

Embarazo no deseado/aborto voluntario y salud mental de las mujeres: una problematización de discursos psi patologizantes¹

Natalia Santarelli²

Resumen

El objetivo de este artículo es problematizar discursos psi patologizantes sobre aborto voluntario en relación con la salud mental de las mujeres. Primero, se abordan desde una mirada crítica aquellos discursos psi que vinculan las nociones de trauma, duelo y daño psíquico con las prácticas abortivas. También, se señalan algunos riesgos implícitos en estas posturas. Luego, se propone otra mirada sobre el tema, desde una concepción participativa de salud mental, basada en una investigación cualitativa con perspectiva de género. Dicha investigación revaloriza las necesidades emocionales de mujeres que abortaron con medicamentos en clandestinidad en dos provincias de Cuyo (Argentina) y que recurrieron a consulta con profesionales en Psicología. Los resultados permiten cuestionar la patologización de las situaciones de aborto voluntario y la asociación intrínseca de sentimientos de culpa, tristeza incluso de consecuencias negativas en la salud mental de las mujeres que abortan.

Palabras clave: salud mental de las mujeres, aborto voluntario, discursos psi, patologización.

Abstract

The aim of this article is to problematize pathologizing psi-discourses on voluntary abortion in relation to women's mental health. First, the article approaches to a critical perspective of those psi discourses that link notions of trauma, grief and psychic damage to abortive practices. Also, point out some risks implicit in these positions. Then, it proposes another perspective on the subject, is a participatory conception of mental health, based on a qualitative research with a gender perspective. This research revalued the emotional needs of women who aborted using medication in a clandestine way in Cuyo (Argentina), and who consulted psychology professionals. The results enable to challenge the pathologization of voluntary abortion situations and the intrinsic association of guilt and sadness feelings, even the negative consequences in the mental health of the women who abort.

Keywords: women's mental health, voluntary abortion, psi discourses, pathologization

Resumo

O objetivo deste artigo é problematizar os discursos psi que patologizam o aborto voluntário em relação à saúde mental das mulheres. Primeiro, ele aborda, de uma perspectiva crítica, os discursos psi que vinculam as noções de trauma, sofrimento e dano psíquico a práticas abortivas. Além disso, aponta alguns riscos implícitos nessas posições. Em seguida, ele propõe outra perspectiva sobre o assunto, a partir de uma concepção participativa da saúde mental, resultante de uma pesquisa qualitativa com perspectiva de gênero. Esta pesquisa revalorizou as necessidades emocionais de mulheres que abortaram clandestinamente com medicamentos em duas províncias de Cuyo

¹ Recibido: 03/octubre/2019. Aceptado: 19/noviembre/2019

² Licenciada en Psicología (Universidad Nacional de San Luis, Argentina), Máster en Igualdad y Género (Universidad de Málaga, España), Candidata a Doctora en Estudios de Género (Universidad Nacional de Córdoba, Argentina). Actualmente se desempeña como Becaria Doctoral en Facultad de Psicología-UNSL-CONICET y como docente auxiliar en Psicología Jurídica y Psicología General de la Licenciatura en Psicología en dicha Facultad. Es activista feminista e integrante de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir San Luis. Contacto: m.natalia.santarelli@gmail.com

(Argentina) e que consultaram profissionais de psicologia. Os resultados permitem questionar a patologização de situações de aborto voluntário e a associação intrínseca de sentimentos de culpa, tristeza, inclusive de consequências negativas à saúde mental das mulheres que abortam.

Palavras-Chave: saúde mental das mulheres, aborto voluntário, discursos psi, patologização.

Introducción

La interrupción voluntaria del embarazo es una práctica extendida en Argentina. Alrededor de entre 372.000 a 522.000 abortos se estiman por año en el país (Pantelides y Mario, 2009), la gran mayoría en condiciones de clandestinidad e ilegalidad en función de un marco legal que, si bien, establece causales de Interrupciones Legales de Embarazo, también criminaliza los abortos voluntarios.

El presente artículo está centrado en el tema del embarazo no deseado/aborto voluntario en relación con la salud mental de las mujeres³ y los discursos y prácticas del campo psi. Me propongo dos grandes objetivos. En primer lugar, problematizar ciertos discursos patologizantes inscriptos en el campo psi en relación con el aborto voluntario y la salud mental de las mujeres. Principalmente aquellos discursos que vinculan las nociones de trauma, duelo y daño psíquico con las prácticas abortivas. En segundo lugar, tensionar estos discursos a partir de proponer otra mirada que, desde una concepción participativa de salud mental, revaloriza las necesidades emocionales de mujeres que han experimentado abortos voluntarios farmacológicos clandestinizados y que han recurrido a consulta con profesionales en Psicología.

A los fines de la organización de este trabajo, en un primer apartado, presentaré brevemente los postulados de las posturas que asocian aborto con trauma y duelo, y proponen la existencia de un supuesto síndrome post aborto. En el marco del contexto local y atendiendo a las dimensiones performativas de los discursos, me interesa rescatar esta línea argumentativa que fue enunciada por gran parte de profesionales de la Psicología y la Psiquiatría que se situaron en la línea opositora a la legalización del aborto, en el marco del debate legislativo acontecido en 2018 en Argentina⁴. Problematizaré estas posturas, por un

³ A lo largo de este escrito elijo referirme a “mujeres” en tanto mis experiencias de vinculación con la temática han sido en su gran mayoría con personas que se autodefinen como mujeres. Esta elección no implica el desconocimiento de experiencias de una multiplicidad de personas que no se identifican con esta categoría o identidad sexo-genérica y que de igual manera poseen la capacidad de gestar y de interrumpir un embarazo.

⁴ Como es de público conocimiento, en 2018 fue tratado en la Cámara de Diputados y Senadores de la Nación el proyecto de ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) impulsado desde la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. En este marco se desarrollaron

lado, a partir de investigaciones regionales que refutan esta asociación lineal y la complejizan y, por otro lado, reflexionando sobre algunos de los riesgos que conllevan en las prácticas profesionales. Cuando las nociones de trauma, duelo, daño psíquico son vinculadas por profesionales del campo psi de forma indisoluble y totalizante con las experiencias de embarazo no deseado/aborto voluntario, ¿Cuáles pueden ser los efectos performativos, en términos de salud mental y género, de este tipo de despliegues discursivos? ¿Cómo influyen estos discursos en las prácticas de profesionales del campo psi que interactúan con mujeres que abortan?

A pesar de haber sido objeto de reiteradas y fundamentadas críticas en cuanto a su solvencia metodológica y teórica, dichos discursos continúan circulando en la actualidad con fuerza, tanto al momento de debatir sobre políticas públicas que atiendan la problemática del aborto inseguro y sus serios riesgos para la vida y la salud de las mujeres, como al momento de delimitar intervenciones profesionales en el campo de la psicología y la psiquiatría. Además, en tanto dispositivos de poder tienen implicancias innegables en los procesos de construcción de salud mental –por parte de las propias personas involucradas y de profesionales que acompañan dichos procesos- y en los procesos de construcción de género y, por ello, conllevan efectos reales y concretos en las vidas de las personas y las sociedades que son necesarios pensar y re-pensar.

En un segundo apartado y en correspondencia con el segundo objetivo, presentaré reflexiones basadas en algunos resultados de una investigación cualitativa de mi autoría que atendió las experiencias y necesidades emocionales de mujeres que atravesaron experiencias de embarazo no deseado/aborto voluntario clandestinizado en Cuyo (Argentina) y que realizaron consultas con profesionales de la Psicología⁵. Esta investigación, además de atender a las necesidades emocionales que las mujeres registraron como propias al momento de realizar una consulta profesional, puso el foco en las propias valoraciones que las mujeres realizaron sobre y a partir de dicha interacción con

una serie de audiencias públicas donde se invitó a diversas personalidades a exponer argumentos y posturas en torno al tema.

⁵ Dicha investigación dio lugar a mi tesis de Máster en Igualdad y Género (Universidad de Málaga, Andalucía, España) tutorizada por la Dra. Isabel Jiménez Lucena, titulada *“En el borde y sostenidas...” Experiencias de aborto farmacológico clandestino de mujeres en interacción con profesionales de Psicología* y aprobada con Matrícula de Honor. Este trabajo de investigación, a su vez, continúa en curso y forma parte de mi tesis doctoral en Estudios de Género (CEA, FCS, UNC) titulada *“Las significaciones que las mujeres construyen en torno a sus experiencias de abortar con medicamentos en relación con la salud mental. Análisis desde una perspectiva de género en la región de Cuyo a partir de 2010”*. Cuenta con la dirección doctoral y de Beca Doctoral CONICET de la Dra. Claudia Anzorena (INCIHUSA-CONICET) y co-directora de Beca Doctoral CONICET Dra. Erika Valdebenito (FaPsi-UNSL).

profesionales. Todo lo cual permite plantear nuevos sentidos en torno a criterios y posicionamientos que orienten las intervenciones desde la Psicología en situaciones afines.

Como psicóloga feminista dedicada a la investigación, desde hace varios años vengo desarrollando una investigación cualitativa con perspectiva de Género feminista que aborda posibles entrecruzamientos entre las condiciones de producción, preservación y afectación de la salud mental de las mujeres y las experiencias de aborto farmacológico voluntario clandestinizado. En el marco de esta actividad he tenido la oportunidad de realizar entrevistas en profundidad con mujeres que han abortado en la región de Cuyo, Argentina. Además, en el marco del activismo socorrista e inmersa en una grupalidad que acompañaba los abortos de cientos de mujeres en la provincia de San Luis, he tenido la oportunidad de interactuar con los relatos, sentires y experiencias de mujeres embarazadas que expresaron su necesidad/deseo de interrumpir esos embarazos en el marco de contextos institucionales y legales restrictivos, como lo es el argentino. En la actualidad, en tanto integrante de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir en San Luis, el contacto con las mujeres continúa, en función de las causales de Interrupción Legal del Embarazo⁶ y también, por las enormes barreras que se presentan cotidianamente en el acceso a este derecho. Quisiera compartir algunas reflexiones que han surgido de estos encuentros y diálogos porque, como profesional integrante del campo, me interesa problematizar los discursos teóricos que luego guían las prácticas psicológicas en relación con el tema. Y me interesa hacerlo revalorizando las experiencias y saberes de las mujeres sobre sus propios procesos de salud mental.

Entiendo que las experiencias de las mujeres son heterogéneas, complejas, diversas, multideterminadas y que se encuentran situadas en una singular trama subjetiva y relacional a la vez que inscriptas y contenidas en un determinado entramado histórico y político de género que actúa de soporte constitutivo. No me sitúo como intérprete ni traductora de dichas experiencias, sino que asumo una posición marcada e interesada, fronteriza entre el activismo y la academia siguiendo lineamientos epistemológicos feministas, en la cual mi propia subjetividad, desde la cual me dispongo a conocer y a enunciar algo, actúa como co-productora de los saberes sobre dichas experiencias y sus significaciones, en los distintos momentos del proceso investigativo cualitativo (Angelino,

⁶ Para mayor información sobre el modelo de causales en Argentina para acceder al derecho de la Interrupción de Embarazo, se sugiere leer el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” del Ministerio de Salud de la Nación, 2015. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

2014). Se trata entonces de *una* mirada posible, singular, situada y parcial, en términos de Donna Haraway (1995).

Problematización de discursos psi patologizantes

El síndrome post aborto: usos actuales en el marco del debate argentino sobre ley IVE.

A partir de la lectura de las versiones taquigráficas publicadas en la página oficial de la Comisión de Legislación Penal de Diputados Argentina⁷ que contiene las diversas sesiones donde se expusieron argumentos de personas/grupos invitados, seleccioné primeramente los discursos de aquellas personas que se presentaron o que fueron presentadas como profesionales de la Psicología o Psiquiatría y que se oponían a la legalización. A continuación, a modo ilustrativo, algunos fragmentos:

“Mucha gente se pregunta sobre el síndrome posaborto, otros niegan su existencia, pero desde la clínica sabemos que todo aborto -espontáneo o provocado- conlleva antes del año una aparición significativa de diversos malestares, afectando no solo a la mujer sino también a los vínculos de pareja, familiar e incluso al facultativo que acompaña a la misma, solo que se visibiliza en el tiempo. (...) El aborto es una acción tan violenta sobre el propio ser que deja una huella (...) Por ello, las implicancias psicológicas y físicas siempre son a largo plazo y pueden llevar a la muerte a quien decida abortar. (...) Pese a estar formada para trabajar con angustia, equipada para ser un soporte en la elaboración de los traumas y el dolor psíquico, les puedo asegurar que por encima de este trauma -trauma es perforación-, el aborto es un tipo de perforación tan profundo que se inscribirá en el cuerpo: trastornos nerviosos, de ansiedad, pesadillas, trastornos de alimentación, falta de vitalidad, pensamientos obsesivos y fijaciones, son solo algunas de las secuelas que formarán parte de la vida cotidiana de la mujer. (Licenciada en Psicología)

“Los autores coinciden que, bajo ninguna circunstancia, genera una mejor salud mental en la mujer que aborta. Podrá generar mayor o menor daño, pero nunca la beneficia.” (Médica psiquiatra.)

⁷ Disponible en <https://www.hcdn.gob.ar/comisiones/permanentes/clpenal/reuniones/vt/>. Revisé las versiones taquigráficas de las exposiciones en la Cámara de Diputados disponibles que abarcan desde el 10 de abril al 10 de mayo de 2018.

“A esta altura del debate, también quedó claro que existe algo que se llama "síndrome post aborto". Figura en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, el DSM 5. Lo podemos encontrar como un trastorno por estrés post traumático causado por el aborto.” (Médica psiquiatra y psicoterapeuta).

“Lo que se observa en la práctica es que cuando una mujer decide interrumpir su embarazo, se evidencia una situación de stress post traumático, tal como lo mencionaron mis compañeras. Sinceramente existe una reagudización de los síntomas, que pueden ser cuadros depresivos, trastornos de ansiedad, neurosis. En el caso de la depresión -mis queridos diputados-, lo más grave tiene que ver con el tema del suicidio, así como lo que se pierde, que son estas dos vidas.” (Psiquiatra.)

“La práctica del aborto provocado es nociva para la mujer ya que es una pérdida real de un hijo, deseado o no, bienvenido o no. (...)Me quiero referir entonces a los efectos psicológicos y psiquiátricos que el aborto tiene en la mujer que lo elige y lo padece, en sus otros hijos y en la sociedad. En la madre, los efectos psicológicos son comparables con la neurosis de guerra o con el llamado trastorno de estrés postraumático. En primer lugar, el aborto impide a la mujer hacer el duelo.(...). El duelo por el niño abortado es siempre difícil. (...) Concluyo entonces: el aborto es una práctica nociva para la mujer que lo elige y lo padece, poniendo en riesgo su salud física, psíquica y social. Es una práctica nociva para la sociedad en tanto que tendrá miembros dañados por haber abortado o por ser sobrevivientes del aborto. La República Argentina no debe permitirse legitimar este daño con una ley.” (Médico especialista en psiquiatría⁸)

En dichos discursos hay varios puntos en común. Además de la autopresentación, en muchos casos, como integrantes de organizaciones con tintes religiosos⁹ es notable que el aborto es considerado como algo abstracto, descontextualizado y desvinculado de la trama

⁸ La referencia a la profesión de quien enuncia está escrita tal cual aparece en las versiones taquigráficas revisadas.

⁹ No profundizaré en este punto, ya que excede los alcances del presente trabajo.

personal y social de quien lo practique. Otro punto notable es la recurrencia a la idea de que la práctica del aborto en sí mismo supondría un daño para las mujeres que lo realizan, por ser considerando un acto de violencia que implicaría pérdida, muerte y/o un proceso de duelo obturado. Abundan las referencias a un conjunto de grave y florida sintomatología clínica que configurarían un síndrome incluíble, según esta mirada, dentro de los Trastornos de estrés post-traumático. Incluso algunas oradoras se aventuran a asegurar, erróneamente, la existencia del síndrome dentro de reconocidos manuales que clasifican trastornos mentales. Aludiendo, de manera directa o indirecta a un supuesto síndrome post aborto, estas posturas se auto-proclaman en defensa de la salud psíquica/mental de las mujeres en situación de embarazo/aborto voluntario y de las sociedades en las ellas se insertan, en tanto sostienen que además del daño propio, el aborto dañaría a la sociedad y cual *mancha de aceite* a su entorno cercano.

El término Síndrome Post aborto (SPA) fue acuñado por un psicoterapeuta estadounidense y miembro de agrupaciones contrarias a la legalización del aborto, llamado Vincent Rue para referirse a una alteración psicopatológica grave que se produciría en la mujer que se provoca un aborto voluntario o se expone a él. Surge como parte de un cambio en las estrategias de sectores conservadores, autodenominados como “provida” y nombrados desde los feminismos como “antiderechos” que se oponen a la legalización del aborto e intentan instalar discursos en la opinión pública y en los espacios académicos. Estas estrategias viraron en la década de los 80 desde el énfasis en los valores religiosos y morales, al uso de un lenguaje científico y del argumento sobre la preocupación por la salud mental de las mujeres que abortan (Lee, 2001 citado en Maroto Vargas, 2009).

La asociación entre aborto y daño emocional/psíquico parte de la premisa de que abortar es un acontecimiento traumático y que el aborto es vivido como la destrucción traumática e intencional de un niño por nacer, asociado también a la culpa por sobrevivir (Speckhard y Rue, 1992; Gómez Lavín y Zapata García, 2005; 2012). Los síntomas aparecerían en los primeros tres meses posteriores al trauma abortivo y tenderían a la cronificación. La presentación clínica del supuesto síndrome, que las líneas defensoras ubican dentro de los Trastornos por Estrés Post Traumático, sería: un cuadro afectivo depresivo-ansioso con sentimientos específicos de culpa-vergüenza, incapacidad para perdonarse por el aborto realizado y necesidad de reparar el daño o perjuicio cometido, deseos de “expiación” (de borrar la culpa, de purificarse de ella); y una serie de manifestaciones típicas como pesadillas sobre niños perdidos, despedazados, mutilados o muertos; pensamientos y recuerdos intrusivos recurrentes sobre la temática abortiva; ilusiones y pseudoalucinaciones auditivas (oír el llanto de un niño); evitación de estímulos o

situaciones relacionadas con el aborto y reacciones de aniversario (empeoramiento típico de los síntomas en las fechas en que tuvo lugar el aborto o en que el niño debería haber nacido). Además, diversas alteraciones de la conducta como disfunciones sexuales (inhibición o rechazo sexual, frigidez, promiscuidad); trastornos alimentarios, agresividad auto y heterolesiva, distorsiones de las relaciones sociales (aislamiento, explotación permitida o resignación ante el maltrato) y problemas adictivos de distintos tipos e intensidades (Gómez Lavín y Zapata García, 2005; 2012).

En cuanto a la propuesta de intervención psicológica o psiquiátrica profesional, estas posturas se orientan a abordar los supuestos síntomas y el estado de duelo asociado (Gómez Lavín y Zapata García, 2005; 2012; Curley y Johnston, 2013; López Martín et al., 2014). Para tratar el supuesto síndrome, las psiquiatras Gómez Lavín y Zapata García (2012), tomando en cuenta la práctica que realizan en su consulta, plantean una serie de medidas psicofarmacológicas y psicoterapéuticas. Las medidas psicoterapéuticas se centran principalmente en la elaboración de un duelo y en la resolución de la culpa, mediante sesiones de psicoterapia en donde la paciente “no solo reconozcan y acepten la entidad de la pérdida sino que vivencien emocionalmente la misma, reviviendo la experiencia traumática con su actual nueva actitud y dotando de sentido saludable a la “relación” de maternidad con el hijo perdido.”(s.p.) En cuanto a la resolución de la culpa, luego de promover la responsabilización de la persona por el aborto, proponen:

“promover en las pacientes sentimientos de arrepentimiento y de liberación de la culpa mediante la recepción del perdón por parte del hijo abortado (y, en su caso, de forma real o imaginaria, por las otras personas que pudieran haber sido dañadas por el aborto). Si la persona es creyente y practica su religiosidad, es lógico y recomendable ya que favorece las vivencias de liberación, que lleve a cabo el proceso de arrepentimiento y la experiencia de perdón en su vida espiritual.” (Gómez Lavín y Zapata García, 2012, s.p.)

Dichas autoras remarcan que, además de considerar terapéutico el voluntariado en organizaciones autodenominadas pro-vida o la práctica religiosa para lograr el perdón, son necesarios estudios empíricos libres de sesgos ideológicos que muestren la verdadera incidencia y la prevalencia real del síndrome post aborto en la población para establecer medidas y programas estatales que prevengan el acontecimiento traumático del aborto y sus consecuencias psicopatológicas.

Críticas y riesgos de las vinculaciones simplistas aborto-trauma

Como vimos a partir de la selección de fragmentos, muchos de los discursos *psi* desplegados en el debate por la legalización del aborto voluntario en Argentina, se hicieron eco de esta teorización o de experiencias clínicas que encubren estos argumentos para intentar instalar sentidos de verdad al respecto. Incluso, el mismo Sr. Rue, principal promotor del supuesto síndrome, fue invitado a disertar en el debate el día 24 de abril de 2018, considerado como un especialista en el tema, más allá de su cuestionada pertenencia académica al campo *psi*.

Por **discursos *psi*** entiendo aquellos discursos portados por sujetos que se reconocen y obtiene reconocimiento social como parte del campo de conocimiento teórico-profesional delimitado principalmente por disciplinas como la psicología, el psicoanálisis, la psiquiatría. En tanto estos discursos se hacen eco de una cadena discursiva ideológica y política que los precede, los contiene y les da posibilidad de enunciabilidad en una determinada época histórica, si bien son portados por sujetos individuales, el interés radica en el discurso y no en el sujeto que lo enuncia, contingentemente. En este sentido, tal como señala Butler (2002), si bien hay un yo que pronuncia y produce un efecto, primero hay un discurso que lo antecede, que lo habilita y que lo excede, y no sería correcto pensar a un yo que situado detrás del discurso ejecutara su voluntad singular *a través* del discurso. Considero necesario realizar esta aclaración para transparentar que no es mi intención desvalorizar o desconocer la trayectoria de tal o cual persona que enuncia estos discursos, sino atender al contenido de lo dicho en ese marco específico para reflexionar sobre las posibles implicancias performativas de tales discursos.

Este conjunto disciplinar *psi* cuenta con el poder de enunciar algo del orden de la *verdad* sobre la salud mental en relación a diversos eventos, en este caso, el embarazo no deseado/aborto voluntario de mujeres. Siguiendo una línea de pensamiento butleriana, dichos dispositivos discursivos de poder no solo pueden ser pensados en términos enunciativos sino también performativos: al mismo tiempo que enuncian una *verdad*, es posible que la produzcan, siempre y cuando estos enunciados se den en el marco de determinados contextos, cadenas y condiciones de enunciabilidad y de referencialidad que le otorgan dicha potencia performativa. Butler (2002) define la performatividad: "no como un acto singular y deliberado, sino, antes bien, como la práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra" (2002, p.18). Para la autora, las expresiones performativas al ser pronunciadas realizan una acción y ejercen un poder vinculante a la acción que realizan. "Si el poder que tiene el discurso para producir aquello que nombra está asociado a la cuestión de la performatividad, luego la performatividad es

una esfera en la que el poder actúa como discurso” (Butler, 2002, p. 316). Cabe aclarar que los actos performativos –como puede ser el habla- están inscripto en una red de autorizaciones y castigos, en una “cadena de citas”, a las cuales reiteran y refieren reiteradamente. La expresión performativa genera su efecto –provisorio- cuando refiere a otras acciones anteriores que han acumulado la fuerza de autoridad mediante la cita a un conjunto anterior de prácticas autorizantes, es decir que, en palabras de la autora (Butler, 2002, p. 319): “una expresión performativa “tiene éxito” en la medida en que tenga por sustento y encubra las convenciones constitutivas que la movilizan” En este sentido se reacla que es el poder acumulado y dotado de historicidad de la cita, y no el yo que la enuncia, el que le confiere su fuerza vinculante.

En el marco del debate legislativo sobre el proyecto de ley IVE y de su alta cobertura mediática y su alcance social, este tipo de discursos psi patologizantes circularon en las arenas sociales y políticas e intentaron dar una entidad científica y por lo tanto, pasible de ser considerada *verdadera* a las asociaciones entre aborto y daño psíquico. Recurriendo directamente a la existencia del supuesto síndrome o a una propia experiencia clínica en el campo, realizan las consiguientes generalizaciones que opacan la heterogeneidad de las experiencias de las mujeres y las descontextualizan de las condiciones y circunstancias en que los embarazos no deseados/abortos voluntarios pueden ocurrir. Ubicándose en un lugar de experticia, obturan las posibilidades de interrogarse por el universo particular y complejo de los procesos de salud mental de las mujeres en relación al aborto ya que parten de una respuesta: abortar afecta negativamente la salud mental de quien aborta, abortar trauma. Y esto parece operar como una sentencia; como una advertencia hacia quien aborte potencialmente, y como un a priori para la práctica clínica o la teorización sobre el tema. Podemos pensar que quienes apoyan estas premisas, intervendrán profesionalmente desde estas teorías con las posibles mujeres que llegan a sus consultorios o espacios de trabajo. Pero además, considerando el contexto de enunciación en el que se dan estos argumentos, puede que estas premisas operen sobre futuras intervenciones de otros profesionales, ya sea por la existencia de vacíos en cuanto a contenidos existentes en la currícula de la formación de grado en Psicología (Berra y De Lellis, s.f.), por la invisibilización y rechazo que ha tenido el tema históricamente, por desconocimiento o ignorancia, o por afinidad ideológica con estas posturas. Son posturas que no solo están enunciando algo sobre aborto, sino también sobre las relaciones filiales, sobre una ligazón indisoluble entre embarazo y maternidad, sobre las maternidades, sobre los eventos traumáticos, sobre eventos susceptibles de ser considerados como pérdidas afectivas en las trayectorias vitales de las mujeres, sobre los mandatos de género, en definitiva, sobre la salud mental de las

mujeres, pero que nada dicen sobre las condiciones deseantes singulares y entramadas políticamente y culturalmente de dichas mujeres en el sistema heterosexista y reproductivista imperante.

A mi entender, estos discursos conforman prácticas científicamente irresponsables y políticamente peligrosas para la salud de las mujeres que, real o potencialmente, transitan un aborto y deciden contar con apoyo profesional psicológico en este tránsito.

En cuanto a lo políticamente peligroso, considero que uno de los riesgos radica en que estas teorías producirían, reproducirían y propiciarían discursos y prácticas afines en los espacios de formación y ejercicio de profesionales del campo psi que alimentan las representaciones hegemónicas sobre el aborto y operan con efectos reales y concretos sobre las experiencias de las mujeres. Representaciones hegemónicas que están al servicio de la criminalización, la penalización social y legal, la estigmatización de la práctica y el control disciplinante sobre las decisiones que las mujeres toman sobre sí mismas. En este sentido, estas prácticas alimentan condiciones que precarizan las existencias de las mujeres, al maximizar la exposición a ciertas violencias y aumentar la vulnerabilidad de estas vidas humanas. Pero tal como señala Nápoli (2016), siguiendo la noción butleriana de *precaridad*, esta vulnerabilidad que afecta y compone las vidas de las mujeres está políticamente inducida y se da en función de una organización sociopolítica específica, y nunca en virtud de una naturaleza femenina inexorable, como sostienen los discursos esencialistas.

En cuanto a lo científicamente irresponsable de estos discursos y de quienes se empeñan en sostenerlos en espacios que se dicen afines a los modos científicos de producir conocimiento, me refiero concretamente debido a la ausencia de observancia sobre las severas deficiencias en lo teórico y en lo metodológico que estas postulaciones han recibido a modo de crítica. Es por ello que dicho síndrome no ha sido incluido en los Manuales diagnósticos, y su validez científica ha sido negada por la Academia de Medicina de Estados Unidos en varias oportunidades. En el marco de esta aparente confusión, desde hace más de una década, la Asociación Psiquiátrica Americana, a través de un comunicado de su Presidenta (2008, citada en Rondón, 2009) recalcó que no hay evidencia convincente que permita afirmar que el aborto causa enfermedad psiquiátrica y que es preciso distinguir enfermedades de sentimientos negativos, los cuales cuando se presentan, frecuentemente derivan de las condiciones de realización de los abortos. En correspondencia con esto, otras investigaciones concluyen que el aborto en sí mismo no es causante de enfermedad psiquiátrica (Adler et al, 1992; Asociación Americana de Psicología, 1998 citada en Rondón, 2009; APA, 2008; Manoto Vargas, 2010; Pistani y Ceccato, 2014; López Gómez 2015). A

nivel regional, donde priman los contextos legales restrictivos sobre el aborto, las investigaciones dan cuenta de los efectos negativos de este condicionamiento social y político sobre la vida y la salud de las mujeres. Así lo concluye la completa revisión del conocimiento disponible en revistas científicas, entre 2009 y 2014, sobre experiencias de mujeres de aborto en América Latina y el Caribe realizada por López Gómez (2015). Además, a nivel regional es destacable la investigación cualitativa realizada por Carril Berro y López Gómez (2008, 2010) sobre las dimensiones subjetivas del aborto voluntario en contexto de penalización en Uruguay y los fenómenos psicológicos involucrados. La investigación da cuenta de la estrecha relación entre los significados de las mujeres sobre sus abortos, la maternidad y el contexto legal y social en el que tiene lugar el aborto. Los resultados de este estudio, además, no evidenciaron efectos traumáticos, inhabilitantes ni duraderos en el tiempo en las mujeres que participaron; ni registraron la existencia del llamado síndrome post aborto en las mujeres que abortaron.

Otra mirada: reflexiones a partir de los resultados de una investigación con perspectiva de género feminista

En este apartado presentaré algunos resultados de una investigación cualitativa con perspectiva de género (Santarelli, 2019a). Al dar cuenta de cuáles fueron las necesidades emocionales de mujeres que abortaron y que motivaron la consulta con profesionales de Psicología, permiten tensionar aquellos discursos psi que asocian el aborto en sí mismo con una experiencia traumática que daña psíquicamente a quienes lo han practicado.

Breve referencia a aspectos teóricos y metodológicos de la investigación.

En términos generales, la investigación se propuso comprender las significaciones sobre las experiencias de aborto voluntario de mujeres que habían interactuado con profesionales en Psicología y las valoraciones que realizaron sobre dichas interacciones. Uno de sus objetivos específicos fue el de reconocer las necesidades emocionales implicadas en la situación de embarazo no deseado/aborto voluntario en contexto de clandestinidad de las mujeres que consultaron con profesionales en Psicología. Cuando estas interacciones ocurrieron, uno de los intereses fue aproximarse a lo que las mujeres reconocieran como necesidades emocionales susceptibles de ser acompañadas profesionalmente.

Las elecciones teóricas de esta investigación recuperan herramientas conceptuales provenientes de posturas psicoanalíticas con perspectiva de género crítica y de los Estudios

de Género feministas aplicados al campo de la salud mental de las mujeres. Del *modelo tensional-conflictivo desde una concepción participativa*, planteado por la psicoanalista Mabel Burin (1990, 2002), se toman recursos conceptuales como el de *malestar psíquico y crisis*. Estos, se ubican en lógicas más complejas que abandonan binomios construidos a la vez que permite acercamientos a comprensiones sobre la salud mental sin caer en criterios normativos y normativizantes que muchas veces, ignoran, invisibilizan y hasta niegan los sentires, padeceres y potencialidades saludables implicados en los procesos de crisis. Por su parte, *la concepción participativa* consiste en hacerse eco de las experiencias de las mujeres para definir y analizar teorías y prácticas, acciones y criterios en salud mental así como para comprender el malestar. Desde esta perspectiva, la salud mental es un proceso abierto, complejo, fluctuante que sus mismas protagonistas van construyendo en distintos momentos de sus vidas. Este proceso deviene en función de cómo se transitan y se elaboran las sucesivas crisis vitales—como la adolescencia, la mediana edad- o accidentales —aquellas surgidas de situaciones inesperadas como un embarazo o un aborto—.

Consideramos que el continuum *embarazo no deseado/aborto voluntario/condiciones y circunstancias en que ocurren*, pueden configurar una situación de crisis. Las crisis, en tanto agudización de conflictos, implican la situación impactante que la produce así como el trabajo del yo para resolverla (Velázquez, 2010) y el abanico de recursos —personales, relacionales, grupales, comunitarios- a los que se puede acceder e instrumentar para recrear sentidos que permitan transitar por estas experiencias, sin que configuren eventos necesariamente traumáticos. Es así que el modelo tensional-conflictivo reconoce en las crisis oportunidades propiciadoras para la transformación de la salud mental, en tanto promuevan la generación y el uso de recursos, de manera flexible, dinámica y creativa para procesar las crisis y recrear sentidos en torno a la situación crítica. Además de aquella capacidad para transitar crisis y resignificar situaciones y malestares, la salud mental supone la posibilidad y capacidad de incidir, mediante la participación y la decisión, no solo de los procesos personales sino también de los procesos de desarrollo social y de construcción de ciudadanía (Alfonso Rodríguez, 2002).

Desde nuestra perspectiva teórica, nos parece interesante conceptualizar los sentimientos negativos asociados al continuum *embarazo no deseado/aborto voluntario/condiciones y circunstancias en que ocurren*, cuando estos aparecen, desde la noción de malestar psíquico (Burin, 1990; 2002) en tanto supera el pensamiento dicotómico sobre lo interno/externo, subjetivo/objetivo, individual/social y permite articular condiciones intrapsíquicas y sociopolíticas. Las condiciones de realización de los abortos —sociales, legales, políticas, históricas- adquieren tal centralidad que el contexto se hace texto tanto en

la experiencia como en los procesos de subjetivación de las mujeres, que enmarcan dichas vivencias concretas (Fernández, 2009; Carril Berro y López Gómez, 2008, 2010; Maroto Vargas, 2010; Pistani y Ceccato, 2014). A su vez, dichas condiciones se entraman de maneras únicas, particulares y amalgamadas con los caminos andados y desandados (previos y porvenir) por cada mujer.

En cuanto a los aspectos metodológicos, este estudio cualitativo microsociedad utilizó el método biográfico con historia de vidas temáticas y entrevistas en profundidad a partir de un diseño muestral que incluyó a mujeres mayores de 18 años que hubieran atravesado al menos una experiencia de aborto con medicamentos en dos provincias de la región de Cuyo (San Luis y Mendoza) a partir del año 2010 en adelante. Las primeras mujeres entrevistadas fueron referidas por agentes de salud del sector público, por integrantes de organizaciones feministas o a partir de mi propia práctica de activismo feminista. Posteriormente, un muestreo en bola de nieve se combinó con un muestreo selectivo de dos casos con intencionalidad confirmatoria para la categoría denominada “Presencia Psi”, emergente del primer análisis de las entrevistas realizadas. Dicha selección se basó en la posibilidad de que las mujeres aceptaran una segunda entrevista y pudieran ofrecer información profunda y detallada para aumentar la comprensión sobre este asunto específico.

Las entrevistas se realizaron en 2017, a partir de un guión basado en grandes tópicos sobre la experiencia de aborto con medicamentos y duraron entre 50 y 150 minutos. Fueron grabadas con consentimiento de las entrevistadas y luego de su transcripción se realizó una codificación inductiva y un análisis de contenido, centrado en los objetivos de la investigación utilizando como recurso de apoyo el programa AtlasTi.

Respecto a las entrevistadas que refirieron interacción con profesionales en Psicología, fueron mujeres mayormente heterosexuales –a excepción de una que se definió como queer-, de nacionalidad argentina y clase media, con edades comprendidas entre 21 y 40 años al momento de los abortos. Todas completaron estudios secundarios y contaban con algún recorrido en instituciones educativas universitarias. Los abortos narrados ocurrieron durante el primer trimestre de gestación y fueron voluntarios –no forzados por otras personas-. En cuanto al método, los abortos fueron farmacológicos, realizados en su domicilio o domicilio de una persona de confianza, en contexto urbano, sin supervisión médica. Ninguna de las entrevistadas registró necesidad de internación durante el proceso ni complicaciones que pudieran implicar riesgo físico para su salud.

En cuanto a la interacción con profesionales en Psicología, se encontraban sosteniendo un vínculo terapéutico profesional previo al aborto, a excepción de una entrevistada que solicitó la intervención de una psicóloga puntualmente por motivo de la

situación de embarazo no deseado/aborto voluntario. Las interacciones se registraron en momentos anteriores y posteriores al aborto. Cabe destacar que del total de entrevistadas, una mujer se encontraba en terapia psicológica al momento de realizar el aborto pero no otorgó relevancia a dicha interacción en relación con esta circunstancia específica y dos mujeres relataron haber contado y precisado acompañamiento psicológico en otros momentos de sus vidas, pero no necesitarlo en relación a esta situación concreta.

Las necesidades emocionales de las mujeres

Las necesidades emocionales detectadas en los relatos de las mujeres se entramaron directamente –aunque no exclusivamente– con las tensiones, conflictos y malestares psíquicos asociados a los obstáculos de la clandestinidad, a las condiciones socio-legales y al sufrimiento de violencias materiales y simbólicas ejercidas por diversos actores y/o dispositivos institucionales. También cobraron relevancia las tensiones producidas entre su voluntad de abortar y las representaciones de género (de Lauretis, 1996) y los afectos hegemónicos sobre embarazo, maternidad y aborto en relación con la feminidad. Además, al tratarse de abortos con método farmacológico que realizaron en domicilios particulares, se registraron temores ante el proceso corporal implicado en el aborto con medicamentos que ocurrió al margen de una seguridad legal e institucional que garantizara el derecho a la salud de estas mujeres.

Específicamente, algunas de las necesidades emocionales detectadas fueron: necesidad de información y orientación sobre cómo abortar con pastillas de manera segura, acompañamiento emocional frente a las adversidades impuestas por la clandestinidad y la criminalización, necesidad de ser escuchadas y poder expresarse sin recibir enjuiciamientos morales, de ser contenidas emocionalmente, de ser apoyadas en la construcción o reafirmación de una decisión acorde a sus deseos y necesidades, necesidad de problematizar, revisar y recrear algunas significaciones y sentidos previos que tensionaban y/o conflictuaban la decisión de abortar, necesidad de tramitar las violencias vividas en el marco de esta experiencia y los sentimientos asociados, necesidad de profundizar procesos de resignificación de la experiencia y de elaboración de la situación crítica que si bien comprendía la situación, en muchas oportunidades se extendía a otros aspectos de la propia trayectoria vital.

Las búsquedas en los espacios terapéuticos que realizaron las mujeres que abortaron no se dirigieron a abordar síntomas clínicamente significativos que denoten sentimientos de depresión, profunda tristeza, remordimientos, ya que estos no aparecieron. Tampoco necesitaron problematizar sentidos en torno al eje vida/muerte del embrión ni

experimentaron procesos de “duelo por el hijo perdido/abortado”, como sostienen las teorías sobre asociación causal entre aborto y trauma. Tal como señala Rostagnol (2016) “hay una madre cuando hay un hijo o una hija” (p. 126). Cuando las mujeres no asumen una condición relacional con el producto de la concepción ni dan entidad de persona al embrión no se sienten madres. En efecto, las mujeres de este estudio muestran que no basta el mero hecho de estar embarazada para humanizar al embrión ni para sentir el *resquebrajamiento del vínculo entre la madre y el no nacido* que señalan Speckhard y Rue (1992), ya que tal vínculo es inexistente.

Las entrevistadas tampoco reportaron culpa por sobrevivir al aborto ni remordimientos. En este sentido, es destacable que las mujeres expresaron un sentimiento de bienestar cuando se aseguraron de la interrupción del embarazo sin haber sufrido consecuencias físicas ni penales. A la vez que expresaron haber sentido alivio frente a la carga y la tensión que les supuso el embarazo no deseado. Otros sentimientos comunes registrados en la mayoría de las entrevistadas fueron “tranquilidad”, “liberación”, “alegría”, sentirse “contenta”, “relajada”, “liberada”, lo cual también se expresó en frases como “sentirme liviana”, “es como quedarte sin respiración y volver a respirar, muy aliviada”, “yo sentí como que me volvía a mi vida”. Esto permite, no solo vislumbrar los diversos matices de afectación de la salud psíquica por el embarazo no deseado o por la posibilidad de una continuación forzada, sino que también permite hacer foco en los procesos de recuperación del bienestar una vez interrumpido el embarazo, es decir, concretado el aborto (Santarelli, 2019b).

Todo lo expuesto anteriormente, permite delimitar una postura que se contrapone a aquellas teorizaciones que sostienen como necesaria la intervención psicológica o psiquiátrica profesional orientada a abordar indefectiblemente duelos y traumas, cuando de aborto se trata. Los resultados de mi investigación ponen en entredicho aquellas visiones simplistas, lineales, reduccionistas que sentencian un trauma post aborto per se y permiten problematizar la patologización de las situaciones de aborto y su asociación con problemas de salud mental. Nuestros resultados se contraponen a la esencialización de sentimientos de culpa, tristeza y demás “consecuencias” negativas en la salud mental de las mujeres asociada intrínseca y necesariamente a la práctica abortiva; esencialización que desconoce las condiciones y circunstancias en que esto acontece en la vida de las mujeres, a la vez que fomenta intervenciones iatrogénicas *psicologizantes* y patologizantes. (Fernández, 2009; Tajer, 2019)

Para finalizar este apartado, concluyo en que las experiencias de aborto voluntario con medicamentos de las mujeres de este estudio no necesitaron intervenciones

psicológicas por ser vividas como experiencias perturbadoras emocionalmente ni traumáticas. En la mayoría de los casos se conformaron como experiencias críticas que requirieron la movilización de recursos de las mujeres implicadas, lo cual se vio favorecido por el encuentro con determinadas intervenciones psicológicas que respetaron el deseo y la necesidad expresados, más allá del contexto legal y de los discursos hegemónicos de género que condenan y/o patologizan las prácticas abortivas.

A modo de reflexión final

La insistencia en la patologización del aborto desde los discursos psi puede llevar a actitudes profesionales que propicien la vinculación anticipadamente con mujeres patologizadas, esto es consideradas como traumatizadas, o a quienes se les suponga un estado de duelo o una relación filial sufriente con el producto de un embarazo que fue o será interrumpido. Por lo tanto, el resultado de esa intervención o de ese pedido de escucha solicitado por las mujeres puede devenir en un espacio cargado de hostilidad debido a la inoculación de sentidos sobre el embarazo no deseado/aborto voluntario que no se correspondan con las configuraciones emocionales y las experiencias de las propias mujeres. En definitiva, pueden devenir en el ejercicio de violencias iatrogénicas y signar negativamente los procesos de construcción de salud mental en relación con la experiencia. Pero es necesario reiterar una aclaración: los discursos patologizantes no conforman prácticas singulares y deliberadas de tal o cual profesional, sino que su poder performativo, el de producir los efectos que nombra, se hace posible al apelar a una serie de convenciones normativas de género a las que referencian y a las que encubren. Normativas de género que circulan al interior de las disciplinas y las habitan y que es necesario desmontar.

Frente a esta necesidad y responsabilidad ética y política, es necesario que generemos saberes desde y en el campo psi con perspectiva de género que logren disputar sentidos. Considero que un acercamiento al tema desde las experiencias y necesidades emocionales de mujeres que han recurrido a consultas con profesionales de la Psicología en el marco de la propia experiencia de embarazo no deseado/aborto voluntario clandestinizado permiten acercarnos a criterios orientadores de las prácticas profesionales. No a modo de recetas ni sentencias, sino criterios orientadores que sean dinámicos y sensibles a las realidades locales, que no se pretendan totalizantes, acabados ni ciegos antes las diferencias y particularidades que habitan y construyen las experiencias de las mujeres. Criterios que no aislen, descontextualicen ni despolitizen las problemáticas en

función de los presupuestos individualistas y reduccionistas que han estado vigentes en las corrientes dominantes de la Psicología.

En definitiva, criterios que pueden ser delimitados a partir de una escucha genuina de las necesidades y deseos planteados por las mujeres y de sus maneras de transitar los abortos, tanto para sostener intervenciones a favor de la vida y la salud integral de las mismas como para que la presencia profesional no se conviertan en una instancia más de ejercicio de violencias, en el marco de las hostilidades y violencias que las mujeres enfrentan al momento de decidir y atravesar un aborto criminalizado y/o estigmatizado desde las miradas hegemónicas.

Referencias

- Adler, N., David, H., Major, B., Roth, S., Russo, N. & Wyatt, G. (1992). Psychological factors in abortion: a review. *American Psychologist*, 47(10), 1194-1204. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.47.10.1194>
- Alfonso Rodríguez, A. C. (2002). La salud mental de las mujeres. Una propuesta para el debate. *La Ventana* (16), 36-55.
- American Psychological Association [APA], Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: Author. Recuperado de: <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>
- Angelino, M.A. (2014). Habitar y transformarse en el campo. Claves performativas. En *Mujeres intensamente habitadas. Ética del cuidado y discapacidad* (pp. 53-70). Entre Ríos, Argentina: Fundación La Hendidija.
- Berra, A. y De Lellis M. (s.f.) La mortalidad materna y los servicios de salud y justicia: un abordaje interdisciplinario e intersectorial. *Anuario de Investigaciones XXIII*, 212-217. Facultad de Psicología - UBA.
- Burin, M. (1990) *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. (2002) *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. -2 da ed.-. Buenos Aires: Librería de mujeres
- Butler, J. (2002). Introducción y Acerca del término “queer”. En *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. (p. 17-49) (p.313- 339). Buenos Aires: Paidós.
- Carril Berro, E. y López Gómez, A. (2008). *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Uruguay: Ediciones Trilce.
- Carril Berro, E. y López Gómez, A. (2010). Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud.

- Psicología, Conocimiento y Sociedad - Revista de la Facultad de Psicología*, (2), 1-36. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/40/187>
- Curley M. y Johnston, C. (2013). The Characteristics and Severity of Psychological Distress After Abortion Among University Students. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 40 (3) 279-93. doi: 10.1007/s11414-013-9328-0.
- De Lauretis, T. (1996 [1989]). La tecnología del género. *Mora*, (2), 6-34. Recuperado de: <http://www.caladona.org/grups/uploads/2012/01/teconologias-del-genero-teresa-de-lauretis.pdf>
- Fernández, A. M. (2009). Embarazos adolescentes. ¿Precocidades desventajosas? En *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias* (101-150). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Gomez Lavin, C. y Zapata García, R. (2012). El Síndrome Post-aborto. Congreso Mundial de las familias. Recuperado de: <http://congresomundial.es/wp-content/uploads/Carmen-GLCongreso-Mundial-de-las-Familias-El-s%C3%ADndrome-Postaborto-2.pdf>
- Gomez Lavin, C. y Zapata García, R. (2005). Diagnostic categorization of postabortion syndrome. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33 (4): 267-272. Recuperado de <http://www.bioetica-debat.org/contenidos/PDF/Postaborto.pdf>
- Haraway, D. (1995). Capítulo 7: Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. En *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza* (pp. 313-345). Madrid: Cátedra.
- López Gómez, A. (2015) El papel de las condiciones legales y sociales en las trayectorias y experiencias subjetivas de las mujeres frente al aborto inducido. En S. Ramos (comp.). *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia* (pp. 19-40). Buenos Aires: CEDES.
- López Martin, I., Rivas Jerez, A., Alférez Maldonado, A., Sanchez Salas, E., Doblado Pedrosa, A., Montes Galdeano, F. (2014) Síndrome post aborto. En P. Moreno Gea y J. Saiz Ruiz (Presidencia) *Interpsiquis*. XXV Congreso Virtual de Psiquiatría.com.
- Maroto Vargas, A. (2009). El trauma post-aborto: Un mito creado por los sectores conservadores. En: Colectiva por el Derecho a Decidir. *Interrupción Terapéutica del Embarazo: Aportes para la reflexión* (pp.137-159). San José: Colectiva por el Derecho a Decidir. Disponible en <http://www.redsaluddecidir.org/wp-content/uploads/Copia-de-Art%C3%ADculo-El-trauma-post-aborto.-Un-mito-creado-por-sectores-conservadores.pdf>

- Maroto Vargas, A. (2010). Al amparo de la noche: abortos clandestinos y salud mental. *Revista Costarricense de Psicología*, 29, (44), 65-75. Recuperado de <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/56/58>
- Napoli, M. (2016). *Las mujeres y lo público: algunas reflexiones sobre el concepto de vulnerabilidad en Judith Butler*. IX Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2016, Ensenada, Argentina. EN: Actas publicadas. Ensenada: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.9149/ev.9149.pdf
- Pantelides, E. y Mario, S. (2009). Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. En *Notas de población* (87), 95-120. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12842/np87095120_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pistani M.L. y Ceccato M. B. (2014). Práctica voluntaria del aborto e impacto subjetivo en mujeres. Representaciones, sentidos e imaginario en escenario de clandestinidad. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría XXV*, 363-369. Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex117.pdf>
- Rondón, M. (2009). *Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido*. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX).
- Rostagnol, S. (2016). *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*. Montevideo, Uruguay: CSIC, Universidad de la República Uruguay. Disponible en: <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/1248>
- Santarelli, N. (2019a). *En el borde y sostenidas...Experiencias de aborto farmacológico clandestino de mujeres en interacción con profesionales de Psicología* (Tesis de Máster). Universidad de Málaga, España.
- Santarelli, N. (2019b). *Consideraciones sobre la causal salud de interrupciones legales de embarazo en Argentina, a partir de la comprensión de experiencias emocionales de embarazos no deseados de mujeres*. Em Caderno do resumos de XXVII Jornadas de Jovens Investigadores da Associação de Universidades Grupo Montevideu (AUGM). Disponible em <https://fai1uploads.s3.amazonaws.com/1/others/1858dd721c63af160a80abc1064f0b99b8758d89.pdf>

- Speckhard, A.C. and Rue, V.M. (1992). Post Abortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern. *Journal of Social Issues* 48, 95-119. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1992.tb00899.x>
- Tajer, D. (2019). El aborto como problema de salud colectiva. En Fundación Soberanía Sanitaria (comp.). *Salud feminista. Soberanías de los cuerpos, poder y organización* (75-85). Buenos Aires: Tinta Limón ediciones.
- Velázquez, S. (2010). Sobrevivir a la violencia: los alcances de una crisis. En *Violencias cotidianas, violencias de género: escuchar, comprender, ayudar* (pp. 57-68). Buenos Aires: Paidós.

Agradecimientos

a todas y cada una de las mujeres que compartieron y confiaron sus experiencias. A Dra. Isabel Jiménez Lucena, Dra. Claudia Anzorena y Mag. Mariela Muñoz Rodríguez, por sus acompañamientos amorosos, pacientes y estimulantes en estos procesos de investigación.

Financiamiento

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) mediante Beca Doctoral y Asociación Universitaria Iberoamericana de Posgrado mediante Beca para cursar Másteres Universitarios en la Universidad de Málaga, convocatoria 2017-2018.