



Comisión Sectorial de Investigación Científica
UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

**RESULTADOS
INVESTIGACION**

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ABORTO VOLUNTARIO EN CONTEXTOS DE
ILEGALIDAD Y PENALIZACION.**

Significados, prácticas y efectos en las mujeres uruguayas.

**Elina Carril
Alejandra López Gómez**



cátedra libre en salud reproductiva
sexualidad y género

**Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género
Facultad de Psicología**

**SETIEMBRE 2007
URUGUAY**

INDICE

1. Presentación
2. Marco conceptual
3. Metodología
4. Resultados
 - a. Características de las mujeres del estudio
 - b. Las mujeres frente a la decisión de abortar: motivos, recursos y circunstancias.
 - c. Las mujeres frente a la práctica del aborto.
 - d. Efectos psicológicos del proceso de aborto voluntario.
 - e. Opiniones de las mujeres sobre aborto en Uruguay.
 - f. Los varones en el relato de las mujeres en situación de aborto.
5. Conclusiones
6. Bibliografía

PRESENTACION

Los resultados de investigación que se presentan en este documento son producto del estudio *“Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de ilegalidad y penalización. Significados, prácticas y efectos en mujeres uruguayas”*, realizado por las autoras en el marco de los proyectos I + D de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República, en el período 2005 – 2007.

La temática del aborto voluntario es uno de los objetos de estudio e investigación que se ha privilegiado desde las actividades de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (CATSR), por considerarlo un asunto social y político de alto interés para la agenda de investigación en salud y género. La complejidad y multi-dimensionalidad del aborto voluntario requiere de abordajes interdisciplinarios y de un aporte específico de la Psicología, en los aspectos concernientes a la dimensión subjetiva implicada en estas prácticas, sus determinantes y efectos.

La práctica del aborto voluntario en Uruguay se presenta como una alternativa frente a un embarazo no deseado, a pesar de ser considerado un delito por la legislación vigente en el país (Ley N° 9763, 1938). El aborto es un proceso y es una práctica que se dirime y se resuelve en la clandestinidad, con sus características de secreto, situación al margen de lo legal, ocultamiento y aislamiento, generando efectos de diferente tipo en las mujeres (y/o parejas) que por él transitan.

Mucho se ha escrito en el concierto nacional y regional sobre los aspectos médicos, jurídicos, políticos, sociales y éticos del aborto voluntario.¹ Muy por el contrario sucede con los aspectos psicológicos implicados en el proceso de toma de decisión, en la práctica del aborto y en las vivencias posteriores referidas a este acontecimiento, desde la propia experiencia y relato de las mujeres que la vivieron.² Escasa literatura científica se registra respecto a los aspectos psicológicos involucrados en estos procesos cuando se trata de contextos de ilegalidad, penalización y clandestinidad de la práctica.

El tratamiento de la temática del aborto en Uruguay merece una reflexión profunda: no existe información sobre su prevalencia ni tampoco investigaciones desde el ámbito académico que permitan comprender los significados del aborto voluntario para las mujeres, para sus familias y para los y las profesionales de la salud. No se conoce tampoco cómo se comportan los hombres frente a la toma de decisión de un aborto voluntario en su pareja (ocasional o estable). Sí se dispone de estimaciones recientes (Sanseviero, 2003)³ que señalan la existencia de por lo menos 33.000 abortos voluntarios

¹ Existe una interesante recopilación de bibliografía sobre aborto en América Latina, disponible en versión electrónica en http://ceped.cirad.fr/cdrom/avortement_ameriquelatine_2006

² La revisión de literatura científica realizada para este estudio sobre aspectos psicológicos puede leerse en el capítulo sobre Antecedentes y Justificación de este informe.

³ Sanseviero, Rafael (2003) *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Centro Internacional de Investigación e Información para la paz. Montevideo.

anuales. También se cuenta con encuestas de opinión pública⁴, las que señalan una tendencia altamente favorable en la población, al cambio legal de la ley vigente respecto al aborto.

El vacío de investigación académica existente en nuestro país sobre el aborto voluntario y en especial sobre los factores psicológicos asociados (incluidos los posibles efectos), debe convocar a la reflexión sobre la necesidad de reforzar el compromiso de los/as investigadores/as en una temática de alto interés social y directamente relacionado con la salud y la vida de las mujeres y de la comunidad en su conjunto.

Uno de los motivos que nos llevó a desarrollar esta investigación fue el proceso de debate social y político realizado en Uruguay en el período 2002 – 2004, al constatar que había escasas referencias y conocimiento sobre las dimensiones subjetivas implicadas.

La Facultad de Psicología a través de su Decano y de la coordinación de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género fueron convocados a dar su opinión técnica en las Comisiones de Salud⁵ de ambas Cámaras del Parlamento durante el tratamiento de un proyecto de ley que incluía el reconocimiento al derecho a decidir de cualquier mujer sobre la interrupción de un embarazo, dentro de las primeras 12 semanas de gestación⁶. Allí se recogieron una serie de inquietudes e interrogantes sobre aspectos psicológicos.

El estudio que nos propusimos tuvo entonces como objetivo general generar información científica sobre los aspectos psicológicos del aborto voluntario en un contexto de ilegalidad y penalización en el Uruguay actual, que aporten insumos a los debates legislativos que puedan iniciarse en este tema.

Como objetivos específicos, el proyecto se planteó:

- A. Indagar y comprender los significados asociados a las prácticas de aborto voluntario en las mujeres montevideanas a partir de sus experiencias personales.
- B. Identificar la existencia de posibles efectos psicológicos de las prácticas de aborto voluntario y su relación con las condiciones de vida de las mujeres y con las circunstancias (y condiciones) en las que se desarrolló la práctica.

⁴ Referimos a: las Encuestas de Opinión de la Empresa Cifra, publicadas por el Semanario Búsqueda (entre 1995 – 2001, se registran 5 encuestas sobre aborto), la Encuesta realizada por Equipos Mori (abril 2004) la cual indica que un 63 % de los/as encuestados manifestaron estar a favor del proyecto de ley de defensa de la salud reproductiva y finalmente los datos que arroja el Estudio sobre Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Proyecto Género y Generaciones (UNFPA, MSP, IMM; UDELAR, INE, MYSU), con un 67 % de aceptación al proyecto de ley (diciembre 2004 – febrero 2005).

⁵ Asistieron a las mencionadas comisiones del Parlamento, el Decano Prof. Víctor Giorgi y los coordinadores de la CATSR, Lic. Alejandra López y Dr. Carlos Güida.

⁶ Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva. Aprobado el 10 de diciembre de 2002 por la plenaria de la Cámara de Diputados y votada negativamente el 4 de mayo de 2004 por la plenaria de la Cámara de Senadores.

- C. Identificar las rutas y procesos de decisión sobre el aborto voluntario que han establecido las mujeres a partir de sus experiencias y su relación con la existencia de posibles efectos psicológicos.
- D. Caracterizar y analizar los aspectos psicológicos implicados en el aborto voluntario.

El proyecto se propuso responder algunas preguntas consideradas claves para una aproximación integral a esta problemática.

- ¿Cómo viven y qué significados le atribuyen las mujeres al aborto voluntario en contextos de ilegalidad, a partir de sus experiencias personales? (vivencias expresadas en los recuerdos que sobreviven con mayor intensidad).
- ¿Cuáles son / han sido y cómo se expresaron los aspectos emocionales asociados a la práctica del aborto en los proyectos de vida y mundos de relaciones afectivas?
- ¿Qué relación existe entre los significados (previos y posteriores) acerca del aborto y las posibles repercusiones psicológicas?
- ¿Cuáles son / han sido los efectos biomédicos y sociales de las prácticas del aborto voluntario en la vida de las mujeres?
- ¿En qué condiciones se realiza el proceso de decisión sobre la interrupción voluntaria del embarazo? (rutas de decisión en contextos de ilegalidad); ¿quiénes son y qué papel juegan las personas que participan en la decisión?
- ¿Qué relación existe entre el proceso de decisión, el rol que juegan estas personas (contexto familiar y social) y los eventuales efectos psicológicos?
- ¿En qué condiciones sanitarias se practicó el aborto y su posible relación con eventuales efectos psicológicos?
- ¿Es posible afirmar la existencia de un Síndrome Traumático Post Aborto (STPA) en todas las mujeres que transitan por la experiencia del aborto voluntario?

En el capítulo de resultados de este informe, se presentará el análisis de la información, incluyendo respuestas tentativas a estas preguntas.

ANTECEDENTES (RESEÑA)

El aborto inseguro es considerado un grave problema de salud pública y tiene una incidencia significativa, a nivel mundial, en la muerte de mujeres en edad reproductiva (OMS, 2003).

En Latinoamérica y el Caribe y en la gran mayoría de los países del Tercer Mundo, el aborto inseguro es una de las principales causas de muerte materna. La muerte de una mujer por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio constituye la mortalidad materna (MM). Estadísticamente, la misma se considera como el número de muertes maternas por cada 10.000 nacimientos. Implica la muerte por causas que, en una enorme mayoría de los

casos, podrían prevenirse. Entre sus consecuencias se señalan: la desintegración de las familias, el aumento de la mortalidad infantil, la deserción escolar y el ingreso prematuro de los niños/as en el mercado laboral (Sloan, Langer, Hernández, Romero, 2002)⁷. Durante el embarazo, las causas más importantes de MM son las hemorragias, la hipertensión (o “toxemia”) y el aborto. Este representa un riesgo de muerte sólo cuando se realiza en condiciones inseguras y/o por personal que desconoce las técnicas adecuadas.

Varios autores han hecho estimaciones para medir la magnitud del aborto inducido en algunos países, utilizando métodos directos e indirectos (Alan Guttmacher Institute, 2003)⁸

Habitualmente, las mujeres pobres que abortan (en condiciones sanitarias inadecuadas) son las que ponen en riesgo sus vidas. El aborto es inseguro cuando se realiza en condiciones sanitarias inadecuadas y/o mediante prácticas “caseras” (sin intervención de personal de salud calificado). En los contextos de ilegalidad y penalización, las prácticas de aborto son -en términos generales- inseguras, tanto para las mujeres como para el personal de salud que lo practica (cuando éste interviene).⁹ Sin embargo, importa subrayar que los grados de inseguridad se incrementan cuando las condiciones sanitarias en las que se realiza no son adecuadas. El aborto inseguro es la forma de caracterizar las prácticas de aborto en los contextos de ilegalidad y penalización. La diferencia estadística de mortalidad entre mujeres que practican aborto en un contexto de legalidad y en un contexto donde es ilegal, es por demás significativa: 1 muerte por cada 100.000 abortos; aborto ilegal: 1.000 muertes por cada 100.000 abortos.¹⁰

Cuando se considera el aborto inseguro como un problema de salud pública pocas veces se repara en el impacto psicológico que tiene esta práctica producto de su realización en contextos de ilegalidad y clandestinidad. Las marcas en la subjetividad que deja la experiencia del aborto clandestino y el aborto inseguro han sido escasamente exploradas por quienes investigan en este campo.

⁷ Sloan N., Langer A., Hernández B., Romero M., Winicoff B. (2002) Etiología de la mortalidad materna en los países en desarrollo. ¿Qué valor tienen las autopsias verbales?. Publicado en inglés en Bulletin of the World Health Organization, 2001.

⁸ Según el Informe de OMS, Sing, S. Y Wolf. D encontraron tasas para Brasil, Colombia, México, Chile, Perú y República Dominicana de 14 a 32 por mil mujeres en edad fértil. H. Prada estimó para Colombia 39 abortos por 100 nacidos vivos, equivalentes a 34 por 1000 mujeres en edad fértil de 15 – 49 años. En un estudio realizado por la Universidad de Externado de Colombia, utilizando el método directo encontró 15,3 abortos por 100 nacidos vivos. Extrapolando los datos obtenidos por métodos indirectos se estima en 700 a 900 mil abortos inducidos por año en América Latina y El Caribe, y utilizando el dato de Colombia obtenido con método directo, América Latina y El Caribe en su conjunto tendría cerca de dos millones de abortos inducidos por año (15,3 por 100 NV). Datos de Chile recientes, indican que 4.54 % de mujeres en edad fértil tienen un aborto por año, un poco más de 143 mil abortos. Tomado de OMS (1996): Evaluación del Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Programa de Salud de la Familia y Población (Div. De Promoción y Protección de la Salud). Washington.

⁹ Pinotti – Faúndez (1989) “*Unwanted pregnancy: challenges for health policy*”. En: Women Health in the Third World: the impact of the unwanted pregnancy. International Journal of Gynecology and Obstetrics. Sup. N° 3, Dublin, Ireland.

¹⁰ Tietze, Christopher, (1990). Informe Mundial sobre el Aborto. Instituto de la Mujer, Madrid.

Aspectos psicológicos del aborto voluntario: una revisión de la literatura científica.¹¹

Para el diseño del protocolo del estudio se procedió a la realización de una revisión sistemática de la producción científica sobre aspectos psicológicos de la práctica del aborto voluntario. Esta revisión fue ampliada en el marco de la implementación del proyecto. Para ello se acudió a analizar las fuentes de información disponibles en la literatura científica y/o bibliotecas virtuales que recogen publicaciones arbitradas, investigaciones y ensayos.¹²

Para este estudio se realizó una revisión bibliográfica de 23 artículos que incluye investigaciones científicas, revisiones sistemáticas y material de difusión, publicadas en versión electrónica disponibles en Bibliotecas Virtuales y libros/ revistas en formato papel o CD.

De las 23 publicaciones, 10 son investigaciones y seis de ellas son estudios longitudinales, algunos con una extensión de hasta cinco años. Las 13 restantes son reseñas bibliográficas de estudios realizados entre los años 1974 y 2005 por diversos autores y publicaciones de artículos de difusión, que tuvieron como cometido fundamentar posiciones sobre la existencia o no de consecuencias psicológicas post aborto.

Algunos de estos artículos de difusión encontrados dieron cuenta de visiones críticas sobre las metodologías de investigación utilizadas y críticas directas a los resultados de distintos estudios (tanto de los que confirman la existencia de un síndrome post aborto, como de los que lo rechazan).

Para la presentación de los antecedentes bibliográficos es importante precisar los términos aborto inducido y aborto espontáneo, ya que son básicos para articular y comprender algunas de las conclusiones extraídas tanto de los artículos de difusión y reseñas bibliográficas, como de las investigaciones.

Se define como aborto espontáneo aquel que ocurre sin intervenciones externas y la causa puede ser tanto enfermedades de la mujer como del embrión. El aborto inducido es definido por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) como *“la interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervención quirúrgica después de la implantación y antes de que el conceptus (o producto de la concepción) sea viable de manera independiente”*.¹³ Es una interrupción ocasionada por una intervención externa de forma deliberada.

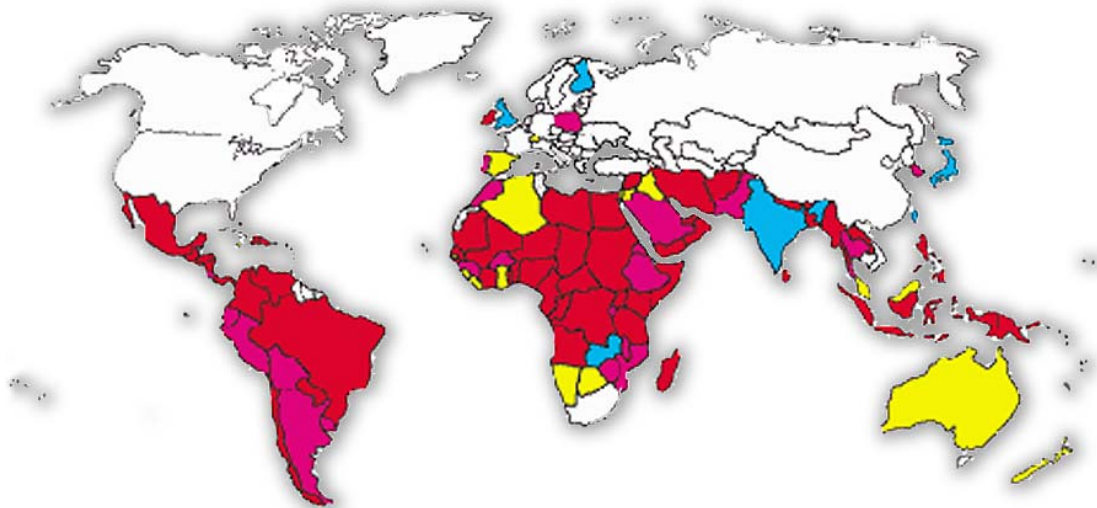
Es importante también destacar las diferencias que existen en el mundo respecto a países donde existe acceso a servicios legales de aborto y aquellos donde el aborto provocado se produce en contextos de ilegalidad. Asimismo, es de importancia la referencia a los diferentes contextos culturales y posiciones religiosas que existen a nivel global en relación a este tema, puesto

¹¹ En la elaboración de este apartado participó la Lic. Rossana Trucillo, becaria del proyecto.

¹² En anexos se incluye un cuadro con el relevamiento realizado.

¹³ Faúndes, A, Barzellato, J. (2005) “El drama del aborto. En busca de un consenso”. Tercer Mundo Editores. Bogotá. Pag 47.

que algunas de las investigaciones y artículos basan sus conclusiones en la influencia de estos escenarios sociales en el proceso de decisión de las mujeres a realizarse o no un aborto, y en la existencia de probables perturbaciones psicológicas posteriores causados por ésta situación social.



<http://www.womenonwaves.org/set-1020.245-es.html>

ROJO: El aborto es ilegal en todas las circunstancias o se permite únicamente para salvar la vida de una mujer.

ROSA: El aborto se permite legalmente únicamente para salvar la vida de una mujer o para proteger su salud física.

AMARILLO: El aborto se permite legalmente únicamente para proteger la salud mental

AZUL: El aborto se permite legalmente en base al estado socioeconómico

BLANCO: Abortos por solicitud

Del total de las publicaciones aquí presentadas, cinco de ellas rechazan la existencia de un síndrome post traumático luego de la práctica de un aborto voluntario, y uno de ellos (Stotland, 2003) pone el énfasis en que existen resultados positivos muy probables cuándo las mujeres pueden hacer las elecciones informadas, basadas en sus propios valores, Otras afirman que se podría manifestar en las mujeres algún síntoma de depresión (Nordal, 2005). Dos de ellas señalan claramente que dicho síndrome que no existe (Knowles, 2001; Faúndes, 2005) ya que fue diseñado para definir las condiciones psíquicas de los veteranos de guerra y para que éste se manifieste es necesario que las personas hayan estado sometidas a eventos traumáticos inesperados e incontrolables y haber sentido amenazada su integridad física (Lee, 1997).

Trece (13) del total de las publicaciones (incluyendo los 5 anteriores) hacen referencia a que la realización de un aborto voluntario no es una causa suficiente para la posterior aparición de problemas en la salud mental en las mujeres. Toman en cuenta los factores psicológicos pre-existentes en la persona que podrían o no favorecer la aparición de trastornos psíquicos posteriores. Los autores que refieren que el aborto es causante de complicaciones psicológicas severas, incluyen también en sus comentarios la posibilidad de la existencia de factores predisponentes y la importancia de determinar estos factores previo a la realización de un aborto (Reardon, 1993).

Tanto en las investigaciones como en algunas de las reseñas bibliográficas se mencionan factores de riesgo que podrían favorecer la emergencia de trastornos psicológicos en el post aborto. Entre ellos se pueden encontrar:

- Factores culturales: asociación con depresión y el contexto social en donde se toma la decisión de abortar (Stephen, 2004)
- Existencia de enfermedades psiquiátricas (Stotland, 2003) o estado de la salud mental previa a la realización del aborto (Nordal, 2005; Major, 2000).
- La existencia de problemas emocionales no resueltos (Coleman, 2005) y la circunstancia individual que la rodea (Lee, 1997).
- La exposición a la sanción social (Lacerda, 2000).
- Cuando el aborto realizado con sentimientos de culpa y a ellos se suman condiciones traumáticas como la clandestinidad y la inseguridad, pueden tener mayores consecuencias sobre la salud de la mujer (depresión, ansiedad).
- Ausencia de sostén en el contexto social inmediato de las mujeres. Tipo de apoyo recibido. (Lee, 1997).
- Existencia o no de sostén familiar. En algunos casos puede ser negativo por la presión ejercida (Lacerda, 2000) y en otros puede ser un factor favorable (Reardon, 2003).
- Incidencia de la pareja (genitor) en la toma de decisión. (Adler, 1990; Cohen, 2006; Pope, 2001). La actitud de la pareja puede representar un factor negativo en el pronóstico y una fuente de angustia emocional, en los casos en que la mujer resigna su autonomía en la toma de decisión. (Nordal, 2005).

Un dato relevante que surge en una de las investigaciones (Pope, 2001) y en algunos de los artículos reseñados (Cohen, 2006; Major, 2000; Lee, 1997) es que el momento de mayor angustia psicológica para una mujer es el período anterior al aborto. Agregan que el sentimiento predominante luego de realizado el aborto es el alivio y que la mujer puede volver a retomar el control de su vida (Lee, 1997).

En una de las revisiones bibliográficas referidas (Adler, 1990) fueron analizados en el entorno de 14 estudios realizados en los Estados Unidos. Los resultados muestran que la mayoría de las mujeres (76%) sintieron alivio al poder llevar adelante el aborto y que teniendo acceso al aborto en condiciones adecuadas y sin presiones externas, aparece escasa patología en el período posterior. Este dato concuerda con algunas investigaciones y reseñas aquí presentadas, ya que coinciden en que el daño psicológico producido por el aborto es escaso, sobre todo cuando pueden hacer sus elecciones de un modo informado basado en sus creencias y valores. (Stotland, 2003; Pope, 2001).

Mujeres con creencias religiosas muy fuertes, que viven en países donde las leyes respecto al aborto son muy restrictivas, y/o en sociedades donde pueden estar expuestas a una gran presión social, pueden sufrir mayores consecuencias psicológicas adversas (Stephen, 2004; Lacerda, 2000; Langer, 2003; Speckhard).

De los artículos referidos algunos proponen (Coleman, 2005; Reardon, 1993; Speckhard) que aunque se tomen en cuenta los factores predisponentes de cada mujer que está pensando interrumpir el embarazo y se llegue a la conclusión que aunque solo unas pocas de las mujeres que tienen un aborto inducido presenten consecuencias psicológicas negativas, es condición suficiente para tenerlas en cuenta y no permitir la práctica del aborto.

Por el contrario 5 de las publicaciones (Adler,1990; Cohen, 2006; Adler, 2000; Nordal, 2004, Speckhard) hacen referencia al cirujano C. Everett Koop quien testificó ante el Congreso de EEUU acerca de su investigación sobre los efectos psicológicos del aborto, transmitió que los efectos pueden ser abrumadores para un individuo en particular, pero el desarrollo de problemas psicológicos significativos relacionados con el aborto es “minúsculo desde el punto de vista de la salud pública”.

Varios de los artículos y las mismas investigaciones sobre el final, analizan las metodologías de investigación, sus debilidades y fortalezas. Y es claro que allí surgen las críticas entre los que defienden el derecho a la práctica del aborto y los que se manifiestan en contra. Algunos plantean que son investigaciones limitadas (Adler, 1990) que no se toman en cuenta los factores de riesgo pre existentes de la persona (Cohen, 2006) y que es necesario plantear nuevas investigaciones con un nuevo modelo que tome en cuenta las características personales (Reardon, 2004). Dos de ellos proponen que lo mas adecuado sería llevar adelante un estudio aleatorizado (Adler, 2000; Major, 2003) Esto quiere decir que se debería elegir aleatoriamente entre mujeres con embarazos planificados o no, cuales de ellas se realizarán un aborto voluntario. Pero agregan que por más que este tipo de estudios sean necesarios son poco éticos.

Las limitaciones de los estudios pueden ser diversas. Desde quienes proponen que el tiempo de los estudios longitudinales no es suficiente (Adler, 1990; Adler, 2000; Nordal, 2004; Pope, 2001; Lee, 1997) hasta quienes indican que las muestras son pequeñas (Stephen, 2004; Pope, 2001) y que hay tasas bajas de participación (Nordal, 2005). Más allá de los que agregan que los datos obtenidos a través de estudios científicos tienen un carácter tendencioso (Gómez Levín, 2001).

MARCO CONCEPTUAL

Habitualmente, las consideraciones sobre el aborto y sus efectos en la salud de las mujeres, enfatizan los aspectos bio-médicos y gineco-obstétricos.

La dimensión psicológica del proceso de aborto y sus eventuales efectos en contextos de ilegalidad y penalización, deberían analizarse en el marco de una perspectiva integral de la salud. Esto significa incluir las distintas dimensiones que se articulan en los procesos de producción de la salud - enfermedad (biomédicas, psicológicas, socioculturales, políticas, entre otras).

El debate entre los componentes tradicionalmente biomédicos de las llamadas Ciencias de la Salud y los aportes de las Ciencias Sociales a las formas de comprender los procesos de salud – enfermedad, ha sido fuente de planteos dicotómicos y de polarización de dos perspectivas teóricas y metodológicas.

La crisis del modelo hegemónico de la salud comprendida en términos exclusivamente médicos (Quevedo E., 1992)¹⁴ se ha debido entre otras, a la fisura “sociológica” que ha generado la medicina social, la fisura psicoanalítica (si bien la teoría psicoanalítica ha tenido efectos más notables en el campo de las ciencias humanas que en el llamado campo de las ciencias de la salud), la fisura antropológica (en especial la antropología culturalista en búsqueda de las formas específicas de representación de la salud - enfermedad), y la fisura epidemiológica (los trabajos de Brian MacMahon, Leavell y Clarck en busca de un modelo multicausal de la enfermedad), entre otras.

El aborto puede ser analizado como un problema ético, jurídico - legal, histórico, de salud pública, de derechos humanos, político, biomédico, psicológico. Todos estos puntos de vista pueden ser enriquecidos y redimensionados a la luz de los aportes de los Estudios de Género y de una perspectiva compleja e integral del ser humano y sus circunstancias de vida.

Los Estudios de Género, se han constituido en un campo disciplinario en el que confluyen la sociología, la historia, la antropología, la psicología, las diferentes vertientes del feminismo, y más tardíamente, el psicoanálisis. Ha puesto el énfasis en investigar cuales han sido, a partir de la desigual ubicación de mujeres y hombres en la cultura patriarcal, las condiciones de la producción socio histórica de las subjetividades masculina y femenina. A su vez se han estudiado las marcas que esta condición desigual, han producido en la subjetividad. Las disciplinas mismas han sido objeto de un minucioso trabajo de deconstrucción y elucidación crítica, dejando en descubierto el carácter sexista de muchos de sus paradigmas legitimantes. La perspectiva de género a su vez, no soslaya sino, se articula con otras dimensiones tales como la edad, la etnia, clase social y la orientación sexual.

Precisamente, este enfoque *“demanda reconocer la importancia de la cotidianeidad de lo privado y familiar, espacios en los que transcurre gran parte de la vida de las mujeres, y una parte de la vida de los hombres, como un*

¹⁴ Quevedo, E. (1992): “El proceso salud – enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista”. En: Cardona, A. (coord.) Sociedad y Salud. ED. Zeus Asesores. Bogotá.

*espacio fundamental de crecimiento individual, familiar y colectivo, donde tienen lugar las prácticas de socialización, de salud y de reproducción social.*¹⁵

Los enfoques de género constituyen una referencia indispensable a la hora de analizar el papel diferencial que hombres y mujeres juegan en la producción cotidiana de la salud y la enfermedad, en la producción de saberes no técnicos y en el sistema del cuidado doméstico e institucional de la salud. Se observa que mujeres y varones presentan patrones epidemiológicos diferenciales en lo que hace a su salud física y mental. Para citar solamente un ejemplo, son numerosos los estudios que indican que el índice de depresión es dos o tres veces mayor en mujeres que en varones, así como son éstos quienes presentan mayores índices de patologías asociadas al riesgo (sociopatías, adicciones)¹⁶

Estas diferencias no se explican exclusivamente sobre la base de la diferencia sexual biológica, sino que reposan en los arreglos culturales que prescriben las formas en que cada sexo debe organizar su psiquismo y sus prácticas sociales. Hay pues, diferencias entre los sexos, tanto en la prevalencia de algunas enfermedades, como en las modalidades de expresión del conflicto psíquico.

Finalmente, un análisis integral supone identificar la intervencionalidad entre los aspectos psicológicos y socio culturales y legales de la práctica del aborto.

La ilegalidad, penalización y clandestinidad de la práctica pueden ser considerados contexto de determinación y afectación del proceso de aborto. Sin embargo, desde una perspectiva integral y compleja de los procesos de subjetivación, el contexto en la medida que adquiere centralidad se transforma en texto que produce significados, vivencias y discursos.

Fenómenos psicológicos involucrados.

La interrupción voluntaria de un embarazo es una decisión vital significativa y como tal, no está exenta de contradicciones y ambivalencias. El contexto de ilegalidad determina que ese proceso de decisión tenga características particulares.

Las respuestas emocionales, el malestar y el sufrimiento psíquico que muchas mujeres padecen frente a un embarazo no deseado cuando éste culmina en un aborto, pueden analizarse y comprenderse desde una perspectiva que incluye la dimensión intrapsíquica. Aunque ésta no pueda privilegiarse por sobre la necesaria articulación entre las condiciones de subjetivación en que tiene lugar la práctica y las significaciones imaginarias que ésta produce, los aspectos psicológicos implicados en el proceso de aborto pueden ser comprendidos a partir del psicoanálisis con perspectiva de género. Este enfoque teórico permite una aproximación refinada a la comprensión de aquellos aspectos del sufrimiento psíquico, asociados a las condiciones de subjetivación de las

¹⁵ De los Ríos R. (1995) "Género, Salud y Desarrollo: un enfoque en construcción". En: Género, Mujer y Salud en las Américas. Publicación Científica N° 541. OPS. Washington.

¹⁶ The World Health Report 2001: Mental Health, New Understanding, New Hope. World Health Organisation, 2001

mujeres –y también de los varones- en una sociedad que ha asignado históricamente posiciones y roles desiguales para ambos sexos.

Para comprender los mecanismos y representaciones inconscientes inferidos a través de las entrevistas a las mujeres, recurrimos a su vez, a algunos de los conceptos psicoanalíticos clásicos que dan cuenta del funcionamiento psíquico. A los efectos de facilitar la lectura, definiremos algunos de los conceptos utilizados:

Ambivalencia: se trata de la coexistencia en el mismo sujeto, de sentimientos, tendencias, actitudes y representaciones opuestas y muchas veces contradictorias. Estas variaciones pueden sentirse hacia una persona, frente a aspectos de sí mismo o circunstancias vitales. Para S. Freud, la ambivalencia se expresa fundamentalmente a través de las fluctuaciones de amor/odio en las relaciones de objeto.

Superyo: una de las tres instancias psíquicas (Yo, Ello, Superyo) definidas por Freud (1923) a partir de la formulación de su segunda teoría de la mente, la llamada Segunda Tópica. Sus funciones están vinculadas a la vigilancia crítica en el Yo, de los preceptos morales, el cumplimiento de los ideales y la autoobservación. Tiene a su vez, el poder de establecer amenazas y castigos, cuando del juicio surge la falla o la transgresión a las normas.

Los mandatos superyoicos de orden moral, son aquellos que fijan lo que es aceptable o inaceptable: qué deseos sexuales son lícitos, con quien se puede tenerlos y con quien están prohibidos; la forma con que el sujeto se debe comportar en relación al objeto, con su bienestar, con la agresividad permitida y la prohibida. Este es el superyo de la culpa.

Los ideales, son normas a las que el sujeto debe someterse para ser aceptado. El ideal del yo, es un estándar, un ideal de medida, que la persona puede cumplir o no. Los mandatos del superyo son vividos como algo natural, trabajan desde dentro y su legitimidad no está cuestionada.

Mecanismos de defensa: de acuerdo a la división tripartita del psiquismo, es el Yo (el aspecto inconsciente del Yo) quien tiene a su cargo la puesta en marcha de estos procesos psíquicos como una forma de evitar y/o manejar la angustia, que viene del Ello, del Superyo y de la realidad exterior. Hay ciertas defensas que se ponen en marcha, por ejemplo para contrarrestar la culpa inconsciente: autocastigo, renunciaciones, masoquismos, que son a su vez, también inconscientes.

Los mecanismos de defensa, varían de acuerdo al momento evolutivo, el tipo de trastorno y el mayor o menor grado de complejidad en la elaboración del conflicto. Son procesos normales, que se pueden hacer patológicos cuando la persona (el Yo de la persona) recurre a ellos de una manera poco plástica y/ o rígida.

Se han descrito, bajo el mismo nombre, varias y disímiles operaciones psíquicas. Nos referiremos aquí en forma sintética, a aquellas que han podido observarse en el discurso de las entrevistadas.

Represión: se trata del ocultamiento a la conciencia de representaciones de gran intensidad afectivas y vividas como displacenteras o prohibidas, vinculadas electivamente a la sexualidad, pero no en forma exclusiva.

Negación: es una operación psíquica que consiste en negar aquello de la realidad (interna y externa) que al sujeto le produce rechazo, displacer, pero sin perder el juicio acerca de la misma.

Racionalización: se trata de una explicación organizada desde el punto de vista lógico o aceptable moralmente, a actitudes, ideas, sentimientos, cuyo verdadero motivo, se desconoce.

Renegación: es la operación psíquica por la cual se rechaza conocer la realidad de una percepción de la realidad exterior, que se significa como traumática.

Regresión: en su concepción más generalizada, se define como el retorno a formas anteriores (en el tiempo) de pensamiento, de las relaciones de objeto y de la estructuración del pensamiento. (Laplanche, Pontalis, 1979)

Algunas investigaciones afirman que luego de la realización de un aborto, se podría manifestar en las mujeres algún síntoma de depresión (Nordal, 2005). Pero, la mayoría de los estudios concuerdan en que es necesario determinar si han habido factores predisponentes y la importancia de identificar estos factores, previamente a la interrupción voluntaria del embarazo (Reardon, 1993). La literatura especializada que recoge investigaciones y reseñas bibliográficas, mencionan factores de riesgo que podrían favorecer la emergencia de trastornos psicológicos en el post aborto. Entre ellos se pueden encontrar que los factores culturales y el contexto social en donde se toma la decisión de abortar determinan la asociación con depresión (Stephen, 2004) .

Como ya hemos señalado, los estudios epidemiológicos realizados en la mayoría de los países occidentales, indican que la proporción de mujeres que se deprimen, es dos a tres veces mayor, respecto a los hombres. Es posible pensar que pueda haber además, subregistros, es decir, que éstos números no reflejen la realidad ya que son muchos los casos en que no se consulta. En el caso de las mujeres, porque éstas suelen padecer estados de depresión leve, “bajones”, asociados muchas veces a cambios hormonales, frente a los cuales no se recurre a un especialista, ya que se significan como parte de la “naturaleza” femenina. En los últimos años, la inclusión de la dimensión de género en el campo de la salud mental, ha permitido identificar que muchos de los padecimientos depresivos de las mujeres y la prevalencia de su ocurrencia, respecto al sexo masculino, están relacionados directamente con sus condiciones de vida y las características de su subjetividad.

Existe consenso en el ámbito de la psiquiatría y la psicología acerca de cuáles son las manifestaciones clínicas de la depresión, aún cuando ésta tome formas de manifestación y niveles de gravedad diversos. Siguiendo a Hornstein (2006), podemos agrupar a las diferentes formas de expresión de un estado depresivo, en tres categorías de acuerdo a cuáles son los motivos de consulta: a) *Estados de ánimo y afectividad*: tristeza, baja autoestima, autorreproches, pérdida de placer e interés, sensación de vacío, apatía, ansiedad, tensión, irritabilidad, inhibiciones varias. b) *Pensamiento*: disminución de la concentración o imposibilidad de concentrarse, indecisión, culpa, pesimismo, crisis de ideales y de valores, pensamientos suicida. c) *Manifestaciones somáticas*: alteración de algunas funciones (insomnio, hipersomnia, aumento o disminución del apetito, disminución del deseo sexual) dolores corporales (cefaleas, lumbalgias, dolores articulares) y síntomas viscerales (principalmente gastrointestinales y cardiovasculares).

No es suficiente que la persona refiera algún o algunos de estos indicadores, para poder establecer con certeza el diagnóstico de depresión. Una persona que sienta tristeza y tenga dificultades para concentrarse, no necesariamente tiene que estar cursando un cuadro depresivo, sino que, por ejemplo, puede estar atravesando un proceso de duelo normal. La tristeza es un estado afectivo normal, manifiesto, que nos sobreviene a todos los seres humanos cuando enfrentamos una situación dolorosa. En uno de sus escritos más conocidos, "Duelo y Melancolía" Freud (1918) diferenció al duelo normal de la melancolía (lo que hoy llamamos depresión), definiendo al primero como la reacción que las personas experimentan frente a la muerte de un ser querido o de una abstracción equivalente: el trabajo, la libertad, un ideal. La persona que está atravesando un período de duelo, sabe qué es lo que ha perdido, llora por ello, pero luego de un tiempo –variable según cada quién- y de un proceso de elaboración psíquica, su estado de ánimo se restablece.

Durante muchos años, los estudios sobre aborto voluntario señalaban como consecuencias psicológicas la depresión, la culpa y el arrepentimiento. Incluso, varios investigadores señalaban la aparición de alteraciones psiquiátricas en el período inmediatamente posterior al aborto.¹⁷ Asimismo, se asociaba la decisión de abortar con causas de orden psiquiátrico. En 1957, un estudio efectuado en Suecia con más de 400 mujeres reportó la aparición de un sentimiento de alivio en las mujeres después de practicarse un aborto por decisión personal.¹⁸ Poco a poco, otras investigaciones hechas en Inglaterra, Estados Unidos, Checoslovaquia dieron a conocer datos similares.¹⁹ Hoy se tiende a considerar, como lo sostuvimos más arriba, que las repercusiones psicológicas dependen de factores socioculturales y afectivos que inciden en el proceso de decisión y de las condiciones (familiares, económicas, sanitarias, jurídicas, etc.) en las que se lleva a cabo la práctica. Estas fueron algunas de

¹⁷ Dallal, E. (1981) "Perfil psicológico de la mujer en el postaborto inmediato" Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. Vol. 22. Pag. 56-67.

¹⁸ Ekbland, M. (1955) "Induced abortion on psychiatric grounds: a follow-up study of 479 women". En Acta Psiquiátrica & Neeurol. Scandinaviska. Vol. 99, Suecia.

¹⁹ Osofsky, J.D – Rajan, R.(1973) "Psychological effects of abortion: with emphasis upon immediate reactions and follow-up". En: Osofsky (Ed.) The abortion experience: psychological and medical impact. Harper and Row. England

las consideraciones por las cuales no fue incluido el llamado Síndrome Post Aborto (SPA) en la última revisión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV, cuarta edición) de la Asociación Psiquiátrica Americana difundido en el año 1994.

Desde hace algunos años, ámbitos científicos ligados a sectores que se oponen al aborto, han intentado documentar la presencia del Síndrome Post Aborto en todas las mujeres que han pasado por esa experiencia.

Estos trabajos que postulan la existencia de un SPA, señalan que *“nunca el aborto es un hecho aislado, sino que casi siempre irá acompañado de otra serie de trastornos conductuales importantes, muchas veces patológicos, tal como pueden ser las toxicomanías, alcoholismo, perversiones sexuales, intentos de suicidio, etc. Trastornos de conductas importantes que suponen un deterioro grande en la vida personal, familiar, y social: suelen ser consecuencia de una gran relajación o infravaloración de los principios más elementales éticos y morales”* (...) Y continúan diciendo, *“Otra de las consecuencias del aborto, suele ser el rechazo de su propia sexualidad. Presentan sentimientos de animadversión y rechazo a su propia pareja, que pueden interrelacionarse con sentimientos de frigidez sexual, esterilidad futura y distintas dificultades específicas en la adaptación sexual. En general suelen ser mujeres con poca identidad femenina y con rechazo de su papel maternal, que puede llevar en algunos casos a la destrucción de su matrimonio.”* (Gómez Lavín)²⁰ Y finaliza la autora del artículo, *“Se podría seguir enumerando distintos síntomas psicopatológicos que **siempre** se encuentran en mujeres abortistas, pero no voy a alargarme, solo pretendía que se viera a través de mi propia casuística, avalada por 25 años de dedicación a la clínica, y atención ambulatoria de enfermos, la problemática con la que generalmente me encuentro.”*

Un síndrome es un conjunto de signos y síntomas que existen en un momento y definen –siempre– una condición o estado morboso. Esta definición nos estaría indicando que en todos los casos de aborto inducido y voluntario, las mujeres de todas las edades, condición social y credo padecerían los mismos síntomas y signos, lo cual es científicamente cuestionado.

Los estudios referidos al SPA, se caracterizan por no presentar indicadores confiables, ya que están sesgados por factores ideológicos de los que parten. Se yuxtaponen supuestos estudios epidemiológicos con ideas previas, de los que resultan entonces, investigaciones poco confiables.

Quienes afirman la aparición del SPA, sostienen que éste tiene rasgos en común con el Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT) que exhiben algunos veteranos de guerra, víctimas de accidentes, personas expuestas a catástrofes, mujeres que han sufrido maltrato y/o violaciones sexuales. EL TEPT es un trastorno muy complejo, con numerosos sistemas neurobiológicos afectados tras la exposición a adversidades o estresores catastróficos (Mingote et. al, 2001). La incidencia del TEPT va a depender de la exposición a un trauma y de la existencia de factores de vulnerabilidad previa y va a estar

²⁰ Revista Electrónica “Arbil, Anotaciones de pensamiento y crítica”, en www.arbil.com.es.

moderada por las capacidades de protección individual disponibles (recursos de adaptación, autoestima, redes de soporte social, etc.)

Desde el punto de vista psicológico, un acontecimiento se define como traumático en la vida de un sujeto, cuando se dan simultáneamente tres situaciones: la intensidad del suceso, la incapacidad de responder a él de forma adecuada por no tener o no poder utilizar los mecanismos psíquicos para su elaboración y, la duración en el tiempo del trastorno y los efectos patógenos (Laplanche, 1979). El fenómeno traumático implica siempre un daño a la integridad y a la dignidad personal, una vivencia de muerte para el Yo de la persona, que pasa a ser registro biográfico indeleble y amenaza de muerte permanente, con características siniestras de "cuerpo extraño" que fractura su vida. Un trauma produce la ruptura de la cotidianeidad, la vida emocional aparece como suspendida y se pierde la continuidad entre el pasado, el presente y el futuro. Las palabras nunca son suficientes para expresar el alcance emocional, el impacto subjetivo de aquello que para el sujeto, adquirió valor traumático. Esta definición implica entonces que frente al mismo suceso, las reacciones y efectos sean diversos y dependan de la modalidad subjetiva de cada quien, aunque en algunos casos, se encuentren patrones comunes.

Las conceptualizaciones más recientes sobre los aspectos psicosociales y culturales de la salud reproductiva, abren campos de visibilidad creciente sobre distintos tópicos de la sexualidad y las decisiones reproductivas, siendo un marco fundamental para el análisis del aborto voluntario. Desde la vertiente de la salud y los derechos reproductivos, con los aportes provenientes del campo del psicoanálisis, y los estudios de género, es que nos propusimos la investigación, que es la base de este libro. El marco conceptual referido, nos permitió comprender las determinaciones intra e intersubjetivas subyacentes en las repercusiones psicológicas del aborto voluntario, que en nuestro país, es siempre en condiciones de ilegalidad y penalización.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio de tipo cualitativo en base a entrevistas en profundidad a mujeres que transitaron por la experiencia del aborto voluntario en Montevideo.

Se consideró que la investigación cualitativa era la más pertinente para facilitar el proceso de comprensión del objeto de estudio y sus objetivos. *“La visión cualitativa tiende a dar cuenta del horizonte de las formas simbólicas en donde se desenvuelven las acciones sociales, formas simbólicas que toman apariencia codificada – lenguajes-, pero de cuyo estudio, imprescindible, nos interesa no su gramática o estructura interna, sino su carácter comunicativo de mediador y formador de las experiencias y de las necesidades sociales”* (Lledó, 1996).²¹

²¹ Citado en Alonso, L.E (1998): La Mirada Cualitativa en la Sociología. Una Aproximación Interpretativa. Editorial Fundamentos, Colección Ciencia. Madrid

La investigación cualitativa -en salud y prácticas sexuales y decisiones reproductivas - con su énfasis en abordar los estudios en profundidad a partir de un número limitado de casos, es muy adecuada para identificar y comprender los aspectos subjetivos y posibles efectos psicológicos de las prácticas de aborto voluntario.

La investigación cualitativa genera datos de importancia teórica y no de representatividad estadística. Por ello, desde paradigmas positivistas de la ciencia, se la ha desmerecido en su capacidad de producir conocimiento científico legítimo para el diseño, evaluación y seguimiento de políticas públicas.

Los hallazgos generados en estudios cualitativos - entre otros aportes - dan cuenta de procesos y relaciones sociales; permiten aproximarse a la comprensión del universo de significados que determinados acontecimientos tienen y/ o generan en las personas; contribuyen a la reconstrucción del contexto social, histórico y cultural donde adquieren sentido los datos (contextualización e historización); reconocen la complejidad de lo social, la heterogeneidad de los sujetos y los grupos humanos, las relaciones de cooperación y conflicto, la naturaleza dinámica y contradictoria de los acontecimientos; se basan en la perspectiva de los actores mediante la recuperación de su palabra (perspectiva emic); y aportan conocimiento implicado y situado (Glaser y Strauss, 1967; Guba y Lincoln, 1987, 1994).^{22 23}
24

Es un tipo de conocimiento que se basa en un nivel de análisis micro mediante la particularización, profundización y reconocimiento de las diferencias y diversidades. Su aporte fundamental se sustenta en la recuperación de la perspectiva de los sujetos, en su vivencia de los acontecimientos, en los sentidos que éstos adquieren, en las estructuras discursivas que dan cuenta de visiones de mundo de las cuales son portadoras, en un determinado momento biográfico que es al mismo tiempo socio - histórico y cultural.

Por ello, el aporte de la investigación cualitativa es de alta significación, en la medida en que permite un acercamiento dinámico a una realidad que también es dinámica, cambiante, diversa. Conjuntamente con los insumos que provienen de la investigación cuantitativa (que permiten conocer la magnitud, distribución y evolución de determinados fenómenos en una sociedad), la investigación cualitativa produce un conocimiento que permite comprender (y no explicar) los por qué de estos fenómenos desde la perspectiva construida

²² Glaser G, Strauss A. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine Publishing Company.

²³ Guba EGY, Lincoln YS. (1989) *Fourth Generation Evaluation*, Newbury Park: Sage.

²⁴ Guba EGY, Lincoln YS. (1994) *Competing Paradigms in Qualitative Research*. En: N. K.Denzin y Y.S. Lincoln. *Handbook of Qualitative Research*; London: Sage.

por sus principales protagonistas y/o destinatarios, las personas. Se adentra en el mundo de los significados para permitir una descripción densa sobre la realidad subjetiva, social y simbólica. De allí su aporte enorme a la toma de decisiones en políticas públicas.

Diseño

La información se obtuvo a partir del uso de la técnica de entrevista en profundidad, en base a una pauta semi – estructurada, con mujeres que transitaban por la experiencia de aborto voluntario. El uso de esta técnica permitió acceder a una descripción densa y profunda de los aspectos más relevantes a estudiar. La entrevista en profundidad acompañada de una escucha técnica psicológica, permitió identificar aspectos psicopatológicos no imputables a la situación de aborto, pudiendo así distinguir aspectos subjetivos implicados de posibles efectos psicológicos traumáticos.

Inicialmente se había previsto que cuando de la entrevista surgieran elementos relacionados con trastornos de personalidad, antecedentes depresivos severos y/o intentos de autoeliminación, consumo de sustancias psicoactivas, alcoholismo, antecedentes psiquiátricos (u otros elementos psicopatológicos significativos), se procedería a la utilización de técnicas de diagnóstico psicológico con el objetivo de investigar y precisar aspectos de la personalidad que pudieran ser previos a la situación de aborto. Se buscó diferenciar de esta manera los eventuales efectos psicológicos específicos. De esta forma se consideraba que la investigación lograba una mejor aproximación a la construcción del dato.²⁵

El universo de estudio incluyó a mujeres montevidéanas jóvenes y adultas comprendidas entre edades de 20 a 59 años, que hubieran vivido la experiencia personal del aborto voluntario en los últimos 10 años (considerando los plazos de un año, cinco años y hasta diez años).

Se tomó esta cohorte de edad porque el interés se centró en mujeres jóvenes y adultas en edad fértil, siguiendo los criterios establecidos por OPS/OMS en cuanto a la edad de finalización del período de la adolescencia (19 años). El plazo de los 10 años fue a los efectos de contemplar un criterio de temporalidad que permitiera considerar comparativamente los posibles efectos psicológicos inmediatos y mediatos del aborto voluntario.

Para realizar la muestra, se trabajó desde el supuesto teórico de que las prácticas y significados atribuidos por las mujeres a la experiencia del aborto voluntario no son homogéneos y se encuentran en estrecha relación con la historia personal y los contextos socio-económicos y culturales en los cuales se producen (criterio de heterogeneidad).

Se efectuó un muestreo intencional teórico, que tuvo en cuenta el criterio de saturación de la información, heterogeneidad y accesibilidad, con una lógica de

²⁵ En caso de ser necesario el uso de técnicas psicológicas, las mismas serían realizadas por el Área de Diagnóstico e Intervención Psicológica de la Facultad de Psicología (UdelaR).

inclusión que incorporó a los sujetos elegibles en función de los criterios que se detallan:

- mujeres con diferentes niveles de instrucción (bajo, medio y alto);
- mujeres que al momento de la práctica del aborto no fueran madres y mujeres que sí fueran madres; y
- mujeres que hubiesen interrumpido voluntariamente el embarazo (durante las primeras doce semanas de gestación) en los últimos 5 años, en los últimos 10 años, incluyendo mujeres que lo hubieran hecho en el último año.

Considerando que la maternidad y el aborto adquieren sentidos diferenciados en función de los contextos socioeconómicos y culturales, se optó por definir unidades de análisis para el nivel de instrucción, utilizando esta variable como proxy de la variable nivel socio –económico, a los efectos de construir el muestreo para este estudio, siendo éste un criterio utilizado por OIT y CEPAL para tales fines.

Las unidades de análisis para nivel educativo fueron los años de instrucción:

- Nivel Bajo: mujeres con hasta 6 años de instrucción.
- Nivel Medio: mujeres con entre 6 y 12 años de instrucción.
- Nivel Alto: mujeres con 13 años y más de instrucción.

El criterio de inclusión incluía a mujeres que hubieran vivido la experiencia de un aborto voluntario, por lo menos. No se excluyeron a mujeres que en sus historias reproductivas hubieran tenido más de un aborto voluntario. En estos casos, se procedió a explorar específicamente la última experiencia vivida por la mujer, si bien no se descartó la información aportada espontáneamente por las mujeres respecto a sus otras experiencias.

Para la captación de las mujeres elegibles se utilizó la técnica de la bola de nieve, a partir de las primeras mujeres que voluntariamente quisieron acceder a la entrevista en profundidad, las cuales fueron referidas por organizaciones sociales, profesionales de la salud, docentes universitarios. Para completar el criterio muestral necesario se procedió a realizar un tamizaje²⁶ en la sala de espera de la Policlínica de Asesoramiento del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) a mujeres que asistieron a la consulta de orientación pre y/o post aborto.

La inclusión de casos quedó supeditada al criterio de saturación de la información y de heterogeneidad de la muestra en función de los criterios previamente establecidos.

Las entrevistas fueron realizadas en lugar acordado con las mujeres. Algunas optaron por sus propias casas y otras decidieron que fueran en el lugar ofrecido por las investigadoras. En todos los casos se procuró generar un clima de reserva e intimidad de modo de preservar la confidencialidad. El tiempo de duración de cada entrevista fue de aproximadamente una hora. Las mismas fueron grabadas para su posterior procesamiento. Se realizó una ficha

²⁶ El formulario de tamizaje o screening utilizado se puede ver en Anexos de este informe.

individual²⁷ con datos sociodemográficos básicos que se aplicaba al comienzo de la entrevista, las cuales fueron sistematizadas para su utilización en el análisis del material. Se diseñó una pauta guía con preguntas abiertas para conocer los factores psicológicos mencionados en forma espontánea y se incluyeron preguntas dirigidas sobre factores identificados en otros estudios, para comprobar su presencia en nuestra población²⁸.

Coincidimos con la apreciación de Zamudio quien sostiene que en tanto la búsqueda de las mujeres del perfil adecuado al estudio debe partir de la aceptación voluntaria de acceder a la entrevista, seguramente se establece un sesgo, pero ese sesgo es inevitable. (Zamudio et al, 1998)²⁹ Es decir, las mujeres que acceden a relatar su experiencia de aborto, son aquellas que probablemente, se sienten en condiciones de hablar sobre ésta, sienten la necesidad de hacerlo y/o están preparadas para ello.

Aspectos éticos

El abordaje metodológico cualitativo, que pretende conocer y comprender las significaciones que para las personas tienen los acontecimientos y la experiencia vivida, requiere de extremar ciertos cuidados éticos.

Cuando accedemos a mujeres que comparten sus experiencias de vida en relación a las prácticas de aborto inducido en contextos de ilegalidad y penalización, estamos conectándonos con realidades que pueden estar acompañadas por sentimientos de dolor, frustración, culpa, alivio, tristeza, satisfacción. Puede implicar para la mujer re-conectarse con una experiencia silenciada o compartida, aceptada o rechazada por quienes forman parte de su universo de vínculos más cercanos, experiencia reflexionada (procesada afectivamente) o “enquistada” como acontecimiento no analizado de su historia.

En concordancia con el principio de justicia, consideramos que la investigación debía contar *para aquellas mujeres que lo requiriesen o que lo necesitasen*, un adecuado sistema de referencia y derivación a espacios donde las mujeres pudieran elaborar / procesar la situación vivida y que la entrevista en profundidad les dio la oportunidad de compartir.

En las situaciones en las que se pudieran detectar trastornos de personalidad y/o síntomas de entidad -tal como se mencionó anteriormente- se previó la realización de entrevistas para la devolución de los resultados del estudio y realizar posibles orientaciones psicoterapéuticas.

Se entrevistó a aquellas mujeres que informada y voluntariamente accedieron a la situación de entrevista, conociendo previamente los objetivos, beneficios y resultados esperados de la investigación, garantizando la protección del

²⁷ Ver anexos. Ficha individual.

²⁸ Ver anexos. Pauta guía entrevista.

²⁹ Zamudio, L; Rubiano N.; Viveros, M.; Salcedo H. (1998) Problemas sensibles y estrategias metodológicas a propósito de investigaciones sobre aborto inducido. Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social. Universidad Externado de Colombia. Bogotá.

anonimato de la persona, mediante el cuidado de la no identificación de la misma. No se solicitó consentimiento firmado a las mujeres, entre otras razones, por la situación de ilegalidad y penalización del aborto en nuestro país.

RESULTADOS

El capítulo de resultados está organizado en función de las principales dimensiones construidas en el análisis. La información recolectada a través de las entrevistas en profundidad fue codificada, utilizando una lista de códigos elaborados a partir de la pauta de entrevista y de temas emergentes surgidos espontáneamente en el diálogo con los sujetos del estudio.³⁰ A partir de la sistematización se crearon cinco dimensiones para el análisis, cada una de las cuales agruparon distintos códigos:

- Las mujeres frente a la decisión: motivos, recursos y circunstancias.
- Las mujeres frente a la práctica del aborto.
- Efectos psicológicos del proceso de aborto voluntario.
- Opiniones de las mujeres sobre el aborto en Uruguay.
- La presencia de los varones en el discurso de las mujeres

Las distintas dimensiones se construyeron a partir de la integración de distintos códigos, pero todas ellas incluyen los códigos elaborados en relación a aspectos psicológicos del aborto y a significados de maternidad, en tanto ejes transversales de análisis.

La distancia temporal entre el relato y la experiencia del aborto, no fue codificada específicamente, pero fue incluida a lo largo de todo el análisis. De la misma forma se procedió con otras variables como la edad, el nivel educativo y el ser madres o no al momento del aborto y al momento de la entrevista.

El capítulo de resultados se organizó a partir de la presentación de los hallazgos y su análisis en cada dimensión. Para una mejor visualización se presenta en cada apartado del análisis, una grilla que incluye los códigos incluidos en cada dimensión construida.

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

La población de estudio incluyó a mujeres entre 19 y 67 años, quienes fueron entrevistadas entre el mes de diciembre de 2005 y octubre de 2006. Todas ellas habían tomado la decisión voluntaria de interrumpir un embarazo. Respecto al nivel educativo al momento de la entrevista, 5 pertenecían a nivel bajo (menos de 6 años de escolaridad), 9 al nivel medio (entre 7 y 12 años de escolaridad) y 11 al nivel alto (más de 13 años de escolaridad). En cuanto a la inserción laboral 22 tenían trabajo remunerado fuera de la casa, mientras que 3 se dedicaban exclusivamente al trabajo doméstico de la casa. En cuanto a la

³⁰ Ver Anexo. Códigos.

conyugalidad, 9 tenían pareja conviviente, 5 tenían pareja no conviviente y 11 no estaban en pareja. Respecto a la adhesión a creencias religiosas, 5 se definen como católicas creyentes, 14 no creen en la existencia de ningún dios y 6 se definen como católicas no practicantes.

Respecto a la edad en la que ocurrió el aborto: 13 tenían menos de 25 años, 7 tenían entre 26 y 35 años, y 5 tenían más de 36 años. Del total de mujeres, 11 eran madres al momento del aborto y 14 no lo eran. En cuanto a la distancia temporal con el episodio del aborto, 12 se habían practicado el aborto (o el último aborto) hasta seis meses antes de la entrevista, ninguna se habían practicado el aborto entre 6 meses y un año antes de la entrevista, 13 se habían practicado el aborto entre un año y más antes de la entrevista.

Solamente dos mujeres se habían practicado el aborto más de 15 años antes de la entrevista. Se valoró como pertinente incluir estos casos, ya que si bien estaban fuera de los criterios muestrales iniciales, resultaban de interés a los efectos de analizar el pasaje del tiempo en la elaboración de la experiencia.

Del total de mujeres, 17 se habían practicado un aborto y 7 habían realizado entre dos y tres abortos y 1 se realizó 4 abortos en su trayectoria reproductiva.

En cuanto al tipo de procedimiento de aborto practicado, 12 lo hicieron mediante técnicas quirúrgicas (AMEU o legrado) y 13 mediante medicamentos (misoprostol). Ninguna de las mujeres entrevistadas habían vivido una experiencia de aborto médicamente inseguro. En todos los casos, salvo una mujer, el aborto tuvo lugar antes de las 12 semanas.³¹

II. LAS MUJERES FRENTE A LA DECISIÓN: MOTIVOS, RECURSOS Y CIRCUNSTANCIAS.

En el proceso de aborto voluntario en contextos de ilegalidad, penalización y clandestinidad se pudo observar que existe una compleja interrelación entre los motivos y circunstancias para la toma de la decisión, la disponibilidad de recursos, el acceso a la práctica y los sentimientos posteriores asociados a ésta.

Tomar la decisión de interrumpir el embarazo, enfrentó a estas mujeres no sólo a sus sentimientos frente a un embarazo no deseado, sino a las vicisitudes y dificultades para resolver el aborto, lo cual en todos los casos constituyó una situación ansiógena.

1. Motivos para la interrupción del embarazo

Las mujeres refirieron diferentes motivos como determinantes, para tomar la decisión de interrumpir el embarazo. Muchas, sostuvieron que no deseaban tener un hijo en ese momento porque sus proyectos de vida iban en otra

³¹ Ver en Anexos: cuadros de síntesis de las características de las participantes en el estudio.

dirección. Otras, las más jóvenes, adujeron no sentirse preparadas, emocional y materialmente, para afrontar la maternidad y la responsabilidad que esta implica. La falta de recursos económicos para mantener a otro hijo, fue otro de los argumentos esgrimidos, pero esta motivación fue referida únicamente por las mujeres de nivel educativo bajo, no así por aquellas de niveles medio y alto. Para algunas de las entrevistadas, la relación con el genitor (marido, partenaire ocasional, novio) no tenía las condiciones de estabilidad y proyección que, de acuerdo a sus opiniones, se requieren para tener un hijo.

Las reacciones emocionales de las mujeres entrevistadas, en el momento de la toma de decisión, variaron de acuerdo a la consistencia subjetiva del no deseo de tener ese hijo y a la estabilidad psíquica de cada mujer en ese momento. A ello debe agregarse las circunstancias en que se produjo el embarazo (no uso de métodos anticonceptivos, fallo en su uso, accidente en el uso del preservativo, momento vital, relación de pareja, situación económica y al grado de apoyo o censura de su ámbito social inmediato). Más allá de las diferencias singulares, el denominador común, fue la ansiedad y el miedo a la práctica del aborto.

Reacciones frente al embarazo no esperado

Por la función biológica que permite la reproducción, las mujeres de este estudio, que no han decidido voluntaria y conscientemente un embarazo, se enfrentaron a la posibilidad de la maternidad en su dimensión simbólica, cultural y cómo práctica social. Lo han hecho a partir de sus vivencias, sus experiencias vitales y momento de vida, su grado de autonomía y los sentidos y representaciones que tienen de la maternidad. Las significaciones que cada mujer le da al aborto, están en relación directa con lo anteriormente expuesto y con un contexto en que el aborto es ilegal y por lo tanto clandestino y punible.

El embarazo no deseado o inoportuno es un hecho frecuente en mujeres de cualquier condición social y edad y una situación crítica que obliga a tomar una decisión. La complejidad de esta decisión, está condicionada por las circunstancias vitales, el medio social y económico, el apoyo o la ausencia de sostén familiar, las creencias religiosas, los valores morales y filosóficos. También dependerá de si la mujer ya tiene hijos, si está sola o en relación de pareja. Este momento es aún más crítico, cuando la decisión debe tomarse en contextos en los que el aborto es ilegal. Las condiciones de clandestinidad ligadas a la penalización, determinan el diseño de una escenografía subjetiva signada por el secreto, el temor, la inseguridad, la condena moral y el temor al riesgo.

Sorpresa, estupor, indignación, miedo...Las reacciones de las mujeres de nuestro estudio, frente a la comprobación del embarazo apuntaron todas en la misma dirección y no parecen depender de la edad, si se tienen o no hijos o del nivel educativo. Se significa como un hecho inesperado, conscientemente no buscado y no siempre comprenden lo que ha pasado. No pudieron dar sentido a un embarazo que no buscaron, que no querían continuar y cuya metáfora muchas veces fue la muerte. El embarazo no deseado irrumpió en la existencia de las mujeres y subvirtió su continuidad actual, generó montos de ansiedad

muy grandes, desorganizó el proceso de pensamiento y puso en marcha mecanismos de defensa: de negación y/ o de renegación y de regresión.

“(...)entonces, en el momento que me pasó, casi me muero, casi me muero, porque la verdad que fue espantoso para mí, y bueno, y ahí dije ‘No, me lo saco o...’ por que lo mío, era un poco extremista lo mío ¿no? era sacármelo o morirme, porque otra cosa no había, no me veía...(…), pero en realidad, no quería, no quería tenerlo, entonces para mí era algo espantoso, era como una regresión, porque me sentía tan indefensa, saber que yo no podía hacer nada, me hice como tres test de embarazo, me gasté toda la plata que tenía en el momento haciéndome test, porque no podía creerlo (...) Y le dije a una amiga ‘Yo lo voy a interrumpir sea como sea, movemos cielo y tierra, pero no voy a seguir adelante con el embarazo’ eso quedó clarísimo. (...)Sentía rechazo, sentía asco. El rechazo venía por ahí, no era lo que yo quería, no era lo que estaba buscando”. (Paulina, 24, NEM)

“(...) y fue cuando me dio positivo, imagínate, era, o sea, en sentido figurado, te querés morir, porque nunca lo pensás, nunca lo esperás (Carolina, 25, NEM)

“Me quería morir.... Me quería morir, porque no... claro, porque yo con mi esposo me cuido en pila, nos cuidamos porque sabemos que no podemos tener más y que me pase un accidente allá, menos. Además nunca sabés, mis hijos, gracias a Dios, son todos de él, pero nunca sabés en la calle, nunca sabés, no sólo por el embarazo, sino por las enfermedades.” (Melina, 3, NEB)

“¿Sabes de qué me acuerdo? de haber mirado... de que se me haya dado en ese momento (antes de hacerse el aborto) por mirar fotos de cuando yo era chiquita, y de llorar y de...” (María, 47, NEA)

Ese embarazo jaqueó la omnipotencia, la certeza en las previsiones, la fantasía de dominar el cuerpo. Fue algo que se escapó al control:

“(...) y me fui caminando sin poder creerlo, diciendo... esto no puede ser... no puede ser (...) Yo le decía (al ginecólogo) ‘no puede ser, no puede ser. Yo me tendría que haber dado cuenta si se había roto el preservativo...’ (Celia, 26, NEA)

“(...) Y bueno, yo vivía como siempre... pensando que a mí no me iba a pasar, que estaba todo bien, porque yo conocía varios métodos anticonceptivos y todo, pero me pasó”. (Paulina, 24,NEM)

Un embarazo no tiene por qué estar acompañado siempre de un deseo de maternidad. Si puntuamos sobre la dimensión “deseo de tener un hijo” y le oponemos su contrario semántico “no deseo”, nos deslizamos hacia un campo espinoso, porque ¿desde dónde partimos para comprender el deseo de maternidad o el no deseo? ¿Del peso de las representaciones sociales sobre la maternidad? ¿Cómo se ha construido la soldadura de la femineidad a la maternidad? En cada caso ¿cómo ha sido ese recorrido complejo que comienza en la infancia vinculado al desarrollo psicosexual de la niña, determinado por procesos identificatorios con ambos padres y que incluyen las

identificaciones de género que resultará en el deseo o no deseo de hijo? (Amorín, Carril, Varela, 2006).

No fue el objetivo de esta investigación indagar sobre los factores que inciden para que una mujer desee un hijo. El objetivo fue analizar cómo resuelven el no querer ser madre en ese momento, los sentidos que le dieron al aborto y las respuestas y/ o efectos psicológicos teniendo en cuenta que la clandestinidad y la penalización, configuran el suelo desde donde se construyen las significaciones imaginarias en cada mujer que aborta. (Fernández, 2006)

Las respuestas emocionales, el malestar y el sufrimiento psíquico que muchas mujeres padecen frente a un embarazo no deseado, pueden analizarse y comprenderse desde una perspectiva que incluye la dimensión intrapsíquica. Pero ésta no puede privilegiarse en detrimento de la necesaria articulación entre las condiciones de subjetivación en que tiene lugar la práctica – la ilegalidad- y las significaciones imaginarias que ésta produce.

Las mujeres frente a la anticoncepción

Las mujeres dieron cuenta de distintas actitudes frente a la regulación de la fecundidad. Muchas de ellas, refirieron haber usado métodos anticonceptivos tales como preservativo masculino, anticonceptivos orales, anticoncepción de emergencia y DIU. También hubo aquellas que apelaron al método de ritmo. Otras habían solicitado ligadura tubaria, sin éxito. Alguna, luego del aborto, pudo acceder a la misma. Y otras relataron no haber recurrido a ninguna protección. Para algunas de ellas, la negociación del uso del preservativo con el compañero sexual resultó difícil y el resultado fue el embarazo.

El relato de las mujeres dejó en evidencia por un lado la ambivalencia respecto al autocuidado y la posibilidad de un embarazo. Por otro, la no infalibilidad de los métodos anticonceptivos y/o los factores subjetivos asociado a su uso incorrecto.

Muchos embarazos ocurrieron por accidentes en el uso del preservativo masculino (rotura) y a las ya descritas reacciones emocionales, se le añadió el enojo y la rabia. Sentimientos que recayeron sobre el partenaire, sobre sí mismas (culpándose) o sobre el embrión, al que en algunos casos nombraron como “esto” o “eso”:

“Creo que porque en el fondo, tengo bronca de que él haya visto que se rompió el preservativo y no me haya dicho. Esta es mi fantasía claro, yo no digo que él sabía, pero capaz que fue demasiado pelotudo en... no fijarse correctamente ¿no?” (Celia, 26, NEA)

“Me dio rabia conmigo misma, yo sentí mucha rabia por mi descuido, por mi desorden, que no aprendas, porque si me dijeras: no me tuve que hacer ninguno, pero ya el primero había sido patético...me dio mucha rabia ¡qué pelotuda!” (María, 47, NEA)

Algunos de los testimonios, dejaron en evidencia la ambivalencia frente al embarazo, es decir sentimientos opuestos y contradictorios frente al deseo de tener o no tener un hijo. En muchos casos, las mujeres mostraron un relato articulado e informado acerca de los métodos anticonceptivos, dejando en evidencia además, que no tuvieron obstáculos para acceder a ellos. A la vez que afirmaron, que no buscaban ni deseaban tener ese u otro hijo. Sin embargo, no los usaron o lo hicieron en forma incorrecta.

“Sí, ninguno de los tres fueron embarazos buscados ni deseados. (...)El tercer embarazo fue entre un DIU y el otro DIU, me saqué uno y me puse el otro,...ahí fue.” (María, 47, NEA)

“Me volví loca, me volví loca, porque yo decía no sé, yo sabía, porque yo sabía que no me había cuidado, sabía todo, sabía lo que había pasado, sabía que tenía ese riesgo, yo llegué a tomar unas pastillas...” [Anticoncepción de emergencia] (Gimena, 38, NEB)

“Yo quedé embarazada. Porque no lo busqué. Hice lo que tenía que hacer y no me cuidé en el momento de tener relaciones. En el momento de tener relaciones no me cuidé, porque tenía unas pastillas de emergencia, que dije, tá las uso, bien como chiquilina ¡qué sé yo! Yo no lo quería tener porque recién me vengo a Montevideo, me vengo... tipo, me independizo. Mi madre toda la vida me dijo: ‘te vas a Montevideo y vas a quedar embarazada, ya te veo, vas a venir con cinco, seis hijos acá’. Así, dicho y hecho, me vengo a Montevideo y quedo embarazada” (Karina, 21, NEM)

“Yo tuve relaciones sin cuidarme, pero después tomé la famosa Ponstinor, la tomé inmediatamente de la relación, entonces para mí era imposible, pero viste que dice ese 90 %, yo caí en el 10 %...y bueno...” (Paulina, 25, NEM)

(¿Por que no te cuidabas?) *“Por boluda, no sé... sí, ponele que la primera bueno, ta, nunca me había pasado, que era chica... pero si ya sabía lo que hacía... Pero ya ahí, la segunda y la tercera sí, se puede decir que por boludos los dos.”* (Noelia, 22, NEM)

Estos casos de embarazos no buscados o no intencionales que ocurrieron como consecuencia del no cuidado, pueden iluminarse con el auxilio de la conceptualización psicoanalítica acerca de la fuerza de las motivaciones inconscientes. Parafraseando a Spinoza: *“nadie sabe lo que puede el inconsciente”*... En muchas ocasiones, estos embarazos pueden expresar la confirmación de la potencialidad fértil, una manera (vicaria) de terminar una relación afectiva, una forma de cumplir el destino establecido por sus madres y/o la expresión de una conducta punitiva por el ejercicio de la sexualidad (el embarazo como un castigo).

Como sea, estos (u otros) significados están ocultos para la protagonista, que sin “quererlo”, quiere. Esta contradicción aparente, que escapa a la intencionalidad conciente de las personas y que es precisamente una dimensión de la subjetividad, deja en evidencia que el tema del aborto, no se resuelve solamente con políticas de prevención de embarazos no esperados.

La información, la educación y el acceso universal a métodos anticonceptivos como componentes centrales de una estrategia de prevención de embarazos no deseados/esperados, no son suficientes para impedir que éstos se produzcan. Precisamente cuando se trata de la condición humana, el diseño de las políticas no puede soslayar las dimensiones subjetivas implicadas en la sexualidad y la reproducción.

Tener/no tener un hijo: tensión entre deseos y mandatos.

Si bien no se indagó directamente acerca de la maternidad, las entrevistas pusieron de manifiesto lo que piensan y sienten acerca de ésta, de qué significaciones sociales se hacen eco y cómo perciben las prácticas maternas. El análisis, permitió observar cómo difiere el discurso según se trate de mujeres de nivel educativo alto, medio o bajo. Las mujeres de niveles medios y altos, con otras posibilidades de desarrollo personal y mayor grado de autonomía ya no ven a la maternidad como la única fuente de realización y en algunos casos, dudan si quieren ser madres. La construcción de su identidad como mujeres no tuvo como un único eje a la maternidad, sino que el acceso a otras prácticas que son también fuente de gratificación narcisista, les permitió construir su subjetividad menos atada rígidamente a patrones genéricos tradicionales. Estas mujeres parecerían haber tenido mayores oportunidades de diseñar y elegir sus proyectos de vida, que les han permitido vivir experiencias diversas que muchas veces se sienten como opuestas al ejercicio de la maternidad.

“No... o sea, el tema es complicado para mí porque no lo entiendo mucho, pero no sé, el tema de la maternidad, yo creo como... la verdad que no me llama mucho la atención, no me seduce mucho, me parece que hay otras cosas para hacer, el problema es que tenemos un ciclo vital y que llega un momento en que ya no tenés más opción a elegir, pero (...)Entonces es difícil tener un hijo, porque mi novio quiere tener un hijo, quiere formar una familia, porque va más allá de eso de nacer, reproducirse y morir ¿entendés? para mí va más allá de eso(...) , pueden haber opciones...” (Paulina 25, NEM)

“Pero en este momento, no, no, no, no porque bueno, no lo siento tampoco, no es lo que quiero para el presente y el futuro prácticamente tampoco me veo como madre (...). Es todo un tema, porque, digo, es que para mí es una responsabilidad inmensa ¿entendés? tener un hijo o una hija, pero te cambia la vida por completo y ta, sí, obviamente creo que sí sería capaz, que puedo llegar a criar un niño, una niña, todo(...)Porque conozco chiquilinas que lo que más anhelan es ser mamá y te lo dicen, te lo dicen muy naturalmente ‘Si yo llego a ser madre puedo llegar a ser la mujer más feliz del mundo’, te lo dicen y yo no lo siento así. Yo no lo siento así. Si, obviamente siento que el día que sea, si es que soy mamá, obviamente, es mi hijo o mi hija los voy a amar, entendés y lo voy a cuidar.

-Pero tu no sentís que hoy, que tu vida pasa...

Sólo por eso, o sea, por formar una familia y tener hijos, no, yo quiero otras cosas.” (Patricia, 26, NEM)

“Porque estoy igual que hace cuatro años atrás, no me... o sea, igual en el sentido de que, viste, ojo, me encantan los niños, me encantan los bebés vivo rodeada de bebés (...) pero ¿viste cuando no te ves? Decís ‘no tengo paciencia, no tengo paciencia, para

madre no sirvo' y este... es por eso, no me veo con un niño, no me veo.” (Carolina, 24, NEM)

A pesar de “no verse” con un hijo, operó en Carolina el efecto reductor del mito social mujer = madre, que tiene la fuerza de un silogismo: todas las mujeres desean, ella es mujer, ella tendrá que desear para serlo. Entonces, no desear tener un hijo provoca culpa, porque se desechó un bienpreciado que tantas otras desean. Es decir, se tuvo la posibilidad y se descartó. De todas maneras, Carolina no se arrepintió de la decisión tomada:

“(...) Porque cómo toda mujer creo que en algún momento querés tener un hijo, dicen que es la cosa más divina que hay, entonces supongo que en algún momento voy a querer tenerlos.

-¿Y si no te viene ese deseo?

No lo tengo. Creo que no sería un trauma en mi vida. Ojo, capaz que cuando tenga cuarenta años, tengo un trauma enorme porque no puedo tener hijos - que fue otra de las cosas que yo, o sea, - no pensé como para traumarme- pero después que me hice el aborto yo pensaba, mi madre tuvo muchos problemas para quedar embarazada, perdió un bebé...(...) entonces vos decís, “Pensar que hay gente que tiene tantos problemas para quedar embarazada y se muere por tener un hijo, y darían lo que no tienen. Hay mujeres que están embarazadas y te dicen, “Y bueno si el bebe o yo” y prefieren morirse ellas y vos decís, y vos te sacás un hijo por estúpida, por estúpida digo, el haber quedado embarazada, ¿no?”

“Pero me dio un poco de culpa en el sentido ese, de que ella no pudo retener a ese niño, y yo por ahí lo hubiera tenido, hubiese parido lo más tranquila ¿entendés? pero no es mi culpa que ella lo haya perdido, y yo tampoco voy a tener un hijo por todas las mujeres que pierdan los bebés, pero me dio un poquito de cosa ¿viste? capaz que me dio un poquito más de cosa por pensar ‘pa, que garrón, pobre gurisa que quedó embarazada’ “ (Patricia,26, NEM)

‘Qué pasa si mañana yo no puedo y quiero y no puedo’. Son cosas que, me pregunté en el momento. Pero ojo, no como reprochándomelo, diciéndome ‘Ay me arrepiento de haber hecho lo que hice’ porque yo no me arrepiento. Como te vuelvo a decir, si ahora quedo embarazada hago lo mismo ¿entendés? pero nunca sabés lo que puede pasar mañana” (Paulina, 24, NEM)

Si la maternidad se significa como un instinto, inherente a la condición femenina y razón suficiente para la emergencia del deseo, no querer un hijo (o ese hijo) es ir en contra de una ley natural, pervirtiéndola. Pero, para algunas de las mujeres entrevistadas siempre cabe la esperanza de que ese instinto en algún momento surja, casi como parte del proceso evolutivo vital o la madurez:

“Qué hago, si estoy embarazada, me muero, qué hago, no quiero” no tengo desarrollado el instinto maternal que tienen muchas mujeres que ven un niño y ‘y, qué divino’, no, no, no lo siento, no me sale (...) Tá, y eso, que obvio que me encantaría tener un bebé, por más que no lo siento así ahora, pero sería re lindo, y sé que el día que lo tenga me va a brotar ese instinto maternal que ahora no, que, por ejemplo, ahora después de eso, [la experiencia del embarazo y aborto] como que se me desarrolló un poco,” (Shirley, 20,NEM)

“Yo tenía una compañera en facultad más grande que yo, que un día me contó que estaba embarazada, o se que, yo ponele tenía 22 años ahí, y ella tenía ya más cerca de 30 ponele, y me contó y yo le digo ‘Ay, qué bueno’ y seguimos y yo me siento tan lejos de eso, y no me veo, no me veo y no me veo, y ella me dijo algo así como... no, yo le dije, le pregunté cómo había tomado esa decisión de hacerlo y me dice: ‘Lo que pasa que llega un día que te ves, que te nace como el sentimiento -ella me decía- no sé si es biológico, si es cultural, si es instintivo, pero llega un momento que te dan ganas’. Después con los años lo comprobé ¿no? es eso, creo que cuando... debe tener que ver con el proceso de maduración de cada uno, que llega un tiempo que decís: ‘bueno, ahora puede ser el momento’, que capaz que no le llega a todo el mundo, pero ta, en aquel entonces no era. (Graciela, 27, NEA)

Para algunas mujeres como sosteníamos, la maternidad como destino coexiste con la maternidad como posibilidad, como opción y es quizás en ellas, que la idea de responsabilidad frente a un hijo apareció con más fuerza: no se trata solamente de alimentar y cuidar la salud, sino de transmitir valores, brindarles un futuro, continentarlos afectivamente. Para esa responsabilidad sienten que hay que estar preparadas, implicándoles además una negociación con otros deseos personales y con las exigencias del mundo laboral/profesional.

“Yo tenía pareja y eso, pero, estable ¿no? hacia ya unos años que estábamos juntos también, pero, bueno, ese no era el momento para tener un hijo. Yo qué sé, de hecho estaba trabajando, también estudiaba (...), y yo además, no me sentía como te digo, no me sentí madre, no me sentí con ganas de ser madre,” (Graciela, 27, NEA)

“Yo quería seguir con mi vida., seguir con la facultad, terminarla y bueno, fue lo que hice .Cuando quise tener hijos, los tuve.” (Fabiana, 41, NEA)

“Es todo un tema, porque, digo, es que para mí es una responsabilidad inmensa ¿entendés? tener un hijo o una hija, pero te cambia la vida por completo” (Patricia, 26, NEM)

Son las mujeres de nivel educativo bajo quienes significan con más fuerza a la maternidad como sacrificio, como entrega, como un destino de vida. En ocasiones como un mandato de Dios, un designio divino que trasciende la voluntad individual y que intrapsíquicamente se transforma en un imperativo superyoico. La ausencia de recursos materiales y simbólicos, los límites que la pobreza impone a sus vidas, hace que en ellas lo femenino se defina fundamentalmente a partir de la maternidad, que como sostiene Marcela Lagarde (citada en Checa y Rosenberg, 1997): *“es el contenido trascendente ofrecido a las mujeres para realizar el sentido de su vida, pero, por sus características, es uno de los fundamentos de la expropiación vital de las mujeres y, en ese sentido su opresión”*.

Para estas mujeres los hijos parecerían ser sus bienes, por ellos hacen sacrificios, en ellos se desplazan y proyectan sus proyectos personales, por este mandato toleran la sobrecarga emocional y material que no llega a formularse como una queja, sino que esta ambivalencia se expresó casi en escorzo:

“Dios nos hizo para procrear, es decir, para que en un caso uno deja tampoco de ser... (...) yo lo hice porque yo no podía (...) Lo único que me dio la vida los hijos viste, seis hijos son demasiado yo se, pero para mi no son, para mi no son una carga porque yo ya me acostumbré, me entiende. Yo sé que son muchos, pero a veces no los veo tantos. A veces los veo muchos y a veces no los veo tantos, porque no son una carga para mi, sino que son como una... yo que sé, eso que dicen, cuidálos, ¿entendés? entonces me siento con deber, tá, con deber de que tengo... que es de ellos, pero no ahora viste, aunque me dan trabajo y me dan trabajo, y la adolescencia, pienso que la adolescencia es lo peor que hay yo, digo” (Josefina, 35, NEB)

“Yo quería lo mejor para mis hijos. No podía tener 8 o 10 hijos, en fin...yo quería estudiar y es este el momento que yo estoy orgullosa, porque tengo dos hijas, son bancarias, una en Buenos Aires recibida de enfermera acá (...) Yo siempre lo hice por eso [los abortos]. Porque yo quería que mis hijos estudiaran, que tuvieran algo en sus vidas, que se pudieran defender y ta... (...) para mi fue una buena solución, el darle a mis hijos lo que yo quería, lo que hubiera querido para mi y no lo tuve” (Delia, 59, NEB)

“O sea, porque a mí no me gusta abortar hijos. Si vienen, por algo vienen (...) Estos son mis hijos [se los presenta a la entrevistadora] dan trabajo, pero son mis adoraciones, mis hijos son mis ojos y mi vida a la vez, pero...” (Melina, 35, NEB)

“(...) yo creo que si nace, si viene, por algo viene ¿no?” (Karina, 21, NEM)

Josefina vive con sus 6 hijos en una vivienda que le presta el patrón. Este favor, se paga con otro: ella debe mantener relaciones sexuales cuando él lo solicita y producto de esta relación es su hija menor y su último embarazo. No recibe -ni recibió nunca-ayuda económica del padre de sus 5 hijos mayores, que además era golpeador. Si para Josefina, las mujeres fueron hechas por Dios para procrear, no hacerlo es vivido como algo terrible, pero también es terrible para ella tener otro hijo en sus actuales condiciones de vida. También Josefina, al igual que Melina y otras mujeres entrevistadas de bajo nivel educativo, convirtió el significado del aborto de acción condenable, a conducta/sacrificio tomada por el bien de los demás. Optó por abortar, pero el efecto de este dilema fue el sufrimiento psíquico, como efecto del mandato superyoico de ser madre:

“Yo también tomé la decisión de que... ¿cómo yo iba a tener otro hijo más? era una carga, más para mis hijos que ya entienden y que mi hija ya tiene dos niños. Yo soy abuela, una situación... no era para tener, me dolió en el alma, porque yo sufrí horrible... horrible fue para mi.” (Josefina, 35, NEB)

Melina pensaba y se debatía. Debate interno que le generó esta situación de “estar apretada”, sin salida, entre sus creencias y posición ética frente al aborto y su realidad familiar. Este dilema se resolvió subjetivamente transformando el sentido de la conducta adoptada en la única solución posible. Esta ambivalencia requiere de una negociación interna, que no se resuelve sin costo psíquico, sin angustia. Es esperable pues, que se sintiera agobiada, sin fuerzas:

“Iba a trabajar y peor, no hacía nada, nada. Así como iba, me venía, porque estaba siempre pensando en eso. Ya estaba de tres meses... (...) No me arrepiento, porque sé que lo hice para el bien de nosotros, lo hice para el bien de mis hijos y el bien de nosotros mismos, si no, yo no lo hubiera hecho, quien sabe qué estaba pasando ahora.”

Aquellas mujeres que experimentaron sentimientos ambivalentes frente al embarazo, vivieron una lucha interna entre un aspecto de sí mismas que no quería –o no podía- y otro que la condenaba por el no deseo. Al decidir abortar, lo hicieron desde la duda, lo que se tradujo luego en un intenso malestar subjetivo.

“(...) Bueno, uno nunca, bueno por lo menos yo, no estaba totalmente segura, es más, estuve en duda hasta el último momento, hasta que estaba en la camilla ¿pero segura, segura? Antes de hacérmelo... era confuso, estaba angustiada y estaba realmente... no sabía si practicar el aborto o no, fue una indecisión hasta último momento... mi marido me decía que no. Después me apoyó, pero él me decía que, él no estaba de acuerdo. (...) Una parte de mí quería practicarse el aborto... (...) Es que son reacciones encontradas, porque uno en su momento siente que está bajo una presión terrible, una inseguridad terrible, que incluso, yo lo sentía no sólo por mí, que no quería ese embarazo, sino porque por supuesto... al separarse los padres sufren los chicos (...) yo no quería eso para mis hijos, bueno, por un lado, sí es verdad, sentí muchas reacciones o sea, diferentes sensaciones, sentimientos... (Alma , 41, NEA)

Alma quedó embarazada cuando estaba atravesando una crisis en su matrimonio y pensaba que iba a separarse de su marido. Ya tenía dos hijos, la menor de 6 meses al momento del embarazo, no quería en esas condiciones tener otro hijo. Sentía que no iba a poder atender a su otro bebé, pero fundamentalmente porque para ella los hijos se deben tener en el contexto de una familia compuesta por madre y padre: *“Y yo sentía que no era justo tener un bebé, que capaz que iba a nacer sin su papá al lado o en ámbito diferente, no el tradicional. Por supuesto que hay bebés que nacen así y todo lo demás, pero yo no quería eso para mis hijos “.*

El relato de Alma sobre el motivo de la interrupción estuvo centrado en su situación afectiva previa –la crisis de la pareja y la edad de su hija menor- por eso, se refiere a que el sentimiento inmediato luego del aborto, fue el alivio: *“(...) porque por un lado, no voy a decir que no, una parte de mí se sintió incluso aliviada en ese momento (...) un sentimiento de alivio.* Ella no quería tener otro hijo en ese momento. Pero ¿pudo legitimar ese no deseo? No, inmediatamente sintió: *“un sentimiento de... no sé si llamarlo culpa, espantoso o sea, lloraba y... ¿qué hice? Y todas esas reacciones “maté un hijo mío”.*

¿De donde proviene esa culpa? De una significación social que califica al aborto como un filicidio y que inscripta en su psiquismo, no era conciente en el momento de la decisión pero que emergió con toda la fuerza, una vez que abortó. Tres años más tarde (al momento de la entrevista) se había recompuesto la relación de pareja y piensa que podría haber tenido otro hijo. La decisión quedó re-significada desde su actual situación de vida y perdió peso la valoración anterior, a pesar de haberlo sentido y dicho. Quedó conformada así esta oposición: *“no quería ese embarazo”* versus *“siento que*

no permití que naciera ese bebé.” Es la última afirmación la que le generó la culpa y es el no deseo de hijo, lo que quedó sin legitimación subjetiva:

“Y con el pasaje del tiempo, pienso que bueno... que realmente fue un error.... Que podría.... O sea que uno mira con tiempo... Que me hubiera gustado haber tenido ese bebé, que no me separé y que incluso las cosas mejoraron para nosotros (...) Yo me siento arrepentida por mi situación personal... la de hoy, claro” (Alma, 35, NEA)

La ambivalencia y la duda, se manifestó entonces en algunas mujeres, como la lucha entre sostener un interés personal –cualquiera fuera éste - y la significación imaginaria del aborto como un asesinato, lo que abrió el camino a una representación de sí mismas como asesinas, filicidas. Imposible que de este conflicto, no emergiera angustia, culpa o autorreproches, sentimientos penosos que acompañan, en mayor o menor medida un proceso de duelo normal, ya que de eso se trata muchas veces: de un duelo.

Pero también surgió el miedo por el aborto en sí mismo, por el temor a perder la vida en una práctica que, por las condiciones inseguras en que tiene lugar, el riesgo de vida siempre es posible. Y este factor –no menor- también generó angustia.

“Aliviada porque tá, me había sacado eso y ya iba a ver las cosas de otra manera. Pero mal, porque pensaba de que si me pasaba algo, en que, si mis hijos quedaban solos... porque claro, el hombre es hombre (...) y mal, porque me lo había sacado y nunca lo había hecho, me sentía rara (...) Claro, porque no lo había hecho nunca, ta, por más que muchos me dicen “pero vos no mataste una vida”, para mí, era una vida, por más que fuera así, como dicen, una vida que estaba creciendo” (Melina, 31, NEB)

“(...) no tengo desarrollado el instinto maternal que tienen muchas mujeres que ven un niño... no lo siento, no me sale... (...) Era el diablito y el angelito, acá así, todo el día en la cabeza... Y al final tomé una decisión pensando con la cabeza, si la hubiera tomado pensando con el corazón... tendría una pancita chiquita ahora... “(Shirley, 20, NEM)

2. Recursos para la toma de la decisión

En este apartado se analiza el recorrido y la experiencia de las mujeres entrevistadas en el proceso de toma de decisión. Incluye la disponibilidad de tres tipos de recursos: información para la toma de la decisión, apoyo y /o acompañamiento de personas significativas para la mujer y recursos económicos para efectivizar la decisión tomada. Se analizan las características del respaldo y apoyo afectivo con que contó la mujer luego de haber comunicado a otros su decisión de interrumpir el embarazo. Esto incluyó una exploración sobre el rechazo, aislamiento, censura, culpabilización y/o cuestionamiento moral a la decisión por parte de personajes significativos para la mujer y cómo fue vivido por las propias mujeres.

Respecto a las condiciones para la toma de la decisión, es decir la disponibilidad de tres tipos de recursos: de información, afectivos y

económicos, se observaron diferencias en las mujeres incluidas en nuestro estudio. Muchas de ellas contaron con apoyo afectivo pero con escaso respaldo económico. Otras tuvieron acceso a información confiable pero contaron con poco sostén afectivo. En otras, los recursos económicos no fueron un obstáculo pero sí la falta de apoyo afectivo. Finalmente, fueron pocas las mujeres cuyas condiciones incluyeron los tres recursos de manera equilibrada.

Disponibilidad de recursos de información.

El acceso a información confiable sobre cómo es una práctica segura de aborto y que se requiere para efectivizarla, dónde acudir, el diagnóstico obstétrico de cada situación particular, los tipos de práctica existentes y qué riesgos tiene una práctica insegura, son elementos de gran importancia para la toma de la decisión frente a un embarazo que no se desea continuar. Estos aspectos adquieren especial relevancia cuando se trata de contextos de ilegalidad y clandestinidad de la práctica, en la medida que este tipo de información no es de fácil acceso para las mujeres.

Las dificultades para el acceso a información fueron un elemento generador de altos montos de ansiedad y angustia en las mujeres. La clandestinidad determina que la información no esté disponible públicamente sino que circula en un ámbito de secreto. El plazo para resolverlo, siempre se percibió como escaso, objetiva y subjetivamente. Objetivamente, porque en general conocían el riesgo de practicarse un aborto después de las 12 semanas de gestación, en condiciones, además clandestinas y no siempre seguras. Algunas mujeres abortaron en clínicas bajo condiciones sanitarias seguras, sin embargo lo que produjo la percepción de inseguridad fue el contexto de clandestinidad y penalización. Desde el punto de vista subjetivo, porque cuanto antes resolvieran la situación, menores iban a ser los cambios en el cuerpo, menores las posibilidades de “sentirse” embarazadas.

Así lo expresó Lidia:

“Creo que lo padecía era la falta de información y la privación. Creo que es lo peor que una carga, o sea, aparte de tener que pasar por el aborto, el tema de la ilegalidad hacer que tengas que estar con mucho mas cuidado de que nadie lo sepa, de que nadie opine, y además por supuesto no puedes en cada lugar aclarar en qué estás....”
(Lidia, 25, NEA)

En muchas de las mujeres entrevistadas, el acceso a información estuvo relacionado con la disponibilidad de apoyo de personas significativas. Es decir, la gran mayoría de las mujeres, no disponían a priori de la información. El relato de Leticia fue claro al respecto:

“Yo no tenía ni idea de qué método utilizar para.... nunca me había interesado en el tema en realidad, ni tenía tampoco alguna idea formada sobre si era algo que se...si era algo...moralmente bueno o malo....No sé: nunca me había interesado por el tema”
(Leticia, 19, NEA)

Esta falta de información previa parecería estar relacionada con la falta o escasa disponibilidad de información sobre sexualidad y reproducción, las débiles condiciones sociales para el ejercicio de los derechos reproductivos, la fantasía sobre la invulnerabilidad personal que se traduciría en la frase “no me va a pasar a mí” y el contexto de ilegalidad que genera que la práctica del aborto continúe siendo predominantemente una práctica privada, a pesar de los avances notables que se pueden señalar en el campo del debate social en los últimos años.

La necesidad de contar con información de calidad (técnica, humana) fue referida en relación a dos aspectos: al proceso del aborto (cómo es, qué se siente en el cuerpo, qué va a suceder) y al método más seguro para realizarlo (tipo de método, dónde, cómo, con quienes).

Las mujeres manifestaron que su mayor preocupación, una vez tomada la decisión, era saber dónde poder acudir para no poner en riesgo sus vidas. El temor al daño, la angustia por no saber o el tener información fragmentada y/o parcial fueron algunos de los factores que acompañaron el proceso de toma de decisión en algunas mujeres, generando una cierta paralización frente a la situación. Es el caso de Sara quien a pesar de haber tomado la decisión (junto con su esposo) de interrumpir ese embarazo, quedó inmóvil frente a la necesidad de buscar información sobre dónde y con quien acudir y no saber cómo:

“Yo siempre quise, pero de tal manera que no tenía a nadie que me informara, no tenía absolutamente a nadie (...) Yo lo que pensaba era que no lo quería tener, pero no pensaba en ir a una clínica a hacerme un aborto. No, eso no.

-¿Por qué no?

(...) Ir a una clínica, cuando las clínicas lamentablemente....cuántos casos han pasado de...y más bien lo que pasan por TV, que son malas, que están haciendo las cosas mal, por más que vos estés pagando muchísima plata...” (Sara, 24, NEB)

El acceso a la información está relacionado con la presencia de personas de apoyo y confianza de la mujer: madre, pareja, amiga, profesional tratante, familiar cercano. Estas fueron las principales fuentes de información, según el relato de nuestras entrevistadas.

Una vez compartida la situación y/o la decisión con personas significativas de su entorno inmediato, fueron en algunos casos, estas personas quienes jugaron un rol sustantivo de sostén (afectivo, económico, informativo) a lo largo de todo el proceso.

“Mi... bueno, mi madre conocía un lugar que era un ginecólogo que ella conocía hace muchos años, pero eso fue una búsqueda, el tipo no, no estaba, no lo estaba haciendo más, no sé, pero, no, no salió por ahí. Mi hermana grande conocía a otro que, bueno, que la llamamos...” (Graciela, 27, NEA)

“Una vez que estaba embarazada, lo consulté con mi ginecóloga. Le dije que no quería seguir adelante con el embarazo, y bueno, ella me dio las herramientas, me explicó...” (Patricia, 26, NEM)

Varias mujeres, hicieron referencia al complejo recorrido que supuso el acceso a información confiable. Así refirió Shirley su recorrido:

“Todo el mundo me daba información diferente. Me puse a buscar por internet y todos los artículos decían cosas diferentes. Entonces me dije, voy a ir al Pereira a que me digan como es y fui.” (Shirley, 20, NEM)

La existencia de la Normativa *Proteger la vida y la salud de las mujeres mediante la prevención del aborto provocado en condiciones de riesgo* (MSP, Ordenanza N° 369, agosto de 2004) debería marcar una diferencia sustantiva en este aspecto en particular, en la medida que esta norma reconoce el derecho de toda mujer en situación de embarazo no deseado de acceder a información y orientación sobre las alternativas que dispone para que ésta pueda tomar la decisión que entienda mejor a sus circunstancias. La no implementación de esta Normativa en todos los servicios de salud del país y la falta de difusión amplia de la misma en la población, genera que este recurso sea poco conocido por las mujeres. La implementación de la Normativa, desde el año 2004 en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) a través de la Policlínica de Asesoramiento, significó un punto de inflexión en la relación servicio de salud – mujer en situación de embarazo no deseado / prevención de abortos inseguros, pero aún no es suficiente.

El siguiente cuadro presenta las fuentes y tipo de información referidas por las mujeres:

Fuente	Tipo de información
CHPR (Policlínica de Asesoramiento) (implementación de la Ordenanza N° 369, MSP)	Profesional. Escucha. Información sobre alternativas (interrupción, continuación, adopción). Información sobre aspectos legales. Información sobre métodos inseguros de aborto. Información sobre métodos seguros de aborto, incluido información sobre uso de misoprostol.
Familiares (madre, pareja, cuñada, hermana, tía)	Información sobre lugares dónde acudir. Información sobre tipos de aborto.
Ginecólogo/a tratante. Profesionales de la salud.	Información sobre métodos seguros y no seguros para la interrupción de un embarazo.
Amistades (amigas, madres de amigas, tías de amigas)	Información sobre lugares dónde acudir. Información sobre tipos de aborto.
Clínicas clandestinas	Información sobre el tipo de técnica

“¿Cómo busqué la información? No sé...no me acuerdo...creo que el teléfono de esta clínica lo consiguió mi marido. No recuerdo exactamente bien cómo fue, fue un poco angustiante todo ese momento, pero si no recuerdo mal, por algún compañero de trabajo, fue él que me lo consiguió” (Alma, 35, NEA)

Muchas mujeres relataron el periplo que significó obtener la información, especialmente acerca de dónde acudir a realizarse la interrupción y/o acceder a la medicación en el caso de aquellas que lo realizaron mediante el uso de misoprostol. En un próximo apartado, se analizará específicamente este punto.

Así lo relató Amelia:

“Y ahí empezamos con la búsqueda de un lugar...pleno enero. En realidad, mi vieja tiene un conocido, lo llamamos y no atendía el teléfono. Yo conseguí dos teléfonos más por unas amigas y uno, bueno, no existía más la clínica. Y bueno, al final responde al llamado esta persona conocida de mi madre, que tá... fue la salvación” (Amelia, 30, NEA)

Las rutas de acceso a la información, en la medida que ésta no está disponible para las mujeres, implicó para muchas de ellas un recorrido complejo, basado fundamentalmente en el apoyo de personas de su entorno inmediato o de otras con quienes se tenía un vínculo intermediado por un familiar o amistad. Es el caso de Leticia:

“Entonces, ahí mi mamá se empezó a mover para encontrar algún medio para interrumpir el embarazo. Y bueno y fue al Hospital X porque mi mamá es enferma y se atiende en el Hospital X y conoce a unos cuantos médicos...” (Leticia, 19, NEA)

El acceso a información confiable, tanto para la toma de la decisión frente a un embarazo no deseado como para la efectivización de la misma, es una de las principales barreras que impone la clandestinidad de la práctica. Esta opera generando diques (subjetivos y sociales) para el acceso a la información que condicionan a su vez el acceso a prácticas más seguras.

Disponibilidad de apoyo afectivo

La presencia o ausencia de personas significativas para las mujeres como sostén y apoyo en el proceso de toma y ejecución de la decisión de interrumpir un embarazo, fue uno de los factores clave referido en las entrevistas.

La gran mayoría de las mujeres relataron haber tenido el sostén afectivo y la solidaridad de personas de su entorno inmediato quienes jugaron un rol importante para que las mujeres pudieran transitar por este proceso con respaldo y acompañamiento. Algunas pocas, hicieron referencia a las condiciones de Leticia que enmarcaron sus experiencias de aborto.

En sus mundos de vidas cotidianas, distintos entre sí, las mujeres de nuestras entrevistas encontraron respaldos y rechazos, comprensión y censura, acompañamiento y aislamiento frente a la situación del aborto. La coexistencia en sus micromundos de señales sociales y familiares de distinto signo, hizo que cada mujer tuviera que enfrentarse a estas contradicciones descubriendo que no hay verdades únicas ni absolutas y que la decisión es intransferible. Si bien, puede ser respetada o cuestionada por los demás. Todas ellas hicieron referencia a episodios (en algunos casos, aislados) de sanción social y cuestionamiento moral por la decisión tomada. Pero, todas encontraron alguna (s) persona (s) capaces de comprender, acompañar y ayudar.

Las mujeres buscaron respaldo en personas significativas para sí mismas. En casi todos los casos estas personas eran “sus iguales”, es decir otras mujeres:

madres, amigas, tías, abuelas, compañeras de trabajo, cuñadas, suegras. La actitud de esas “otras mujeres” fue de identificación con el malestar / sufrimiento / desesperación / perplejidad que vivían nuestras entrevistadas ante la situación de un embarazo no esperado que no se deseaba continuar, aunque sus respuestas no fueran homogéneas.

“Lo hablé con una amiga. Me dijo que hiciera lo que pensara que era mejor para mí, que ella me iba a apoyar, que no me iba a juzgar....bien de bien, de hecho ella me dijo que ella hubiera hecho lo mismo.” (Leticia, 19, NEA)

Es de resaltar el rol que jugaron, en muchas situaciones, las madres de las mujeres, quienes fueron referencia, apoyo, compañía y respaldo para la toma de la decisión y/o para colaborar en su mejor implementación.

“El día que me hice el análisis de sangre se lo dije a mi mamá y a mi hermana, para mí era como...el hecho de haber quedado embarazada era una frustración, pero ellas me super apoyaron....y ellas me dijeron que iban a estar al lado mío para tenerlo y yo les dije que de verdad yo no quería tenerlo. Y me apoyaron” (Leticia19, NEA)

“Le dije a mi madre, y mi madre lo primero que me dijo, primero cuando, o sea antes de hacerme el test, yo le había contado a mi mamá todo, todo. Primero me dijo: ‘No. Qué locura. Qué, cómo?. Vamos a conseguir las pastillas, así te lo sacás. No te parece que es una locura?’. ‘Sí, ma, me parece’. Después pasaron un par de días y me dice: ‘No, no, mejor, no mejor vos tomá la decisión que quieras. Hacé lo que sientas. Porque yo no soy, o sea yo no te puedo venir a decir lo que tenes que hacer...” (Shirley, 20 NEM)

“Fui a hablar con una de mis tías, porque yo no tengo madre. Es como mi madre postiza. Mi madre falleció cuando yo era chica. Y entonces me dijo que la decisión era mía...” (Noelia, 22, NEM)

“Me fui para la casa de mis padres [cuando tomó la decisión] y ahí en realidad encaré a mi madre, que era como la vía más directa que tenía... (...) Y bueno, después lo compartí con amigas y mis viejos, obvio que también, re encararon. Me sentí re cuidada.” (Amelia, 30, NEA)

Para aquellas que no contaban con el respaldo de la madre, la situación fue vivida con pena y frustración. El apoyo de la madre, parecería ser central en los sentimientos asociados a la experiencia. Así lo refirió una de las entrevistadas:

“Por ejemplo, yo con mi madre, nunca lo pude compartir. Con mis hermanas, sí. Pero con mi madre, no. Fue muy duro para mí...” (María, 47, NEA)

Las madres de las entrevistadas, en su presencia o en su ausencia, fueron uno de los denominadores comunes en el relato de las mujeres. La intensidad e importancia de la relación madre-hija, queda así nuevamente en evidencia. Figura de apego, objeto de sostén para la autoconservación y erótico para la emergencia de la sexualidad inicial, la madre es para la niña, su doble de género y primer objeto de identificación en el proceso de la construcción de su

identidad femenina (Dío Bleichmar, 1985) y a su vez posteriormente, posible rival edípica. Es en esta compleja malla que se fragua una relación que podrá ser más o menos conflictiva, pero pocas veces, indiferente.

Como sosteníamos más arriba, todas las mujeres hicieron alguna referencia a sus madres, a su ausencia o su presencia. Los relatos a propósito de la experiencia del aborto, pusieron de manifiesto el tipo de relación que tenían o habían tenido con ellas, en un gradiente que iba desde el reclamo –a veces más allá de la situación concreta del aborto- hasta el reconocimiento y la gratitud. Algunas mujeres, invirtiendo la relación de cuidado, ocultaron el hecho, para evitar angustiar a sus madres:

“No, no, mi madre nunca fue compañera mía, se separó de mi papá cuando yo tenía 8 años y después más bien siempre tuvo hombres, ahora otro más, tiene 56 años pero sigue probando, cosa que yo no haría.” (Josefina, 35, NEB)

“(...)Yo te había dicho, mi madre está viva, pero mi madre está enferma, tiene una enfermedad fea, entonces, ya estaba enferma en ese entonces y tampoco nunca tuve una relación demasiado... pero no, no lo hablé con mi madre” (Alma, 35, NEA)

“Mi madre es una persona que en su vida su meta es tener un nieto, para que tengas una idea, ella sería feliz si yo voy y le digo ‘Mira mamá estoy embarazada’, entonces ella salta de contenta. Pero no era, me parecía que no era el momento, entonces, para no tener un problema familiar, lo evitamos.” (Carolina, 25, NEM)

“Mi mamá no sabe.

-No sabe, ¿por qué no le dijiste a tu mamá?

-Porque ella está... tiene trauma psicológicos de niña y se deprime muchísimo y ya estuvo internada por problemas psiquiátricos y creo que no, hoy en día si la veo bien capaz que... mi padre sí.” (Sara, 24 NEB)

En otro apartado de este análisis, se hará referencia específicamente al rol que jugaron los varones: genitores, parejas, padres, hermanos, amigos. En lo que se refiere al apoyo y respaldo afectivo, importa subrayar que aún en aquellas mujeres cuya decisión fue compartida y acompañada por el genitor y/o pareja, refirieron a otras personas como los puntos de apoyo afectivo y práctico.

Solo en una situación fue la mujer y su pareja, en Sara, quienes hicieron todo el proceso de tomar la decisión y buscar la forma de implementarla, refiriendo no contar con apoyo alguno.

“Lo hablamos mucho con mi marido. Porque es un tema de los dos. (..) Y el decía, claro, somos dos gurises, y nunca nos había pasado eso. Y las dos hijas que tenemos son de él, hace seis años que estamos juntos, y no teníamos donde apoyarnos. Éramos él y yo solos.” (Sara, 24 NEB)

Contar con respaldo afectivo para aquellas que lo tuvieron significó la posibilidad de: compartir dudas, temores y miedos; contar con alguien con

quien hablar de la situación; disponer de mayor tranquilidad en la medida que había otra persona con conocimiento de la situación; acceder a recursos económicos y / o saber que alguien cuidaría de sus hijos durante el tiempo que durara el procedimiento. Este tipo de situaciones de alta sensibilidad en sus protagonistas, promovió la puesta en marcha de mecanismos de regresión, manifestando las mujeres haber sentido el impulso de volver hacia atrás en el tiempo, en su necesidad de dependencia afectiva. La vulnerabilidad generaría el “sentirse niñas”, necesitadas de protección y cuidado. En suma, la disponibilidad de apoyo afectivo fue un elemento central para que las mujeres sintieran mayor tranquilidad en un momento complejo en sus vidas, como es tomar la decisión de abortar en un contexto de ilegalidad y clandestinidad.

“Por momentos necesité que me bancaran la cabeza, pero también fue algo que yo encaré sola, más que nada...estaba ese miedo pero ta, tenía la casi certeza que lo iba a poder resolver, pero igual tenía miedo de que no, yo qué se...” (Celia, 26, NEA)

“Le conté la situación, o sea fui muy clara. Le dije, mirá, estoy embarazada y ya decidí. Y bueno, tá, el apoyo claro está. Estuvieron conmigo, pendientes de todo lo que me estaba pasando, como hacíamos, todos. O sea el apoyo era todo.” (Patricia, 26, NEM)

Estos apoyos afectivos no necesariamente participaron de la toma de la decisión, que la gran mayoría de las mujeres refirieron haber tomado solas (o con el genitor). Fueron de gran importancia, en tanto respaldo a la decisión tomada por la mujer, respetando, en general, sus voluntades.

La existencia de estos apoyos fue también una barrera frente a la exposición a situaciones de riesgo.

“Mi tía encontró un lugar...me dijo ‘a una carnicería no vas a ir y si encuentro un lugar donde te lo puedas hacer como la gente, perfecto, si no, lamentablemente lo vas a tener que tener. Te vamos a ayudar toda la vida’. Encontró un lugar...me tuvieron un mes y pico dando vueltas. Yo tenía quince años” (Noelia, 22, NEM)

“Hablé con mi madre, porque mi padre...están separados ya hace...desde que yo tenía 18 años. Y mi padre nunca fue muy...ta, lo veo de vez en cuando. Y mi madre lo primero que me preguntó fue qué era lo que yo quería hacer. Y yo le dije, o me lo saco o me mato. Mi madre estaba preocupada por el tema del aborto, tenía miedo de que me lo hagan mal.....” (Patricia, 26, NEM)

Pocas entrevistadas hicieron referencia a la situación de Leticia que acompañó toda la situación. Para estas mujeres, no contar con el respaldo y apoyo de seres queridos o personas significativas hizo a la diferencia en términos de cómo se sintieron frente a la situación. Es el caso de Melina:

“(...) Me hubiera gustado pero en el momento no tenía quien me explicara, yo sólo opté por mi opción, porque cuando vos más necesitas todos se borran” (Melina, 31, NEB)

En el caso de las mujeres jóvenes que no contaron con el apoyo familiar o tenían no tenerlo, ese lugar lo ocuparon sus pares, las amigas. La empatía, la identificación, la complicidad de las amigas, jugó un papel muy importante especialmente en estas mujeres. Así lo expresó Patricia:

“Con quien lo hablé más profundo fue con mi mejor amiga, la persona más cercana que tengo. Es más, ella estaba conmigo cuando me hice el test. Quedamos las dos de cara. Ella pasó mal también junto conmigo...”

En otras, el no compartirlo con su familia estuvo más bien referido a no desilusionar las expectativas paternas y maternas. Así lo expresó Carolina:

“Yo vivía con mis padres...Tal vez si lo hubiera planteado en mi familia, mi madre o sobre todo mi padre que es un tipo que apoya en todo...él apoya aunque no esté de acuerdo. Mi madre en su vida su meta es tener un nieto, para que tengas una idea, ella sería feliz si yo voy y le digo ‘mirá mamá, estoy embarazada’. Me parecía que no podía...” (25, NEM)

La clandestinidad de la práctica parecería impactar emocionalmente en las mujeres, especialmente cuando no disponen de recursos de sostén de personas significativas en sus mundos de relación afectiva.

El temor al rechazo socio - familiar y/o la sanción legal generó en algunas mujeres, como mecanismo de protección, no hablar de la experiencia. El (auto) silenciamiento fue una forma de preservar la decisión, de no exposición al daño emocional y evitar conflictos con seres queridos. Sin embargo, el efecto es de similares características al que se buscaba evitar. El relato de Lidia fue elocuente al respecto:

“Creo que es lo peor que uno carga, o sea, a parte de tener que pasar por el aborto, el tema de la ilegalidad que hace que tengas que estar con mucho más cuidado de que nadie lo sepa, de que nadie opine, y además por supuesto, no podés aclarar en cada lugar en qué estás. Cosa que emocionalmente te hace daño porque vos tenés, porque solamente vos sabés por lo que estás pasando sin poder comunicarlo libremente hacia los demás. Eso es lo peor que tiene la situación...es lo más traumático que tiene la situación” (Lidia, 25, NEA)

Disponibilidad de recursos económicos

Una vez tomada la decisión, el paso siguiente era resolver el acceso a la práctica del aborto. En contextos de ilegalidad, el acceso a prácticas seguras de aborto fue una de las principales preocupaciones relatadas por las mujeres. Además de contar con recursos de información confiable y apoyo afectivo, las mujeres necesitaron resolver la disponibilidad de recursos económicos.

Hay una correlación entre disponibilidad de apoyo afectivo y mejores condiciones para el acceso a los recursos económicos. En el caso de las mujeres jóvenes, los padres u otros familiares directos jugaron un papel central en brindar este soporte.

“No quería tener ningún hijo en ese momento...lo hablé con mi madre y con mi padre, tuve el apoyo de ellos, en lo económico y en todo” (Vanessa, 22, NEA)

“Me ayudaron. Me ayudó mi madre, me ayudó mi tía. Yo también con mi sueldo” (Patricia, 25, NEM)

Del análisis del material surge que la participación del genitor, pareja u otros varones del entorno cercano estuvo limitada, en muchas situaciones, a brindar apoyo económico para acceder al procedimiento. Este rol tradicional del modelo hegemónico masculino pareció operar también en estas circunstancias.

Otras mujeres resolvieron solas, sin apoyo de terceros, la disponibilidad del dinero para acceder al procedimiento. Acudieron a préstamos bancarios, solicitaron adelanto de sueldo, se ajustaron en los gastos durante unos meses.

“Lo pagué yo de mi plata” (Shirley, 20 NEM)

“A él le tuve que decir (se refiere a su patrón), porque yo para comprar las pastillas necesité un adelanto del sueldo” (Graciela, 27, NEA)

“No me acuerdo bien pero me parece que hicimos un préstamo. Yo era funcionaria pública y tenía muchas facilidades...” (Lucila, 51, NEM)

Es importante registrar que la motivación para interrumpir el embarazo era tan fuerte en algunas mujeres que, aún contando con ingresos económicos limitados, aún comprometiendo sus presupuestos, endeudándose, no desistieron de su decisión. Esta situación se tornó especialmente dramática en mujeres de escasos recursos económicos.

Los costos de los procedimientos fueron variables y de ello se hará referencia en otro apartado de este informe. Lo que nos interesa resaltar en esta sección es que las rutas de acceso al aborto en contextos de clandestinidad implicaron para estas mujeres desarrollar estrategias para contar con recursos económicos adicionales. Así como la ocurrencia del embarazo era vivido como un acontecimiento no previsto, disponer de los recursos para poder realizar la interrupción del mismo, tampoco estaba en sus planes.

Los recursos económicos no fueron una barrera en las mujeres que se entrevistaron, aún en aquellas mujeres pobres, porque todas ellas generaron estrategias para acceder a los mismos. Esta es una de las razones por las cuales estas mujeres tuvieron acceso a prácticas “más seguras” de aborto.

La combinación de: acceso a información, acceso a recursos económicos y acceso a apoyo afectivo -con sus desbalances en cada caso particular- generó que ninguna de las mujeres que entrevistamos hubiera puesto en riesgo su vida en la práctica del aborto. Estos factores que en contextos de legalidad estarían garantizados desde una política pública, requirió que estas mujeres tuvieran que desarrollar estrategias propias para obtener información, dinero y acompañamiento de modo de mitigar los efectos de la clandestinidad.

3. Las mujeres en situación de aborto y sus entornos inmediatos

Una vez tomada la decisión y en algunos casos, ya producido el aborto, algunas mujeres decidieron compartir la situación con un espectro más amplio de relaciones sociales. Las reacciones que recibieron fueron variadas: apoyo y respeto por la decisión, rechazo o cuestionamiento moral. De todas ellas, la reacción más recurrente relatada por las mujeres fue el apoyo.

“Mi madre se enteró después, antes no. Porque todo fue muy rápido, porque apenas me enteré traté de solucionarlo rápido, porque después era más riesgoso. (...) En lo previo no lo conversé. Creo que se lo comenté a una compañera de trabajo.

-¿Y que pasó cuando lo conversaste con otras personas?

Nada...me dijeron que era una loca porque había ido sola, que capaz que me pasaba algo, pero nada más que eso.

-¿No te sentiste enjuiciada?

No, para nada, ni censurada.” (Lucila, 51, NEM)

El caso de Delia es particularmente interesante porque su experiencia de abortos (tres) data de más de diez años. En aquellos tiempos, las condiciones para una práctica más segura eran menores así como también las condiciones sociales habilitantes de un mayor involucramiento del entorno inmediato. Así lo relató:

“(...) mis hijas me decían [después de años] ‘qué fuerte eras vos mamá, porque no tenías a nadie que te aconsejara’. Porque mi marido me decía sí, pero él no me decía mirá que te podés morir, qué hago yo con los chiquilines....yo era inconsciente y él me dejaba en la inconsciencia.” (Delia, 59, NEB)

Algunas mujeres relataron que las primeras reacciones que recibieron fueron de cuestionamiento con intentos de que la mujer cambiara su decisión. En la mayoría de estas situaciones, ese cuestionamiento dio paso al respeto y/o el apoyo.

Así lo relató Karina:

“-¿Alguien más sabía de tu decisión?

Mi familia

-¿Y cómo reaccionaron?

Y mal...no querían por nada del mundo pero después entendieron. (..) Después mi padre y mi madre me decían, tá, si es lo que vos querés, es tu decisión.”

En el caso de Melina, la opinión de su entorno -entre ellas una vecina que estaba embarazada y que presionó directa o indirectamente para que no se practicase el aborto- reflejaron tanto el temor por las consecuencias de una práctica peligrosa como la valoración moral acerca de la acción. Hay que tener en cuenta además que en los sectores más pobres, la práctica del aborto se ha efectuado históricamente, en condiciones de mayor inseguridad y riesgo que en los sectores medios o altos.

Otras mujeres relataron que no pudieron compartir su experiencia con sus familias o con personas de su mundo afectivo cercano. Señalaron que tenían temor al rechazo, dudas sobre las posibles reacciones o no haber podido encontrar la oportunidad de “hablar del tema”.

“-¿Lo mantuviste en secreto?

Si. Por no herir los sentimientos de mi familia. Y qué se yo, mi padre hasta el día de hoy me pide otro nieto. Sé que no hubiera estado de acuerdo, entonces simplemente.....” (Alma, 35 NEA)

“Mi familia no lo aprobaría. A mi me parece que es una situación que sólo me compete a mi (...) entonces decidí no compartirlo con nadie y hacer lo mío.” (Lidia, 25, NEA)

“Familiarmente en el momento no se enteró nadie, hasta pasados varios años que yo lo conté con otra madurez...Mi hermana me lo echó en cara...con mi hermana tenemos una relación bastante difícil hasta el día de hoy....O sea familiarmente, no recurrí a nadie. Recurrí a amigos mayores por el lado de mi novio.” (Iris, 54, NEA)

Esta misma mujer, Iris, cuyo aborto tuvo lugar en la adolescencia, hacía ya varios años, manifestó que el temor a la reacción familiar frente al embarazo incidió de manera fundamental para la toma de la decisión de abortar. El miedo a ser castigada por su padre ante la constatación del embarazo (y por tanto de su vida sexual activa), el temor a decepcionarlo y/o al rechazo fueron elementos que inclinaron la balanza de la decisión a favor de interrumpir el embarazo. El temor a las reacciones de su familia, se anudó con sus propias dudas y ambivalencias respecto a continuar o no con ese embarazo. Así recordó la situación:

“Yo ahí no sabía qué hacer. Yo tenía ese noviazgo de años pero yo no tenía pensado tener un hijo y estaba en la ambivalencia de tenerlo o no tenerlo. Y mi novio no quería, pero, de ser sincera, la razón fundamental por la que yo aborté era porque no podía decir en mi casa que estaba embarazada. No me animaba a decirlo, sobre todo a mi padre. (...) A mi padre le iba a dar un ataque, lo iba a decepcionar, eso era básicamente, que me iba a matar. Yo era la mayor, entonces estaba pesando todo eso....”

El mundo de relaciones sociales y afectivas en las cuales cada mujer está inserta, juega un papel fundamental en el proceso de aborto y en los aspectos emocionales que acompañan ese proceso. Si bien no necesariamente determinan la decisión, sí inciden en cómo las mujeres se sienten emocionalmente consigo mismas en la medida que la mirada de los otros les devuelve una imagen de aceptación, rechazo, comprensión o incomprensión sobre su situación, ya que es desde estos vínculos que se constituye su vida de relación cotidiana.

Una de las mujeres, María, se detuvo especialmente en relatar cómo vivió la experiencia de la censura social, analizando el significado que ésta tuvo en su proceso:

“Fue muy duro para mí también compartirlo con mi terapeuta y recibir, no te digo censura, pero más o menos.(...) Como esa cosa que va mas por el lado del prejuicio y de la represión que en el ponerte cerca de una situación humana, de lo que está viviendo o de acompañar lo que te está pasando. (...)

La censura al aborto no es solamente de los católicos, ni de los cristianos, ni de la religión, es censura desde el prejuicio, yo qué sé yo pienso que se trata de cosas muy

profundas, (...) es como también el emblema de la independencia de la mujer, de su decisión total..."

El relato de Sara fue claro respecto a la importancia del entorno:

-“¿Sentiste que alguien reprobaba tu decisión, en tu entorno?

No, no, no, nadie vino y me dijo “Mirá lo que hiciste!”. Si me hubiera pasado una cosa así no me lo hubiera perdonado nunca. Porque digo, todavía lo que estás haciendo que crees que está mal, o sea para mí estuvo mal, y que venga otra persona y te diga...” (24, NEB)

Las reacciones del entorno de vínculos y su importancia para las mujeres en situación de aborto no distinguieron niveles educativos. Para todas las mujeres entrevistadas, aquellas que encontraron el respaldo y aquellas que no lo tuvieron o temieron no encontrarlo, dieron cuenta del peso que tuvo este aspecto en sus experiencias singulares y en su subjetividad, de manera positiva o negativa.

III LAS MUJERES FRENTE A LA PRÁCTICA DEL ABORTO

En este apartado se analiza cómo vivieron las mujeres la experiencia concreta del aborto. Para la construcción de esta dimensión se apeló a distintos códigos de clasificación del material de entrevistas que ofrecían interesantes ángulos sobre este tópico específico.

Un primer elemento a señalar es que ninguna de las mujeres de nuestro estudio se practicó un aborto de riesgo y/o tuvo complicaciones biomédicas severas luego de su realización. Algunas de nuestras entrevistadas vivieron la experiencia de más de un aborto. En estos casos, se tomó exclusivamente el relato sobre la última experiencia vivida, más allá que las mujeres hicieron referencia, en general, a todas ellas.

Más allá de estas consideraciones iniciales sobre el aborto de riesgo, reafirmamos el concepto que todo aborto practicado en contextos de ilegalidad y penalización es por definición un aborto inseguro. Como se podrá apreciar en el desarrollo de este capítulo, el relato de las mujeres fue elocuente al referirse a sus experiencias de aborto, en términos de desprotección y exposición al daño, más allá de los resultados finales.

Las experiencias de aborto de las mujeres del estudio fueron de dos tipos: 13 mujeres lo hicieron mediante el uso de medicamentos (misoprostol) y 12 de ellas mediante técnicas quirúrgicas (legrado o AMEU).

El **aborto con medicamento** consiste en la administración de agentes farmacéuticos para propiciar la expulsión del contenido del útero. También se lo denomina aborto médico, aborto farmacológico u aborto farmacéutico. Se lo utiliza para la interrupción de un embarazo hasta 12 semanas de gestación y sus resultados son generalmente muy positivos. El esquema utilizado con mayor frecuencia para el aborto con medicamentos consiste en el uso de la mifepristona y el misoprostol. Ambos medicamentos son utilizados cada vez más para una variedad de usos en ginecología y obstetricia. (IPAS, 2006). La

Organización Mundial de la Salud, define a ambos medicamentos como esenciales.

Por su parte el **aborto quirúrgico** puede clasificarse en dos tipos:

1. Legrado uterino instrumental: procedimiento mediante el cual se vacía el útero raspándolo con curetas (instrumental metálico). Otro término utilizado para este método es dilatación y curetaje (D&C). El legrado uterino instrumental se efectúa usando dilatadores mecánicos para abrir el cuello uterino y curetas de metal para raspar las paredes uterinas. Por lo general, este procedimiento requiere sedación intensa y anestesia general y, debido a un mayor riesgo de complicaciones, debe efectuarse sólo cuando no sea posible practicar la aspiración endouterina o el aborto con medicamentos. (IPAS, 2006)

2. Aspiración endouterina se extrae el contenido del útero aplicando succión a través de una cánula que se introduce en el orificio cervical hacia la cavidad del útero. Según la Organización Mundial de la Salud, la aspiración endouterina se suele practicar hasta las 12 ó 15 semanas de gestación, según el instrumental disponible y las habilidades y capacitación del prestador de servicios de salud. La aspiración endouterina puede subdividirse en dos tipos: aspiración eléctrica endouterina (AEEU) y aspiración manual endouterina (AMEU), la cual utiliza un aspirador no eléctrico. La mayoría de los instrumentos empleados para efectuar la AMEU son aspiradores portátiles. (IPAS, 2006)³²

Tanto el aborto con medicamentos como aquellos de tipo quirúrgico son considerados seguros y eficaces, siempre y cuando sean realizados por personal entrenado y en el marco de servicios de salud mediante una atención integral a lo largo de todo el proceso, lo cual incluye adecuada orientación, seguimiento y acompañamiento técnico (IPAS, OMS, 2006)

En nuestro estudio, la existencia de ambos tipos de práctica (quirúrgica y con medicamento) estuvo fuertemente asociado a la distancia temporal entre el momento de realización de las entrevistas y el de la realización del aborto. Las mujeres que habían abortado en los últimos dos años (2005 – 2006) lo habían hecho, en casi su totalidad, mediante el uso de medicamentos, especialmente misoprostol. Esto confirma algunas “sospechas” respecto a la creciente incidencia de este método en los últimos dos a tres años en Uruguay, asociado a la difusión de información sobre su eficacia en la interrupción de un embarazo, su menor costo económico y las mejores posibilidades de acceso en el mercado clandestino. Asimismo, su realización de manera ambulatoria en la casa de la mujer, las posibilidades de ser auto aplicado y la no necesidad de uso de anestesia general lo ubican como un método “más seguro” y más viable para la práctica de aborto en contextos de ilegalidad y penalización.

Por su parte, las mujeres cuyas prácticas de aborto se remontan a tres años y más, accedieron a métodos quirúrgicos realizados en clínicas clandestinas con mayores o menores garantías de seguridad en el procedimiento y sus resultados médicos.

³² IPAS, www.ipas.org

A continuación se analizará el relato de las mujeres acerca de sus prácticas de aborto, tomando como criterio el tipo de método utilizado. Para ambos grupos se consideraron los códigos descritos en la tabla anterior.

A) Experiencias sobre aborto quirúrgico: las vivencias de las mujeres.

Como ya fuera señalado, del total de mujeres entrevistadas, 13 habían vivido la experiencia del aborto quirúrgico. Si bien ninguna mujer tuvo complicaciones médicas severas derivadas de la práctica, las condiciones en las que ésta se produjo fueron variadas producto de la ilegalidad de la práctica.

Las clínicas clandestinas

El total de este grupo de mujeres acudió a clínicas clandestinas. Las rutas de acceso, el tipo y calidad de atención, el método utilizado, los costos y los resultados fueron diversos, en estrecha vinculación con el poder adquisitivo de las mujeres y con el momento histórico en el cual se realizó el procedimiento.

Las mujeres cuyos abortos fueron realizados en los últimos cinco años encontraron mayores dificultades para acceder a clínicas que brindaran condiciones sanitarias de seguridad, ya que éstas habían cambiado su ubicación como efecto de las represiones policiales tendientes a dar cierre a las mismas. Las mujeres encontraron que luego del dificultoso periplo para acceder a información y datos de clínicas “confiables”, éstas se habían mudado de domicilio o ya no funcionaban. Esta situación generaba altos montos de ansiedad y preocupación en las mujeres, quienes eran conscientes que disponían de poco tiempo para efectivizar su decisión.

“Y ahí empezamos con la búsqueda de un lugar, pleno enero... en realidad mi vieja tiene un conocido que tá, que lo llamamos y no atendía el teléfono, yo conseguí dos teléfonos más por amigas, y uno bueno, no existía más la clínica, y el otro no me acuerdo qué había pasado pero tampoco... bueno, ahí fueron 5 días que fueron medio agonizantes pero por esto, por no encontrar el lugar, porque tá, claro, porque esos días aparte me implicaron la toma de contacto con...

(...) Y bueno, tá, hasta que al final responde el llamado esta persona conocida de mi madre que tá, que fue la salvación.” (Amelia, 30, NEA)

“(...) llamé a la clínica esta de vuelta (se refiere a su tercer aborto) y ya no existía. Me agarré un ataque de nervios, bueno llamé a mi tía y ¿‘qué hago? yo no quiero, no quiero y no quiero’ y bueno, ahí fue cuando conocí el misoprostol...” (Noelia, 22, NEM)

Aquellas que, finalmente, pudieron conectarse con las clínicas, generalmente llamando a un número de teléfono celular, dieron comienzo allí a un segundo momento del proceso, también acompañado de incertidumbre, temores y ansiedad.

“(...) ahí ya estaba más complicada la cosa... estaban haciendo todo fuera de esa clínica, te hacían esperar en un auto, te llevaban para afuera, para un balneario, porque andaban con esto de que andaban detrás de las clínicas cerrando.” (Noelia, 22, NEM)

El relato de todas las mujeres era coincidente: la información que recibían en la primera llamada de contacto era mínima y acudieron, en la mayoría de los casos, a una entrevista individual en día y horario acordado previamente. El lugar de la entrevista previa no sería el mismo lugar donde luego se realizaría el procedimiento. En esta instancia se les proveía de mayor información sobre: tipo de método, indicaciones médicas previas, costos del procedimiento y condiciones. Allí se acordaba un día y hora para que las mujeres se presentaran en un punto de la ciudad, al cual no podían ir acompañadas. Se las recogía en un auto y se las llevaba, luego de dar un largo rodeo por la ciudad, a un local en el cual se realizaría la interrupción. Generalmente, estos locales aparentaban ser casas particulares ambientadas para funcionar como clínicas.

“La misma muchacha que me atendió la primera vez me pasó a buscar por XX [se refiere a una esquina de Montevideo], bueno me pasaron a buscar por ahí, nos llevaron a otro lado, eso sí, me dijeron que no comiera nada, hasta, más de doce horas de ayuno, ni comiera ni tomara mate, lo único agua. (...) No, no puedes ir con nadie. Permitían solamente creo que fuera la madre si la chica era menor de edad, que me enteré porque pasamos a buscar a otra chica que era menor, que al final no pudo ir porque no había respetado el ayuno. Pero si no tenías que ir sola, y bueno, y llegamos a la casa. Habían, no te quiero mentir, pero deberían haber unas 8 mujeres más o menos...” (Carolina, 25, NEM).

“Era una casa en realidad, además fuimos ahí, esperamos un poquito, porque éramos las primeras, porque después cuando salimos había más gente, pero cuando llegamos había poquita gente. Prendieron una estufa ahí a leña y todo, porque era para el lado de... para afuera, por XXX (menciona un lugar) o por ahí, y bueno, después nos preparamos, nos llevaron a un cuartito con dos camas...” (Patricia, 24, NEM)

“En otro lugar, que es más, que es otra clínica que ellos tenían, que la tuvieron que cerrar, por esto, porque tuvieron problemas y la tuvieron que cerrar. (...) O sea, no es una clínica, tenía todo como una clínica pero era una casa ambientada, por... si tengo que ir no sé donde es... (...) Pero esa clínica a mí me dejó asombrada, también parecía una casa por fuera, pero lo que tienen adentro es increíble, increíble. Tienen una sala, como si fuera una sala de operaciones con todo, o sea, no tiene nada que envidiarle a ningún lado, con todo, y bueno, fue ahí que nos mostró todo, bueno nos explicó cómo era, me preguntó setenta mil veces si yo estaba segura, que no les fuera a hacer nada después. Y les digo, ‘pero yo estoy segurísima, si no no vendría tan segura’. Bueno, nos explicaron el costo, quien lo hacía, nos explicaron todo, es más me preguntó si yo me quería hacer un examen de sangre antes para confirmar que estaba embarazada.” (Carolina, 25, NEM)

Las mujeres debían “confiar” en las palabras del personal de la clínica que las entrevistaba. Al no poder ser acompañadas, el temor al daño, la preocupación por los riesgos, el sentimiento de desprotección y de vulnerabilidad se incrementaba notablemente. Las mujeres lo único que querían era que “todo terminara pronto”.

La experiencia de aquellas mujeres que abortaron en clínicas clandestinas hace más de cinco años, tuvo matices respecto a aquellas que lo hicieron recientemente. Si bien el aborto era ilegal, el acceso a las clínicas era más directo: las mujeres concertaban cita por teléfono, iban a una entrevista,

conocían el lugar del procedimiento y podían ir acompañadas. La posibilidad de no estar acompañadas en ese momento fue vivido con angustia por parte de las mujeres. La intensificación de los controles de seguridad que las clínicas se dieron en los últimos años (como consecuencia de la represión policial) tuvo efectos fundamentalmente en ese aspecto.

Como ilustración de ambas modalidades, los relatos de Iris y de María marcan claramente las diferencias en las experiencias y los sentimientos a éstas asociados.

“Lo que sí me acuerdo es que el día del aborto fui acompañada por mi novio y que además tenía todo un contexto de amigos que eran más grandes...que bueno estaban apoyando esa situación” (Iris, 54, NEA, cuyo aborto tuvo lugar hace más de 10 años)

“(...) Yo me imagino, no quiero imaginarme lo que ha de ser, por ejemplo te contaba que esa vez había una chica del interior, que se había venido de Tacuarembó, tenía treinta y pico de años, era bastante grande, tenía tres chiquitos, tres hijos y bueno y ta y no querían, ni podían tener otro hijo mas y se había venido, me acuerdo que después la lleve yo a Tres Cruces porque no salís del todo bien. (...) pero realmente esa es otra de las cosas al aborto una debería ir siempre con una persona. Pero bueno, además las mujeres ahí estaban todas solas, ninguna estaba con otro, tampoco dejan que suba una persona a acompañarte en ese momento cuando te despertás, como te dije era. A mi me resulta una situación absolutamente violenta, violenta y de manoseo de ¿viste? yo que se, como una cosa terrible.” (María, 47, NEA)

Otro tipo de diferencia se estableció en la disponibilidad de recursos económicos para hacer frente al costo del procedimiento. En casi todos los casos, el costo osciló entre los USD 400 y USD 800, siendo éste un factor de angustia para las mujeres que debieron desarrollar estrategias para obtener el dinero. El relato de Delia fue ilustrativo:

“Yo dije ‘bueno, conseguimos la plata’, siempre el aborto fue muy caro, muy oneroso para la gente pobre, llegó a representar tanto como un mes de sueldo en algunos casos. Entonces si te lo querías hacer con algunas condiciones ¿no?”

En otra situación estuvo Amelia para quien el aborto no tuvo costo económico debido a que por su condición de ser hija de profesionales médicos, el colega que realizó el procedimiento no cobró por el mismo. Así lo relató Amelia:

“No me cobraron por ser hija de médicos. Hasta en eso fui privilegiada, porque bueno, eso fue otra variable en realidad, o sea, hacerme el aborto implicaba gastar todos mis ahorros, los únicos ahorros de mi vida, y en un momento también fue como páh, cuando todo comienza a cobrar sentido, vos decís “yo llegué hasta acá y ahora...” ¿no? Porque también mi idea era recibirme, irme de viaje, conseguir una beca, no te gastás todos los ahorros, con eso me di bastante palo en su momento ¿no? “qué estoy haciendo?” Después tuve la suerte que no me cobraron, no gasté un peso, pero esta persona cobraba cerca de 800 dólares, y de los casos más últimos que sé, es lo que más o menos se está cobrando. Esta clínica era una súper clínica, igual ¿no? yo en un momento me sentía que...”

En cuanto al tipo de método utilizado, todas las mujeres recibieron anestesia general, pero no todas pudieron precisar si el procedimiento fue mediante

legrado o aspiración endouterina. Esta dificultad para dar cuenta del tipo de método, está probablemente asociado a dos cuestiones: la primera, al tipo de información recibida previa al procedimiento (claridad, precisión, cantidad) y la segunda, a la baja relevancia que para las mujeres podía tener ese dato en aquel momento. Lo que más les preocupaba era saber si el procedimiento era seguro y eficaz.

La anestesia era dada por el mismo profesional que realizaba la interrupción y no por un anestesista. En tal caso, el procedimiento tenía un costo adicional.

“Sí me preguntaron si yo quería anestesia, y bueno, les dije que lo hicieran como lo hacen siempre. En realidad yo quería anestesista porque como siempre se tiene miedo porque te asustan un poco con las anestesis y yo le tenía miedo, hasta que me dijo lo que salía el anestesista y le dije que igual, sin anestesista. O sea, el aborto tenía un costo pero si tu querías anestesista era adicional....no sé si era el médico el que anestesiaba y ta, lo hicimos así. El sábado cuando me pasaron a buscar, me llevaron a la clínica, aparte, no iba yo sola, iban más chicas.” (Carolina, 25, NEM)

Las mujeres relataron que les impactó encontrar salas de espera *“llenas de mujeres esperando para ser atendidas”*. En ese momento, era un alivio saber que había otras en su misma situación y que también, podía haber testigos, si algo no *“andaba bien”*. Encontrarse con ese panorama, les permitió a algunas, tomar conciencia acerca de que el aborto podía ser una práctica frecuente en el país.

La experiencia fue reconstruida en el relato, en la mayoría de los casos, con recuerdos intensos en detalles, independientemente del tiempo transcurrido al momento de la entrevista. Los relatos de las mujeres dieron cuenta de las vivencias del cuerpo luego del procedimiento, es decir del registro corporal de la experiencia. En casi todos los casos, se trató de un malestar corporal inmediato que, con el paso de las horas se iba tornando difuso hasta desaparecer. Algunas ubicaron el malestar en los efectos de la anestesia, otras en el *“dolor en el útero”*.

Así lo refirieron algunas de las entrevistadas:

“Fui... era un viernes cuando fui... me acuerdo como si fuera ahora (...) ese día si acaso me acostaba, me ponía una bolsa de hielo que siempre me recomendaban y por lo general siempre me mandaban comprarme algún antibiótico... (...) me preguntaban muchas cosas, ya el doctor me preguntaba si a mí me habían dado anestesia general alguna vez, si tenía algún problema de sangre, de coagulación y de eso, ya era otra cosa. Ahora cuando lo hice con las parteras no, las parteras iban directo al legrado y punto. Igual lo hacían con anestesia general, creo que había una enfermera, porque nunca estaba sola, eran dos, creo que sería la enfermera, la que... Igual se arriesgaban, igual te daban anestesia, ah si, si. Eran unas conocidas de mi padre... (...)Y ése me lo hicieron con las mascarillas, que es una cosa espantosa, parece que al momento que te ponen eso, es como que te arrancan la vida, como que vos te vas y ése fue el último.” (Delia, 59, NEB, quien a pesar del paso del tiempo, pudo relatar sus experiencias de aborto con detalles)

“Yo sé que entré, me hicieron... bueno tal cual un quirófano, baño, me hicieron desnudar de la cintura para abajo, una toalla, me hicieron acostar en una camilla, todo

súper impecable, bueno, ya te dije, impecable, estaba el ginecólogo, una enfermera, una partera, que la partera es la que me hizo las entrevistas, me la encontré hace poco y la verdad que es una mina bárbara. Y me preguntó esta muchacha, me dice ¿vos estás segura? y me acariciaba, o sea, tipo gurisa chica ¿viste? Me acariciaba la cabeza ¿estás segura, estás segura, segura que lo querés hacer?, así sé que se me cayó una lágrima cuando dije sí, para el costado, pero no se porqué, porque yo estaba totalmente segura de que sí quería, y, ta y me... me anestesiaron y después me acuerdo cuando me estaban levantando, o sea, yo estaba boleada, no me acuerdo de más nada, y no se qué más te digo de ésta experiencia, de la primera.” (Noelia, 22, NEM)

“Y es una situación de mierda, una situación muy fea. Mira yo te digo que nada mas para mi de por si ir al ginecólogo, abrir las patas y que me pongan el especulo [se ríe] yo soy un poco especial también, no soy de esas mujeres que me someto a ser mujer, para mi es una sensación y lo sigue siendo hasta ahora esto es horrible, es incomodo, a mi cuando el tipo flojita, flojita, yo lo miro como diciendo si flojita espera un poco déjame por lo menos respirar 20 veces viste y después me pongo flojita.” (María, 47, NEA)

En el caso del aborto quirúrgico la experiencia corporal se hace evidente luego de haber culminado el procedimiento. Esta es una diferencia notable con el aborto con medicamento, donde la corporeidad está presente de manera intensa durante todo el proceso, debido a que en este tipo de abortos no se utiliza anestesia y no se requiere de la intervención de un tercero para su realización (es un método ambulatorio y auto aplicado).

“Y después el dolor que me quedó, es el dolor, como si fuera cuando estás enferma, dolor en los ovarios muy fuerte, muy fuerte, tampoco insoportable, muy fuerte: Bueno me dijeron que no tenía que quedarme quieta mucho rato, que tratara de caminar por los coágulos. Y me fui. Me dijeron que llamara... Y bueno, ya te digo, el dolor fue eso. Intenté caminar, no quedarme quieta, o sea caminar dentro de lo normal, ¿no?, caminaba un poco, y ponele que el sangrado me duró 24 horas o tal vez 36. Ya después no sentí nada, no me pasó nada y eso sí me enfermé nuevamente a los 40 días justo... viste cuando te pones a pensar ‘yo no te puedo creer que tenga que pasar por otra cosa’. Y bueno a los 40 días me enfermé y nunca más tuve problemas. Tengo todo normal, me he hecho exámenes y tengo todo normal, no tengo nada lastimado ni nada por el estilo. (Carolina, 25, NEM)

“El alivio vino después de terminado el asunto y de estar en mi casa y de saber que estaba bien y de sentirme bien, de que pasan los dolores, duele porque interiormente duele, el útero duele, eso no lo dicen, me duele allá adentro, bueno pero sentí molestia y también sangrado.” (María, 47, NEA)

Las clínicas clandestinas no garantizan calidad y calidez en la atención. Pueden ofrecer mayores o menores grados de seguridad en los procedimientos y eficacia en los resultados. Las opiniones de las mujeres sobre la calidad de atención recibida fue variada: desde aquellas que se sintieron haber recibido buena atención a aquellas que consideraron que la situación de la clandestinidad es por definición violenta hacia las mujeres y que no es posible contar con una atención de calidad en ese contexto.

El relato de Graciela fue significativo en ese sentido:

“(...)... supongo yo que irá también en la calidad humana de las personas con las que uno se enfrenta, porque, yo que sé, conozco otros médicos, otros ginecólogos que también realizan el mismo tipo de práctica, pero que tienen un encare totalmente diferente, yo qué sé, aunque sea sentarse a hablar contigo media hora antes y media hora después o a los tres días, yo qué sé. De entenderte un poco más desde dónde vos estás partiendo para decidir algo así ¿no? Porque a mí cuando la mujer esta me dijo eso ¿no? tipo “Estabas decidida” o “No estabas segura de la decisión que tomaste”. ¿Qué sabés, qué sabés, qué sabés de lo que yo estoy decidiendo y por qué lo decido? ¿Qué sabés de mí para tomarte la libertad de decirme eso? ¿No? Yo te podría contestar lo que a mí se me antoje y en realidad no vale la pena, porque no te vas a tomar el tiempo para escucharme. Entonces, me tengo que bancar que vos sigas pensando eso, me tengo que callar la boca y mandarte a cagar por dentro y darme media vuelta e irme. ... yo qué sé.”

Por su parte Alma, se sintió apoyada por el personal de la clínica:

“(...) Me llevaron a un cuartito a recuperarme, había una señora ahí conmigo que me decía: “bueno, lo que pasa que sí, criar dos hijos es difícil para tenerlos bien” bueno, todas esas cosas, como que me quería... era una colaboradora de la doctora. La señora que estuvo además, no se si sería la enfermera que estuvo en el momento que me practicó el aborto. (...) Si, estuve contenida...”

Finalmente, en todos los casos, las mujeres recibieron indicaciones post - evento para evitar complicaciones así como información respecto a sintomatología esperable y aquellos síntomas que requerían especial atención. En todos los casos se indicó tratamiento antibiótico. En todos los casos se indicó que de presentarse complicaciones se comunicaran con el teléfono de contacto de la clínica. En ningún caso se presentaron complicaciones severas.

B) Experiencias sobre aborto con medicamento: el cuerpo en el centro de la escena.

Del total de mujeres entrevistadas (25), 13 de ellas accedieron a un aborto con medicamento. En este apartado se analizará el relato de las mujeres sobre la experiencia vivida, en términos de lo que significó para ellas la realización de un aborto con medicamento en un contexto de ilegalidad y penalización.

Estas experiencias se remontan a los últimos dos a cuatro años, seguramente asociado a una difusión más amplia de este método en el Uruguay, en términos de su eficacia y seguridad, contrarrestando la incidencia de abortos médicamente inseguros.

En contextos de ilegalidad y penalización, el aborto con medicamento ofrece una ventaja comparativa con el aborto quirúrgico, ya que éste no requiere de internación ni de anestesia general ni necesariamente contar con la asistencia de un profesional médico u obstetra. La medicación puede ser auto administrada por la propia mujer y en el lugar y el momento del día que ella decida en función de sus circunstancias particulares. A su vez, el costo de la medicación en el mercado clandestino es relativamente menos oneroso que un aborto quirúrgico médicamente seguro realizado en una clínica clandestina.

El uso obstétrico del misoprostol

El aborto con medicamento, como hemos mencionado anteriormente, puede realizarse utilizando algunas medicaciones específicas (misoprostol, mifepristona, RU486, entre otras). En Uruguay, de todas ellas, se puede acceder (no sin dificultades, como ya veremos) en el mercado clandestino al misoprostol. Este medicamento es de venta controlada en farmacias, bajo receta profesional de un médico gastroenterólogo, debido a su indicación para el tratamiento amplio de úlceras gástricas. A su vez, fue habilitada su utilización intra – hospitalaria con fines obstétricos en el año 2005, por el MSP. Estos fines incluyen el tratamiento de abortos incompletos, inducción del trabajo de parto y maduración cervical.

También se ha demostrado que el misoprostol es efectivo en el tratamiento de hemorragia post – parto y falla de un embarazo temprano.³³

El misoprostol es considerado por la OMS como un medicamento esencial de la salud pública y recomienda su uso para fines obstétricos, incluyendo el aborto temprano (antes de las 12 semanas) en aquellos países donde el aborto es legal. El misoprostol se encuentra disponible actualmente en 80 países en el mundo. Es un medicamento económico, estable a temperatura ambiente, fácil de transportar, fácil de administrar y no requiere refrigeración, aun en climas cálidos. Es por esto que el misoprostol cuenta con el potencial de expandir el acceso al aborto con medicamentos en países en vías de desarrollo.³⁴

Muchas mujeres, especialmente en países con leyes restrictivas para aborto, intentan terminar un embarazo temprano con misoprostol. (Barbosa RM, Arhila, M., 1993)³⁵ Reportes de Latinoamérica sugieren que las mujeres frecuentemente utilizan misoprostol para inducir un aborto al inicio del embarazo. Sin embargo, debido a la falta de información e instrucciones estandarizadas, las mujeres utilizan el misoprostol en una variedad de formas, con una alta variabilidad en las dosis y etapa del embarazo. (Costa S., Vessey, M., 1993)³⁶

La literatura científica reporta pocas contraindicaciones para el uso del misoprostol en la interrupción de un embarazo temprano (antes de las 12 semanas), en particular no es recomendable su uso a mujeres con infección urinaria, enfermedades cardiovasculares, hipertensas, con anemia severa. Por ello, más allá de ser posible la administración por la propia mujer, es aconsejable una consulta previa con un profesional médico de modo de identificar posibles contraindicaciones previo a su uso. (Carbonell, J., Varela, L., Velazco, L., et al, 1998)³⁷

³³ www.medicationabortion.com

³⁴ idem anterior

³⁵ Barbosa RM, Arilha M. The Brazilian experience with Cytotec. *Studies in Family Planning*. 1993; 24(4): 236-240.

³⁶ Costa S, Vessey M. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet*. 1993; 341: 1258-1261.

³⁷ Carbonell J, Varela L, Velazco L, Cabezas A, Tanda R, Sánchez C. Vaginal misoprostol for late first trimester abortion. *Contraception*. 1998; 57: 329-333.

El uso del misoprostol para la interrupción de un embarazo temprano, implica la presencia de efectos secundarios, cuyas características dependerán entre otros, de la tolerancia de cada mujer a la medicación. Los cólicos y el sangrado vaginal son síntomas directos del aborto. Pero la intensidad del dolor abdominal y del sangrado vaginal puede variar en forma importante tanto en la duración como en la severidad. Varios estudios reportan que el sangrado se asemeja a un período menstrual abundante o a un aborto espontáneo. También se reporta que el sangrado puede ser más abundante que un período menstrual y puede durar semanas. Otros efectos reportados incluyen náusea, vómito, diarrea, mareos, dolor de cabeza, fiebre, escalofrío, erupciones en la piel y dolor pélvico. En estos estudios, varias mujeres reportaron que el dolor pélvico que sintieron fue superior al del período menstrual.

Finalmente, aún cuando no se ha diseñado un esquema de uso de misoprostol que sea óptimo, el más utilizado se inicia con la administración vaginal de 800 mg (4 pastillas) Si el aborto no se produce, esta dosis debe repetirse cada 24 horas hasta tres dosis.

La información sobre posología, efectos secundarios y contraindicaciones del uso de misoprostol para interrumpir un embarazo temprano, según lo indica la evidencia científica internacional, es clave para comprender las experiencias y sentimientos asociados a la misma, que relataron las mujeres de nuestro estudio.

Las vivencias de las mujeres ante el uso del misoprostol

Acceso a información sobre misoprostol

Las mujeres de nuestro estudio, accedieron a información sobre este método fundamentalmente a través de la orientación que algunos servicios públicos de salud y /o gineco-obstetras realizan a mujeres en situación de embarazo no deseado, en el marco de las indicaciones que establece la normativa vigente en el Ministerio de Salud Pública, sobre prevención de abortos provocados en condiciones de riesgo (Ordenanza N° 369).

En el marco de estos servicios de salud, fundamentalmente la Policlínica de Asesoramiento del CHPR, las mujeres recibieron información, entre otros tópicos, sobre aborto de riesgo y aborto seguro. Para muchas de ellas, fue en el marco de la consulta, que por primera vez tomaron contacto con la existencia del misoprostol como un medicamento con uso para la interrupción de un embarazo antes de las 12 semanas de gestación. Las mujeres recibieron información cómo se utiliza esta medicación, cuáles son los síntomas físicos esperables, cómo proceder ante ellos y la necesidad de consultar luego de la interrupción para prevenir eventuales complicaciones.

Otras mujeres accedieron a información sobre el misoprostol a través de internet o a través del relato de otras mujeres que habían usado este método.

“(...) Todo el mundo me daba información diferente, a raíz de eso me puse a buscar en Internet, todos decían cosas diferentes acerca de lo que era la dosis, entonces dije ‘ta, voy a ir ahí y que me digan como es y fui’ (se refiere al CHPR)

“(...) yo le dije ‘estoy embarazada y no lo quiero... yo ya me esperaba el sermón, porque a mi me habían dicho que en la parte de Asesoramiento, primero intentaban persuadirte para que no lo hicieras (...) Me explicó todo, me dijo ‘Primero hacete un análisis de sangre, si sos RH negativo te tenés que dar esta inyección -me las recetó, me dice- enseguida después de que te pongas las pastillas, venís y que te den esta inyección y si sos RH positivo no te la das nada y hacete una ecografía antes y una después’. Ahí le dije ‘No, ecografía antes no me voy a hacer, porque si lo veo, no me lo saco’, dijo ‘es un poco más riesgoso porque es necesaria por si hay embarazo ectópico, o algo por el estilo’. Pero no me importa, si hay embarazo ectópico me dará cuenta.” (Shirley, 20, NEM)

“Los de asesoramiento me dijeron que uno de los métodos más seguros para la mujer era el misoprostol. Y llegué el misoprostol a mi, yo no llegué al misoprostol..” (Karina, 21 NEM)

“Me dijo si querés pensar... Me explicó lo del misoprostol, no se que, las dosis, me hizo toda esa historia de la ley, pero ‘en cualquier farmacia con una receta médica, lo conseguís. (...)’ Sería bueno que te hicieras una ecografía antes para ver que todo esté bien... no se qué... bla, bla, bla... el examen de sangre. Ahí fui a hacerme la ecografía... (Celia, 25, NEA)

Las mujeres que accedieron a la policlínica de asesoramiento del CHPR, valoraron la existencia de este recurso como muy positivo. Así lo expresó Karina:

“..creo que si eso no existiera en un lugar público, muchas mujeres harían cualquier cosa en un momento de desesperación, pueden llegar a hacer cualquier cosa...” (Karina, 21, NEM)

Algunas mujeres espontáneamente compartieron su opinión sobre la policlínica de asesoramiento del CHPR. Todas fueron coincidentes en la necesidad del servicio y hubo matices en términos de la calidad de atención recibida. Para algunas, tomar conciencia de que allí no iban a acceder a la interrupción del embarazo, significó una frustración y un incremento de la ansiedad. El servicio del CHPR brinda asesoramiento dentro del marco legal sobre aborto que rige en el país y se guía por la normativa sanitaria vigente que reconoce el derecho de toda mujer en situación de embarazo no deseado, a recibir asesoramiento, información, orientación y apoyo para que pueda tomar la decisión que considere mejor en sus circunstancias.

“Tuve todos los síntomas que el médico del Pereira me dijo que podía tener. En ningún momento yo estaba, yo siempre estuve sabiendo todo. A mi en ningún momento, la verdad, son bárbaros los médicos. No tengo nada que decir, porque en todo momento ellos te preguntan, te hablan, te explican, todas las dudas que tengas, están ahí. No tengo nada que decir.” (Sara, 24, NEB)

“Y cuando fuimos ahí (se refiere al CHPR), nos dijo que no, que ellos... estaba penado por la ley y que no se hacía... y ahí me agarró terrible angustia...incluso te atiende un médico y una psicóloga... Y bueno, después ahí me mandaron la ecografía para constatar que el embarazo estuviera bien y después me explicaron como era lo que tenía que hacer... “ (Leticia, 19, NEA)

“Bueno fui, nunca me dieron corte, porque no tenían fecha para esa hora y bueno estaban apurados, me dice, porque si tenes fecha está todo bien, te atienden bien, pero si no tenes fecha...” (Patricia, 26, NEM)

Para aquellas mujeres con cobertura mutual por DISSE, concurrir a la Policlínica de Asesoramiento del CHPR tenía un costo económico que ofició, como en el caso de Paola, de barrera para acceder al servicio. La situación de Paola, es la que viven generalmente las mujeres que se asisten a nivel mutual, en la medida que éstas no cumplen, por lo general, con la implementación de la normativa sanitaria (Ordenanza N° 369) y por lo tanto no brindan servicio de asesoramiento a mujeres en situación de embarazo no deseado.

“Ella me dirigió al Pereira. Fui al Pereira, lo que pasa ...bueno, como yo tengo mutualista en el Pereira la consulta me salía 330 pesos, después venía la ecografía unos 430 pesos. O sea, no era accesible en ese momento para mí. Dí todas las vueltas en el Pereira, saqué número, todo y en el momento que me enteré que tenía que pagar esto dije ‘no, no en este momento no puedo’ y no fui” (Patricia, 26, NEM)

Acceso a la medicación

El acceso a la medicación significó para muchas mujeres no sólo disponer del dinero para la compra, sino ingresar a los circuitos clandestinos de venta. Algunas mujeres llamaron a distintas farmacias para saber del costo y de los requisitos de venta. Las respuestas que encontraron fueron variadas: algunas no vendían el medicamento, otras sólo lo hacían con receta médica, otras lo vendían sin receta y según la dosis solicitada por la persona. En este último caso, el precio oscilaba entre los 1.400 y 1.800 pesos las cuatro pastillas y en algunos casos por ocho grageas. Importar precisar que el costo global del medicamento en farmacias es de aproximadamente \$ 4.000 (28 grageas). La venta fragmentada del medicamento en 4 u 8 grageas a un costo de 1.400/1.800 pesos, supone que el proveedor obtiene una ganancia adicional con esta modalidad de venta.

Algunas mujeres que contaron con apoyo de familiares o amistades vinculadas a la Medicina, lograron conseguir receta médica y comparar el medicamento en farmacia. Esto supone una sub-utilización de la medicación, ya que como máximo (y según la posología recomendada) la mujer podría necesitar 12 grageas.

“3.700...salió una persona de la farmacia y me dijo ‘si querés yo te puedo vender menos’. Las 8 me las cobraron 1.700. En el Pereira hay una muchacha que anda por ahí que las vende, pero a mi me cayó mal, porque ella me las ofreció... pensé que las estaba vendiendo porque le habían sobrado. Le pregunté si se lo había hecho y cómo le había ido, me dijo que bien, que no había tenido problema, que se lo había hecho la semana pasada... y claro. En ese proceso, me la vuelvo a encontrar y me di cuenta que evidentemente estaba vendiendo pastillas, entonces me molestó el hecho de que no me dijera ‘estoy vendiendo’.” (Valeria, 21, NEA)

“Ponele que.. no sé... te pedían 3.400 en algunos lados menos, en otros 4.000, en San Roque sale 4.000... cómo un mismo medicamento en cuatro farmacias que llamé puede variar en \$ 600 ¿no? O sea, están todos de listos!!!...” (Celia, 26, NEA)

Otras rutas de acceso al medicamento fue buscar fuera de fronteras, conectarse con mujeres que hubieran abortado con ese método y que tuvieran medicación disponible o tratar de acceder a “bocas de venta” clandestinas del medicamento.

En todos los casos, las rutas de acceso a la medicación implicó un recorrido no exento de obstáculos, adicionando preocupación y montos de ansiedad a la situación.

“No, esta otra persona me la dio el nombre una amiga, porque... porque en realidad después nos fuimos enterando y hay muchos casos, o sea, que te vas enterando, que determinada persona lo hizo, y bueno, y tenía un referente, había una muchacha que yo conocía que lo había hecho, más joven que yo que había pasado por lo mismo, y bueno, y tá, y esta persona, digo, me dijo, y se había complicado conseguirlas acá porque había sido detenida la persona que se las daba a ella, fue detenida, y tá, estaba complicado, tenían que ir a Buenos Aires. Y bueno, tá, las conseguí por otro lado, las conseguí acá al final, con otro contacto, de una muchacha que había pasado por lo mismo, que se había comprado de más, más de lo que necesitaba y bueno, y lo conseguí así.” (Patricia, 26, NEM)

El uso del medicamento: el protagonismo del cuerpo y la subjetividad

Para todas las mujeres, utilizar misoprostol implicó prepararse para el procedimiento. Decidir en qué momento, cómo, dónde y con quién lo iban a hacer. Para aquellas que tenían hijos, supuso organizar la cotidianeidad de ese día para que sus éstos no se vieran afectados por la situación. Disponer de algun/a acompañante no siempre fue posible. Algunas mujeres debieron transitar por esta experiencia en soledad, con la carga de angustia que ello supone ante un acontecimiento nuevo y en el cual se desconocían en términos de cómo iba a resultar, qué riesgos podían tener o cómo iba a responder su cuerpo.

Todas ellas disponían de información sobre la administración del medicamento, sobre su eficacia, sobre los efectos secundarios y sobre cómo actuar ante determinadas sintomatología. Sin embargo, en estas situaciones, si bien es muy necesario disponer de información clara, hay otros factores del orden de lo subjetivo que se ponen en juego. Temor, miedo, angustia, ansiedad, son algunos elementos que se ponen en juego y que no sólo determinan el estado de ánimo de la mujer, sino que tienen un efecto directo en el cuerpo.

El uso del misoprostol enfrentó a las mujeres a una experiencia corporal directa, que puso en marcha vivencias y fantasías concientes e inconscientes, desde el momento de recibir las indicaciones médicas.

Todo cambio que tiene lugar en el cuerpo, impone al psiquismo un proceso de metabolización, de elaboración psíquica. Se trata de ir encontrando representaciones mentales que le den significación y sentido a eso que, al inicio, es solo una experiencia sensible. Existe un cuerpo biológico con sus propias leyes de funcionamiento y existe un cuerpo imaginado, subjetivo, eso

que podemos llamar “mi” cuerpo, que tiene otra legalidad, en contraposición a “el” cuerpo.

El cuerpo subjetivo, la imagen corporal, las fantasías inconscientes del cuerpo, provienen de los datos que el cuerpo biología envía, pero no solamente. Están también mediatizados por procesos de representación simbólica, por significados colectivos, propios de cada época o cultura. Un ejemplo, son los significados que han tenido –y tienen- la emisión de fluidos corporales como la sangre menstrual o el semen, en diferentes momentos históricos y culturas que estudiados por la antropología o la historia de las religiones y de los mitos, se reafirma que el hecho biológico es uno, pero las representaciones y sentidos, múltiples.

La mayoría de quienes abortaron con este método, tenían alguna información acerca de todo el proceso. Básicamente, sabían la forma de proceder con la medicación, que iban a tener un sangrado y la importancia de una ecografía posterior para comprobar que el proceso de embarazo estaba culminado. Algunas mujeres, las menos, estaban al tanto de que podían sufrir intensos dolores o de los efectos colaterales que provoca (náuseas, vómitos, diarrea) el uso del misoprostol.

Esta información, aún comprendida desde el punto de vista cognitivo, no impidió que surgieran temores y fantasías de daño corporal o de muerte, asociados manifiestamente a la posibilidad de colocarse erróneamente las pastillas y/o no obtener el resultado esperado. Es quizás, por esta razón y por el miedo a lo desconocido, que algunas mujeres prepararon el momento con extremo cuidado, “armando”, de acuerdo a las palabras de Celia, todo el escenario. La elección de la hora del día para empezar el proceso, pareció estar más ligada a factores subjetivos que a la realidad de las indicaciones: para algunas, era más segura la noche y para otras, el día.

“Y nada, en realidad armé todo, yo tenía todo preparado... yo me creí tipo que me iba a desangrar una onda así ¿no? tipo toallas, siempre libres nocturnos, no se qué, no se cuanto, me puse las pastillas, éste creo que fue capaz, el momento más tenso para mí ¿no? el tener que ponerme yo las pastillas y el miedo a no colocármelas bien o que...(...) Pero tá, en ese momento tenía como pila de fantasías, porque en realidad era como algo que le estaba haciendo yo a mi cuerpo de lo que no tenía conocimiento total ni control, entonces por eso me daba un poco de miedo, pero ta fue ese segundo” (Celia, 26, NEA)

“(...). Lo hicimos de día porque pensamos que psicológicamente era más suave que hacerlo de noche. Tá, me las puso mi compañero, yo tenía como... como la idea de que no podía ponerlas hasta el fondo porque... por algo.(...)Igual esa primer sensación, esos primeros diez minutos... igual sentí que me iba a pasar algo, o sea, yo lo miré a mi compañero ‘me va a pasar algo’ y él se re asustó, fue algo muy breve, entonces dio lugar a que nos calmáramos, pero... pero sí, esa primer sensación fue fea. Por el miedo en sí, por lo físico, si me pasa algo...” (Valeria, 21, NEA)

“La doctora me dijo que tenía que ponerme dos para un lado de la vagina y dos para el otro lado. ...que lo hiciera tranquila, que no estuviera nerviosa y que lo hiciera de noche y que estuviera con alguien. Fui con mi marido a comprar las pastillas, nos vinimos, el mismo lunes, fue todo así. Justo él había cobrado también, porque la

cuestión es tener la plata en mano...y bueno y ta, como dijimos, llegó la noche y bueno, lo hice.” (Sara, 24, NEB)

La ansiedad que generó esta situación hizo que, algunas mujeres, concurrieran a un centro asistencial con el proceso de aborto aún en curso y asustadas por las consecuencias (legales) que imaginaban podían tener si admitían haber interrumpido el embarazo. En todos estos casos, debieron permanecer internadas para que se les practicara posteriormente un legrado.

“(...) para mí fue impactante igual, fue como... yo para mí había perdido como pila de sangre, y aparte me había sentido mal todo el día, había sido una agonía... y tá, no la escuché mucho a mi madre, yo para mí ya había abortado” (Amelia, 30, NEA)

“(...)Me empecé a sentir mal, cada vez mal, mal se me daba vuelta todo y me mareaba y más, más la cabeza me daban puntadas, me resaltaba y después al rato empecé a temblar parecía una varita de mimbre en la cama, se me perdió toda la fuerza, iba al baño porque iba, porque sino encastraba todo, iba al baño porque ta, ya a lo último ya no aguantaba, me quedaba en la cama porque no podía levantarme y ta y después me fui, después fui callada la boca y ta.

-Y ahí tomaste la decisión de ir al hospital ¿fuiste a puerta de emergencia?

-No, fui acá al dispensario y acá, me hicieron el traslado Sí, fui porque no aguantaba los dolores y me sentía horrible, cuando una partera me atendió ahí, que no me querían atender, y agarre y yo le pedí por favor, agarré y hablaron y ta y la partera me atendió y me dijo no, no... Con urgencia para el Pereira que te vas a legrado, me pregunto que había hecho.” (Melina, 31, NEB)

El relato de algunas mujeres, dio cuenta de un lenguaje infiltrado por fantasías de estar desangrándose, impregnado del impacto que produjo en ellas las hemorragias, la visión de los coágulos y los intensos dolores producidos por las contracciones. En este sentido, fue notorio la diferencia en el discurso entre las mujeres de diferentes niveles educativos. Aquellas de nivel educativo bajo, lo hicieron con mayor crudeza, con menor grado de intelectualización que aquellas del nivel medio o alto.

“(...) Después que a mí me pasó eso, en el estado en que yo estaba, claro me había venido un shock de desesperación. Claro, porque yo estaba, justo en ese momento había quedado sola, mi suegra se había ido y claro, había quedado sola, voy al baño, siento unos pinchazos en la vagina, digo “Qué raro”, fui al baño a orinar y después cuando quise ver, sentí, pum, pum, qué es eso, me quería morir, cuando vi ahí, fue algo espantoso, no volvería a hacerlo más.

Si, lo vi sí, eso fue lo peor, sí lo vi... (Sara, 24, NEB)

“Entonces yo el primer día tomé una como a las siete de la mañana y me acosté a dormir, me levante a las diez y pico de la mañana y comí, al otro día lo mismo, al segundo día empecé a largar toda una baba marrón y después con sangre y al tercer día ya empecé a largar coágulos de sangre, todo el día, después como a las seis de la tarde ta, me puse a tomar mate y viste la distancia que tengo del baño a la puerta, este, me bajé de la cama para ir al baño, cuando llego al baño tuve que cerrar la puerta enseguida porque yo hacia así y me bañaba toda en sangre ¿viste? hacia bluf así y me bañaba toda en sangre. Entonces eso me pasó como tres veces.” (Alicia, 37, NEB)

“(...)toda la noche, estuve como hasta las tres de la mañana hasta las ocho con contracciones, que no sabía que eran contracciones porque no tenía ni idea, no me podía parar, no podía estar sentada, la única manera que me calmaba era sentada en el baño con las piernas abiertas y ta bueno me fui al medico. el sábado me fui a trabajar, estaba trabajando y empecé con contracciones trabajando eran las siete y media las ocho de la noche y yo no podía mas trabajando así, me agarraba la panza y decía me voy a morir, no puedo mas, por favor, le decía a mi compañera de trabajo no puedo mas (...)y voy me siento en el baño hago pichi y me levantó y siento que algo se me desprende adentro mió así y se cae y esto que fue, fue una sensación rarísima que nunca había sentido y ta, no me salía sangre ni nada y me siento otra vez porque fue rarísimo y ahí me sale un chorro de sangre pero como así como tres litros, cuatro litros de sangre así y bueno ta largue el coaguló ... yo estaba como de tres meses “ (Karina, 21, NEM)

“Además, si no existiera el misoprostol, la pastilla este que te hace, que te provoca un aborto espontáneo, no, no lo hubiera hecho. No me hubiese sometido a un aborto quirúrgico, nunca, si no existiera eso, no lo hacía. (...) (...)Y ta, me las puse yo, y me las puse a las once de la noche y me quedé acostada, me dormí, a las tres de la mañana me desperté llorando del dolor que tenía, parecía que me estaban arrancando algo, era un dolor insoportable, se ve que depende del organismo de cada persona porque conozco pila de gente que me dice que no sintió nada o que apenas un mínimo dolor como de dolor de ovarios, pero yo casi me muero de dolor.” (Shirley, 20, NEM)

“(...) Y después pasé como por varios períodos, tuve como un primer período de medio bajón, un poco del cuerpo, que supongo que hay una depresión media normal del cuerpo y ta.. (Amelia, 30, NEA)

Para algunas mujeres, la ansiedad, el temor a colocarse mal las pastillas, el sentirse sola fueron factores que determinaron tener que repetir el procedimiento más de una vez, con lo que esto implicaba de costo emocional y económico. Fue el caso de Patricia:

“Me puse la pastilla y ta, tenía que esperar ocho horas. Me tenían que venir náuseas, vómitos, contracciones, y no me vino nada. Y bueno ta, me levanté, voy al baño porque me estaba orinando y me sale un poco de sangre sin dolor. No me dolió nada, que me habían dicho que me iba a doler y me salió un poco de sangre y las vi a las dos pastillas (...) me hice una ecografía y el feto seguía ahí. (..) No se disolvieron las pastillas. (..) La doctora me dijo que no era problema de las pastillas sino de cómo me las había puesto yo y todo eso (...) Me costó mucho ponérmelas, porque es difícil, y no, no es muy difícil, si tuvieses otra persona que te ayudara capaz que es mucho más fácil...” (Patricia, 26, NEM)

Más allá de las diferencias de cada caso en particular, todas las mujeres vivieron con intensidad, angustia y temor el momento de la práctica mediante uso del misoprostol. Algunas, señalaron que a pesar de ello, en caso de tener que acudir nuevamente a la práctica del aborto, lo harían mediante este método y no mediante un aborto quirúrgico. El aborto con medicamento permitió a las mujeres un registro vívido corporal de la experiencia, cuya intensidad se vería disminuida en el caso del aborto quirúrgico por el efecto de la anestesia general que implica el procedimiento.

Las palabras de Valeria fueron significativas respecto al miedo que generaba la situación no solamente por el uso del método y los resultados del mismo, sino

también por el tener que acudir a la emergencia y “hacer pública” la situación:

“Yo creo que era clave el miedo, la tensión de toda la situación, de resolver, de... del miedo, yo mi único miedo en realidad era que... no expulsar y en ese caso tener que ir a la puerta del Pereira, a emergencia, y bueno, tener que... toda esa situación, no quería pasar esa situación de llegar y decir “bueno, sí, me pasó esto, me hice esto”, que me preguntaran, que me hicieran, que... cómo eso, pero tá, todo el proceso salió bien, y no hubo ningún problema.” (Valeria, 21, NEA)

La atención hospitalaria post aborto

Si bien el estudio no se propuso indagar sobre la satisfacción de la atención hospitalaria ni sobre las expectativas de las mujeres respecto a la misma, surgió espontáneamente en el relato de nuestras entrevistadas, sus valoraciones sobre el tipo de atención recibida a nivel institucional cuando debieron acudir para completar un aborto en curso. Cuando mediante el uso de misoprostol el aborto no se logra completar, la indicación que la mujer recibe consiste en acudir a la emergencia del centro de salud de referencia. Las mujeres que debieron asistir a los servicios de emergencia para completar un aborto en curso fueron pocas y sus coberturas de salud eran en servicios mutuales y públicos.

Las mujeres en estas situaciones, relataron que fueron recibidas de maneras diferentes por el personal: desde quienes se sintieron respetadas profesionales sensibles hasta quienes refirieron haber sido objeto de valoraciones morales, enjuiciamientos y censuras.

Los profesionales actuaron de maneras variadas en términos de la calidad de atención, calidez y comprensión de la situación. Algunos cumplieron con el rol profesional basado en una relación sanitaria respetuosa de la mujer, sus decisiones y derechos. En otros primaron los juicios de valor moral que se antepusieron a la profesionalidad, tiñendo la intervención profesional de intervenciones moralizantes, generadoras de culpa y malestar.

Ilustremos con dos relatos, las percepciones de las mujeres sobre la atención hospitalaria:

“Si, ellos sabían porque la historia estaba ahí, pero no, no bien. Una enfermera empezó a hablar conmigo así y me dice ‘si claro es difícil, pero es tu decisión’, me decía ‘es tu decisión, hay que respetarla. Yo no te voy a decir ni que a mi me parezca bien ni que me parezca mal, es tu decisión y ya está. No voy a poner mi punto de vista’. Y no ponía el punto de vista de ella.” (Karina, 21, NEM)

“Yo llegué al Pereira, me atendieron enseguida, me acostaron en una camilla, me sacaron los coágulos de sangre así, con los dedos y después con unos palos largos me hacían todo así, me limpiaban, entonces el que mandaba dijo pónganlan en una camilla con suero hasta que al trasladen a sala. Entonces ellas ¿qué me hicieron? me mandaron a sentarme afuera, ¿no?. Entonces yo me senté afuera y estaba habando con dos mujeres que habían tenido familia y entonces de repente me empecé a sentir mal, mal, mal y le dije a mi hija llámame a los médicos ta y después no me acuerdo de mas nada porque estuve quince minutos con perdida de conocimiento. Porque era demasiada la sangre que había perdido, que había perdido el conocimiento: Bueno y

ahí hubo un revuelo bárbaro porque querían que yo firmara papeles y que hiciera demandas y por la mala praxis que habían hecho conmigo, que hacía, que debería de haber pasado quien sabe con cuantas personas ¿verdad? este, no yo no firmé nada, yo lo que quería era venirme pa mi casa y estar con mis hijos.” (Alicia,37, NEB)

IV. EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL PROCESO DE ABORTO VOLUNTARIO

Se analiza en este apartado, los efectos psicológicos (sentimientos, fantasías, grado de malestar y sufrimiento psíquico) que resultaron directamente de la práctica del aborto.

El alivio y la culpa

“Me parece que la culpa es lo que muchas veces hace estragos en las personas que han pasado por experiencias así”. (Amelia)

Las mujeres entrevistadas, en su gran mayoría, refirieron que lo primero que sintieron una vez interrumpido el embarazo, fue alivio. En este sentido, este hallazgo es consistente con la mayoría de las investigaciones³⁸, haciendo la salvedad de que éstas provienen fundamentalmente de países donde el aborto es legal. Este es un elemento fundamental, ya que al estar instituida la legalidad, el sentimiento de culpa no está vinculado a la representación del aborto como un delito, sino a otros factores, ligados en todo caso a las posiciones éticas y/o religiosas y a las características de personalidad de cada mujer.

Haber interrumpido el embarazo, significó para las mujeres de nuestro estudio, alivio por la culminación de un período previo marcado por la tensión y la inseguridad de practicarse un aborto clandestinamente y a su vez, por haber dado término a una situación no deseada. Asimismo, se hizo evidente, que a mayor convicción en la decisión, mayor fue la sensación de alivio:

“(...) subo a la camilla, no sé qué, me revisa y me dice “estás perdiendo el embarazo” y yo ahí, fue como un alivio, que dije “ay ta! Que bueno, pero quiero que esté perdido del todo ¿no?” (Celia, 26, NEA)

“Yo estaba muy firme en la decisión. Yo tengo dos hijos, cuando quise tener, los tuve. Yo nunca tuve traumas ¿entendés? De... ni me sentí culpable, no soy para nada católica, no creo nada... (...) Si, fue la mejor decisión. No, nunca [se arrepintió] (Fabiana, 41, NEA)

“(...) bien, esa primera sensación fue como de alivio ¿no? no tuve como un... no me siento culpable por eso tampoco ¿no? No tuve como un dolor muy fuerte, como que el proceso... yo sentí que eso, que el duelo que te decía hoy, lo había hecho antes (...) Y cuando vi que había expulsado y que evidentemente había salido todo, porque fue gran cantidad lo mío, el flujo de sangre, fue como una sensación de alivio, “ah... ya está. (...). Y sí, me sentí aliviada, o sea, aliviada por la tensión que había contenido, porque realmente no lo quería tener, entonces... o sea, tá, yo quería terminar con esa situación, y tá, no sé, por... por poder volver a mi vida no es que la perdí, pero por

³⁸ Ver: revisión bibliográfica en este mismo informe

esos quince días yo sentí como que estaba en una realidad paralela ¿viste? como que el mundo funcionaba en un tiempo y yo iba en otro” (Valeria, 20, NEM)

“Además -qué horrible, que espantoso- [se ríe] parece malvado pero me desperté con una alegría tan grande, me levanté así, viste, como esos días radiantes, me levanté así, tá, Además el día que me lo había hecho el aborto fue un día tan lindo, porque fue salir de la clínica, había un sol tan precioso, yo no sé, parecía que estaba todo dado, como que, era como que podía revivir, capaz que el sol estaba brillando como siempre, pero para mí era un sol divino, y era una alegría tan grande, porque era un alivio, para mí fue un alivio.”(Patricia, 26, NEM)

“Sinceramente... me sentía bien. Bien, porque no quería tener un hijo, no lo quiero tener ahora, menos lo quería tener antes...” (Noelia, 21, NEM)

Muchas de las entrevistadas, además del alivio, refirieron haber reaccionado con pena, tristeza, dolor psíquico. Estos son sentimientos y respuestas emocionales esperables frente una situación vital difícil y en ese sentido, el aborto no es una excepción. En algunas ocasiones, haber pasado por la experiencia del aborto promovió cuestionamientos acerca de sus propias vidas: posición frente a la maternidad, las estrategias de anticoncepción o sus relaciones afectivo- sexuales. Esta revisión, esta suerte de balance y/o autocrítica que se disparó a punto de partida de haber vivido la experiencia, se hizo en algunos casos con dolor. La presencia de dolor o angustia, no indican de por sí desórdenes o trastornos psicológicos, sino que son parte inevitable de la experiencia de vivir.

“(...) me pasó que empecé a trabajar en un jardín y me vino como al mes o a los dos meses, me vino como una... no sé si nostalgia, porque nunca fue arrepentimiento ni nunca fue... culpa tampoco sentí. No fue algo que me quedó, nunca... Pero, tá, no sé, ver a los niños me movilizó mucho, yo siempre fui muy niñera y me movilizó muchísimo estar ahí y aparte era el primer trabajo que hacía con niños, así en el jardín, pero bueno...” (Vanessa, 22, NEA)

“Sí estaba enojada, estaba enojada, tenía ese enojo de decir ‘¿Ay, por qué? ¿Por qué tuve que pasar esto’, esa bronca... Pero sí firme con lo que había decidido, firme con todo ¿entendés? y bueno, no me importó el dolor físico, no me importó que haya llorado, que la haya pasado mal esos días (...) Si, y porque estaba un poco deprimida, también... Estaba... yo ya venía medio mal... había tenido un bajón, así, viste, pero... sí, pero más que nada, tenía que ver con que el trabajo, me tenía cansada, estaba cansada” (Patricia, 26, NEM)

“(...) me parece que como experiencia también a mi me sirvió, como para rever algunas cosas mías también, como de que te pueden pasar cosas, aunque trates de hacer todo bien.” (Celia, 27, NEA)

“Primero que nada la sensación que me quedó fue como eso, como qué boludez, como que por ésto no habría que pasar, como que es una situación demasiado penosa y jodida y te diría que la sensación fundamental que me quedó así, lo que mas me prima es como el miedo, el miedo a lo físico (...) Me da un poco de rabia, te voy a decir la verdad, conmigo misma por los momentos de quedar embarazada sentí mucha rabia. Yo sentí mucha rabia por mi descuido, por mi desorden. Lo soy en otras áreas de mi vida y bueno que se te cuele a este orden, digo y que no aprendas, además...” (María, 47, NEA)

Leticia no se sintió culpable, pero “escuchó” que después de un aborto, la culpa y el malestar psicológico son inevitables. Esas voces no provinieron de su entorno familiar (su madre la sostuvo y acompañó en todo el proceso), sino de un imaginario social que naturaliza la culpa y la significa como un efecto sine qua non del aborto voluntario. ¿Qué impacto pudieron haber tenido esas miradas externas, ese cuestionamiento temido, esta censura que hoy ubica fuera de sí misma y que le ha impedido compartir su experiencia? Una hipótesis: con el tiempo, el surgimiento de un conflicto entre lo esperado y sus vivencias, es decir, culpa por no haber sentido culpa:

“(...) escuché que después de tomar esta decisión quedabas mal psicológicamente, con culpa para siempre... Yo personalmente no. La verdad que para mi fue bastante feo pasar por esa situación y haberlo interrumpido fue, no se... ahora estoy muchísimo mejor, no siento culpa. De todos modos si lo analizo, yo no se lo conté a mucha gente, pero porque como es algo que socialmente no está muy aceptado o que puede traer que alguna gente te puede decir algo en contra, yo que sé, como que te da miedo también, un poco que te cuestionan, que te juzguen en realidad. (Leticia, 19, NEA)

En Lucila, la advertencia sobre los efectos penosos, las voces ajenas que vaticinaban angustia no hicieron mella: *“(...) Inclusive en la clínica me habían dicho que podía angustiarme, que podía tener un período de angustia, pero no... para nada”*. Esta mujer, ya tenía dos hijas cuando quedó embarazada y sintió que no tenía ni espacio psíquico ni tiempo disponible para otro hijo. La decisión era firme: *“(...) porque me costó muchísimo hacerme a la idea de tener a esta chica [la menor], y con otro no hubiera podido, con el trabajo no iba a poder (...) Yo me sentí lo más normal, no sentí culpa en ningún momento, ni hasta ahora”*. (Lucila, 45, NEB)

Los sentimientos de culpa tienen diferentes fuentes de origen: podrán depender entre otros factores, de la cualidad de los deseos, de los ideales de un superyo exigente, resultar de una identificación básica de culpable, producto de la identificación con padres culposos (Bleichmar, 1998). Resulta simplificador adscribir a todas las personas una génesis similar, tomando como referencia única la fenomenología de la culpa. Es por ello que, al referirnos a los sentimientos de culpa que directa o indirectamente surgieron del discurso de las entrevistadas, tomamos el recaudo de partir de la base que en su génesis no hubo un denominador común, sino que fueron producto de diferentes y complejos procesos subjetivos. En algunos casos pudo ser la expresión de un conflicto entre el (los) deseo(s) y el mandato prohibidor, en otras la convicción de estar transgrediendo un idea. Pero los mandatos, los ideales, no surgen automáticamente en el sujeto por su sola condición humana, sino que son el resultado de un proceso de subjetivación que se realiza siempre con otros desde los primeros momentos de la vida. Y son estos otros, quienes transmiten las significaciones acerca de lo permitido y lo prohibido, lo que es legítimo y lo que no lo es, según el momento histórico, la sociedad y la sub cultura en la que se constituyen como sujetos:

(...) porque por un lado, no voy a decir que no, una parte de mí se sintió incluso aliviada en ese momento, otra parte, espantoso o sea, lloraba y ¿qué hice? Y todas

esas reacciones 'maté un hijo mío' (...) por un lado un sentimiento de alivio, por otro lado, un sentimiento de... no sé si llamarlo culpa... (Alma, 35, NEA)

"Aliviada y mal a la vez. Aliviada porque tá, me había sacado eso y ya iba a ver las cosas de otra manera. Pero mal, porque pensaba de que si me pasaba algo, en que, si mis hijos quedaban solos... porque claro, el hombre es hombre. (...) Y mal [se sintió] porque me lo había sacado y nunca lo había hecho, me sentía rara." (Melina, 31, NEB)

-*"En el momento que pasó eso me decías que te angustiaste mucho... Sí, muchísimo, muchísimo, pero... Me preguntaba 'qué es lo que hice, qué fue lo que hice' fue mi idea, o sea en el momento fue lo que me pasó a mí por la cabeza. De decir, 'cómo sería el día de mañana, sería nena, sería varón', eso fue lo primero que se me pasó por la cabeza. Yo pensé en 'qué hice'? Si lo hubiera podido tener. (...) Pero que no quería tener. (...) Es que la cabeza te empieza a dar vueltas (...) Y porque no está permitido y porque te estás sacando algo que es tuyo, yo que sé, me hizo sentir... para mí era algo malo, después... ya no. Hoy en día, ya no, tenía que asumirlo." (Sara, 24, NEB)*

"Claro, me siento como dolida, como que fui hice una cosa muy... y como que me pasa a veces, porque hice eso que no se debería haber hecho, yo que se, y mucha angustia, a veces estoy decaída (...) Pero la verdad que como mujer me sentí horrible. Ah! fue horrible, fue horrible hacerlo porque sabía que iba a matar un niño, que se me movía aparte, ya con tres meses, con doce semanas yo sentía al niño, capaz que yo estaba obsesionada, yo quiero mucho a mis hijos, ay! Uno que dice siempre... a los 16 fui madre por primera vez." (Josefina, 35, NEB)

En algunos de los sentimientos de culpa referidos por las entrevistadas, apareció nitidamente el conflicto entre las creencias religiosas y la decisión de no tener otro hijo, mostrando en algunos casos en forma descarnada, la lucha interna entre intereses contrapuestos: sostener y cumplir con los valores éticos y religiosos que su religión les impone y la valoración y las exigencias de su realidad y coyuntura de vida. Esta relación se encontró solamente en las mujeres de nivel educativo bajo. Fueron ellas quienes parecieron ser más permeables al discurso hegemónico de la Iglesia Católica que condena al aborto porque lo considera un atentado a la vida, un crimen, por lo tanto un pecado, por consiguiente, merecedor de castigo. Y el castigo puede presentarse para cada quien de diferentes formas: para algunas será en el más allá, para otras en el tormento cotidiano de la vida terrenal.

-*¿Cómo te sentías después?*

Como la más ruin. Claro, yo fui formada en la cuestión del catolicismo y que los hijos y qué se yo. Yo digo, bueno ta, si Dios no perdona, yo ya estoy para el infierno, yo ya... no me hago ningún problema, a esta altura, yo ya me voy para el infierno (...) Si, por aquello, como dicen los curas, de haber matado una vida, por más que yo procuré que siempre fuera antes de los dos meses ¿no? Y me sentía por eso mal, pero bueno." (Delia, 59, NEB)

"Ay, después, después que lo hice le pedí a Dios que perdonara todo lo que había hecho, haberme sacado, haberme hecho el aborto y todo eso. Porque me sentí con mucha culpa (...) es por creencia, es porque yo creo en Dios, entonces claro para mí yo cometí un pecado, haberme hecho un aborto ¿verdad? porque sea lo que sea era una vida, ya estaba creciendo dentro de mí. Entonces por eso yo le decía a Dios que

me perdonara por lo que había hecho, pero que él tenía que darse cuenta, que yo no lo podía traer al mundo porque no lo iba a poder mantener.” (Alicia, 31 años, NEB)

“Y me vino ganas de llorar pero a la vez no llore porque digo si yo lo busque esto, que va a hacer me dolió, después estuve con miedo que me le pasara algo a los nenes, soy creyente, yo que se, pensaba que Dios me iba a castigar.” (Gimena, 37, NEB)

“(…) y a la vez fue una penitencia para mi, para que aprenda, ya tuve un castigo, tuve un castigo. [Josefina se practicó una ligadura de trompas recientemente] Pero como una perra castrada, porque para no tener más hijos, porque quien sabe si hoy o mañana yo tengo a mis hijos grandes y casados todos y me pide un hijo y yo no se lo pueda dar. Eso también lo pienso, porque uno no sabe de la vida, yo tengo 35 recién, yo me llevo arreglar si ando mejor y estoy linda, arreglada, una señora ya con novio pero a la vez mujer, y dentro de 20 años que no estoy tan vieja tengo 55, me toca un veterano una persona de bien que quiere tener hijos igual, capaz que podría tener un hijo digo, pero ahora ya no”. (Josefina, 35, NEB)

Al significar al embrión como un niño, Josefina se atribuye haberle causado un daño, a ese *“bebido que estaba enterito, [y que] se ve que era un hermoso niño”*, lo que produce una representación de sí misma como mala, dañina y asesina, incapaz de satisfacer los ideales de bondad, de abnegación y cuidados que supone una madre debe cumplir:

“Soñaba sí, a veces cosas del niño, siempre, siempre sí, sin duda el niño que me hablaba, esas cosas, que al principio me pasó, eso si no lo comenté con ninguno de ellos porque pensé que si... que estaba loca, que el niño se había... y que me veía el niño y que me decía ‘por qué me mataste, por qué me mataste, esas cosas ¿viste? ta, no tendría que haberlo hecho, siento un niño que me decía ‘mami me mataste, me mataste’...” Cabe preguntarse de qué discursos, de cuáles significaciones se hace eco, cuando imagina al embrión como una persona completa, que habla y siente.

El tiempo transcurrido entre el aborto y la realización de las entrevistas muestran diferencias entre los relatos. Aquellas mujeres que interrumpieron su embarazo hace menos de un año (en algunos casos, un mes) están todavía en muchos casos, bajo el impacto emocional de todo el proceso y es en ellas donde se observa mayor ambivalencia, angustia - y/o defensas contra la misma, fundamentalmente racionalizaciones- y culpa. Es en estos casos, donde se pudieron observar algunos elementos depresivos: la rabia, el cambio de humor, la angustia, los sueños recurrentes, el auto-reproche. Estos signos no son suficientes para hablar de depresión, tomando en cuenta la escasa distancia temporal con el episodio. Dadas las condiciones en que se produjeron muchos de estos embarazos y a su vez, las condiciones en que tuvieron que practicarse el aborto, es posible que estas reacciones estén estrechamente vinculadas a las mismas y son esperables en cualquier proceso de duelo.

“... y yo misma me martirizo y me reprocho y me pregunto si hice bien, si hice mal. (...) No sé... como que trato de no pensar en cómo me siento, yo no sé si es por mi personalidad, por mi manera de ser, que no soy de estar demostrando que me pasa algo, de hecho, ni siquiera me doy cuenta de que me pasa algo. Pero sí, me doy cuenta que también cambió mucho mi carácter, ando más nerviosa, histérica, todo me irrita, todo me pone mal, como que estoy más sensible. Siempre fui sensible, pero

estoy como más sensible que antes, cualquier bobada ya me molesta, ya me enoja (...) No se, es raro, es como que a veces sí, me angustia (...) Muchas veces me despierto de noche, porque estoy soñando que lo tengo, muchas noches he soñado con él, con ella, en realidad porque en mis sueños es una nena..." (Shirley, 20, NEM)

"Me dio más hambre. Como más, engorde y todo, engorde yo no era así, cambie, me dio mas apetito (...) y tá, en la noche a veces me pasa que pienso en eso y me siento mal pero..." (Josefina, 35, NEB).

"(...)Lo primero que me viene a la cabeza, vienen unos a cantarnos [se está refiriendo a cuando estuvo internada en el hospital] a cantarnos no se, se ve que era un grupo religioso y dice: 'bueno sé que las que están internadas por algo es y no se qué y les queremos alegrar la tarde, no se que y vienen y empiezan a cantar y cantaron una canción y me puse a llorar, re-sensible estaba, me tuve que ir de ahí porque me quería morir, me sentía como culpable de lo que había hecho. (...) [llora] porque yo pensaba que, yo decía que, todas las veces que había intentado abortar y no se iba ¿entendés? Entonces yo decía, se quiere quedar conmigo. Pero ahora digo que fue lo mejor que hice, porque si lo hubiese tenido no se que hubiese hecho, se que fue una decisión que me costo, me costo mucho pero se que fue bien la decisión que tome, que es mejor, no quería un hijo sola." (Karina, 21, NEM)

La mayor distancia temporal, permitió la elaboración psíquica del hecho y no se observaron evidencias -salvo en un caso- de arrepentimiento, angustia y culpa. Pasado el tiempo, valoraron que fue una decisión acertada y no percibieron que les hubiera dejado secuelas psicológicas, o les haya significado una experiencia traumática, aunque recordaran la experiencia en todos sus detalles. El acontecimiento no se borró de sus memorias, porque fue un hecho significativo y crítico y al igual que sucede con otras circunstancias de la vida se fueron integrando al repertorio de vivencias- dolorosas o no- que van conformando eso que podemos llamar "nuestra" historia. Algunas de las entrevistadas, manifestaron no querer atravesar nuevamente por la experiencia y en palabras de una de ellas: "una cosa es hablar del aborto, otra es vivirlo".

"(...) yo me sentí lo más normal (tomando la decisión) no sentí culpa en ningún momento, ni hasta ahora. (...)No sentí la necesidad de hablarlo..." (Lucila, 54, NEB)

"Yo nunca tuve traumas ¿entendés? de... ni me sentí culpable, no soy para nada católica, no creo nada... puedo entender la concepción científica de que la vida pá, pá, pá... pero bueno, me parece que acá el tema es la mujer, que es la que banca después durante toda la vida a los hijos. Yo muchas veces me lo he preguntado ¿no? ¿Qué hubiera sido mi vida -por ejemplo- si hubiera tenido al primer embarazo que tuve en mi vida si lo hubiera seguido? Tendría un hijo de no sé cuántos años ya a esta altura... ¿Qué hubiera sido de mi carrera? Qué hubiera sido de mi entre comillas pareja, porque yo me iba a casar, iba a tener un hijo, cuando sabía que me había sido infiel y estaba con otra, entonces... eso fue, fue súper zafado." (Fabiana, 41, NEA)

"Nunca sentí culpa, hay mujeres que dicen si porque la culpa, la culpa, la culpa para mi es una cosa que te inculcan los católicos, o yo estoy loca porque no siento culpa porque pienso que uno resuelve y cuando resolviste sabias que o si o no, si decidiste no bueno es no, punto. Es más, en este momento pienso, si volviera... volviera hacer lo mismo, porque no era una situación ni económica ni bien, no era una situación estable, es más para que tuviste cuatro hijos." (Mónica, 55, NEB)

“O sea, acordarme me acuerdo, porque es algo que pasó en mi vida y es algo espantoso que me pasó (Haber quedado embarazada) que tuve la posibilidad y lo pude solucionar. No, no el aborto. Y lo pude solucionar, porque la verdad que hasta hoy en día, yo no me siento capacitada para ser madre y yo no pienso tener un hijo porque tá, porque me pintó un hijo, si no estoy preparada no lo puedo tener”. (Patricia, 26, NEM)

“No dudé. Realmente no quería., yo la decisión no la dudé nunca, no la dudé nunca. Ni aún hoy, cada vez que, cada vez que lo he pensado después, tipo pienso: ‘Qué acertada que estuve, estuve bien’. No es, no era el tiempo.” (Graciela, 27, NEA)

No se encontraron evidencias que indiquen que la práctica del aborto haya producido efectos traumáticos, inhabilitantes y duraderos en el tiempo. La mayoría de las mujeres de este estudio que abortaron años atrás, han continuado adelante con sus proyectos de vida y consideraron que hecho no les afectó su vida sexual y/o afectiva hasta el presente.

El caso Gimena

“Lo veo hasta parecido al nene mayor mío, que es flaquito y larguirucho”

La entrevista con Gimena, fue realizada en su domicilio, un mes después de la interrupción. A lo largo de la misma, surgieron elementos que dejaron en evidencia la presencia de perturbaciones de cierta entidad en su personalidad.

Gimena hace más de dos años que no sale de su domicilio –salvo para ir al hospital- porque vive al mundo exterior como hostil y lleno de peligros. Percibe que las personas son malas y desconfía de ellas (desde siempre). Es significativo como describió al embrión, con quien llegó a establecer semejanzas posibles con su hijo adolescente. Ejerce -y entiende- la maternidad de una manera obsesiva, alrededor de la cual organizó toda su existencia. Sin tener elementos para establecer un diagnóstico preciso y definitivo (para eso se indicó un estudio) la presencia de fantasías e ideas persecutorias, conductas fóbicas de entidad y una percepción de la realidad, contaminada por las representaciones de su mundo interno, permiten presumir un trastorno de personalidad severo. Todos estos factores señalados, no parecen estar determinados por el episodio del aborto en sí mismo, sino por su historia y condiciones de subjetivación. El aborto, en una personalidad de inestabilidad psicológica como la de Gimena, agravó lo pre- existente. Tiene sentimientos de culpa, angustia, apatía, desgano y cansancio físico, lo que indica a su vez la presencia de elementos depresivos.

De todas las entrevistadas, Gimena fue la única a quien se indicó un estudio psicológico. Gimena estuvo de acuerdo con hacerse el estudio, pero fue imposible concretar las entrevistas, ya que no asistió a ninguna de las tres veces que fue citada. Tomando en cuenta sus dificultades para conectarse con el exterior y salir de su casa, le ofrecimos que la psicóloga – colaboradora de nuestro equipo- podía ir hasta su casa, aún sabiendo que no tenía las condiciones de privacidad y tranquilidad. Pero se negó. También se le sugirió que consultara con la psicóloga de la Policlínica de Asesoramiento del CHPR, de quien ella tenía el teléfono y que se había ofrecido a atenderla. Pero

supimos que no fue. Tampoco siguió la indicación de asistencia psiquiátrica, que le fuera hecha por parte del médico de un servicio de emergencia que la atendió, luego del aborto, por una crisis de angustia.

Dijo Gimena:

“Bueno, tomé la decisión por, en primer lugar, era el tema económico, aparte tengo dos preadolescentes y dos chiquitos y el año que viene tengo muchos compromisos, porque el chiquito entra a primer año y hay que ayudarlo estando más y llevar, la nena entra a primero de liceo y tengo un nene que va a segundo año de liceo, pero es otro carácter(...) Entonces no podía tener un bebé, que nacería en enero el bebé, no podría tener un bebé de pocos días, una nena en el primer año de liceo, un nene en primer año de escuela, lo vi como que tenía mucha responsabilidad para el año que viene y económica porque a mi se me hace difícil vestir y calzar a estos niños y vivir día a día ¿no? con un sueldo solo porque yo no.”

(...) con mi marido (tomó la decisión con su marido) porque la verdad que estábamos en un pozo económico y después de esto, quedé en otro pozo económico porque yo tuve que gastar plata y ahora quedé con mi moral rota.

-A ver... ¿cómo es eso?

Siento que quedé con mi moral rota, porque yo pensaba que cuándo yo me colocara las pastillas ¿no? y expulsara algo... nunca me imagine que iba a expulsar a mi hijo, porque era mi hijo el que estaba ahí, estaba formadito ¿no? piernitas, bracitos, todo y fue es-pan-to-so, porque yo quise agarrarlo por instinto de madre, creo que fue, quise agarrarlo y ahí reaccioné, que era yo la que había provocado eso, que lo había abortado. Cuando yo me quise dar...quise decir bueno no, no lo suspendo continuo, me dijeron que después que había empezado tenía que terminarlo, entonces llegué a los tres meses porque no me hacían efecto las pastillas, a lo primero.

(...) Estaba, estaba, usaba preservativo en los 14 días, pero estaba más bien con el almanaque, yo los usaba cuando veía que estaba en tiempo de riesgo pero después, antes no. (...) y esta vez sí me cuidaba y teníamos muy poco sexo, por el tema que tenía miedo de quedar embarazada, y quedé, porque yo sabía que este paso lo tenía que dar.

(...) yo pienso que algo me va hacer mal y tengo el poder en la mente bárbaro, me hace mal, yo soy muy de psicológico, lo mío va todo por lo psicológico, yo veo a mi hijo, tres días antes le veo algo en la cara y sé si se va a enfermar o se va a sentir mal o va a estar nervioso o va a estar triste o tiene algo, como que presiento ¿no?

-Y usted suponía entonces que el DIU le iba a hacer mal...

Si, si, pienso que no, que me traería problemas y que no estoy en momentos de pasarlos, porque no puedo dejar a mis hijos, siento que tengo que estar acá y me agarro una herida, una infección o algo y yo tengo que abandonar a mis hijos acá y yo no tengo quien me los cuide, entonces ta, y después, ligarme las trompas me dijo la muchacha cuando me hizo el legrado y me tengo que ir hacer todo para ligarme las trompas.

-¿Es una cosa que esta decidida a hacer?

Eso si lo haría, eso si, porque yo se que de repente me lleva dos días y medio o tres días de internación, pero después no corro mas peligro en nada. Si, él (el marido) me dice que sí, que sí, él me dice que sí porque él hacerse algo él ¿vio? que lleva mucho tiempo, al varón es más exigente, le piden más cosas, más todo y no es fácil y acá lo que me mata a mi es el tiempo, acá te queda lejos de todo ¿no vio? (...)

(...) Eh... me sentí rarísima, porque sentí como que estaba entre la espada y la pared, porque no sabía que hacer. Tengo cuatro hijos hermosos, sanos, divinos, y dudé un poco pero dije "no puedo", porque hay que cambiarle la calidad de vida a los que tengo ya.

(...) Ay! porque yo decía ¿qué voy hacer? ¿Qué hago? ¿Cómo hago para? porque claro... a lo que el aborto no esta legalizado, entonces empecé a indagar, a averiguar.

(...) las primeras cuatro no me hicieron nada (...) No. Las segundas cuatro tampoco y me dijeron que era muy chiquito que era por eso que no lo expulsaba. Y entonces me mandaron a tomar cuatro. (...) pero lo que pasa que yo me apresuré, porque fui apenas quedé, entonces ¿qué pasó? estaba en los diez días esos que puedes menstruar y yo me coloqué las primeras cuatro, entonces fue eso.

(...) Yo la tenía con que era un coagulo de sangre, pero después no era así. Bueno, a las doce semanas y media recién me hizo efecto, porque bueno después dejé unas semanas, dejé porque me decían que era chiquito y bueno y tome cuatro, me dijeron: tomá cuatro, oral, y si a las doce horas no tenia ningún síntoma que me colocara cuatro más, fueron ocho. Dieciséis, veinte llegué yo, porque las últimas cuatro me hicieron efecto.

(...) Psicológicamente te mata, te mata porque... era un mundo lo que yo tenía, pero cuando yo llegaba a mi casa ese mundo lo tenia que dejar de la puerta para fuera porque mis hijos...

Los dos (se refiere a su marido) le disparábamos, no queríamos ni hablarlo porque la verdad era algo, no había solución, sentía que todas las puertas se me cerraban y lo que yo tenía era salir a buscar plata conseguirla, bueno. (...)

(...) Nueve horas, no tuve nada, nueve horas fui al baño y expulsé, porque me desperté, me levante fui al baño, no tenia muestra no tenia nada, pero cuando hice pipi expulsé, y yo tenía que ver, porque tenía que ir a explicarle al doctor lo que había expulsado. Y lamentablemente me encontré con el cuadro éste... de que era un, un fetito era, yo me imaginaba verlo, yo que sé dos coágulos de sangre medios grandecitos adentro de una bolsita, un saquito que era lo que me nombraban los médicos. No vi eso, vi otra cosa peor, vi lo que estaba haciendo, ahí reaccioné... lo que estaba haciendo.

(...) Y me vino ganas de llorar, pero a la vez no lloré, porque digo si yo lo busqué esto, qué va a hacer me dolió, después estuve con miedo que me le pasara algo a los nenes. Soy creyente, yo que sé, pensaba que Dios me iba a castigar.

(...) Si pero una sensación rara. Una sensación de arrepentimiento con culpa, hasta ahora tengo la culpa, me cuesta por ejemplo, ahora que me vino.

-Me estaba diciendo no quisiera volver a pasar por esto.

No nunca mas, no, no y si quedara embarazada me lo dejaría y nunca me olvidaría de lo que hice ¿no? como un embarazo, otro problema que pasó antes, no, no. (...) mucho llanto, de noche más que nada. (...) De esto fue el primero de agosto si.

-¿Y se angustia de noche?

Ah si horrible, y de día también, lo que pasa que me contengo porque tengo, pero me pongo de mal humor, me pongo ansiosa, me tranco o sea, si tengo que ir hacer mandados ya no salgo, ya me anulo.

(...) lo que yo hice no lo va a borrar nadie, pero de repente si uno lo habla, o lo, lo como que lo profundiza ¿no? es la creencia mía de que bueno, que de última si tome la decisión, la tome por bien (...) esa duda que, si me apresuré, a pensar algo.

(...) Porque yo quiero mucho a mis hijos, o sea los quiero muchísimo y creo que los quería mucho más, antes de esto, ahora digo yo ¿los querré tanto? (...) Yo los defiendo a capa y espada y trato de darles lo mejor y hablarles mucho, les hablo mucho porque tengo mucho miedo al mundo como está, a la calle, a la sociedad le tengo miedo. Como soy ama de casa, me olvido del mundo exterior, yo viví adentro de mi casa y trato de educar a mis hijos, pero sé que mis hijos... tengo miedo de que se golpeen en la calle cuando salgan, la sociedad está violenta, y ellos tienen que ser sociales ¿no? porque el ser humano es así, y yo tengo terror que les pase algo. Porque al ver que la gente, los jóvenes van a un baile y no sabés si van a venir a sus casas, le tengo miedo al futuro de ellos, y ahora siento de que...si está... que les pase algo a mis hijos, porque de castigo, porque siempre se sufre en carne propia en un hijo, entonces en carne propia ya lo sufro de otra forma si se quiere, porque era mi hijo.

(...)Si, yo los quiero mucho, porque todos los días rezo y doy gracias, siempre rezo y le doy las gracias porque protege a mis hijos pero ahora le pido que me perdone por haber hecho lo que hice, que no les pase nada a mis hijos, a los que tengo, digo yo, a los que tengo. A uno no lo quise, pero creo que después lo quería y después tuve que seguir hasta el final.

(...) Lo de él [se refiere al marido] es superficial para mi, él ya se olvidó del tema, se puede acordar lo que paso ahí, el vivió conmigo esto, pero él con el tiempo, él se va a olvidar y yo me voy a morir pensando en que... Porque yo creo que después de muerto, uno se reconcilia, se ve con la gente. Yo para mí, él me va a estar esperando para pedirme explicaciones, porque no lo dejé... Porque yo pienso que cuando vos elegís, él... cuando viene el embarazo, el feto, el bebé, el alma ¿no? ya sabe a que familia viene y él me eligió a mi, ¿si él no se quería ir? él no quería que yo lo perdiera...porque ya vio que... cuantas pastillas yo tuve que tomar para expulsarlo, él no se quería ir, yo pienso que el me quería como madre y por eso cuando me muera, me va a preguntar que le explique.

(...) son las nueve de la noche y yo me quiero acostar, todo oscuro, todo tranquilidad, para no pensar, creo que le disparo siempre. Aparte cuando yo voy al baño se me representa enseguida todo eso. Y ahora que es la primera vez que menstruo después de esto, fue espantoso, fue espantoso, se me representó todito, todo eso. Todo, todo pero así clarito, yo sé que nunca mas lo voy a olvidar, porque es algo que lo viví muy mío ¿no? pero tampoco creo que vaya a mermar, de que yo me vaya a olvidando de esto ¿no? porque lo tengo tan presente que...yo lo tengo muy grabado, todo, todo, tanto que lo veo hasta parecido al nene mayor mío, que es flaquito y larguirucho, así, larguito, yo me imagino que hubiese sido físicamente igual al nene mayor.

-¿Cómo se esta llevando con su marido, como se siente usted?

Mal, si, porque ahora no quiero tener mas nada con él, no, porque pasó lo que pasó, pero ahora es un rechazo total, si, si, yo veo que para no pasar esto más, la mujer tiene que estar divorciada...

(...) La gente es Judas y yo no quiero que agarren el vicio de estar en las esquinas y ellos son tranquilos mis nenes, entonces trato de mantenerle los amigos si, si, si quiere traer 10, 15 amigos acá adentro si, si todos para dentro. Yo hago tortas fritas, hago tortas, pero los tengo controlados o sea los tengo vigilados, sé que en drogas no

andan, que ni miras de agarrar, pero de repente si a uno le molestan los amigos en la casa, ¿que hacen ellos? se van para la calle y en la calle que agarran droga.

(...) Si pero mi alma esta sucia, yo me siento horrible. A mi me dijo el doctor de SUAT que lo mío, que yo esto lo hiciera ver ¿no? porque lo mío no era ya para psicólogo que era para psiquiatra, porque yo estoy media también, quedé en la menopausia y dice que esto lo tengo que hablar y saber antes, para no tener consecuencias después en la menopausia.

(...) ¿Cómo yo pude haber tomado esta decisión? cuando yo los protejo tanto. ¿Cómo no fui capaz de proteger a otro? ¿Quién soy yo para decir sí, él? Porque soy la madre pero ¿quien soy yo para quitarle la vida a alguien? Entonces, porque era indefenso, porque no se pudo defender por eso si.

(...) Claro porque los compromisos... pensando para futuro ¿no? pero ahora pienso ¿quien soy yo para decir que en mi casa puede entrar una persona tan directa como es un hijo? como yo pude quitarlo de mi vida cuando yo tenia que haber sido responsable y bueno, quede embarazada seguí hasta el final y bueno y si tenés compromiso te lo buscaste ¿no? te lo buscaste, entonces tendría que haber sido responsable y no lo fui. Pensé en los nenes, pensé en los nenes, pensé que yo de repente no podía... Que pensé en la calidad de vida de los nenes que tengo, pensé en mi físico, en mi mente, en los compromisos que tengo para el año que viene, el chiquito para estudiar y todo. Pero los tiempos se hacen, si sos responsable haces tu tiempo y si no, no te metes en un embarazo, fue no buscado eso me llevo a decir bueno ta no puedo tenerlo, no puedo. Pero hoy pienso distinto, hoy a partir del momento que lo vi, se me dio vuelta la cabeza.

(...) Eso es y que él se resistió, se resistió, se resistió a irse y yo insistí pero no insistí porque quisiera obviamente insistir, era porque venia con malas formaciones me dijeron y ahí si es grave la cosa. Porque digo, no puedo tener un hijo enfermo cuando tengo cuatro, es cambiarle la imagen también. ¿Y la culpa? Y la culpa entre culpa y culpa entre esta culpa y tener un hijo enfermo, no sé... porque capaz que nacía bien y no tenia ninguna culpa. Ahora sí tengo la culpa, tengo mi yo herido, mi personalidad, yo tan segura criando a mis hijos con tanta seguridad, no soy tan segura.

[Hablando de cómo es una madre] (...) Ahí va... en mucho, te ponés más sensible, todo te duele, una desgracia ajena... de algún lado... que lo escuchás si se trata de un hijo, yo enseguida pienso en los míos, 'ay! si le pasara a los míos que hago'. Bueno, yo no viviría para contarlo digo, pero si tu corazón no te falla y no te morís, tenes que vivir la vida, bueno no estaría nada bien, quedaría loca, pero eso lo pensaba y ahora muchas veces me lo... como que me lo doy vuelta digo, entonces tuve que haber quedado loca al quitarle la vida a mi hijo.

(...)Claro si, claro, porque yo digo si yo, siempre protegiéndolos que no les pase esto, no les pase lo otro y que no me los juzguen sin motivo porque son tranquilos, porque yo vivo en un complejo habitacional donde la gente siempre molesta a los niños y esto y lo otro y yo salgo, si mis hijos no tiene nada que ver, yo salgo a defenderlos y a decir la verdad, entonces, ¿y que me pasó? No se, ¿y que me pasó? porque era importante él también, era un hijo más, era mi hijo. ¿Cómo pude haber hecho eso? pienso, cómo no lo pensé más fría, pero el tiempo me llevaba ...el tiempo corriendo de atrás, el tiempo me corría de atrás y no me dejaba pensar, porque como yo quería una solución pronta.

(...)Pero no, no, ahora no encuentro palabras para decir "hiciste bien lo que hiciste" no puedo entender que hice bien, no encuentro las palabras, en ese momento las

encontraba y ahora no y entonces ahora ésto duele. Lo otro, lo hice pensando en que estaba bien lo que hacía. Pero ahora, la otra cara, que se me dio vuelta la mente, no está bien y no es fácil vivir con esto, no soy feliz, era de poco humor ya, era una mujer seca, soy media drástica, porque crío a los chiquilines y trato de criarlos con no mucha soltura.

(...)Si, si porque mi mamá y mi padre se separaron y mi madre tenía un hijo y regalaba otro, tenía otro y te regalaba otro, entonces ¿que pasó? se arregló con un muchacho cuando era joven ¿no? porque yo tenía dos años y me dio a una familia conocida y me crío esa familia y después tuvo otro hijo y lo regaló a otra, a mi hermana. Fuimos dos criadas fuera de la familia. La veo (a la madre) pero muy poco, pero terminé siendo como ella. Los tengo criados, pero terminé haciendo lo que ella hizo, ella por lo menos me dio y a mi me dio posibilidad de vivir, yo no, yo soy peor que mi madre. (...) Ella no me quitó la vida, yo si, claro como yo era más grande, tenía dos años y pico no es fácil quitarle la vida a un hijo de dos años y pico y yo soy peor. Porque yo me aproveché de que era indefenso al menos... Cuando nunca estuve de acuerdo con mi madre por lo que había hecho, nunca se lo dije, ¿no? ¿No? porque, por más que yo hablara yo, ya había sido criada de esa forma ¿no?

Me casé con 24 años, no quería casarme joven no, quería estar segura de la vida de no hacer eso, siempre pensé en lo que había hecho mi madre.

-(...) ¿Usted conoce muchas mujeres que se han hecho un aborto?

No, porque soy ama de casa, yo con el mundo exterior muy poco contacto.

-¿No tiene amigas?

No amigas no, nunca tuve amigas, cuando era chica tampoco, tuve pocas y me duraron muy poco porque tengo un carácter muy especial. No me gustan las mentiras, entonces me peleaba con mis amigas, porque si una vez las descubría en una mentira ya las cortaba y nunca mas.

(...) No... yo soy seca, yo a mis hijos digo que les doy mucho amor, mucho cariño, pero no les doy confianza para que no pierdan que yo soy la madre y ellos son el hijo. Yo los acompaño en todo lo que ellos me cuenten, yo voy a estar ahí, es un oído para escuchar, pero yo no soy amiga, yo soy la madre. Entonces, todo lo que yo les diga, ahora yo los siento y les explico usted no va hacer callar a la mamá, 'estas vieja, vos vivías otra época' lo que vos quieras pero yo ya lo viví y se, entonces vos pensalo dos veces y veni y consulta luego conmigo que vas a ver, que vas a encontrar las mismas palabras, porque la vida es otra cosa, no es el mundo que te cría mamá y papá ¿no? y soy seca, no me gusta andar mucho bromeando, darle mucha confianza ¿no? A nadie y soy muy desconfiada, últimamente estoy muy desconfiada y ahora mucho mas.(...) Ya era desconfiada y ahora desconfió hasta de mi misma.

(...) Más desconfiada estoy, ya desconfiada era, porque la sociedad cambio mucho para mi y frente a ese miedo también tomé esa decisión ¿no? de no querer otro bebé, porque le tengo miedo a la sociedad, le tengo miedo a la sociedad ¿no? al mundo como está, la gente, la juventud cambió tanto. Antes no pasaban las desgracias que pasan ahora de noche, que un hijo va un baile y no sepas que si vuelve.

-¿Y usted como se entera de todo eso?

Por el informativo, yo miro, lo trato de verlo todos los días el informativo porque lo tengo, no salgo, no leo diarios.

-¿Sale poco?

Muy poco, y ahora menos, y ahora todo se me hace... se me hace difícil, me cuesta porque como me tranco, yo me puedo levantar muy bien con muchas ganas de hacer muchas cosas, pero donde me venga esa mente que me viene, ya ahí ya no serví mas para nada.

(...)Porque mire, yo nací prematura, sietemesina, medía una botella de leche de las que se vendían antes ¿no? que la leche antes venía en una botella, bueno igual, idéntica dice mi madre, y lo que era prematura, me dieron el alta envuelta toda en algodones y yo sufrí de asfixia y estuve muy grave esto era recién nacida ¿no? Después a los dos años, me vinieron unas cosas en la espalda, las siete golondrina, que son siete forúnculos, que si te salen los siete juntos nunca mas te sale uno, pero me los quemaron, porque ahora hay otra ciencia ¿no? está todo mucho más adelantado, a mi me los quemaron atada, amarrada porque era una niña muy gritona y no me dejaba tocar y esto y lo otro, entonces me maniataron y me los quemaron hasta ahora tengo la marca en la espalda. Pero yo en los embarazos, en los primeros dos embarazos sufría de sueños, de ese asfixiamiento y de los médicos de túnica blanca, yo no sé, me venían como pesadillas, que pelotitas iban cayendo en la cabeza y ahí me despertaba con un calor y veía.

(..) No, porque yo lo único que pensé, nunca me lo puse a pensar profundamente ¿no? pero cuando salía de esas pesadillas que me despertaba, yo digo debe ser porque uno embarazada se pone más sensible. Entonces capaz que tengo algún retroceso, como era sensible porque un niño es muy sensible, pero son en los embarazos y a veces en el primer embarazo se que son muy frecuentes. (...) Sí, si las pelotitas que iban cayendo, me iban cayendo y yo me asfixiaba y ahí me despertaba, y después el estar rodeada de médicos de túnicas blancas, veía personas con túnicas blancas que eso fue cuando me quemaron creo yo, porque sufrí, eso se sufre muchísimo y debo haber sufrido muchísimo.(...)

V. OPINIONES DE LAS MUJERES SOBRE EL ABORTO EN URUGUAY

Esta dimensión analiza las posturas ideológicas y el discurso racional de las mujeres sobre la situación del aborto en Uruguay, en lo que respecta a los aspectos jurídicos y sociales de la práctica. Se incluye también el conocimiento de las mujeres acerca del debate político y parlamentario acerca del cambio legal y sus opiniones sobre este punto. En este aspecto, se analizó el cambio de postura de las mujeres sobre el marco legal vigente, partir de las experiencias personales de aborto vividas por las protagonistas.

Las mujeres frente al marco legal vigente

Las mujeres entrevistadas expresaron opiniones favorables sobre la necesidad de un cambio legal sobre aborto en el país. Se pudieron identificar matices en los posicionamientos sobre este punto, especialmente referidos al tipo de despenalización que sería más adecuada, según las entrevistadas. Estos matices y la construcción discursiva de los argumentos que los sostienen parecerían estar condicionados por algunas variables vinculadas fundamentalmente a la edad y el nivel educativo de las entrevistadas.

La posición ideológica de las mujeres respecto al aborto era heterogénea previa a la experiencia vivida de haber atravesado por esta práctica. Había quienes no tenían una postura sobre el tema y quienes sí tenían una opinión formada, en general favorable a la legalización.

En todos los casos, la experiencia vivida dejó sus marcas, en lo que a la construcción de una opinión se refiere. Aquellas que tenían una posición favorable a la legalización, la experiencia vivida reafirmó sus opiniones previas. Aquellas que tenían una postura tendiente a considerar que el aborto debía estar penado, flexibilizaron su opinión, considerando luego de haber transitado por la práctica, que el aborto debería despenalizarse en ciertas situaciones. En algunos pocos casos, aquellas con opinión desfavorable a la despenalización, reafirmaron su postura luego de haber vivido la experiencia.

Así lo expresaron las mujeres:

“Yo, es como a eso a lo que...el aprendizaje que uno saca. Pensar que de hecho lo sabía de antes o de hecho de antes estaba convencida que estaba todo bien con el aborto y que tiene que ser legal por ejemplo.

- Después de haber vivido la experiencia?

Claro, me quedó como una cosa de decir ‘No, esto no puede ser así’, en ningún punto de vista, no nos pueden tratar así a las mujeres. Porque es esto, tampoco te pueden tratar como un ganado...” (Graciela, 27, NEA)

“Yo estoy lejos de...o sea...no estoy, estoy contra el aborto, tá, pero en mi situación lo hago, ahora en el momento lo hago, antes no lo haría (...) A mi no me gusta abortar hijos, si vienen por algo vienen, pero ta, hay muchas que no pueden tenerlos por la situación de hoy en día. Hoy nadie está bien o sea hay poco laburo y apenas podemos darle un plato de comida a nuestros hijos. Yo me encontré en un lugar donde estaba atrapada sin salida, no tenía salida pá ningún lado, entonces opté por eso. Pero siempre estuve en contra, pero hoy en día si lo tengo que hacer de vuelta lo hago...”

- ¿Cambiaste tu opinión a partir de esta situación que te tocó vivir?

Claro, claro. Cambié ahí, que no pensaba hacerlo nunca, porque tampoco pensaba que me iba a tocar a mi esta situación.” (Melina, 31, NEB)

“Nunca estuve en desacuerdo con el aborto, nunca, siempre estuve a favor del aborto, dependiendo de las circunstancias. Pero, también siempre decía ‘yo estoy de acuerdo con el aborto, punto, no lo haría’. Y el ‘no lo haría’, se convirtió en ‘yo lo hice’.” (Shirley, 27, NEA)

“¿Qué piensa respecto a que el aborto sea legal?

Es que sí, sino todos los días se harían abortos, pienso.

¿Usted cree que debería ser legal?

- Illegal. No puede existir. Solamente en un caso así como la otra vez que estaba una mujer ahí, que estaba en la calle...lo informaron por el informativo eso. Ahí sí. (...) El aborto no puede existir, sino que somos ¿bichos? Dios nos hizo para procrear... yo lo hice porque no podía” (Josefina, 35, NEB)

“Si yo no hubiera pasado por la experiencia, estaría hablando, estaría hablando un poco de afuera, sé que tendría, capaz que pesarían más los prejuicios, lo moral, lo religioso, lo que está bien, lo que está mal” (Iris, 54, NEA)

En cuanto a la ley vigente (Ley 9763, 1938), las mujeres expresaron distintos argumentos para fundamentar su opinión sobre la necesidad de un cambio:

1. *La ley vigente legitima la hipocresía social.*

Las mujeres hicieron referencia, de distintas maneras, que la ley vigente legitima la hipocresía social en la medida que en el país se producen abortos clandestinos: las personas acuden a esta práctica, hay quienes ofrecen estos servicios y la existencia de la ley no ha desestimulado que esto suceda. La ley lo que genera, según las mujeres, es inequidad en el acceso.

“Es una hipocresía total porque los abortos se hacen igual, entonces me parecen hipócritas. (...) Entonces ¿para qué seguir mintiendo? ¿Para qué? Si igual lo propios médicos recetan la pastilla, entonces ¿por qué no igualizar? Hacer todos iguales ante la ley. Todos iguales ante esto: el que pueda, el que no pueda.” (Fabiana, 41, NEA)

2. La ley vigente desconoce el derecho y la libertad de decidir de las mujeres.

Las mujeres jóvenes y de nivel educativo medio y alto fueron quienes argumentaron su opinión, fundamentalmente, en el reconocimiento y defensa del derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo. Esta posición basada en la defensa de la libertad y la autonomía en la decisión, base de la teoría y la política feminista respecto al aborto, parecería haber permeado el discurso de estas mujeres.

“Yo creo que la mujer tiene que ser libre. Algo que tendría que ser libre, totalmente libre porque no existe ninguna ley que condene al hombre a quedarse al lado de un hijo, entonces tampoco hay que condenar a una mujer a quedarse al lado de un hijo...” (Lidia, 25, NEA)

“Porque tenés que tener derechos y la libertad de decidir, libremente ¿no? Y que puedas hacerlo de forma segura, que puedas ir a un lugar tranquilamente, sin miedo (...) Y no están teniendo en cuenta que es tu decisión, les guste o no, únicamente tu decisión. Es algo personal, está dentro de tus libertades y tus derechos a decidir sobre tu cuerpo y sobre tu vida, y sobre tu futuro...” (Patricia, 26, NEM)

“(..) Sigo pensando que es una decisión de la mujer, que es el cuerpo de la mujer y que uno puede estar en condiciones de decidir si se quiere practicar un aborto o no. Por supuesto siempre concebido dentro de determinados márgenes, de determinadas semanas” (Alma, 35, NEA)

3. La ley vigente expone a las mujeres a situaciones de riesgo de salud y de vida.

Uno de los argumentos recurrentes en las mujeres fue considerar que la ley vigente expone a las mujeres a situaciones de riesgo de salud y de vida. Expresaron su preocupación respecto que muchas mujeres recurren a prácticas inseguras de aborto, especialmente aquellas de menores recursos económicos. En este sentido, las mujeres dieron cuenta de su conocimiento sobre el uso de prácticas de riesgo: *“había tomado té”, “había ido a una casa de religión”, “se metían agujas de tejer”, “había usado ruda”*. Muchas de nuestras entrevistadas expresaron su terror en términos de: *“me da miedo, se corren riesgos, o sea es difícil encontrar, vos vas a una clínica y no sabes si salís bien de ahí...”* (Shirley)

“Las mujeres que no tienen la plata disponible o que van a lugares donde las condiciones médicas son peores....en ese tiempo yo trabajaba con grupos de jóvenes, con chiquilinas. También conocía historias de perejil, no sé, de saber hasta chiquilinas que tomaban, no sé qué hacían con el perejil y hacían que los novios les pegaran en la barriga...” (Graciela, 27, NEA)

“Para mi no frenan nada con penalizarlo, al contrario, crean mas problemas, más muertes.” (Alma, 35, NEA)

“Si... yo pienso que sí porque... y porque están las clínicas bien y están las otras que sabemos que no están bien ¿no? Que es un riesgo y además, las chiquilinas y las mujeres, también igual hacen cualquier cosa con tal no de tener otro hijo...” (Melina, 31, NEB)

“Por eso pasan las cosas que pasan. Yo porque tuve suerte entre comillas de tener familiares médicos (..) y de poder ir a un lugar entre comillas seguro, pero realmente pienso que si no hubiese tenido las posibilidades económicas, no sé, hubiera hecho cualquier cosa. Por eso creo que esto es terrible con respecto a la gente que realmente no tiene plata y que termina en cualquiera.” (Fabiana, 41, NEA)

4. La ley vigente expone a las mujeres a situaciones de riesgo emocional.

Ninguna de las mujeres que hemos entrevistado tuvo que vivir la experiencia de un aborto médicamente inseguro. Y ninguna de ellas tuvo complicaciones físicas severas derivadas de la práctica. Sin embargo, varias mujeres hicieron referencia al sufrimiento emocional que les generó la situación de clandestinidad. La vivencia fue de haber estado expuestas a situaciones de riesgo en su salud mental. Por ejemplo, la ruta de acceso a la práctica “segura” se transformó en un recorrido por momentos siniestro y en todos los casos, como ya lo hemos dicho, generador de angustia y miedo.

El sufrimiento emocional que impone la ilegalidad y que acompañó todo el periplo, desde el momento que se tomó la decisión hasta su implementación, fue el riesgo más notable que refirieron estas mujeres. A esto se debe sumar el temor a la sanción legal, fuente de angustia pero no impedimento para que hubieran desistido de su decisión de interrumpir.

“Hay millones de causas [para que la experiencia sea traumática]. Una me parece que es el tema de la ilegalidad. Digo, ya de pique sentir que estas haciendo una cosa terrible, porque lo tenés que hacer así.” (Amelia, 30, NEA)

“O sea, creo que la penalización aporta al trauma. Es lo que la hace más engorroso porque tenés que estar buscando por lugares más recónditos, tenés que estar buscando por internet, tenés que estar accediendo a gente que lo haya hecho, que no se abre...” (Lidia, 25, NEA)

“Nos contaba una mujer de la clínica que un marido les había denunciado porque quería que la mujer se hiciera un aborto. Ellos estaban separados pero igual no quería que se hiciera un aborto, entonces los denunció y por eso ellos no podían usar la

clínica. Y es horrible andar como si fueras un ladrón, qué horrible, escondiéndote y que no te vean. 'Ojo, no me dejes un mensaje y no me llames' (Carolina, 25, NEM)

5. La ley vigente favorece el lucro

Las entrevistadas eran conscientes que el marco legal vigente favorece el enriquecimiento de algunos en detrimento del sufrimiento de las mujeres. Varios relatos hicieron referencia a este punto, señalando que el sistema actual estimula los circuitos clandestinos que ofrecen prácticas de aborto de distinta calidad técnica, sin garantías de seguridad, de alto costo económico y sin responder por los resultados ni por las eventuales complicaciones. Algunas mujeres dieron cuenta de su conocimiento sobre la heterogeneidad de los círculos clandestinos en cuanto a la oferta (tipo de método, condiciones sanitarias, calidad de atención, profesionalidad, etc.) y a los costos económicos, los cuales oscilaban entre aquellos onerosos y otros de bajo costo, generando profundas inequidades en el acceso.

"(...) yo creo que con esta ley igual se siguen haciendo la misma cantidad de abortos, hay situaciones de mucho más riesgo y también como mucha más ganancia de algunas personas. A mi también me ofrecieron un ginecólogo que lo hacía con misoprostol, que iba a tu casa, te colocaba las pastillas, te hacía el seguimiento, y te cobrara USD 400." (Celia, 26, NEA)

"Yo creo que depende de las condiciones de cada una. Fijate esa amiga mía, ella vive en el Cerro, en esta clínica le cobraban \$ 4.000 por hacerle el aborto, en esta otra le cobraban USD 400, allá eran unos cuartuchos y así... Deben haber también por \$ 1.000 y así quedan. (...) En otra clínica, te lo hacían que era un espectáculo. Era como el Británico pero en miniatura..." (Noelia, 22 NEM)

"Desesperadas por no traer otro hijo al mundo, por no tener otro hijo, y se auto practican abortos, que después fallecen o sufren infecciones o van a cualquier persona. Entonces lo único, a mi me parece con esto de la penalización, que se favorece a unos pocos, dejan que se enriquezcan unos pocos..." (Alma, 35, NEA)

"(...) los laboratorios y las farmacias, también, se hacen los vivos y suben los precios..." (Celia, 26, NEA)

6. La ley vigente no evita que las mujeres aborten.

La percepción de las entrevistadas respecto a la incidencia del aborto en la sociedad uruguaya, fue que esta práctica es frecuente. Algunas mujeres, tenían poca o nula información sobre el fenómeno del aborto en sus entornos inmediatos. La gran mayoría hizo alusión a mujeres conocidas que abortaron, en distintas condiciones y circunstancias. Otras aludieron a la sorpresa que les generó encontrarse con un número importante de mujeres en las salas de espera de las clínicas clandestinas a las que asistieron o en la sala de la policlínica del CHPR. Algunas de ellas, tomaron conciencia en ese momento que había otras mujeres en su misma situación.

Otras relataron que antes de vivir personalmente la experiencia, tenían la percepción de que el aborto era una práctica poco frecuente y que luego de todo el proceso vivido fueron tomando conciencia de que la práctica del aborto afectaba a muchas otras uruguayas. En algunos casos, el compartir la experiencia con personas de su entorno, fue una ventana abierta a conocer más sobre esta realidad y en particular sobre cómo lo habían vivido otras mujeres de su mundo cercano.

Solamente una mujer expresó que no tenía información acerca si los abortos eran una práctica a la que acudían o no muchas mujeres. Fue el caso de Gimena, quien manifestó *“soy ama de casa, yo con el mundo exterior tengo muy poco contacto”*. Recordemos que esta mujer fue citada en varias oportunidades para una segunda entrevista, dado que se detectaron elementos psicopatológicos de entidad que ameritaban, a nuestro criterio, un psicodiagnóstico.

“Hay que estar acá, nada más en la sala sentada, a esta hora, para darse cuenta la cantidad de gente que acude a hacerse un aborto voluntariamente.(...) Pero el aborto existe en Uruguay, existe en números muy altos, todas las mujeres pasamos por la misma situación frustrante de llegar a la información como es debido....” (Lidia, 25, NEA)

“..Yo no sé, depende del medio en donde te muevas ¿no?, y de la cabeza que tenga la gente. Yo me muevo, me parece que es una práctica así, a la que la gente recurre. Obviamente que no es una práctica linda, porque un embarazo no deseado nunca es lindo...” (Celia, 26, NEA)

“O sea...sentí...me di cuenta de eso, de...de que claro, cuando lo empecé a hablar en realidad se lo había hecho, el proceso este lo había hecho más gente de la que yo pensaba....(..) Tá, me llamó mucho la atención ver una cantidad de mujeres solas al lado (se refiere en la clínica)...” (Valeria, 20, NEA)

“Y cuando fue mi amiga, también eran un montón de mujeres...” (Noelia, 22, NEM)

“Muchísimas, muchísimas, por todos lados encontrás alguna que te diga: ‘yo lo hice’, ‘ah sí, mi amiga lo hizo, mi vecina lo hizo, mi prima lo hizo, mi cuñada lo hizo’. Cada día más, es impresionante. Cuando fui al CHPR a la Policlínica de Asesoramiento, era impresionante la cantidad de chiquilinas que había..” (Shirley, 20, NEM)

Opiniones sobre la despenalización

La visión de las mujeres sobre el marco legal vigente analizados en el apartado anterior, fueron los principales argumentos por los cuales, las entrevistadas entendieron que la ley debía modificarse. Si bien no se incluyeron preguntas sobre el tipo de modificación de la ley que entendían más adecuada, muchas mujeres lo expresaron espontáneamente. En tal sentido las opiniones incluyeron, desde aquellas que consideraron la importancia de reconocer el derecho a decidir de las mujeres, a otras que enfatizaron la necesidad de que la mujer tenga motivos que justifiquen su decisión. Esta última visión se

acercaría a una perspectiva de despenalización por causales, mientras la primera a una de plazos.

Las opiniones que se podrían ubicar en el primer grupo, es decir aquellas que entendieron que la despenalización debía ser “controlada”, “en función de los motivos para interrumpir” o en “función de cada situación en particular”, hicieron especial énfasis en dos circunstancias: alto número de hijos de las mujeres pobres y violación sexual.

La primera circunstancia, en algunos casos, fue aludida como un factor que debía ser especialmente considerado cuando una mujer se plantea interrumpir un embarazo. Es decir, si esa mujer es pobre y tiene muchos hijos, tendría una justificación clara para abortar legalmente. Lo paradójico fue que muchas de las entrevistadas que opinaron de esta forma, la circunstancia no aplicaba a su caso en particular. Es decir su decisión de abortar no estaba vinculada a su ser pobres y a tener muchos hijos. Más bien esta opinión se sustentó en una visión controlista de la natalidad (cuestionando la maternidad de las mujeres pobres) y no en una visión de derechos que sostiene que toda mujer tiene derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos. Dos paradigmas diferentes y cuyo “enfrentamiento” discursivo e ideológico -si bien fue superado en el debate internacional (especialmente en los acuerdos de las Conferencias del sistema de las Naciones Unidas)- parecerían pervivir en el imaginario social.

“De repente que lo legalizaran estudiando el caso de cada persona para ver si se lo hacen o no. No sé...pero toda esa gente, que realmente trae niños para que estén en la calle, para tenerlos mal (...) yo qué sé, deberían legalizar el aborto y hacerlo en los hospitales, por lo menos para toda esa clase de gente, por lo menos. Yo siempre estuve de acuerdo con la legalización del aborto.” (Shirley, 20, NEM)

“Legal no puede existir. Solamente en un caso así como la otra vez que estaba la mujer ahí en la calle³⁹...hasta lo informaron en el informativo. Ahí sí.” (Josefina, 35, NEB)

“La verdad que hay muchas mujeres que realmente ahora no están en situación de tener hijos y la verdad obligadamente hay muchas que los tienen y muchas que los dejan....en el hospital yo fui a tener mi hijo y había una chiquilina que tendría 12 años y la chiquilina así como lo tuvo, se fue y dejó a la criatura. Claro, hay muchas adolescentes...” (Melina, 35, NEB)

Tampoco las mujeres entrevistadas se habían embarazado como fruto de una relación sexual bajo coerción y violencia, sin embargo entendían que ésta causa justificaría la despenalización, así como el riesgo de vida de la mujer.

“O en una violación, porque eso es horrendo...” (Delia, 59, NEB)

³⁹ Se refiere a una mujer vinculada al Programa Nacional de Emergencia Social (PANES – MIDES) que además padecía de trastornos psíquicos, siendo el único caso en muchos años en que fue habilitado un aborto institucional en el marco de la ley vigente, mediante el uso de la causal angustia económica (Montevideo, 2006).

“Yo qué sé, si fue una violación, si es legal, si no, no sé, vos ves el entorno de la persona...” (Karina, 21, NEM)

“Saquemos los casos de violación, yo no tendría ningún, no pondría ninguna objeción...o que peligre la vida de la mujer tampoco...es que hay que ponerse en tantos lugares...” (Iris, 54, NEA)

En un segundo grupo de opiniones, se encontraban aquellas que entendían que el aborto debía ser legal porque las mujeres tienen derecho a decidir sobre continuar o no con un embarazo. Esta visión ajustada a una perspectiva de derechos sustentó la opinión de varias entrevistadas pero también acompañó el discurso de aquellas que entendían que había que tener razones “justificables”.

Quienes sostuvieron la opinión del derecho a decidir de las mujeres, también enfatizaron que la decisión última es de la mujer, si bien lo deseable es que ésta sea compartida con el genitor. Asimismo, las mujeres que se ubicaron en esta posición subrayaron la importancia de poner limitaciones en este derecho: desde quienes enfatizaron la necesidad de poner plazos en la edad gestacional (no más allá de las doce semanas) y otras opiniones que afirmaron la importancia de limitar el número de abortos a los que una mujer pueda acceder, como medida de prevenir la reiteración de abortos voluntarios por falta de adopción de medidas preventivas. Alguna hizo referencia a la situación de las mujeres jóvenes, quienes deberían ser especialmente consideradas en un cambio de ley.

“Sigo pensando que es una decisión de la mujer, es el cuerpo de la mujer y que una puede estar en condiciones de decidir si se quiere practicar un aborto o no, por supuesto, siempre concebido dentro de los márgenes de determinadas semanas” (Alma, 35, NEA)

“Yo creo que sí (deberían tener derecho a interrumpir). Pero ojo, no te digo que lo interrumpan cuando tenés cuatro meses de embarazo. Digo, con cuatro meses ya tuviste tiempo para pensarlo si querías abortar o no....yo creo que hasta los tres meses si.” (Carolina, 25, NEM)

“Para mí tendría que ser controlado. (...) Porque si vos no querés traer una criatura al mundo para que esté mal, yo creo que tendría que tener el derecho. Tampoco que voy a decir que por andar de vida alegre por ahí, te hagas un aborto hoy y otro mañana y otro pasado. Porque eso no, eso no. La cosa tiene que ser encausada.” (Delia, 59, NEB)

“Para mí tendría que ser libre, totalmente libre (...) No todo el mundo está habilitado para dar una vida, no todo el mundo está habilitado para sostener una persona.” (Lidia, 25, NEA)

“Si fuera yo la que tuviera que decir, esta aborta y ésta no, a una mujer joven la dejaría abortar porque es joven, capaz que lo hizo inconscientemente, capaz que...” (Karina, 21, NEM)

Varias mujeres hicieron referencia a la importancia de una ley que aborde integralmente la problemática, haciendo especial énfasis en el desarrollo de medidas educativas respecto a la sexualidad y la reproducción, así como aquellas de prevención para evitar embarazos no deseados. Adicionalmente, otras opiniones aludieron a la necesidad de promover maternidades responsables.

“Para mí hay un tema a priori, previo o en paralelo. No sé si a priori, yo digo a priori porque lo que yo noto es un tema de mucha desinformación y de mucha y de mucho temor de la mujer, de mucho sometimiento (...) socialmente antes se tiene que laudar antes de una ley o paralelamente a una ley.... es el tema no sólo del embarazo, sino que es el tema de la mujer y de género, y de que esa mujer es un ser (...) es mirar al país en global....” (María, 47, NEA)

“Tampoco sé si debería estar legal y para todo el mundo sin una educación, porque si no parecería que un día quedás embarazada y poder tener la solución ‘bueno voy y me hago un aborto’...” (Vanesa, 19, NEA)

Hubo opiniones, las menos recurrentes, que cuestionaron el derecho a decidir de las mujeres sobre su propio cuerpo, argumentando que hay “por lo menos tres en un embarazo”, “hay vida desde el momento de la procreación”.

Algunas mujeres, espontáneamente, hicieron referencia a su visión sobre la existencia de vida desde el momento de la concepción. Para algunas, este argumento no es suficiente para oponerse a que la mujer decida libremente sobre un embarazo, para otras, sí.

Las siguientes viñetas son ilustrativas de estas posiciones:

“...el argumento del cuerpo, yo tengo a decidir que es lo que quiere el hombre y que es lo que quiere ese ser que apareció, mmm, me rechina. No sé si tengo ese derecho, no sé si lo tengo, eh...no sé, porque yo digo por ejemplo, ¿qué hubiera pasado? Yo ahora que adopté y que tengo un hijo que es un encanto, no hubiera nacido si esa mujer hubiera abortado y yo no lo hubiera adoptado...ta, no sé” (Iris, 54, NEA)

“Yo tampoco estoy de acuerdo con eso de que “no es una vida”. Está bien, es una vida, pero yo siempre digo lo mismo, sin mí no vive hasta que nace. O sea, si vos me decís que es una vida, bueno yo te digo ‘sacame el feto a los dos meses y que viva’. Entonces no es sólo, no es una vida. Es una vida porque me tiene a mí, si yo me muero no vive. Entonces, esas son las cosas con que yo discrepo, que me digan ‘No, es una vida desde que se procrea’. No, no es vida, está bien que respire y que crezca y que vaya a ser un bebé cuando nazca, pero que me digas que es vida desde el momento de la procreación....” (Carolina, 25, NEM)

“‘Cómo una mujer va a terminar con una vida’, porque agarran para ese lado, ‘terminar con una vida’, que no está fuera de la realidad, que es obvio que es una vida, después

va a ser una persona, eso está clarísimo, pero también por el entorno, las amistades, la religión, si pertenece a alguna, son muchas cosas [las que inciden en cómo cada mujer vive la situación]" (Patricia, 26, NEM)

Las mujeres frente al debate político y parlamentario reciente.

Se incluyeron preguntas sobre el conocimiento acerca del debate parlamentario y político de los años 2002 – 2004, en relación al proyecto de ley de Defensa de la Salud Reproductiva, aprobado en Cámara de Diputados en diciembre de 2002 y votado negativamente en Cámara de Senadores en mayo de 2004.

El grado y tipo de conocimiento de las mujeres sobre este debate fue heterogéneo. Algunas tenían referencias vagas, otras habían estado activamente involucradas, siguiendo los debates mediáticos y/o participando de movilizaciones sociales y otras no tenían referencia alguna de ese proceso.

Fue interesante identificar que existe una correlación entre involucramiento en el debate social y político y el tipo de vivencia sobre la experiencia propia. Sin poder establecer una tipología, sí parecería darse un patrón en el cual aquellas mujeres que participaron más activamente en el debate social (ya sea siguiendo los debates televisivos o radiales, escuchando las distintas posturas, participando en las movilizaciones sociales) analizaron su experiencia personal desde una mayor integralidad de la problemática. Dieron cuenta de tener mayores elementos para poder procesar su situación personal. Mientras tanto, aquellas que se mantuvieron aisladas de ese debate (no habían tenido contacto con el debate o lo habían hecho de manera puntual) tenían una perspectiva de su propia experiencia personal con menores posibilidades de disponer de recursos para su elaboración emocional.

El grado de información sobre el contenido del debate, sobre el proyecto de ley en discusión y sobre los resultados del proceso parlamentario fue variado. Algunas conocían el nombre del proyecto y sus contenidos, otras sabían de la existencia de un debate parlamentario pero no del contenido del proyecto de ley. En otros casos, conocían el debate social y tenían referencia o habían participado de las movilizaciones a favor del cambio legal ("tenía las manitos naranjas").

Las palabras de María son ilustrativas en ese sentido:

" Que en este país se hable de este tema, que se ponga arriba de la mesa, para mi ver a mujeres de mi generación en la televisión, es un orgullo...a mi me da placer, me devuelve como una cosa de justicia, de decir, 'por fin, ta', es como genial, y ya te digo, firme, a apoyarlo, a tirar pa delante, a sentir orgullo por esas mujeres que dicen las cosas de una manera que nos hacen falta porque estamos bien representadas.."

Por su parte, Sara es portavoz de aquellas otras que estuvieron al margen del debate:

“No, no estaba enterada. (..) Es que la televisión es siempre la misma”

Muchas de ellas mientras daban su opinión sobre este punto mostraron sentimientos de rabia y enojo por el resultado parlamentario o incluso por la postura del actual Presidente de la República, Dr. Tabaré Vázquez sobre el tema. Expresiones que transmitían un sentimiento de traición, como lo expresó Carolina: *“cuando Vázquez dijo, ‘si se vota a favor del aborto, yo lo veto’, pero, viste cuando decís ‘yo no te puedo creer que vos **me hagas** eso!’..”*

O como lo hizo Amelia:

“Me enojé muchísimo, hubo momentos que no podía ver la tele, que no podía escuchar las bestialidades y burradas que estaban diciendo. Me enojó muchísimo o sea...en un momento sentí que está... y esto me pasó más ahora ¿no? con Tabaré Vázquez.”

En tal sentido, varias mujeres expresaron su desacuerdo y malestar porque la decisión sea tomada por el Presidente o por el Parlamento, ya que entendían que la sociedad toda debía ser consultada mediante mecanismos de participación directa (“plebiscitos”, “referendums”).

Independientemente de las opiniones sobre los posibles caminos a recorrer para cambiar el marco legal vigente y sobre los tipos de despenalización a implementar, el denominador común en las posturas de las mujeres entrevistadas, fue la necesidad de cambiar la ley vigente.

El siguiente cuadro sintetiza las principales opiniones sobre contenidos posibles para un nuevo marco legal:

Tipo de despenalización referidos por las mujeres
Despenalización total
Despenalización por plazos (antes de 12 semanas de gestación, limitar el número de abortos en cada mujer)
Despenalización por causales (edad de la mujer, situación económica, violación, riesgo de vida de la mujer)
Despenalización con medidas de educación sexual y prevención de embarazos no deseados. Políticas de género. Integralidad del abordaje
Despenalización controlada, dependiendo de cada situación en particular.
Despenalización solo por situación económica

VI. LOS VARONES EN EL RELATO DE LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO

Esta dimensión analiza, de acuerdo a la percepción de las mujeres, la participación, actitud y rol de los varones en el proceso de aborto. Se incluyen no solamente a los genitores, sino otros varones (padres, amigos, hermanos, empleadores), que fueron referidos significativamente por las entrevistadas.

Los co –genitores del embarazo en cuestión

Del análisis del material, surge que la participación del genitor, ya fuera la pareja estable o un partenaire ocasional, tomó características diversas. Algunos, los menos, tuvieron una participación activa e implicada, desde el momento de la confirmación del embarazo y durante todo el proceso de aborto. Apoyaron, respetaron y acompañaron la decisión de la mujer, tanto en el plano afectivo como en lo económico, dejando en evidencia que se sentían co - responsables de ese embarazo no intencional y no deseado.

Otros, participaron desde una cierta lejanía: estaban de acuerdo con la decisión, pero tomaron distancia de la situación concreta dejando en manos de las mujeres, el cómo y donde resolverlo, quedando implícita la idea de que en última instancia, eran ellas las que tenían que decidir. Esto no fue referido como la admisión de un derecho de la mujer, sino por la carga que podría significar un hijo para ella, que podría resumirse en la frase “tu lo tenés, tu lo crías, tu decidís”. Se trató muchas veces de una suerte de acompañamiento moral, no operativizado en la práctica.

“(...) La decisión fue automática, fue tá, con mi compañero desde la primer instancia fue: “no”(…) y él estuvo en todo el proceso, hizo todo lo que pudo, lo que tenía que hacer, estuvo ahí, o sea, estuvimos todo el tiempo juntos, a no ser cuando necesitábamos como alejarnos. Casi todas las noches dormimos juntos, hubo una contención importante ¿no? Bueno...me decía: ‘¿qué necesitás? ¿Qué querés? ¿Querés que te traiga -no sé- chocolate? ¿Querés té? ¿Querés esto? ¿Qué te hago?’ Todo así.” (Valeria, 20, NEA)

“Porque yo en mi primero [se refiere al primer aborto] me sentía sola, sola, sola, sin novio, sin madre, sin hermanos a quien acudir o cuñadas, me sentía realmente sola y en estos otros tenía... bueno, a mi compañero, íbamos juntos y volvíamos juntos, digo como que era una cosa... muy compartida, muy... fácil, una cosa fácil ¿entendés?(...) Sí, me acompañó, sí. Sí, sí, siempre, sí. En eso fue muy solidario, en eso sí. -¿Y también se hicieron cargo entre los dos de conseguir los 500 dólares? Sí, sí, sí. En eso también participó... (Fabiana, 41, NEA)

Sara, es un ejemplo de este tipo de acompañamiento afectivo que señalábamos: el marido sufrió con ella, pero no pudo actuar aportando alguna vía de resolución, ya que estaba tan paralizado como ella. La información la aportó la cuñada:

“Sí, muchísimo, es una persona de la que no puedo decir nada, él lloró conmigo, sufrió conmigo, estuvo ahí, en realidad.(...)No tenía a nadie que me informara, no tenía absolutamente a nadie. Vino un día mi cuñada y me dijo ‘Bueno, Sara, pasa esto, esto y esto, vamos a... hay un lugar. “ (Sara 24 NEB)

” Porque mi marido decía ‘sí’, pero él no me decía ‘mirá que te podés morir, qué hago yo con los chiquilines...’ yo era inconsciente y él me dejaba en la inconsciencia... él acompañaba la decisión. Ahora, después que yo venía, que yo estaba horrible, no le pidas que hiciera nada. En ese sentido, era el apoyo de no querer tener otro hijo también, que era otra boca más, otra cosa más y un montón de gastos.” (Delia, 59, NEB)

En las palabras de Delia, a su vez, queda implícito que “el hacer con los chiquilines” era una tarea asignada a ella y no al marido, en una clara demostración de la división tradicional de los roles y posicionamientos subjetivos de hombres y mujeres.

Fueron muchas las mujeres que relataron que sus compañeros (estables u ocasionales) se oponían, con argumentaciones disímiles y en ocasiones, vagas, a la interrupción del embarazo. Algunos dijeron que “sería lindo tener un hijo”, sin ofrecer un respaldo realista sentido como consistente para ellas y para ese posible hijo. Otros conjeturaban con que un hijo podía unir (o reunir) a la pareja. Las reacciones y el rol que jugaron en el proceso de aborto, fueron consistentes con el grado de conflicto entre aceptar la decisión tomada por la mujer y sus propios deseos.

“(...) mi marido me decía que no, después me apoyó, pero él me decía que no, que él no estaba de acuerdo (...) creo que él me consiguió el teléfono de esta clínica. Y él me acompañó (...) él quería estar conmigo”. (Alma, 35, NEA)

“(...) lo hablamos en realidad un poco antes, él estaba como muy convencido de tenerlo, ‘Sí, vos estás delirando’, le digo, ‘no estás en condiciones, no tenés argumentos para convencerme’. Primero que nada porque esta responsabilidad iba a ser principalmente mía, no porque yo así lo quisiera, sino por cómo se venían dando las cosas(...)En realidad me dijo algo así como, no por cuestionar la interrupción en sí misma ¿no? no por tener nada en contra de este tipo de prácticas, sino, yo creo que él la cuestionó más desde el lugar como de afianzar un vínculo, de sellarlo (...) y creo que lo cuestionó más desde ahí, ¿no? más de “Por qué no, si hace tiempo que estamos juntos”. (Graciela, 27, NEA)

“Porque a mí me tocó que mi novio hubiese preferido que yo lo tuviera y vivir felices y contentos como el cuento de Blanca Nieves, pero yo estaba, no sé, el tema es ese, yo estaba tan convencida de que no lo quería tener, que a mí no me importaba nada, pasaba por arriba igual de lo que sea para ir a sacármelo, entonces, es complicado ese asunto, porque yo no sé tampoco cómo habrá quedado él después de que yo me hice el aborto. (...)No, no, nunca le pregunté nada, porque él siempre espera que yo esté bien, todo bien yo y él nunca dice nada sobre él, mientras que yo esté bien está todo bárbaro, (Patricia, 24, NEM)

“El tenía 19 y yo 15, yo le dije que no, él me decía que sí, (...) quedé embarazada, le dije a él y me dijo enseguida que lo quería tener.(...) encima mi novio en ese entonces, hablaba en mi panza, que yo encima era flaca, así, no tenía un gramo de panza, se acostaba y me hablaba en la panza o sea que si quería traumarme, pobre...” (Noelia, 22, NEM)

“(...) hablé con mi novio y él se puso furioso cuando le dije que no lo quería, porque él lo quería, y él ahora está sin trabajar y tampoco se preocupa, es más chico que yo, es más chico que yo, llevábamos un mes y medio juntos.(...)Y me dice: ‘No, que si vos me decís que lo querés tener, yo hoy, ya mismo empiezo a trabajar de nuevo’. (...). El día que me hice el test, fuimos a caminar con mi novio por el Prado y justo había una feria y nos metimos a pasear y había ropas de bebé y él me decía “ay mira” él me hablaba mucho de eso y me ablandaba, me ablandaba pila, pero no era suficiente (...)me vive el día reprochando ‘que te lo sacaste, yo lo quería, que si vos no lo querías, que no se qué’ y me martiriza, y bastante tengo yo con lo que yo misma me

martirizo y me reprocho y me pregunto si hice bien, si hice mal...(...) porque no es sólo que esté mal por lo que hice, por lo que pasó, sino que encima estoy mal porque la relación con él no está bien, porque pasamos peleando por todo, entonces como que se me suma todo (...) si el actuara diferente, yo me sentiría mucho mejor, no te digo cien por ciento bien, pero mucho mejor, sí, seguro. Yo a veces le digo que estoy mal o algo y me dice "Andá, a vos nadie te obligó a hacerlo, lo hiciste porque quisiste".."
(SHIRLEY, 20, NEM)

Quedó en evidencia cómo la actitud de la pareja incidió sobre el estado de ánimo de Shirley, que se sintió angustiada e irritable. Ella admitió no querer ese embarazo, no tenía las condiciones de estabilidad afectiva y económica para tener un hijo ni se sentía preparada para hacerse cargo de ello, pero la presión de su novio antes y después de la interrupción, fueron factores que coadyuvaron para emergiera el malestar, reforzando una significación de la maternidad como algo "divino" y los dispositivos culpabilizadores que generan las sanciones morales.

Algunos varones, por decisión expresa de las propias mujeres, directamente no se enteraron del embarazo ni de su posterior interrupción. Era algo que las mujeres sentían que concernía a sus cuerpos y a sus vidas y, por lo tanto, podían excluir al genitor.

"Tengo una relación de pareja, semi estable. ... nosotros nos hemos separado y el ha estado con otras mujeres, con otras personas intentando tener relación lo que a mi no me garantiza la estabilidad emocional de él. Por lo tanto mucho menos la de compartir un hijo, entonces esta vez decidí no compartirlo con nadie y hacer lo mío y hacer lo propio." (Lidia, 25, NEA)

"Nunca se enteró.

-¿Nunca le dijiste?

No, enseguida decidí que no...Que no, que simplemente no, era mi decisión, mi vida, era yo y él no contaba para nada.

-¿Era una relación nueva, importante para ti o era...?

No, no, no, no tanto, no había mucho sentimiento de por medio, o sea, si lo conozco hace meses, ni tanto tampoco, hacía, no sé, cuatro meses que estaba saliendo con él, después que quedé embarazada corté la relación." (Patricia, 26, NEM)

La ajenidad respecto al embarazo, la ausencia de responsabilidad frente a la paternidad y la plena convicción subjetiva de que los hijos son de las madres, quedaron reflejados palmariamente a través del relato de Alicia.

Alicia, tiene seis hijos, todos de la misma pareja. No convive con el padre de sus hijos, de quien además no recibe ningún apoyo económico. Según su relato, el padre de sus hijos, lo es también de otros tantos habidos con otras mujeres. Habló con él y él se opuso al aborto, aunque ella se lo hizo igual y según su relato, ésta fue su reacción:

"Pero te dije Alicia que no te hagas el aborto, que te ibas a morir', ta y ahí tuve una pelea con él pero... Claro él me decía que si yo no pensaba, '¿vos no querés a tus hijos grandes?' Me decía él, yo le decía 'claro a mis hijo los adoro', 'entonces porque te hiciste el aborto, mira si te morías, que hacías Neca, que hacían tus hijos', me

decía. Claro él me lo reprochaba, “yo te dije bien clarito que no te lo hicieras, que te lo dejaras’.

Padres, hermanos, amigos

Los padres aparecieron reiteradamente y de variadas formas en el discurso de las entrevistadas. En alguna ocasión, se vislumbró la imagen de un padre severo, autoritario a quien hubo que ocultar el aborto, por temor a la censura, el reproche o por la fantasía de expulsión del hogar. Otras veces, el padre resultó ser una figura de sostén afectivo, haciéndose cargo en algunos casos, también del costo económico del aborto.

“Lo hablé con mi madre, con mi padre, tuve el apoyo de ellos, en lo económico, en todo.” (Vanesa, 22, NEA)

“(…) a mi padre no le conté, no, tampoco porque no esté de acuerdo, porque seguramente me hubiera apoyado, pero bueno, no sabe guardar mucho los secretos. Cuando algo a él como que lo emociona mucho, se le sale por la piel, y bueno ta,” (Graciela, 27, NEA)

“No a mi padre le iba a dar un ataque, y que además lo iba a decepcionar, esa era básicamente, que me iba a matar, y como yo que era la mayor o sea estaba pesando todo eso”. (Iris, 54, NEA)

“Que era una decisión mía, porque él es una persona... la decisión la tomo yo, yo fui y se lo dije. Se lo dije antes, se lo dije después, le pregunté qué era lo que él pensaba. -O sea que antes de hablar con tu suegra lo habías hablado también con tu padre. Si, creo que mi padre fue antes, fue el primero, sabía porque hay una confianza entre mi padre y yo, que no hay límite, es el límite de nada, yo si le tengo que decir algo, se lo digo todo, lo que me pasa, lo que siento, todo, y bueno, ta, le conté. Me dijo si estaba segura, que si no me iba a pasar nada, las preguntas que él mismo me las hizo, y yo le dije que se quedara tranquilo que no me iba a pasar nada, ellos los médicos me garantizaron que no me iba a pasar nada y, este... (Sara, 24, NEB)

De las entrevistas, surgió que la participación de otros varones del entorno cercano (amigos, empleadores, hermano) estuvo limitada, en muchas situaciones, a brindar apoyo económico para acceder al procedimiento. Este rol tradicional del modelo hegemónico masculino pareció operar también en estas circunstancias.

“Claro, a un amigo le pedimos, [le pidieron el dinero la amiga y ella] a un amigo mutuo le pedimos, después de previa sermón, si claro...” (Carolina, 25, NEM)

“Pagó mi abuelo... (Y el tercero lo pagó el novio)” (Noelia, 22, NEM)

“Pero con uno [de los jefes] como que tengo mucha más afinidad porque él siempre viene y me pide consejos de mujeres y siempre hablamos un montón de pila de cosas y bueno, entonces a él fue al único que yo le dije la verdad de por qué me iba a ausentar. Además a él fue que le tuve que decir, porque yo para comprar las pastillas necesité un adelanto (...) le dije ‘dale, porque me puede surgir algún tipo de imprevisto’, me mira y me dice: ‘¿ estás embarazada?’ así de una me lo tiró, le digo ‘No sé. Y me dijo “No, qué bajón, bueno, ta cualquier cosa que necesites la plata me avisás, todo bien, no sé qué, si necesitás ir al médico y tenés que faltar’, re bien, me cuida en pila,” (Shirley, 20, NEM)

Para poder comprender cómo y desde qué posicionamientos subjetivos e ideológicos se involucran o no los varones en el proceso de aborto y cuales son las significaciones que le dan a este fenómeno, está previsto para el período 2007 – 2009, la implementación del Proyecto de Investigación “*Aborto voluntario: la perspectiva de los varones*”, en el marco de los proyectos I + D de CSIC, conducido por el mismo equipo de investigación.

CONCLUSIONES

Existen razones más poderosas que la sanción jurídico – legal y moral, que determinan que una mujer opte por interrumpir un embarazo que no desea. Una mujer que aborta lo hace porque no encuentra otra salida ante un embarazo inoportuno o no deseado. Y al hacerlo decide arriesgarse a los efectos de la clandestinidad, poniendo en riesgo su salud y su vida. Esto denota la presencia de fuertes motivaciones y una elección entre escasas alternativas. El proceso de decisión sobre la posibilidad de abortar o de continuar con el embarazo, es una decisión que involucra a la persona en su contexto social y familiar (sea ésta una decisión acompañada o no por referentes de estos ámbitos).
(Carril, López Gómez, 2006)

En este apartado se dará cuenta de los principales hallazgos del estudio, organizados en función de las preguntas que buscaba responder el proyecto:

1. No se encontraron evidencias que indiquen que la práctica del aborto haya producido efectos traumáticos, inhabilitantes y duraderos en el tiempo. La mayoría de las mujeres de este estudio que abortaron años atrás, han continuado adelante con sus proyectos de vida y consideraron que el hecho no les afectó su vida sexual y/o afectiva hasta el presente.
2. Nuestro estudio no encontró evidencias que permitan afirmar la existencia del llamado Síndrome Traumático Post Aborto, independientemente del nivel educativo y edad de la mujer. En un solo caso, se observaron trastornos de personalidad no imputables a la situación de aborto. Este acontecimiento habría agudizado las características pre – existentes en esta mujer.
3. La experiencia del aborto se vivió en todos los casos con temor, incertidumbre y angustia, fundamentalmente debido a que la ilegalidad y por lo tanto la clandestinidad de la práctica configuraron el texto desde dónde se procesó la experiencia.
4. La interrupción del embarazo, produjo en las mujeres alivio por la culminación de un período previo marcado por la tensión y la inseguridad de practicarse un aborto clandestinamente y, a su vez, por haber dado término a una situación no deseada. Asimismo, se hizo evidente, que a mayor convicción en la decisión, mayor fue la sensación de alivio.
5. Muchas de las entrevistadas, además del alivio, refirieron haber reaccionado con pena, tristeza y dolor psíquico. Estos son sentimientos

y respuestas emocionales esperables frente una situación vital difícil y en ese sentido, el aborto no es una excepción. Aquellas mujeres que experimentaron sentimientos ambivalentes frente al embarazo, vivieron una lucha interna entre un aspecto de sí mismas que no quería –o no podía - y otro que la condenaba por el no deseo de hijo. Al decidir abortar, lo hicieron desde la duda, lo que se tradujo luego en un intenso malestar subjetivo. En algunas ocasiones, haber pasado por la experiencia del aborto promovió cuestionamientos acerca de sus propias vidas: posición frente a la maternidad, las estrategias de anticoncepción o sus relaciones afectivo- sexuales.

6. Las relaciones de pareja estables no fueron afectadas en su continuidad por la situación del aborto, en ningún caso. Todas las mujeres entrevistadas continuaron con sus proyectos de vida, que incluyeron las opciones de tener o de no tener hijos.
7. El tiempo transcurrido entre el aborto y la realización de las entrevistas mostró diferencias en los relatos. Aquellas mujeres que interrumpieron su embarazo hace menos de un año estaban todavía en muchos casos, bajo el impacto emocional de todo el proceso y es en ellas donde se observó mayor ambivalencia, angustia - y/o defensas contra la misma, fundamentalmente racionalizaciones - y culpa. Es en estos casos, donde se pudieron observar algunos elementos depresivos: rabia, cambios de humor, angustia, sueños recurrentes referidos a la experiencia, auto-reproches. Estos signos aislados no son suficientes para hablar de depresión, tomando en cuenta la escasa distancia temporal con el episodio.
8. Hubo una relación directa entre la significación previa acerca del aborto que tenían las mujeres y las repercusiones emocionales de todo el proceso. Aquellas mujeres que significaban el aborto como un asesinato, la culpa fue el sentimiento posterior más intenso. Se constató que el arrepentimiento ante la decisión tomada fue acompañado de auto reproches y auto castigo. Estas significaciones se asocian a discursos que provienen desde lo social, vinculados fundamentalmente a las posiciones hegemónicas de las jerarquías eclesiales católicas y pentecostales. Esta situación se encontró solamente en las mujeres de nivel educativo bajo.
9. Ninguna de las mujeres del estudio vivió la experiencia de un aborto médicamente inseguro. Esto significa que ninguna de las entrevistadas estuvo expuesta a situaciones de riesgo (utilización de objetos punzantes, sondas, infusiones, sustancias tóxicas). La mitad de las mujeres accedieron a un aborto quirúrgico en clínicas clandestinas, que ofrecían ciertas condiciones sanitarias aceptables. La otra mitad, lo hizo mediante el uso de medicamento (misoprostol). En todos los casos, el aborto tuvo lugar hasta las 12 semanas de gestación. No se constataron complicaciones severas desde el punto de vista biomédico. Sin embargo, el concepto de aborto inseguro adquirió otra significación, más allá de lo biomédico, para las mujeres. Desde el punto de vista social,

las mujeres dieron cuenta de su exposición a la censura y de las condiciones de silencio que acompañaron el proceso, independientemente de si hubieran contado o no con entornos familiares y sociales inmediatos favorables y sostenedores de la situación. Para algunas mujeres, la entrevista se constituyó en la primera oportunidad de relatar y re – conectarse con la experiencia vivida.

10. El temor al rechazo socio - familiar y/o la sanción legal generó en algunas mujeres, como mecanismo de protección, no hablar de la experiencia. El (auto) silenciamiento fue una forma de preservar la decisión, de no exposición al daño emocional y evitar conflictos con seres queridos.
11. El acceso a información confiable, tanto para la toma de la decisión como para la efectivización del aborto, es una de las principales barreras que impone la clandestinidad de la práctica. Esta opera generando diques (subjetivos y sociales) para el acceso a la información que condiciona a su vez, el acceso a prácticas más seguras. Aquellas mujeres que pudieron acceder a recursos de información y de sostén afectivo, contaron con mejores condiciones materiales y subjetivas para transitar y elaborar la experiencia vivida. Las dificultades para el acceso a la información, fue en algunas mujeres, factor desencadenante de altos montos de ansiedad y angustia. Se constató una relación directa entre condiciones para la toma de la decisión, disponibilidad de apoyo afectivo y los efectos psicológicos derivados de la práctica. Contar con respaldo afectivo para aquellas que lo tuvieron significó la posibilidad de: compartir dudas, temores y miedos; contar con alguien con quien hablar de la situación; disponer de mayor tranquilidad en la medida que había otra persona con conocimiento de la situación; acceder a recursos económicos y / o saber que alguien cuidaría de sus hijos durante el tiempo que durara el procedimiento. Este tipo de situaciones de alta sensibilidad en sus protagonistas, promovió la puesta en marcha de mecanismos de regresión, manifestando las mujeres haber sentido el impulso de volver hacia atrás en el tiempo, en su necesidad de dependencia afectiva. La vulnerabilidad generaría el “sentirse niñas”, necesitadas de protección y cuidado. En suma, la disponibilidad de apoyo afectivo fue un elemento central para que las mujeres sintieran mayor tranquilidad en un momento complejo en sus vidas, como es tomar la decisión de abortar en un contexto de ilegalidad y clandestinidad.
12. El temor al daño, la angustia por no saber o el tener información fragmentada y/o parcial, fueron algunos factores que acompañaron el proceso de toma de decisión en algunas mujeres, generando una cierta paralización frente a la situación. Esta falta de información previa parecería estar relacionada con la falta o escasa disponibilidad de información sobre sexualidad y reproducción, las débiles condiciones sociales para el ejercicio de los derechos reproductivos, la fantasía sobre la invulnerabilidad personal que se traduciría en la frase “no me va

a pasar a mí” y el contexto de ilegalidad que genera que la práctica del aborto continúe siendo predominantemente una práctica privada, a pesar de los avances notables que se pueden señalar en el campo del debate social en los últimos años.

13. El mundo de relaciones afectivas en las cuales cada mujer está inserta jugó un papel fundamental en el proceso de aborto y en las dimensiones subjetivas que se pusieron en juego. Si bien no necesariamente determinaron la decisión, sí incidieron en cómo las mujeres se sintieron emocionalmente consigo mismas, ya que es desde estos vínculos que se constituye su vida de relación cotidiana. En casi todos los casos, estas personas eran “sus iguales”, es decir otras mujeres: madres, amigas, tías, abuelas, compañeras de trabajo, cuñadas, suegras. La actitud de esas “otras mujeres” fue de identificación con el malestar / sufrimiento / desesperación / perplejidad que vivían nuestras entrevistadas, aunque sus respuestas no fueran homogéneas. Es de resaltar el rol que jugaron, en muchas situaciones, las madres de las mujeres, quienes fueron referencia, apoyo, compañía y respaldo para la toma de la decisión y/o para colaborar en su mejor implementación. Por su parte, el rol de los varones (genitores, padres, amigos) estuvo limitado, en muchas situaciones, a brindar apoyo económico para acceder al procedimiento. En general, estas personas del entorno inmediato jugaron un rol sustantivo en la búsqueda de información y en brindar soporte afectivo.
14. El acceso a información confiable y de calidad (técnica, humana) en contextos de clandestinidad, fue referida por las mujeres como un elemento que generó preocupación y angustia. En algunos casos, el acceso a la información fue a través de los servicios de salud pública que implementan la normativa sanitaria “Protección materna para la prevención de abortos provocados en condiciones de riesgo” (MSP, Ordenanza N° 369, 8/2004); en otros, fue mediante fuentes informales (amistades, vecinas, etc.) La no implementación de esta normativa en todos los servicios de salud del país y la falta de difusión amplia de la misma en la población, genera que este recurso sea poco conocido por las mujeres.
15. Las condiciones de clandestinidad tuvieron un efecto de violencia simbólica. En ningún caso, se refirió haber recibido maltrato físico directo, excepto en la atención hospitalaria en algunas mujeres que debieron acudir a las emergencias para completar el aborto en curso (tanto a nivel mutual como público).
16. La diferencia en los relatos estuvo marcada por las vivencias que generó el tipo de procedimiento utilizado. Aquellas mujeres que lo hicieron en clínicas clandestinas mediante AMEU o legrado, refirieron que el mayor temor previo estaba asociado al daño corporal, al riesgo de salud y de vida, incrementado por el uso de anestesia. Al largo periplo que debieron transitar para acceder a la información sobre las clínicas, se le agregó

otro caracterizado por el ambiente de secreto y riesgo que les reforzaba la idea de estar cometiendo un delito punible.

17. En aquellas que recurrieron al uso del misoprostol se vieron enfrentadas a una experiencia corporal. La información recibida fue comprendida por las mujeres, desde el punto de vista cognitivo, pero no impidió el surgimiento de temores y fantasías de daño corporal y/o de muerte, asociados a la posibilidad de equivocarse en la colocación de las pastillas y/o no obtener el resultado esperado. La vivencia corporal más recurrente fue la fantasía de estar desangrándose y los dolores abdominales intensos producidos por las contracciones.
18. Independientemente de las opiniones sobre los posibles caminos a recorrer para cambiar el marco legal sobre aborto en el país y los tipos de despenalización a implementar, el denominador común en las posturas de las mujeres entrevistadas fue la necesidad de cambiar la ley vigente.
19. El estudio dejó en evidencia que la información, educación y el acceso universal a métodos anticonceptivos como componentes centrales de una estrategia de prevención de embarazos no deseados / esperados, no son suficientes para impedir que éstos se produzcan. Cuando se trata de la condición humana, el diseño de las políticas públicas en salud reproductiva no puede soslayar las dimensiones subjetivas implicadas en la sexualidad y la reproducción.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

Abracinskas, L; López Gómez, A. (2004) *Mortalidad Materna, Aborto y Salud en Uruguay. Un escenario cambiante*. Ed. MYSU, Montevideo

Alonso, L.E (1998): *La Mirada Cualitativa en la Sociología. Una Aproximación Interpretativa*. Editorial Fundamentos, Colección Ciencia. Madrid

Amorín. D.; Carril, E.; Varela, C. (2006) "Maternidades y paternidades en adolescentes". En: López Gómez, A. (coord.) Proyecto Género y Generaciones. *Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Tomo 1. Estudios cualitativos*. Ediciones Trilce. Proyecto UdelaR, MSP, INE, IMM, MYSU, UNFPA. Montevideo.

Barbosa RM, Arilha M. (1993) *The Brazilian experience with Cytotec*. En: *Studies in Family Planning*.

Briozzo, 2003 "Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis – Estrategias para su reducción." En: *Revista Médica del Uruguay* 2003: 19.

Briozzo, L. (ed.) (2007) *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Iniciativas Sanitarias. Editorial Arena. Montevideo

Carbonell J, Varela L, Velazco L, Cabezas A, Tanda R, Sánchez C. (1998) Vaginal misoprostol for late first trimester abortion. En: *Contraception* N° 341 *Revista Medicalabortion*.

Carril, E. (2000) "Femenino-Masculino. La pérdida de ideales y el duelo". En: *Los duelos y sus destinos*. APU. Montevideo

Carril, E., López Gómez, A. (2006): "Las experiencias de las mujeres frente a la interrupción voluntaria del embarazo. Un estudio cualitativo sobre los aspectos psicológicos." En: Segundo Encuentro Universitario Salud, género, derechos sexuales y derechos reproductivos. Avances en la investigación nacional. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. UdelaR – UNFPA. Montevideo.

Comisión Nacional para la protección de los seres humanos en estudios biomédicos y del comportamiento (1998): "Informe Belmont: principios éticos y normas para la protección de los seres humanos durante investigaciones científicas". En: Careaga, Figueroa, Mejía (comp.) *Ética y Salud Reproductiva*. PUEG – UNAM, México.

Costa S, Vessey M. (1993) *Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil*. En: *The Lancet* N° 57

Checa, S. y Rosenberg, M. (1996) *Aborto hospitalizado. Un problema de salud pública. Una cuestión de derechos reproductivos.*, Ediciones El Cielo por Asalto, Buenos Aires

Chodorow, N. (1984) *El ejercicio de la maternidad*. Gedisa, Barcelona
De los Ríos R. (1995) "Género, Salud y Desarrollo: un enfoque en construcción". En: *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Publicación Científica N° 541. OPS. Washington.

Fernández, A.M. Tájer, D. (2006) "Los abortos y sus significaciones imaginarias". En: Checa S. (comp..) *Aborto: realidades y coyunturas*. Ed. Paidós. Buenos Aires

Freud. S. (1923) El yo y el ello. En: Tomo XIX, *Obras Completas*. AE, 1972, Buenos Aires

Glaser G, Strauss A. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine Publishing Company.

Guba EGY, Lincoln YS. (1989) *Fourth Generation Evaluation*, Newbury Park: Sage.

------(1994) "Competing Paradigms in Qualitative Research." En: N. K.Denzin y Y.S. Lincoln. *Handbook of Qualitative Research*; London: Sage.

Hidalgo R, Davidson J, 2000. "Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and Health-Related Considerations." En: *Journal of Clinical Psychiatry*. 61 (suppl 7): 5-13. Citado en: Mingote, J. C. Machón, B., et al. "Tratamiento integrado del Trastorno de Estrés Postraumático" En: *Aperturas psicoanalíticas*, Julio 2001, N°8. URL: www.aperturas.org)

Hornstein (2006) *Las depresiones. Afectos y humores del vivir*. Ed. Paidós. Buenos Aires.

Hubermas, A.M, Miles M.B (1994) *The Qualitative Researcher's Companion*. Thousand Oaks. California. Sage Publications.

International Parenthood Planning Family (1992) *Dealing with complications*, Washington.

Lagarde, M. (1985) *Los cautiverios de las mujeres*. Ediciones UNAM, Mexico

Laplanche, Pontalis, (1979) *Vocabulario de Psicoanálisis*. Ed. Labor, Barcelona

Lledó, 1996). Citado en: Alonso L.E (1998): *La Mirada Cualitativa en la Sociología. Una Aproximación Interpretativa*. Editorial Fundamentos, Colección Ciencia. Madrid

Mingote, J. C.; Machón, Begoña I. et. al. (Perris, A.; Nieto, I.) *Tratamiento integrado del Trastorno de Estrés Postraumático*. En: *Aperturas Psicoanalíticas*. Julio 2001, N° 8. URL: www.aperturas.org

Alan Guttmacher Institute (2006) *Abortion in Women's lives*. AGI, NYC.

Pinotti – Faúndez (1989) “Unwanted pregnancy: Challenges for health policy”. En: *Women Health in the Third World: the impact of the unwanted pregnancy*. International Journal of Gynecology and Obstetrics. Sup. Nº 3, Dublin, Ireland.

Quevedo, E. (1992): “El proceso salud – enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista”. En: Cardona, A. (coord.) *Sociedad y Salud*. ED. Zeus Asesores. Bogotá.

Sanseviero, R. (2003)) *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz. Montevideo

Sloan N., Langer, A., Hernández, B., Romero, M., Winicoff B. (2002) “*Etiología de la mortalidad materna en los países en desarrollo: ¿qué valor tienen las autopsias verbales?*”. Publicado en inglés en: Bulletin of World Health Organization (2001).

Tietze, Christopher, (1990). Informe Mundial sobre el Aborto. Instituto de la Mujer, Madrid.

World Health Report 2001: *Mental Health, New Understanding, New Hope*. World Health Organization, 2001

Tubert, S. (1996) “Introducción” En: Tubert, S. (ed.) *Figuras de la madre*. Barcelona. Ediciones Cátedra.

Zamudio, L; Rubiano N.; Viveros, M.; Salcedo H. (1998) *Problemas sensibles y estrategias metodológicas a propósito de investigaciones sobre aborto inducido*. Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social. Universidad Externado de Colombia. Bogotá

REVISION BIBLIOGRAFICA

1 - Artículo: Adler, N. et.al. Psychological Responses after Abortion.

Referencia: American Association for the Advancement of Science. Science 6 April 1990 Vol. 248 No. 4951 pp. 41 - 44

2 - Artículo: Major, B. Psychological implications of abortion — highly charged and rife with misleading research.

Referencia: Canadian Medical Association Mayo 2003; 168 (10) p:1257

3 - Artículo: Cohen, S. Abortion and Mental Health: Myths and Realities

Referencia: Guttmacher Policy Review. Summer 2006. Volume 9 Number 3

4 - Artículo: Adler, N. Abortion and the null hypothesis.

Referencia: Arch. Gen. Psychiatry, 2000; 57: 785 – 786. EEUU

- 5 - Artículo: Nordal Broen, A. et al. Psychological Impact on Women of Miscarriage Versus Induced Abortion: a Second Year Follow – up Study.
Referencia: Psychosomatic Medicine 66: 265-271
- 6 - Artículo: Major B. et al. Psychological Responses of Women After First-Trimester Abortion
Referencia: Arch Gen Psychiatry. 2000; 57: 777-784 EEUU
- 7 - Artículo: Fielding, S; Schaff, E. Social Context and the Experience of a Sample of U.S. Women Taking RU-486 (mifepristone) for Early Abortion.
Referencia: Qualitative Health Research. Vol. 14 No. 5, May 2004 612-627 Sage Publications
- 8 - Artículo: Stotland, N. Abortion and Psychiatric Practice
Referencia: Journal of Psychiatric Practice. 2003 Vol. 9, No. 2 139-149
- 9 - Artículo: Osis, M. et al. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal.
Referencia: Rev. Saúde Pública. 1996 30 (5): 444-51, 1996
- 10 - Artículo: Pope, L; Adler, N; Taschann, J. Postabortion Psychological Adjustment: Are Minors at Increased Risk?
Referencia: Journal of adolescent health 2001; EEUU 29:2–11
- 11 - Artículo: Lacerda, I; Ribero, T. “Nao vou esquecer nunca!”: A experiencia feminina com o abortamento induzido.
Referencia: Rev. Latino-amenfermagem, Riberao Preto, v8, No. 6, p. 50-58. Diciembre 2000
- 12 - Artículo: Langer –Glas, A. Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México.
Referencia: Gaceta Médica México. Vol. 139. Suplemento No.1, 2003
- 13 - Artículo: Nordal Broen, A. et al. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study
Referencias: *BMC Medicine* 2005, 3:18
- 14 - Artículo: Coleman, P. et al. The Psychology of Abortion: A Review and Suggestions for Future Research (Pandh,4/05)
Referencias: Psychology and Health April, 2005, 20(2): 237–271 Ubicado en: Physiciansforlife.org Consultado el 14/12/06
- 15 - Artículo: Lee, E; Gilchrist, A. Abortion Psychological Sequelae: the debate and the research
Referencias: Psychology and reproductive choice. 1997 Conferencia EE.UU. www.prochoice forum.org
- 16 - Artículo: Nordal Broen, A. et al. Reasons for induced abortion and their relation to women’s emotional distress: a prospective, two-year follow-up study
Referencias: General Hospital Psychiatry 27 (2005) 36– 43 Sience Direct

Disponible en www.sciencedirect.com

17 - Artículo: Reardon, D. et al. Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth

Referencias: Canadian Medical Association Journal CMAJ, MAY 13, 2003; 168 (10)

18 - Artículo: Reardon, D. Identifying High Risk Abortion Patients

Referencias: www.abortionfacts.com/reardon Consultada 2/12/06

19 - Artículo: Speckhard, A. Posttraumatic Responses to Pregnancy and Abortion

Referencias: www.annespeckhard.com/posttraumatic_abortion_responses
Consultada el 12/12/06

20 - Artículo: Fergusson, D; Horwood, L; Ridder, E. Abortion in young women and subsequent mental health

Referencia: Journal of Child Psychology and Psychiatry 47:1 (2006), pp 16–24

21 - Artículo: Knowles, J. Las consecuencias emocionales del aborto inducido

Referencias: www.plannedparenthood.org. Consultada el 23/02/07

Publicado por la Biblioteca Katharine Dexter McCormick, 2001 Planned Parenthood® Federation of America, Inc.

22 - Artículo: Faúndes, A; Barzelatto, J. El drama del aborto. En busca de un consenso.

Referencia: Editorial Tercer Mundo Editores del Grupo TM S.A. Colombia 2005

23 - Artículo: Gómez Lavín, C. Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer.

Referencias: www.arbil.org/arbil No. 51 Consultada 25/04/07