densidad y precisión. En general, las amigas socorristas y/o activistas feministas otorgan una primera explicación que resulta orientadora y tranquiliza frente a la angustia de no saber cómo llevar adelante la decisión.

_ Entonces, hablé con mis amigas, de mis mejores amigas y también compañeras socorristas para, bueno, para entender el proceso y ver qué posibilidades tenía, porque no quería pasar por otro quirúrgico porque fue muy traumático para mí. (Bárbara)

Las presencias afectivas también acompañan en las rutas críticas de interacción con otras personas, grupos o servicios que la mujer busca para completar la información de la que dispone. Principalmente, mediante la facilitación del contacto con grupos feministas locales que informan y acompañan y, en menor medida, del contacto con personal médico a fines de recibir orientación sobre el uso de la medicación.

Dentro de las tareas de acompañamiento y logística, que se encuentran estrechamente ligadas a las actividades de protección, se pueden detallar varias. Por un lado, el

acompañamiento físico y emocional en el encuentro con socorristas o en las consultas en servicios de salud previas a la práctica. Estas son situaciones novedosas y desconocidas donde se valora el poder contar con una persona que acompañe y que retenga la información que se obtiene en un estado emocional de incertidumbre o ansiedad.

En el caso de consultas médicas previas a los abortos, varios relatos describen los malestares generados por situaciones de humillaciones, comentarios reprobatorios, infantilizaciones, ridiculizaciones, indiferencia ante sus estados emocionales y hasta amenazas de denuncias penales por parte de profesionales en quienes buscaban orientación o información científica y correcta sobre el uso del medicamento. En el marco de una consulta para obtener información, Emilia fue acompañada de su amiga. Tras recibir una serie de insultos y amenazas de denuncia por parte de la médica, rompió en llanto y fue su amiga quien logró frenar los ataques.

_ Y estaba esta piba que es una grosa, le habló, le paró el carro, me agarró del brazo porque yo no me podía ni levantar, estaba como... fue fuerte, fue un ataque (Emilia).

En este sentido, el atravesar estas situaciones con personas que ayuden a poner coto a estas violencias resulta un elemento de protección que disminuye notablemente los malestares. En las ecografías, por ejemplo, les producía ansiedad pasar por una experiencia difícil al tener que evidenciar el embarazo mientras ocultaban la intención de interrumpirlo. El acompañamiento se convierte en una forma de protección frente a la anticipación de un ambiente hostil. En otras ocasiones son las presencias afectivas las que, a partir de contactos previos, gestionan turnos con personal médico que garantiza derechos y, de esta manera, se asegura un buen trato.

Otra carga que puede angustiar es conseguir las pastillas de misoprostol. En los relatos se valora muy especialmente la ayuda en la búsqueda y compra de la medicación, donde la mayor dificultad no es necesariamente el costo sino el poder acceder (sobre todo en contexto como los de Mendoza donde hay restricción a la comercialización de misoprostol en las farmacias). Esto alivia a quien va a abortar de una tarea indispensable para concretar la práctica y le evita exponerse más en una situación de fragilización inducida. Úrsula contó con gran estima que su amiga consiguió las pastillas, eso le permitió desentenderse de esta parte fundamental.

_ No eran caras, no conseguíamos la cajita entera, conseguíamos por 6, por 10... pero es algo que con mi amiga nunca hablamos, no sé cómo fue. “Yo me encargo de eso”. “Bueno” jaja ¡ves! Eso, es eso. El poder contar con alguien que se encargara de la logística [lo dice sonriendo], que en ese momento no tenés la cabeza... (Úrsula)

En cuanto al apoyo para gestionar los insumos necesarios, valoraron que las acompañantes anticiparan posibles necesidades físicas durante el procedimiento, como alimentoso elementos para el control de síntomas secundarios como temperatura o vómitos, conseguir termómetro o comprar toallitas higiénicas o ibuprofeno.

También estimaron el cuidado de hijxs pequeñxs tanto como la provisión y acondicionamiento de un espacio físico adecuado, limpio, cómodo y con privacidad para realizar una práctica. El contar con un espacio confortable y seguro resulta fundamental para evitar posibles malestares y malos tratos de parejas u familiares convivientes. Esto actúa a modo de protección incluso, al fantasear una posible denuncia penal o la obstaculización de la decisión de abortar por parte de personas del entorno cercano.

Durante el proceso de aborto, las entrevistadas contaron cómo los cuidados implicaban también amenizar el ambiente con música o algún aroma agradable, hasta con apoyos del orden de lo asistencial instrumental y el control de los síntomas haciéndolas sentir protegidas y guarecidas. Finalmente, el apoyo en la verificación de la expulsión del saco gestacional fue apreciado cuando no quisieron o no pudieron mirar lo que les está ocurriendo.

_ Era invierno y...bueno, mis amigas (...) la verdad que muy divinas, leímos, meditamos, siempre meditábamos cuando estábamos juntas o cantábamos. (...) Me estuvieron cuidando mucho. [Yo] temblaba...de miedo...como una hoja. Por eso mis amigas se acostaron una de cada lado, porque yo temblaba frenéticamente del pánico que tenía. Y ellas me calmaron un poco, ahí me dormí y ahí fue que terminó de salir todo (Amy).

_ (...) ella [la amiga] todo el tiempo sostenía que ese era mi momento, que yo era la que necesitaba toooodo lo que necesitara asique la única protagonista en ese momento era yo. ¡Y fue muy bueno esto! Fue como decir: “acá no importan las emociones de nadie más que las tuyas, y no importan las necesidades de nadie más que las tuyas. Estamos acá para atenderte a vos, así que vos dejate ser y nosotras responderemos. Así. Y fue como... [suspira, se emociona, se le empañan los ojos] (Fabiana)

En el trabajo de acompañamiento afectivo, de cuidados feministas, destacan dos grandes funciones de las acompañantes: el desarrollo de estrategias de amenización y la de sostén emocional.

Por un lado, las estrategias de amenización consisten en distraer o distender para que la situación sea lo más tranquila posible. Estas estrategias se dan en forma de conversaciones sobre otros temas, tratamiento especial de los sonidos y aromas para que el espacio resulte más agradable, mirar películas o realizar actividades manuales que se realizan en conjunto.

Esta actividad muestra la preocupación por el estado emocional de quien se encuentra abortando y supera ampliamente la visión reduccionista sobre este proceso como meramente orgánico.

Por otro lado, la función de sostén emocional opera principalmente frente a las incertidumbres y temores implicados en el proceso. La experiencia corporal de un aborto farmacológico clandestinizado se liga a la experiencia consciente y emocional sobre dicho proceso y sobre las dificultades, principalmente, la ausencia de supervisión médica y de garantías institucionales de seguridad en caso de asistir a un establecimiento de salud. Las incertidumbres y los miedos se vinculan a las consecuencias de la automedicación, es decir, a cómo serán los síntomas, la expulsión del saco gestacional y las reacciones corporales particulares. En ocasiones, tanto la falta de estas señales corporales como la presencia de síntomas notables –en cantidad de sangrado o intensidad del dolor- alimentan el temor a que existan riesgos corporales concretos. Por ejemplo, a desangrarse o a que “el proceso salga mal” (es decir que el aborto no se produzca) o verse obligada a recurrir a un servicio de salud donde se podría recibir malos tratos y ser denunciada.

En este contexto, las acompañantes guían y orientan en los sucesivos pasos a seguir, calman y tranquilizan con palabras y contacto físico afectuoso cuando los temores o incertidumbres se exacerban, brindan recomendaciones y explicaciones para controlar los síntomas, evitando tener que concurrir a una guardia hospitalaria. Ponen a disposición una gama de experiencias y saberes previos, ya sean abortos propios, abortos acompañados e incluso, experiencias de contracciones uterinas por procesos de partos propios, que benefician a quien está abortando y le otorgan aquellos apoyos negados por las instituciones de salud.

Una vez constatada la expulsión del saco gestacional y mermados los síntomas corporales del proceso de aborto, las presencias afectivas están allí para acompañar el alivio sentido y el bienestar recobrado tras verificar que el aborto aconteció y sin complicaciones.

Una vez atravesada la práctica en sí, en los relatos se valoraron las presencias de amistades con quienes expresar verbalmente sus sentimientos y seguir elaborando emocionalmente la situación, los riesgos y las violencias vividas. En estas narraciones que comparten con sus amigas muchas logran integrar de maneras armónicas esta experiencia a su biografía y significarla como una oportunidad para crecer en compañía. Así lo expresó Nadia:

_ Y después, casualmente, no sé porqué ¡lo que es la vida de nosotras! ¡Es así! Me empecé a encontrar con mujeres que les había pasado lo mismo pero que lo silenciábamos entre nosotras, viste (...) yo me empecé a encontrar en la mirada de otras mujeres que habían vivido como la misma situación, ¿viste? Y fue, para mí, básicamente hice una amistad muy grande con una chica que habíamos vivido el mismo proceso. (...) yo sentí que no era lo mismo hablar con alguien que te pudiese escuchar, alguien que te escuchara y te dijera: “a mí me pasó lo mismo” (...) eso realmente fue un sostén muy bueno, y muy muy muy positivo, y a la vez de crecimiento también. Creces mucho también, no creo que volvés a ser lo mismo que eras, creo que está bueno eso (Nadia)

En síntesis, los acompañamientos afectivos, que se muestran activos y respetuosos tanto de la decisión como del método elegido para abortar y de las diversas emociones atravesadas, sin desacreditar ni juzgar, generan ambientes de confianza y comodidad emocional. Están centrados en las necesidades físicas y emocionales de las mujeres que abortan, así como están disponibles para proteger y acuerpar si así lo requieren. Son presencias que reafirman el sentimiento de protagonismo en los propios procesos de construcción de salud en y contra las adversidades históricas, morales, políticas, etc. impuestas. Por sus formas y contenidos es que entendemos que estos modos de acompañar se corresponden estrechamente con lógicas y accionares político-afectivo feministas.

5. Consideraciones finales

Si bien en la ponencia no profundizamos en lo propuesto inicialmente de realizar consideraciones sobre experiencias emocionales de mujeres que abortaron acompañadas por feministas en Mendoza y San Luis, entre 2010 y 2019, si hemos realizado un recorrido

por dos puntos que nos permiten pensar estas experiencias de abortos como procesos acompañados de “cuidados feministas”.

Lo recorrido nos permite mirar las implicancias emocionales de malestar psíquico que se producen por un embarazo no deseado en un contexto de clandestinización del aborto, las formas de agenciamiento a los que recurren las mujeres y otras personas con capacidad de gestar para atravesar el proceso de manera segura y acompañada a pesar del abandono de las instituciones y finalmente cómo el acompañamiento físico y emocional del entorno afectivo y activista va construyendo formas de cuidados feministas, en los que es preciso seguir profundizando para pensar qué abortos queremos en el nuevo contexto legal.

Observamos, que si bien el proceso de embarazo no deseado/aborto voluntario que acontece en condiciones y circunstancias determinadas y determinantes, se presenta como un continuum que afecta el bienestar emocional, social y físico de quienes lo viven; mientras que el embarazo es significado como ajeno, invasivo y torturante; su interrupción voluntaria es vivida como el medio más adecuado para culminar con los sufrimientos asociados. En este sentido, si esta interrupción se realiza con presencias que sostienen y acompañan, las experiencias resultan más transitables, menos dolorosas y hasta potentes.

Aquellas tramas de contención que la organización sociopolítica institucionalizada niega son compensadas creativa y afectuosamente por microtramas relacionales que las mismas mujeres y personas con capacidad de gestar gestionan, no sin esfuerzos ni malestares que también deberán atender. Es a partir de esa precariedad y en contra de ella que las mujeres y las personas con capacidad de gestar se convierten en gestoras de sus propios abortos y que se sostienen en las relaciones afectivas con otras mujeres, feministas, lesbianas y personas trans que acompañan estos procesos. Ellas se organizan e instrumentan los recursos que tienen a disposición, así como también crean y producen recursos para sí mismas. Son estos saberes, experiencias y formas de acompañamientos, que se gestan en los márgenes de los servicios formales de salud, las que nos brindan elementos para pensar y exigir cómo queremos que sean los cuidados cuando los servicios de salud alojan estas experiencias, mucho más a partir del reciente cambio normativo que regula el acceso a las interrupciones voluntarias de embarazos en los servicios de salud. Queremos relaciones de cuidados empáticas, no tutelares ni invasivas. Las queremos sosteniendo respetuosamente nuestros propios procesos de construcción y de autoatención de la salud, en función de elecciones autónomas.

Desde el contacto con las narrativas y significaciones de las mujeres entendemos el malestar psíquico en tanto afectación al bienestar, desde una concepción que incluya y valore los aspectos psicoemocionales y sociales como parte de la noción de salud integral. Una mejor comprensión de estas experiencias y valoraciones subjetivas sobre los 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 por los derechos humanos de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar.

5. Bibliografía

Burin, Mabel (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.

Burin, Mabel (1992) Nuevas perspectivas en salud mental de las mujeres. En Fernández Ana María (comp.). *Las mujeres en la imaginación colectiva*. (pp. 314- 332). Buenos Aires: Paidós.

Burin, Mabel (2002) *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires: Librería de mujeres.

Dosso, Daniela (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 <http://grupofusa.org/wp-content/uploads/2017/05/LIBRO-de-ensayos-FUSA-baja.pdf>

Fernández, Ana María (2016). *La mujer de la Ilusión*. Buenos Aires: Paidós.

Rich, Adrienne (1996). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Valencia: Cátedra (Feminismos).

Santarelli, Natalia (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). 78-99.<https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num2.5>

Thomas, Carol (2011). Capítulo 3. Deconstruyendo los conceptos de cuidados. En Borderías, Cristina; Carrasco, Cristina, & Toms, Teresa (comps.). *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas* (145-176). Madrid: Catarata.