

# Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud

Alejandra López, Elina Carril  
Autor referente: alopez@psico.edu.uy

Facultad de Psicología. Universidad de la República.

## RESUMEN

El trabajo reúne los principales resultados de dos estudios terminados y avances de uno en curso, realizados en el marco de la línea de investigación sobre *Subjetividad y Aborto Voluntario*, que desarrolla la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR) en Uruguay. Su propósito es presentar de manera integrada los resultados obtenidos a través del análisis de los relatos de las mujeres que vivieron situaciones de aborto clandestino; los varones que fueron partícipes directos de la experiencia (progenitores, padres, hermanos, amigos) y de los profesionales

(médicos/as, enfermeras/os, parteras, psicólogos/as) que atienden mujeres con embarazos no deseados, abortos de riesgo y/o abortos incompletos en servicios de salud públicos y privados en el contexto de las respuestas institucionales del sector salud a esta problemática. Los estudios realizados basados en diseños cualitativos, ofrecen resultados muy interesantes para una mejor comprensión de la relación entre significados asociados al embarazo no deseado, al aborto voluntario, tipo de prácticas, implicación de los profesionales de la salud y los efectos en la subjetividad de las y los protagonistas directos e indirectos.

**Palabras clave:** Aborto voluntario; Subjetividad; Efectos de la penalización.

## ABSTRACT

Induced abortion and subjectivity is one of the research topics within the Reproductive Health, Sexuality and Gender Chair of the Faculty of Psychology of the University of the Republic of Uruguay. The main goal of this article is to present the principal findings of two studies and the preliminary results of another one. It includes a comprehensive analysis of the data recollected by deep interviews with women who lived clandestine abortion situations, men who were direct participants in the experience (couples, parents, friends) and health

care professionals (physicians, nurses, midwives, psychologists) that serve women with unwanted pregnancies, unsafe abortions and / or incomplete abortions in public and private health care services in the context of health sector responses to these problems. The studies were based on a qualitative designs and provides very interesting results for a better understanding of the relationship between meanings associated with unwanted pregnancy and abortion, the practices of health care providers and the effects on the subjectivity of direct and indirect actors.

**Key Words:** Abortion; Subjectivity; Effects of criminalization

## Introducción

El trabajo reúne resultados generados a partir de varios estudios realizados en el marco de la línea de investigación sobre *Subjetividad y Aborto Voluntario* que desarrolla la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR) en Uruguay<sup>1</sup>. Esta línea de investigación comenzó a ser desarrollada en el año 2004, a través de la implementación del proyecto “*Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de ilegalidad y penalización. Experiencia en mujeres uruguayas*” que fuera aprobado académicamente y apoyado financieramente por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la UDELAR. Este proyecto finalizó en el año 2006 y algunos de sus resultados fueron presentados y publicados a nivel nacional (autor, autor, 2008), regional e internacional. En el año 2006, se inició el proyecto “*Aborto voluntario: la perspectiva de los varones*”, el cual se desarrolló hasta fines de 2008, con el apoyo de CSIC. En este momento, dos publicaciones con los principales resultados están siendo preparadas. Ese mismo año, se inició el proyecto “Des-

*penalización del aborto en Uruguay. Enfoque interdisciplinario de una problemática compleja*” que nuclea a investigadores/as de la Cátedra y de otras cuatro facultades de la UDELAR (Facultad de Derecho, Facultad de Medicina, Facultad de Humanidades e Instituto de Ciencia Política / Facultad de Ciencias Sociales). Este proyecto aprobado por el Consejo Directivo Central de la UDELAR y realizado con recursos de CSIC, se encuentra en fase de preparación de la publicación. El proyecto *“Los servicios de salud frente al aborto provocado: la perspectiva de los y las profesionales”*, iniciado en abril 2009, completa esta serie de estudios que se han desarrollado o están en proceso de implementación en el marco de la mencionada línea de investigación.

Los estudios mencionados ofrecen resultados muy interesantes para una mejor comprensión de la relación entre significados asociados al embarazo no deseado, aborto voluntario, tipo de prácticas y sus efectos en la subjetividad de las y los protagonistas directos y el escenario donde la clandestinidad y la penalización lejos de ser un contexto, se instala como texto que determina las formas que es vivido y significado el acontecimiento de abortar.

Se propone presentar de manera integrada algunos de los resultados obtenidos a través del análisis de los relatos de las mujeres que vivieron situaciones de aborto clandestino, de los varones que fueron partícipes directos de la experiencia (progenitores, padres, hermanos, amigos) y de los profesionales (médicos/as, enfermeras/os, parteras, psicólogos/as) que atienden mujeres con abortos de riesgo o incompletos en servicios de salud públicos y privados, en el contexto de la ley que penaliza el aborto en Uruguay (Ley N ° 9763 de 1938) y de las respuestas institucionales del sector salud para prevenir el aborto inseguro.

## **Métodos**

Las investigaciones referidas tuvieron diseños de tipo exploratorio, descriptivo y analítico en base a metodologías cualitativas. Se utilizaron técnicas de entrevista en profundidad, grupos focales y análisis documental para la recolección de la información.

El estudio que focalizó la experiencia de las mujeres que vivieron abortos clandestinos, diseñó un muestreo intencional teórico que incluyó a mujeres de diferentes edades y niveles educativos residentes en Montevideo que vivieron estas situaciones no más allá de 15 años antes de ser entrevistadas. Se entrevistó un total de 28 mujeres. Por su parte, el estudio sobre varones y aborto voluntario, incluyó varones de distintos niveles educativos y tramos etareos (20 a 34 años, 35 a 59 años y 60 en más). Se realizaron siete grupos focales segmentados por nivel educativo y tramo etéreo (63 participantes) y se complementó con 15 entrevistas en profundidad a protagonistas directos de situaciones de aborto. Finalmente, el estudio sobre profesionales combina la realización de 44 entrevistas semi-dirigidas a profesionales de diferentes disciplinas (ginecología y obstetricia, enfermería, parteras y psicología) y años de ejercicio y 5 grupos focales según profesión que se desempeñan en servicios públicos y privados de salud. No se incluyó en la muestra a profesionales que realizan abortos en clínicas clandestinas sino aquellos que atienden a mujeres en situación de embarazo no deseado y/o aborto incompleto en los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Todas las sesiones fueron grabadas para su posterior desgravación, transcripción, codificación, sistematización y análisis. Las y los participantes de los estudios completaron fichas de datos sociodemográficos que fueron procesadas y todos/as aceptaron voluntariamente participar en los estudios, mediante consentimiento verbal.

Para la codificación de los grandes temas se procedió de manera deductiva, mientras que en la codificación fina que se realizó con las sucesivas lecturas del material, se procedió de manera inductiva. Se trató de identificar lo que se dice sin decir, los implícitos y supuestos (teóricos, ideológicos) que organizan el discurso de los/as participantes.

El marco teórico desde el cual se analizó el material se basó en herramientas teóricas de los Estudios de Género aplicados al campo de la salud sexual y reproductiva junto con aquellas que provienen del campo psicoanalítico para la comprensión de las subjetividades implicadas.

### **Principales resultados**

Durante mucho tiempo, los servicios de salud no incorporaron en sus modelos de atención, las situaciones de aborto. Si bien se asistía a mujeres con complicaciones post – aborto, las reacciones de los servicios y del personal a cargo, variaban notablemente en la medida que no existían normativas sanitarias que orientaran la práctica profesional. Prevalció el silencio y el ocultamiento impuesto por la ley 9763 la cual establece que el aborto es un delito siempre estableciendo eximentes y atenuantes de la pena ante determinadas causales<sup>ii</sup>. En la medida que esta ley nunca fue reglamentada, los servicios de salud y sus profesionales, no han tenido indicaciones de cómo proceder frente a estas situaciones y el tipo de atención y trato a las mujeres han quedado sujetos a la actitud individual del personal asistente.

A partir del año 2001, el debate social y político adquiere mayor densidad y visibilidad en el país. El inicio de un nuevo debate parlamentario junto con el incremento de la mortalidad materna por aborto inseguro en el año 2002, constituyéndose en ese año en la principal causa independiente de mortalidad materna (Briozzo, 2003; Abracinskas, López, 2004), impactó en los servicios de salud. La aprobación por parte

del Ministerio de Salud Pública de la Ordenanza N ° 369 (*Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*, MSP 2004), marcó un punto de inflexión en el involucramiento de los servicios de salud.

La existencia de esta normativa debería marcar una diferencia sustantiva en el abordaje de los servicios de salud, en la medida que esta norma reconoce el derecho de toda mujer en situación de embarazo no deseado a acceder a información y orientación sobre las alternativas que dispone para poder tomar la decisión que entienda mejor a sus circunstancias, así como atención integral y de calidad (incluyendo apoyo psicológico y orientación anticonceptiva) a mujeres en situación de post aborto inmediato. 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 e incluso por los profesionales que se desempeñan en los servicios de salud. En el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), la normativa se puso en marcha en 2004 e implicó el inicio de un proceso de cambio en la relación servicio de salud – mujer en situación de embarazo no deseado / prevención de aborto inseguro, pero aún no es suficiente. Como lo indican los estudios disponibles, la gran mayoría de los efectores públicos no la han incorporado aún en sus prestaciones. La situación de los efectores privados no es diferente. Es más, la información disponible indica que el sub-sector privado está aún más lejos de la posibilidad de su implementación (Observatorio de Género y Salud Sexual y Reproductiva / MYSU, 2008, 2009). A nivel oficial, no se dispone de evaluaciones sobre los resultados de la implementación de la normativa sanitaria, así como tampoco sobre los factores y las barreras que generan su no operativización plena en los servicios de salud<sup>iii</sup>.

A su vez, la no reglamentación de la ley vigente deja a los servicios de salud y sus profesionales en una situación poco clara respecto al lugar que deben cumplir, más allá de la implementación de la normativa sanitaria mencionada. Por su parte, esta situación genera que la gran mayoría de los abortos se realicen en la clandestinidad con el impacto que esto tiene en la salud, la subjetividad, la calidad de vida y la vida de las mujeres.

En el año 2006, el MSP transformó mediante el decreto N ° 890 el Comando de Lucha contra el aborto criminal (creado por resolución ministerial en 1991) en la *Comisión para la interrupción de la gestación*. El decreto establece su integración pero no sus cometidos ni su marco de intervención. Desde su creación, esta Comisión recibió aproximadamente 350 expedientes sobre la realización de abortos institucionales (dentro de las causales eximentes o atenuantes que fija la ley), en su amplísima mayoría referidos a situaciones de riesgo de vida y salud de la mujer. Este mecanismo institucional no tiene competencia para autorizar la realización de abortos sino de estudiar técnicamente la situación y avalar (o no) la sugerencia del médico tratante y su institución de asistencia, que informa sobre la situación a la comisión. En un país donde se han estimado mediante procedimientos estadísticamente confiables, unos 33.000 abortos por año<sup>iv</sup> (Sanseviero et al, 2003), el número de consultas que recibe esta comisión es claramente ínfima con relación a la incidencia de la práctica, la cual en su amplísima mayoría transita por el circuito clandestino.

La situación de los servicios de salud frente al aborto inducido se podría analizar considerando dos escenarios. Por un lado, en la actualidad los servicios de salud y sus profesionales tienen una normativa sanitaria vigente que les permitiría un margen de intervención en el marco de la ley que rige en el país (antes y después del aborto: atención pre y post aborto). Al mismo tiempo, los márgenes para realizar abortos institucionales son mínimos y poco claros. Por otro lado, un nuevo escenario podría

establecerse si se cambiara el marco legal vigente mediante una ley que despenalice el aborto con las características de la aprobada en noviembre de 2008 por el Parlamento Nacional y que fuera vetada por el Presidente de la República en sus capítulos específicos sobre despenalización y legalización de la práctica. Este proyecto de ley incorporaba en su articulado, el derecho de toda mujer a interrumpir voluntariamente un embarazo hasta las 12 semanas de gestación o luego de este plazo, en los casos de riesgo de vida y salud de la mujer y de malformación fetal incompatible con la vida extrauterina. El proyecto establecía que todo servicio de salud público o privado debe ofrecer esta prestación e incluía la posibilidad de la objeción de conciencia para los profesionales que oportunamente lo manifestaran. La ley finalmente promulgado por el Poder Ejecutivo en Ley de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y reproductiva, incluye una serie de definiciones sobre distintos componentes de la salud sexual y reproductiva y las garantías para su acceso en los servicios de salud, incluidas en normativas y guías clínicas del Ministerio de Salud Pública, incluida la ordenanza 369, pero no incluye ninguna forma de despenalización del aborto (ley 18.426 de 2/12/2008) (López Gómez, Abracinskas 2009).

En uno u otro escenario, los servicios de salud y sus profesionales tienen un rol a cumplir para garantizar la atención en salud reproductiva de las mujeres que enfrentan un embarazo no deseado y deben tomar una decisión, de aquellas que llegan al servicio con un aborto incompleto o de quienes en su trayectoria reproductiva han vivido la experiencia del aborto voluntario y/o inducido.

A partir de los hallazgos de las investigaciones mencionadas, este trabajo se propone reflexionar sobre algunas de las dimensiones subjetivas presentes en el proceso de aborto voluntario en un contexto de ilegalidad de la práctica. El escenario de la clandestinidad y la penalización lejos de ser un contexto, se instala como texto que determina las formas como se vive y significa el acontecimiento de abortar. La



subjetividad implicada en el aborto, ha sido escasamente explorada en un medio como el uruguayo donde la práctica está legalmente restringida y que opera a través de circuitos clandestinos. Los estudios se han centrado fundamentalmente en los aspectos médicos y sociales del aborto inseguro y su impacto en términos de inequidad. Las consecuencias de este vacío deja opaca y relegada a los márgenes las voces de las mujeres que, secreta y privadamente, deben procesar la experiencia. Tampoco los varones han sido objeto de la indagación en tanto actores a veces presentes, muchas veces ausentes pero siempre co responsables del embarazo no deseado/no intencional que concluye en un aborto. En el proceso de interrupción de un embarazo, los hombres en tanto sujetos que se reproducen, ocupan un papel secundario, lo que ha llevado a que su voz y opiniones no hayan sido tomadas en cuenta para estudiar las experiencias reproductivas de la población, cuando éstas se centran en historias de embarazos, anticoncepción, salud materna o crianza de los hijos. Como sostiene Figueroa: *“la identificación de sus características y comportamientos sirve básicamente para delimitar influencias sobre la reproducción de las mujeres y para la estratificación económica de las poblaciones en las cuales se desarrollan los análisis respectivos.”* (2000: 60).

El aborto por su parte, dispara en los profesionales de la salud, reacciones emocionales enmascaradas en argumentos científicos y/ o de ética y sujeción al juramento hipocrático. Estos argumentos, sin embargo, son portadores de significaciones acerca de la maternidad, la subjetividad femenina, la sexualidad, las relaciones de poder entre los géneros y sobre las relaciones de poder que configuran la relación sanitaria. Estas significaciones inciden sobre sus prácticas, sobre los modos de abordaje que luego recursivamente van produciendo subjetividad en las mujeres usuarias.

A pesar que el intenso debate social y político que el país vive hace por lo menos 15 años en torno a la despenalización del aborto y que las acciones del sector salud - que buscan disminuir los riesgos del aborto inseguro - han logrado permear y sensibilizar al personal de salud y en especial a ginecólogos/as, el aborto voluntario sigue siendo un asunto que incomoda y descoloca a los profesionales, según los resultados preliminares que disponemos.

En la problemática del aborto se articulan y entretajan dimensiones muy diversas: la salud pública, las problemáticas sociales y económicas, las posiciones filosóficas y religiosas, los derechos reproductivos de las mujeres, el involucramiento o ausencia de los varones y la subjetividad de las/os protagonistas, por lo menos. Cuando se considera el aborto inseguro como un problema de salud pública pocas veces se repara en el impacto que tiene esta práctica en la subjetividad producto de su realización en contextos de ilegalidad y clandestinidad. Estas marcas que deja la experiencia del aborto clandestino y del aborto inseguro han sido escasamente exploradas.

Los resultados que se presentan en este artículo se articulan en dos dimensiones que pretenden colocar en foco de análisis el impacto del proceso de abortar en las subjetividades de sus protagonistas directos: mujeres, varones y profesionales de la salud.

### **a) Reacciones emocionales frente al embarazo no esperado**

El imaginario social en nuestra cultura ha soldado el ser mujer con la maternidad a partir de la capacidad reproductiva de las mujeres. El embarazo y la posibilidad cierta de ser madre, se significa como un acontecimiento que automáticamente genera sentimientos de alegría, gozo y plenitud. La aptitud biológica para la procreación, se constituye en el argumento que le ha dado sentido a las estrategias de dominación que, a través de complejas operaciones simbólicas y materiales, culminan en el enunciado “toda mujer, por el hecho de serlo, deseará ser madre”. (autor, autor, 2008) Este enunciado ha operado en la subjetividad femenina con la fuerza de una ley natural y de un gran poder reductor y homogeneizante (Tubert, 1996). Por un lado, todos los deseos de las mujeres - de la índole que sean- son sustituidos (o relegados) por el deseo de hijo; por el otro, todas las mujeres tendrían una misma identidad creada por la maternidad (Amorín, Carril, Varela, 2006).

Pero la realidad indica que no todos los embarazos están siempre acompañados del deseo de tener un hijo, ni todas las mujeres reciben la noticia de la misma manera o reaccionan emocionalmente de acuerdo a lo socialmente esperado. Para muchas mujeres un embarazo no es sinónimo de deseo de hijo, sino todo lo contrario. El momento supuestamente pleno, se transforma en una situación crítica que obliga a tomar una decisión en un plazo acotado. Sorpresa, estupor, indignación y miedo son las reacciones más frecuentes frente a un embarazo no esperado y que no se desea continuar. Estas reacciones 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 muchas veces queda sin comprensión cómo se llegó a estar en esa situación. Las mujeres no pueden dar sentido a un embarazo que no buscaron y que no quieren continuar. Es así que el embarazo irrumpe en sus existencias cotidianas subvirtiendo su continuidad actual, generando montos de ansiedad muy grandes y

desorganizando el proceso normal de pensamiento. Estos embarazos imprevistos, hacen a las mujeres un jaque mate a su omnipotencia, a la certeza en sus previsiones y a la fantasía de controlar el cuerpo. Es por eso que a través de las reacciones, se confirma que la soldadura embarazo - deseo de hijo, no es siempre espontánea, automática y natural:

*(...) 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...' porque lo mío, era un poco extremista lo mío ¿no? era sacármelo o morirme, porque otra cosa no había, no me veía... (Paulina, 25, nivel educativo medio)*

Las mujeres pusieron de manifiesto lo que piensan y sienten acerca de la maternidad, de qué significaciones sociales se hacen eco y cómo perciben las prácticas maternas. Los significados difieren según se trate de mujeres con nivel educativo alto, medio o bajo. Las primeras, con mayor grado de autonomía (emocional y económica) y con mayores posibilidades de desarrollo personal, no suelen vivir 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 al ser madre como único eje, sino que el acceso a otras prácticas gratificantes, les permitió construir subjetividades menos atadas a patrones tradicionales de género. Estas mujeres parecerían haber tenido mayores oportunidades de diseñar y elegir sus proyectos de vida, lo cual les han permitido vivir experiencias diversas - que muchas veces se sienten como opuestas al ejercicio de la maternidad -. Por su parte, las mujeres con niveles educativos bajos son más permeables a los estereotipos de género y tienden a vivir la maternidad como destino, como acto natural insoslayable, como sacrificio

personal. En estos casos un embarazo no esperado que no se desea continuar genera niveles de angustia y de contradicción importantes y la decisión de abortar se torna ambivalente y a veces, frustrante.

*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 (Melina, 35, nivel educativo bajo).*

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 cual se tradujo luego en un intenso malestar subjetivo.

*No estaba totalmente segura, es más, estuve en duda hasta el último momento, hasta que estaba en la camilla. Era confuso, estaba angustiada. No sabía si practicar el aborto o no, fue una indecisión hasta último momento. Una parte de mí quería practicarse el aborto. Es que son reacciones encontradas, porque una siente que está bajo una presión terrible, una inseguridad terrible. No quería ese embarazo. Sentí muchas reacciones, diferentes sensaciones, sentimientos [...] (Alma, 41, Nivel educativo alto).*

Las mujeres se enfrentaron a la posibilidad de una maternidad no deseada (o contradictoria), en su dimensión simbólica, cultural y social. Lo hicieron a partir de sus vivencias, sus experiencias vitales y momento de vida, su grado de autonomía y los sentidos y representaciones que tenía la maternidad para ellas. Los significados asociados al aborto no pueden desligarse de aquellos vinculados a la maternidad así como al contexto legal y social en el cual éste tiene lugar.

Un embarazo no esperado en la vida de los varones, los enfrenta a la posibilidad de una paternidad no buscada y en ocasiones, rechazada. Las reacciones frente a un embarazo no intencional, se indagaron con aquellos varones que habían vivido directamente la experiencia de un aborto. Las respuestas muestran que el tipo de impacto emocional estuvo directamente relacionado a la edad que tenían en ese momento, a sus circunstancias de vida y/o al tipo de relación que mantenían con las mujeres. En el marco de una relación conyugal y con hijos, este tipo de embarazos parecería no tener el impacto dramático que sí ocasionó en aquellos que no estaban casados o no tenían una relación estable. Pero la condición específica del varón de no tener la capacidad biológica para que el embarazo ocurra en su propio cuerpo, determina en algunos la percepción de que los embarazos no deseados ocurren al margen de su responsabilidad. En este sentido el significado de responsabilidad no parece ser unívoco<sup>v</sup>. Aún manifestando la importancia de la regulación de la fecundidad a través del uso de métodos anticonceptivos, se produce un deslizamiento de la responsabilidad última en las mujeres, que *“no se cuidan”* o *“que son taradas porque las pastillas en el Pereyra Rosell, te las regalan”* y no evitan embarazos no deseados.

Por su parte, los profesionales también expresaron reacciones emocionales contradictorias frente a una mujer en situación de embarazo no deseado: empatía, enojo, censura, fueron algunas de ellas. De acuerdo al relato las mujeres algunos las trataron con respeto, lo cual generó alivio y tranquilidad. En otros primó la censura y la condena promoviendo el surgimiento de sentimientos de culpa y malestar emocional en las mujeres.

La expresión reiterada “*Te felicito, ¡estás embarazada!*”, por parte de los profesionales frente a la constatación de un embarazo ¿da cuenta de lo impensable que puede resultar incluir el no deseo de hijo como posibilidad? La naturalizada ecuación embarazo = felicidad = felicitación ¿debe entenderse como un “punto ciego” (un impensado) en la práctica profesional de la salud? En estas situaciones ¿cómo resuenan en la subjetividad de los profesionales, en sus elecciones e historias de vida, las de sus pacientes? ¿Qué hacen (subjetivamente hablando) con lo que les devuelve la realidad de sus pacientes? Algunas de estas interrogantes parecen contestarse a través de las palabras de uno de los médicos entrevistados:

*A mi me ha pasado que el embarazo, en una mujer que no está preparada y que no pensó en la maternidad, es como que te cayera un bloque encima. Y esa es una condicionante que lleva a la mujer a decir que no lo quiere. Tienen un nivel económico sin problemas, desarrollos profesionales, un hogar y pareja constituidos y te preguntás, "¿porqué rechazan la maternidad?, ¿no?" Pienso que tiene que existir una policlínica que se aborde esta situación y que se dialogue con la mujer. Creo, para mí, que es importante que la mujer exprese cuáles son los temores, cuáles son las causales que la llevan a interrupción de la vida. Porque en mi experiencia personal, como te dije antes, muchas de esas cosas, en el diálogo, se desarticulan.*

Ello podría ayudar a comprender por qué rara vez se les pregunta a las mujeres cómo se sienten, cómo se produjo el embarazo, si fue buscado, si intervino el azar o si fue consecuencia de una situación de violencia. Habitualmente, el origen del embarazo queda silenciado, salvo que sean las propias mujeres quienes lo pongan en palabras. No es menor el dato sobre el origen. De ello dependerá, en buena medida, el posicionamiento subjetivo frente al embarazo y la futura maternidad en esa mujer concreta.

De acuerdo a los profesionales entrevistados, lo “esperable” es que la mujer reaccione positivamente ante la constatación del embarazo. Esta percepción es más frecuente en los ginecólogos, (varones) que en las otras profesiones. El rechazo o la ambivalencia frente al mismo, descoloca al profesional. Lo pone delante de una situación que no desearía enfrentar en su práctica. Son habitualmente las profesionales mujeres y en particular, las profesionales de enfermería quienes reportan una mayor capacidad emocional para establecer empatía y rapport con estas situaciones lo cual favorece sus posibilidades de *“ponerse en el lugar de la mujer”*. Esta actitud es especialmente observable en aquellas mujeres profesionales que experimentaron en sus propias vidas, la decisión de abortar.

El imperativo sexual para las mujeres, la penalización del aborto como reflejo del mismo y la práctica clandestina del aborto voluntario como expresión de desacato, operan no sólo en la subjetividad de las mujeres sino también en los profesionales que las asisten. Cuando una mujer llega a un servicio de salud con un aborto incompleto o con un aborto con complicaciones, la atención que reciben - en la medida que no existen claras indicaciones desde el servicio de salud - depende del profesional actuante. Someterlas a esperas innecesarias, ubicarlas en salas junto con mujeres recién paridas o el rezongo, son prácticas que reportaron las mujeres entrevistadas. Por ejemplo, el uso del legrado sin anestesia como método evacuador es otro indicador del maltrato institucional.

La distancia interpuesta por los profesionales ante el dolor físico y subjetivo que puede sentir una mujer luego de haber utilizado misoprostol ilustra lo difícil que puede resultarle a los profesionales colocarse en el lugar del otro. Las vivencias en el cuerpo



que produce el aborto con medicamento, no necesariamente coinciden con lo que se supone se debe sentir, desde el punto de vista médico. Es que el cuerpo biológico es una cosa y el cuerpo subjetivo es otra; si bien están inter-vinculados, remiten a dimensiones diferentes y necesariamente distinguibles. El cuerpo es una unidad compleja, integral y multidimensional. Se produce en el escenario de relaciones sociales, culturales, políticas y afectivas en un tiempo histórico, a partir de la materia basal que constituye el organismo. Por ello, no se puede pensar ni sentir el cuerpo de forma aislada, sin relacionarlo con estas condiciones y las trayectorias biográficas que determinan el devenir de cada sujeto. En el espacio corporal, se encuentra grabada la historia personal y social, las marcas de los estereotipos, mandatos y normativas sociales que acompañan las socializaciones de género y de clase. Esto determina, en buena medida, las diferentes vivencias y experiencias de las mujeres que han usado misoprostol para interrumpir un embarazo. Los profesionales parecerían disociar ese cuerpo biológico del cuerpo subjetivo cuando se enfrentan al dolor que relatan las mujeres.

Otro ejemplo de lo que genera en los profesionales la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado se puede observar en la manera cómo proceden ante la indicación de ecografía como parte de la atención<sup>vi</sup>. Este estudio puede estar médicamente justificado pero puede ser emocionalmente contraproducente para la mujer. Algunos ecografistas van mostrando el embrión a través del monitor y las mujeres se esfuerzan en disimular sus sentimientos. Como expresó una mujer entrevistada: *“yo miraba para otro lado, pero él insistía y me mostraba, yo trataba de hacerle así (alude a que asentía con la cabeza) porque ¿qué le voy a poner? ¿Cara de qué? Trataba de disimular.”*

Este tipo de reacciones permiten identificar algunas de las barreras de tipo

institucional, socio-cultural y subjetivo-ideológico que operan inhibiendo la implementación de la Ordenanza N ° 369 para la inclusión de prestaciones de asesoramiento y apoyo a mujeres en situación de embarazo no deseado. Estas mismas barreras funcionan como obstáculos para la transformación del modelo materno infantil y la inclusión de los derechos reproductivos en distintos componentes de la atención a la salud de las mujeres.

### **b) Significados sobre el aborto voluntario**

Podemos afirmar que la experiencia del aborto no resulta ni indiferente ni ajena y es una experiencia vivida de manera significativa en la vida de las mujeres, en la de los hombres y en los profesionales de la salud implicados en la atención de las mujeres.

Se identificaron un conjunto de significaciones asociadas al aborto: a) asesinato y acto de desamor/un acto antinatural; b) mal necesario producto del descuido y la irresponsabilidad y c) como acto de libertad y un derecho.

La representación del aborto como un asesinato, proviene fundamentalmente de quienes se identifican con y/o practican alguna religión. Las mujeres que así lo vivieron son aquellas que reportaron un mayor sufrimiento psíquico durante el proceso de decisión y posteriormente al aborto. Son las mujeres que se autorreprocharon por la decisión tomada, que se sintieron culpables y “malas mujeres”. Los sentimientos de culpa no tienen una única génesis, sino que son producto de diferentes y complejos procesos subjetivos. En algunos casos, expresión de un conflicto entre el (los) deseo(s) y el mandato prohibidor, en otros la convicción de estar transgrediendo un ideal o una norma. 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 cultura en la que se constituyen como sujetos. En algunas mujeres, especialmente con nivel educativo bajo, se pudo observar nítidamente el conflicto entre las creencias religiosas y la decisión de no tener otro hijo, mostrando en forma descarnada la lucha interna entre intereses contrapuestos. Fueron ellas quienes parecieron ser más permeables al discurso hegemónico de la Iglesia Católica que condena al aborto al considerarlo un atentado a la vida, un asesinato, un pecado merecedor de castigo. Al significar al embrión como un niño y al aborto como un asesinato, estas mujeres construyen una representación destructiva de sí mismas, incapaz de satisfacer los ideales de bondad, de abnegación y cuidados que se supone una madre debe cumplir.

*Me siento dolida, porque hice eso que no se debería haber hecho. 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, ya con tres meses, tal vez estaba obsesionada, yo quiero mucho a mis hijos, ay! A los 16 fui madre por primera vez.(Josefina, 35, NEB).*

*Después que lo hice le pedí a Dios que perdonara todo lo que había hecho, haberme sacado, haberme hecho el aborto. 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).*

Este significado fue también expresado por algunos varones, basando sus fundamentos en concepciones religiosas, a partir de normativas jurídicas vigentes o de cuestiones filosóficas sobre la vida.

*No, no es de nadie, es una vida independiente. No es parte del cuerpo de la mujer (...) la mujer es un depósito nada más. Esa vida no le pertenece (...) Un bebé no es parte del cuerpo de una mujer. Digamos que la mujer es una cuna donde el niño se está incubando. (GF, NEM, 35 a 59 años)*

El derecho a la vida como derecho humano básico tiene un papel preponderante en todas las discusiones sobre el aborto. Quienes se apoyan en esta concepción defienden el derecho a la vida de los no nacidos, de “los sin voz” y argumentan que tal derecho es inviolable aún cuando se ponga en riesgo la vida de la mujer. Se reflejan en estas posturas conceptos religiosos sobre el alma humana y sobre la maternidad como destino natural y divino para las mujeres. Así se expresó uno de los participantes:

*Considero que el aborto es matar a un ser y desde esa perspectiva entiendo que no se debería hacer (...) Creo que el embrión es vida, creo que tiene derechos, creo que ese embrión no puede expresarse y creo que hay que tenerlo en cuenta. (GF, NEA, 35 a 59 años)*

El aborto como un acto de desamor (de la madre) reafirma la ecuación mujer = madre ya que éste desnuda que no toda mujer “naturalmente” desea ser madre, o que la maternidad sea el destino ineludible del ser mujer. El hecho de que el aborto ocurre en el cuerpo de las mujeres, es vivido por los varones con sentimientos de extrañeza. En algunos, se generaron culpa e impotencia que les permitieron en algunos casos, desarrollar capacidades empáticas o solidarias hacia las mujeres y en otros racionalizar la experiencia. La percepción que tienen los varones, es que la práctica de un aborto acarrea siempre y en todas las circunstancias consecuencias psicológicas en las mujeres. Algunos, se apoyaron en estudios que afirman la existencia de secuelas psicológicas, otros refirieron algunos casos de su entorno, pero la mayoría construyó su opinión basados en primer lugar en la convicción del peso del cuerpo (el cuerpo de la reproducción) en la subjetividad femenina, luego en creencias y supuestos en cuya base está la representación social del aborto como un evento

negativo en la vida de las mujeres que contraviene la tendencia innata a querer ser madres.

El aborto significado como un acto de desamor va ligado a considerarlo como un acto antinatural, que contraviene lo esperado y lo "lógico": todas las personas desean formar una familia y tener hijos. La paradoja de estos discursos es que muchas veces la realidad de las prácticas de los varones respecto a las responsabilidades y deberes hacia la paternidad los contradice, asemejándose entonces más a enunciados ideales que a conductas reales.

*Somos hijos, crecemos, formamos una familia y querés tener hijos. Eso es algo lógico en la vida. Primero sos hijo y después sos padre. No entiendo por qué quitarle la vida a un ser propio. (Marcos, NEB, 28 años)*

En el caso de los profesionales entrevistados hasta ahora, la representación del aborto como asesinato no es significativa al momento actual del trabajo de campo. Pero sí es considerado como una práctica necesaria que debe ser tolerada en algunas circunstancias y buscan justificaciones "objetivas" para su aceptación: pobreza, multiparidad, riesgo de vida de la mujer, violación. El sustento de estas justificaciones es que el aborto es una práctica considerada moralmente no aceptable ya que se asocia a actos de descuido e irresponsabilidad de las mujeres.

Esta posición se sostiene en el modelo paternalista mantenido, tradicionalmente, en la relación médico-paciente y que se expresa también, con los otros profesionales de la salud (enfermeras/os, parteras, psicólogos). Este modelo se traduce en el establecimiento de relaciones desiguales de poder en las interacciones con las pacientes, cuando ambas partes se encuentran (Erviti, Castro, Sosa Sánchez, 2006). Algunos autores han demostrado que en las interacciones cotidianas que se

establecen entre los prestadores de servicios y las usuarias, las conductas de los profesionales de la salud, están mediadas por procesos de etiquetación que se hacen de las pacientes, en función de ciertos atributos individuales, estereotipos e imágenes sociales y de género. (Roth, 1986; Ellison, 2003; Waitzkin, 1991. Citados en Erviti, Castro, Sosa Sánchez, 2006). Esta representación de las mujeres fue también evidenciada en el estudio realizado con varones.

El aborto como acto de libertad de las personas a decidir sobre sus vidas y sus cuerpos fue evidenciado en el relato de las mujeres y también en algunos varones de distintas edades y niveles educativos. Son estos varones quienes se afilian a la concepción de que la resolución del conflicto que implica un embarazo no deseado, es de resorte exclusivo de la mujer y/o de la pareja y que las sociedades y los Estados deben garantizar y respetar ese derecho. Al colocar a la mujer en tanto sujeto de derechos en el centro de la escena, estos significados cuestionan que sean otros - "intermediarios de la verdad" (jueces, médicos, religiosos, familias) - quienes tengan el poder y las potestades de definir si ese aborto es aceptable o no aceptable. Esta concepción del aborto como un acto de libertad podría denominarse como contracultural, en el sentido de contravenir las representaciones sociales dominantes.

*Este es un tema, me parece a mí, ideológico y cultural. Y ese es el tema, para mí tiene que discutirse en ese lugar, porque si no vienen los intermediarios de la verdad y los intermediarios de "lo correcto", para mí se tiene que discutir en el plano de lo ideológico. Y acá, escuchando, me doy cuenta de la complejidad que tienen estos temas, porque yo que digo que estoy a favor de la libertad me pueden decir: "¿a favor de la libertad de la madre, del padre, de la libertad del suegro?" (...) Acá se involucran un montón de cosas, porque se involucra una vida posible, la madre, el padre esté o no esté, se involucra el entorno, los hermanos de la madre, al tía... acá hay una barra bárbara, involucrada en el tema el aborto. Es un tema claramente social, porque acá también podríamos decir "que venga y hable el que tiene algún aborto pendiente y que diga si..." Todos tenemos algún hijo, alguna hija, algún hermano, en la vuelta, en fin... En principio eso, por*

*encima de todo está la libertad, porque para mi es la regla y es un tema de discusión ideológica, humana y social, básicamente. Mi base sería que yo estoy a favor de la libertad, eso es lo que yo tengo claro. Todo lo que esté a favor de la libertad estaré a favor y todo lo que esté en contra, estaré en contra. (NEM, 35 a 59 años)*

La representación del aborto como un acto de libertad y derecho de las mujeres, fue transmitida de diversas maneras por distintos protagonistas. Las mujeres con mayor empoderamiento y conciencia de su condición de género fueron quienes lo manifestaron con claridad y para ellas, la decisión estuvo acompañada predominantemente por sentimientos de alivio. Se pudo observar que a mayor convicción en la decisión, mayor fue la presencia de este sentimiento.

*Yo estaba muy firme en la decisión. Tengo dos hijos, cuando quise tener, los tuve. No me sentí culpable. Fue la mejor decisión y nunca me arrepentí de ello (Fabiana, 41, NEA).*

*La primer sensación fue de alivio. No me siento culpable por eso tampoco. No tuve un dolor muy fuerte. Sentí que el duelo lo había hecho antes. Cuando ví que había expulsado y que evidentemente había salido todo, fue una sensación de alivio, porque realmente no lo quería tener. Yo quería terminar con esa situación. Por poder volver a mi vida, porque en esos quince días yo sentí que estaba en una realidad paralela, que el mundo funcionaba en un tiempo y yo iba en otro (Valeria, 20, NEM).*

En las entrevistas realizadas a distintos protagonistas, se pudo observar una tensión filosófica y ética entre la defensa del derecho de la mujer y los derechos del feto con un correlato respecto a las posturas sobre el marco legal. Quienes sostuvieron que hay otra persona en juego en ese dilema ético, se apoyaron más en la concepción del aborto como un asesinato que debe ser castigado penalmente. Sin embargo, aún en aquellos que consideraron que se es persona desde el momento de la concepción, se observan posturas flexibles respecto a la necesidad de adecuar el marco legal que

penaliza el aborto. Son quienes sostienen que el aborto puede “tolerarse” en determinadas circunstancias. Pero, en general, independientemente de los significados asociados al aborto, las opiniones son ampliamente favorables a la despenalización, en los distintos tramos etáreos e incluso en los diferentes niveles educativos. La experiencia personal parece ser un marcador de la opinión de sobre la (des) penalización. Esta tiene un impacto subjetivo que condiciona la opinión sobre el marco legal, tanto conformando posturas a favor o en contra de la despenalización. Las mujeres que vivieron la experiencia del aborto voluntario, salvo excepciones, acuerdan con la necesidad de cambiar la ley que rige en el país. Lo mismo sucede con los varones que han estado directamente implicados. Los varones con niveles educativos bajos son los más proclives a condenar penalmente la práctica del aborto. La información es consistente con los datos que han aportado las distintas encuestas de opinión pública disponibles en el país (Bottinelli, 2010). Por su parte, los profesionales tienden a tener posturas flexibles sobre la necesidad de despenalizar el aborto si bien no todos estarían dispuestos a asistir a mujeres en estas situaciones en sus prácticas profesionales.

Hay consenso, independientemente de las posturas respecto al cambio legal, de la necesidad de desarrollar políticas y programas que promuevan la educación sexual y que prevengan el embarazo no deseado. Esta posición refleja la idea de que las personas son seres con plena conciencia de los actos y que el acceso a información y a métodos anticonceptivos sería la mejor (¿única?) estrategia para erradicar el aborto. Se desconoce que la condición humana es contradictoria y ambivalente.

### **Discusión y conclusiones**

Las recientes revisiones sistemáticas realizadas por Brenda Major y colaboradoras/es ofrecen sólidas reflexiones sobre la vinculación entre aborto y salud mental (Major *et*



*al.*, 2009), que actualizan el reporte realizado por la American Psychological Association (APA) Task Force on Mental Health and Abortion (TFMHA), realizadas en 2008 (APA, 2008). Algunas investigaciones indican que, cuando las mujeres pueden hacer las elecciones informadas y basadas en sus propios valores (Stotland, 2003), los resultados positivos son muy probables. La mayoría de los estudios rechazan la existencia de efectos traumáticos o la presencia de un síndrome traumático post aborto (SPTA) (Knowles, 2007; Fielding y Schaff, 2004; Amuschástegui, 2005).

Refieren asimismo que la realización de un aborto voluntario no es 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. Las que sostienen que el aborto es causante de complicaciones psicológicas severas, señalan que éstas pueden estar asociadas a la existencia de factores predisponentes, lo cual implicaría la importancia de determinar su presencia previo a la realización de un aborto (Reardon, 2003 y 2006).

Los estudios señalan factores de riesgo que podrían favorecer la emergencia de trastornos psicológicos en el post aborto. Entre ellos, la relación entre depresión y contexto socio legal donde tiene lugar la práctica (Lacerda y Ribero, 2003); la existencia de enfermedades psiquiátricas o estado de la salud mental previa a la realización del aborto (Major *et al.*, 2000; Stotland, 2003); la presencia de problemas emocionales no resueltos (Coleman *et al.*, 2005), la exposición a la sanción social (Lacerda y Ribero, 2000), la ausencia o debilidad de apoyo social y familiar (Reardon, 2003); la presión ejercida por personas significativas para la mujer (Lacerda y Ribero, 2000); el lugar de la pareja (o el co-genitor) en la toma de decisión (Adler *et al.*, 1990;

Cohen, 2006; Pope, Adler y Taschann, 2001; Nordal *et al.*, 2005a y 2005b).

Un hallazgo relevante aportado por algunas investigaciones refiere a que el momento de mayor angustia psicológica para una mujer se ubica en el período anterior al aborto (Major *et al.*, 2000; Major, 2003; Cohen, 2006; Pope, Adler y Taschann, 2001). Mientras que el alivio es el sentimiento predominante luego de su realización (Adler *et al.*, 1990; Adler, 2000). Mujeres con creencias religiosas muy fuertes, que viven en países donde las leyes son muy restrictivas y/o en sociedades donde están expuestas a una gran presión social, pueden sufrir mayores consecuencias psicológicas adversas (Langer y Glas, 2003).

Los resultados que hemos obtenido son consistentes con los mencionados estudios. Lo que podemos afirmar es que el aborto clandestino genera efectos en la subjetividad de las mujeres, pero no necesariamente trastornos psicológicos duraderos y/o traumáticos. Es más, el sentimiento predominante es el alivio, excepto en aquellas mujeres que vivieron la decisión de manera muy contradictoria con sus valores o creencias religiosas. Sin embargo, los varones y los profesionales de la salud, afirmaron enfáticamente que en todos los casos, la experiencia del aborto siempre y en todos los casos produce un trauma psíquico de efectos duraderos. Independientemente de las fuentes de las que provino la información (encuestas de opinión sin referencias científicas, experiencias cercanas o en el caso de los ginecólogos/as, sus propias prácticas) surge como sosteníamos más arriba lo impensable: una mujer “no puede” no desear ser madre.

Enfrentarse a un embarazo no planificado o no deseado, es un factor que distorsiona una relación afectivo sexual, ya que obliga a cuestionamientos sobre proyectos de vida en común e individuales y enfrenta a los protagonistas a una confrontación de

posiciones morales, filosóficas y religiosas, así como a redefinir las necesidades propias, poner a prueba las posibilidades de negociación o enfrentar una ruptura. En este terreno de la vida íntima de las personas es donde quedan en evidencia si hay condiciones para que los derechos reproductivos de las mujeres puedan ejercerse sin ser violentados y deja en evidencia las tensiones y complejidades del campo de los derechos reproductivos cuando se habla de los varones.

El análisis de las decisiones reproductivas debe articularse con la noción de ciudadanía, lo que implica algo más que contar con las normas jurídicas: es necesario, para que las personas tengan la condición de ejercer esos derechos, que cuenten con los medios y las garantías para llevarlos a la práctica y apropiarse de ellos subjetivamente.

La incorporación del paradigma de la salud sexual y reproductiva basado en criterios de integralidad, derechos y género, implica para los servicios de salud y el personal que en ellos se desempeña, generar transformaciones culturales profundas que interpelan los modelos mentales que sostienen la formación y las prácticas profesionales, así como el diseño de las políticas públicas. El modelo tradicional materno infantil, que ha hegemonizado la trayectoria de las políticas sanitarias y la oferta de servicios, así como organizado las prácticas profesionales, se basa en una concepción de mujer = madre y de binomio madre – hijo, que excluye de las representaciones la posibilidad del no deseo de hijo (autor et al, 2003).

La relación profesional de la salud – mujer usuaria es una pieza clave en la calidad de atención de los servicios de salud. La calidez en el trato, el respeto por la integridad física y moral, la valoración de la capacidad, autonomía y dignificación de la usuaria y el fortalecimiento de su condición de sujeto de derechos, son aspectos sustantivos para garantizar servicios integrales en salud sexual y reproductiva, que redunde en

mejores resultados y en el encuentro entre la demanda de las mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto y la respuesta de los servicios de salud.

Los cambios sociales, culturales y subjetivos protagonizados por las mujeres, han reorganizado la mirada sobre ellas mismas y ya no se ven –particularmente en los sectores medios y educados- como sujetas al destino único de la maternidad. Pero, la significación imaginaria del embarazo como el momento más pleno y gozoso en la vida de todas las mujeres, se constituye en un ordenador de alta eficacia simbólica, que se reproduce y trasmite a través de discursos que alertan sobre el daño irreversible que el aborto tendría sobre la vida de las mujeres y sus psiques, siempre y en todas las circunstancias. La contracara de esta posición es el simplificar la experiencia, lo que redundaría entonces en un acto producto de la pura racionalidad, banal e inocuo para quien lo practica. (Autor, autor, 2008) En ambos casos se toma como sujeto a la práctica en sí (Rosenberg, 1997) y queda por fuera la consideración tanto de las significaciones sociales sobre el aborto, como los sentidos que cada mujer en particular le asigna y los modos singulares con que lo procesa psicológicamente.

La realidad del aborto, deja 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 /no 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. Esas que nos recuerdan que los seres humanos no somos perfectos ni estamos inmunizados contra los olvidos, los descuidos y los errores.

## Referencias

Abracinskas, L., López Gómez, A. (2004) *Mortalidad Materna, aborto y salud en Uruguay. Un escenario cambiante*. MYSU – DAWN: Montevideo.

Adler, N. et.al. (1990) "Psychological Responses after Abortion". *American Association for the advance ement of science*. 248, 41-44.

Adler, N. (2000). "Abortion and the null hypothesis". *Archive General Psychiatry*, 57, 785-786.

American Psychological Association, (2008). "Report of the Task Force on Mental Health and Abortion". Extraído el 9 de abril de 2010 desde: <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>

Amorín, David; Carril, Elina; Varela, Carmen (2006) "Maternidades y paternidades en adolescentes". En: López Gómez, Alejandra (Coord.) Proyecto Género y Generaciones. *Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Tomo 1. Estudios cualitativos*. Montevideo: Ediciones Trilce/UNFPA

Amuchástegui, A. y Rivas, M. (2002). "Clandestine abortion in Mexico: a question of mental as well physical health". *Reproductive Health Matters*, 10, (19) 95-102.

Arihla, Margareth (1998) *Masculinidades e gênero. Discursos sobre a responsabilidades na reprodução*. Disertación para defensa de la Tesis en la Maestría en Psicología Social. Pontificia Universidade Catolica de São Paulo.

Bottinelli, Oscar. (2010) "La opinión pública frente al aborto". *Cuadernos Aportes al Debate sobre Salud, Ciudadanía y Derechos*. MYSU Época 1, (2).

Briozzo, Leonel. (2003) "Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis – Estrategias para su reducción". *Revista Medica del Uruguay*. 19, 188-200.

Autor,autor. (2008) *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Montevideo: Ed. Trilce

----- (2009) "Aborto y subjetividad. Un estudio uruguayo". *IX Jornadas Internacionales del Foro de Psicoanálisis y Género de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires*. CD Rom. Buenos Aires: APBA

Cohen, S. (2006). "Abortion and Mental Health: Myths and Realities". *Guttmacher Policy Review*. 9 ( 3) 8-16.

Coleman, P. *et al.* (2005). "The Psychology of Abortion: A Review and Suggestions for Future Research (Pandh, 4/05)". *Psychology and Health*, 20, (2) 237–271. Extraído el 14 de diciembre de 2006 desde <http://www.physiciansforlife.org/content/view/792/26/>

Ervti,J., Castro R.; Sosa Sanchez I. (2006). "Las luchas clasificatorias entorno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de Mexico". *Estudios Sociológicos*, 24(72): 637-665

Fergusson, D; Horwood, L y Ridder, E. (2006). "Abortion in young women and subsequent mental health". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, (1) 16–24.

Fielding, S y Schaff, E. (2004): "Social Context and the Experience of a Sample of U.S. Women Taking RU-486 (mifepristone) for Early Abortion". *Qualitative Health Research*, mayo, vol. 14, n°. 5, pp. 612-627.

Figuroa, Juan G. Sánchez Olguía, Verónica. (2000) "La presencia de los varones en el discurso y la práctica del aborto". *Papeles de Población*, Julio-setiembre N° 25. UAM. p 59-82.

Knowles, J. (2007): "The emotional effects of induced abortion", [en línea] Disponible en <http://www.plannedparenthood.org/resources/research-papers/emotional-effects-induced-abortion-6137.htm> [14/03/07].

Lacerda, I y Ribero, T. (2000): "¡Não vou esquecer nunca!: A experiencia feminina com o abortamento induzido". *Revista Latino-Amenfermagem*, 8 (6), 50-58.

Langer A.; Glas, A. (2003). "Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México". *Gaceta Médica de México*, 139, (1) 3-8.

López Gómez, A.; Benia, W.; Contera, M. Güida, C. (2003) *Del enfoque Materno Infantil al enfoque de la Salud Reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. UDELAR – Fundación Mexicana para la Salud – UNFPA.

López Gómez, A., Abracinskas L. (2009) *El debate social y político sobre el proyecto de ley de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva*. Montevideo, Cuadernos del UNFPA, Año 3, N ° 3.

Major, B. (2003). "Psychological implications of abortion - highly charged and rife with misleading research". *Canadian Medical Association*, 168 , 1257.

Major B. et al. (2000). "Psychological Responses of Women After First-Trimester Abortion". *Archive of General Psychiatry*, 57 (8) 777-784.

Ministerio de Salud Pública (2004) *Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo.

Mujer y Salud en el Uruguay (2009). *Informe 2009 Observatorio Nacional en género y salud sexual y reproductiva*. Montevideo.

\_\_\_\_\_ (2008) *Informe 2008 Observatorio Nacional en género y salud sexual y reproductiva*. Montevideo.

Nordal Broen, A. et al. (2004). "Psychological Impact on Women of Miscarriage Versus Induced Abortion: a Second Year Follow-up Study". *Psychosomatic Medicine*, 66, 265-271.

Nordal, A. et al. (2005a). "The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study". *BMC Medicine*, 3, 3-18.

Nordal, A. et al. (2005b). "Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study". *General Hospital Psychiatry*, 27, (1) 36-43. Extraído el 12 de marzo de 2007 desde [www.sciencedirect.com/science/journal/01638343](http://www.sciencedirect.com/science/journal/01638343)

Pope, L; Adler, N. y Taschann, J. (2001): "Postabortion Psychological Adjustment: Are Minors at Increased Risk?" *Journal of adolescent health*, 29, (1) 2-11.

Reardon, D. C. et al. (2003). "Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth". *Canadian Medical Association Journal*, 168, 1253-1256.

Reardon, D. C. (1987). "Identifying High Risk Abortion Patientes". *Paper Session of the Association for Interdisciplinary Research*. Extraído el 12 de marzo de 2007 desde: [www.afterabortion.org/highriskk.html](http://www.afterabortion.org/highriskk.html)

Rosenberg, M. (1997) "Las mujeres como sujetos de las decisiones reproductivas". Rosenberg, M. (Ed) *Nuestras cuerpos, nuestras vidas. Propuestas para salud reproductiva*. Buenos Aires. Foro por los Derechos Reproductivos.

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

Paz.

Stotland, N. (2003). "Abortion and Psychiatric Practice". *Journal of Psychiatric Practice*, 9, (2) 139-149.

Tubert, Silvia (1996) *Figuras de la madre*. Barcelona, Ediciones Cátedra.

## Notas

---

i "Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de ilegalidad y penalización" (2005-2007) "La perspectiva de los varones frente al aborto voluntario"; (2007-2009); "Los servicios de salud frente al aborto inducido. Significados y actitudes en los profesionales de la salud", 2009 a la fecha. Todos los estudios se realizaron en la ciudad de Montevideo.

ii Estas son: riesgo de vida y salud de la mujer, angustia económica, violación, honor de la familia.

iii Programa Prioritario de Salud de la Mujer y Género. MSP, 2008

iv Última estimación confiable para el año 2002 habiendo sido el número de nacidos vivos de 48.000 para ese año.

v De hecho, como ha documentado Arilha (1999) el término responsabilidad adquiere sentidos múltiples de acuerdo a quien sea el actor que lo enuncia, cuáles las prácticas calificadas como responsables y por lo tanto la irresponsabilidad correlativa, así como los campos disciplinares que lo definan.

vi La indicación de ecografía forma parte de las Guías Clínicas de la atención pre aborto establecida en la Ordenanza 369 del Ministerio de Salud Pública (2004).