

Consideraciones sobre aborto medicamentoso y salud mental de las mujeres desde una perspectiva de género. Una mirada introductoria.

Natalia Santarelli. Licenciada en Psicología. Becaria Doctoral FaPsi-UNSL-CONICET. Doctoranda en Estudios de Género, Centro de Estudios Avanzados, UNC. E-mail: m.natalia.santarelli@gmail.com

Claudia Anzorena. Doctora en Ciencias Sociales. Investigadora Adjunta INCIHUSA – CONICET (CCT-Mendoza). E-mail: canzorena@mza-conicet.gob.ar

MESA DE TRABAJO 57: Debates en torno al aborto.

» **PALABRAS CLAVES:** aborto medicamentoso, salud mental, género.

» **RESUMEN**

Abortar en condiciones de clandestinidad es una experiencia compleja y multidimensional, que, en mayor o menor medida, constituye un evento significativo en la salud y en la vida de las mujeres. En los últimos años, en contextos restrictivos, las mujeres utilizan cada vez más el aborto medicamentoso, es decir, el uso de fármacos como el misoprostol para interrumpir embarazos. Administrado de determinada manera, ha cambiando el modo de acceder a un aborto seguro.

En la presente ponencia, a modo introductorio, recorreremos parte del rastreo bibliográfico realizado en torno a investigaciones regionales que han indagado aspectos vinculados al aborto medicamentoso y la salud mental de las mujeres.

Posteriormente, realizaremos algunas consideraciones sobre las nociones de salud mental que hemos elegido para enmarcar teóricamente nuestra investigación en curso, desde una perspectiva de género y derechos. La misma tiene por objetivo comprender las significaciones que las mujeres construyen sobre sus experiencias de aborto voluntario medicamentoso en contexto de clandestinidad en relación con la salud mental, en la región de Cuyo, Argentina a partir del 2010.

Partimos de conceptos propuestos por la psicoanalista Mabel Burin desde el *modelo tensional-conflictivo* para la comprensión de la salud mental de las mujeres, el cual entiende que las crisis accidentales en la trayectoria de vida de las mujeres –como el aborto frente a un embarazo no deseado– pueden ser oportunidades propiciadoras para la transformación de la salud mental. A su vez, nos posicionamos desde una concepción participativa de la salud que legitima participaciones, saberes y experiencias diversas en la definición y construcción colectiva de la salud mental.

› **Introducción¹**

Decidir y atravesar un aborto frente a un embarazo no deseado en contexto de restricción legal es un evento complejo y multidimensional. La magnitud de su incidencia, así como los riesgos de su práctica clandestina en la vida y la salud de las mujeres lo convierten en un preocupante problema de salud pública, que afectan mayormente a quienes no disponen de suficientes o adecuados recursos materiales y simbólicos. Además se constituye en asunto sanitario, social y político de gran interés en la investigación en salud y género (Vázquez, et al. 2006; Zamberlin y Raiher, 2010; OMS, 2012; AAVV, 2013).

El aborto con medicamentos ha transformado radicalmente la práctica del aborto a nivel mundial, y particularmente en los contextos legalmente restrictivos. Ha incrementado su seguridad y ha reducido las complicaciones asociadas al aborto inseguro. En América Latina y el Caribe, desde hace más de dos décadas, las mujeres utilizan el misoprostol para autoinducirse abortos (Lafaurie, 2005; CLACAI-Ipas, 2011; OMS, 2012, 2014; Zamberlin et al., 2012; Chiarelli et al., 2015). A su vez, en Argentina, cada vez resulta mayor la movilización de organizaciones feministas con impacto nacional que emprenden acciones concretas para brindar información confiable y/o acompañamiento a las mujeres que deciden abortar con medicamentos.

A continuación, realizaremos un recorrido con vistas a compartir los lineamientos principales de una investigación en curso en el campo de los Estudios de Género. Abordaremos los principales objetivos y realizaremos algunas consideraciones sobre las perspectivas teóricas sobre las cuales se funda esta investigación, con especial hincapié en las nociones y modelos de comprensión de la de Salud Mental de las mujeres que hemos elegido.

› **Consideraciones sobre la investigación en curso**

¿Qué investigamos?

Las reflexiones que volcamos en esta ponencia se deprenden de una investigación cuyo objetivo general es comprender las significaciones que las mujeres construyen en torno a sus experiencias de abortar con medicamentos en relación con la salud mental, en Cuyo a partir de

¹ Muchas de las teorizaciones aquí desarrolladas, especialmente el apartado “Un modelo de comprensión de la salud mental de las mujeres” fueron presentadas en Santarelli, Natalia (2017). *Consideraciones teórico-epistemológicas iniciales para una investigación con perspectiva de género. Las significaciones de las mujeres sobre sus experiencias de aborto medicamentoso. RevIISE Revista de Ciencias Sociales y Humanas del Instituto de Investigaciones socioeconómicas; Vol. 9, año 9, (51-62) UNSJ - FaCSO –IISE. ISSN: 2250-5555. Disponible en: <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/130/pdf>.*

2010. Específicamente nos proponemos comprender dichas significaciones en relación con las condiciones de vida y las circunstancias en que estas experiencias acontecen. Consideramos las experiencias y sus significaciones entramadas y texturadas en las vidas históricas y relacionales de las mujeres que abortan situadas en un determinado contexto social, institucional, legal, político y geográfico. Es decir, priorizamos el carácter contextualizado tanto de la ocurrencia de los abortos medicamentosos, de las significaciones y representaciones socio-subjetivas en torno a dichas prácticas, como de los procesos de subjetivación femenina a partir de los cuales se atraviesan esas experiencias y se construyen esas significaciones.

La propuesta de investigación y los interrogantes de esta investigación fueron elaborados a partir de un primer rastreo bibliográfico sobre investigaciones cualitativas en torno a experiencias de aborto voluntario, principalmente medicamentoso, en países latinoamericanos (Lafaurie y otros/as, 2005; Rostagnol, 2005; Vázquez et al., 2006; Carril Berro y López Gómez, 2007, 2008, 2010; Rostagnol et al., 2013; Silva y cols., 2014; Ramos et al., 2015), y a partir del contacto directo y sostenido con mujeres que abortan con medicamentos, como integrantes de grupos feministas que brindan información y acompañamiento en dos provincias de la región de Cuyo (San Luis y Mendoza, Argentina). Desde los comienzos, el interés de investigación estuvo puesto en los posibles entrecruzamientos entre las experiencias de aborto medicamentoso y la salud mental de las mujeres, partiendo del supuesto sobre la complejidad, heterogeneidad y multidimensional que implica el decidir y atravesar un aborto voluntario en condiciones de clandestinidad y criminalización.

En términos generales; se trata de un contexto legal y cultural, que sosteniéndose en la ecuación Mujer=Madre entroniza la maternidad como mandato no elegible asociada a la capacidad reproductora biológica de las cis-mujeres, y por lo tanto, niega experiencias y deseos que desdigan o resistan este mandato (Fernández, 2016). Este mandato tiene correspondencia con leyes que penalizan las prácticas abortivas voluntarias y empujan a las mujeres que abortan a la clandestinidad de la práctica. En términos específicos, se trata de la región geopolítica cuyana en Argentina (San Luis, Mendoza, San Juan; no se incluye La Rioja por razones de acceso). Consideramos que se configura un contexto particular común, tanto desde el punto de vista social como institucional, asociado a dirigencias conservadoras y obstaculizadoras en materia de acceso a interrupciones legales de embarazos en las causales contempladas por el artículo 86 del Código Penal Argentino. Las tres provincias se encuentran dentro de las nueve jurisdicciones que no cuentan con protocolos propios, ni adhieren a la Guía Técnica Nacional para asegurar el acceso efectivo al Aborto no Punible tras la interpretación del art. 86 CP realizada por la CSJN en el fallo F.A.L.. A esto se suman las declaraciones públicas de dirigentes de alto mando (gobernadores, ministros de salud y/o altas/os funcionarias/os del Poder Judicial Provincial) que expresan el no acatamiento al fallo (ADC, 2015; Anzorena, 2013). Además, otro dato a considerar en cuanto al acceso al aborto medicamentoso es que tanto Mendoza como San Juan cuentan con leyes provinciales que restringen la venta del misoprostol sólo al ámbito institucional sanitario, obstaculizando el acceso al medicamento en las farmacias.

Asimismo, nos interesa explorar las particularidades que conlleva abortar con

medicamentos en la experiencia emocional de las mujeres, diferenciando este método de otros. Partimos del supuesto de que las experiencias de aborto como las significaciones que las mujeres les otorgan son complejas y heterogéneas en función de múltiples determinantes, que contemplan condiciones materiales y simbólicas de existencia y múltiples organizadores de sentidos. A su vez, las significaciones sobre dicha experiencia se vinculan con la aparición de determinadas implicancias emocionales. Pensamos estas implicancias emocionales a la luz de las tensiones, movimientos y matices comprendidos entre el malestar emocional y el bienestar psíquico, reconociendo las complejidades de la vida psíquica que es a la vez social y cultural. A su vez, reconocemos que las significaciones pueden entrar en conflicto y/o mutar dentro de las experiencias de cada mujer.

Finalmente nos proponemos conocer cómo significan las mujeres ser acompañadas por activistas-feministas en su experiencia de aborto voluntario con medicamentos, en los casos que este acompañamiento estuvo disponible. Como es sabido públicamente, frente a la ausencia de respuestas estatales y legislativas frente a la demanda de legalización del aborto para acceder a través del sistema de salud en Argentina (Anzorena y Zurbriggen 2011; AAVV, 2013) y al hecho de que el aborto con medicamentos resulta seguro -entre otros motivos-, organizaciones feministas y de lesbianas emprendieron acciones concretas para brindar información y/o acompañamiento a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo, tal como lo han hecho desde tiempos inmemoriales las mujeres en general y las feministas en particular (Ehrenreich y English, 1973; Federici, 2010). Estas prácticas se vieron transformadas a partir del conocimiento sobre las formas seguras de uso del misoprostol para provocar abortos.

En 2007 la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito comenzó a debatir sobre la difusión de información sobre el uso de esta droga. En 2009 se inauguró la línea telefónica informativa "*Más información, menos riesgo*". En 2012, activistas de la Campaña dieron forma de red al trabajo de acompañamiento y contención cara a cara que venían realizando con las mujeres, generando una articulación feminista que nuclea grupos y colectivas del país, incluida la región cuyana: *Socorristas en Red -feministas que abortamos-*. Los accionares socorristas ofrecen un espacio de escucha sin juicios de valor hegemónicos y de contención emocional para que las mujeres que así lo decidan puedan abortar de manera cuidada, acompañada y en sororidad, rompiendo los núcleos de silencio, secretismo y soledad que rodean habitualmente la práctica en contexto de clandestinidad (Grosso, et al. 2013; Maffeo, et al., 2015).

Para indagar las significaciones de las mujeres sobre el acompañamiento feminista de los abortos nos apoyamos en la proposición de Teresa de Lauretis (1996) sobre lo que el *género* es, considerado como producto y como proceso que continúa (re)actualizándose y (re)produciéndose constantemente, mediante complejas tecnologías y discursos institucionales que cuentan con el poder de controlar el campo de significaciones sociales y subjetivas, al producir e implantar determinadas representaciones de género -objetivas y subjetivas-. Los procesos de construcción de género, al decir de la autora, no sólo se construyen desde los discursos hegemónicos, sino también se ven afectados por discursos de tipo más radicales, como el feminista, que situados desde los márgenes y en prácticas micropolíticas, generan efectos principalmente a nivel de las resistencias

locales, las subjetividades y las autorepresentaciones de género. Consideramos que los agenciamientos feministas socorristas en Argentina se proponen desarmar estas representaciones y autorepresentaciones hegemónicas asociadas a crimen, muerte, culpabilidad sobre el acontecimiento de abortar, mediante la puesta en escena de prácticas y discursos enérgicos y revolucionario, a la vez que enmarcados en luchas históricas del movimiento feminista. Por ello, partimos del supuesto de que atravesar un aborto medicamentoso con acompañamiento feminista puede calarse de distintas maneras en las subjetividades de aquellas que abortan y generar nuevas autorepresentaciones de género en torno al aborto voluntario, propio y en general. En muchas situaciones sacudirá, o al menos, logrará tensionar aquellas representaciones sociales hegemónicas (Santarelli y Anzorena, 2017).

Acerca de la perspectiva de género/feminista en esta investigación.

Decidimos inscribir esta investigación en el campo de saberes delimitado por los estudios de género y las teorías feministas, motivadas por el desafío de contribuir en la producción de saberes científicos feministas, situados y comprometidos con valores y proyectos emancipatorios, anti-autoritarios, participativos, en palabras de Haraway (1993). En consonancia con ello, asumimos un posicionamiento epistemológico feminista y un marco teórico que se vale de herramientas provenientes de los estudios de género aplicadas al campo de la salud mental en articulación con nociones provenientes del campo psicoanalítico, para el entendimiento de las dimensiones subjetivas implicadas, destacando el carácter socio-cultural e histórico de los procesos de subjetivación femenina y de construcción de género.

En primer lugar, el asumir un posicionamiento epistemológico y teórico feminista nos permitió alejarnos de nociones de ciencia positivista asociada a la neutralidad, la objetividad y la imparcialidad, para ir construyendo saberes que aborden interrogantes y problemáticas sociopolíticas, en este caso vinculada a las opresiones y desigualdades de género. En la formulación del proyecto de tesis atendimos especialmente a cuestiones vinculadas con: a quiénes dirigir nuestros interrogantes, con quiénes investigar, quién interroga, desde dónde se problematiza, para qué se investiga. En segundo lugar, consideramos que nuestras elecciones teóricas dentro del campo de la psicología psicoanalítica necesariamente deben alejarse de corrientes hegemónicas tradicionales que han entendido la salud mental desde posturas individualistas, normativas y patologizantes, sin captar la especificidad presente en la salud mental de las mujeres; y que se condicen con nociones de subjetividad despolitizadas y sin reconocimiento de sus anclajes socioculturales e históricos. Reconocemos que la ideología patriarcal hegemónica produce marcas en las subjetividades y en los cuerpos, como así también al interior de las mismas disciplinas. Por ello, adherimos a una actitud crítica y deconstructiva ante ciertas lógicas hegemónicas dentro de la psicología y el psicoanálisis, en pos de lograr articulaciones teóricas enriquecedoras que permitan elucidaciones de las opresiones de género.

Trabajar desde una perspectiva de género implica, entre otras cosas, asumir que las subjetividades y los cuerpos son producidos desde una subalternidad naturalizada, cuyas

condiciones se producen y reproducen a partir de determinados dispositivos biopolíticos que conllevan, en mayor o en menor medida, cierto grado de violencia (Fernández, 2016). Pensar con herramientas conceptuales que abordan las relaciones de poder y de dominación entre géneros, nos posibilita dilucidar las marcas en la constitución subjetiva a partir de subjetivarse en y por determinados procesos de exclusión y marginación, en el marco de determinadas relaciones de poder asimétricas (Burin, 1999). En términos de salud, implica reconocer que los condicionantes y estereotipos de género generan condiciones de padecimiento particulares, diferentes y desiguales, en tanto hay factores sociales que establecen diferencias evitables, y por ello injustas, en la salud de varones y mujeres (Ruiz Cantero 2011).

Ahora bien, ya mencionados los objetivos que nos motivan y la perspectiva que asumimos ¿desde qué posicionamiento teórico dentro del campo de la salud problematizamos los entrecruzamientos entre las significaciones en torno a la experiencia de aborto medicamentoso y la salud mental de las mujeres? ¿Qué entendemos por salud mental? ¿En cuáles concepciones de salud mental nos inscribimos y de cuáles nos alejamos? ¿Por qué? ¿Cómo y dónde ubicamos la experiencia de aborto en los procesos de salud mental?

Nociones de salud y de salud mental

Para abordar la problemática del aborto clandestino en la salud de las mujeres nos posicionamos desde una concepción de salud integral que, tal como lo establece la Organización Mundial de la Salud (1948), supera el plano de la ausencia de enfermedades y/o afecciones, sino que aspira al bienestar físico, psíquico y social, en su máximo nivel posible. Asimismo, considerando la salud mental como parte fundamental de la salud integral. Nos remitimos a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 que en su artículo tercero la define "*como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona*" (Ministerio de Salud, 2013). Es decir que el verdadero ejercicio del derecho a la salud sólo puede pensarse en vinculación con la posibilidad de ejercer otros derechos, en este caso, los de autonomía corporal y libertad personal. El obstaculizar la interrupción de un embarazo no deseado y el derecho a decidir implicado en esta situación, puede tener implicaciones sobre la salud física, mental y social de la mujer.

Un modelo de comprensión de la salud mental de las mujeres.

Para introducirnos en la comprensión de la salud mental de las mujeres, elegimos el *modelo tensional-conflictivo*, desde una *concepción participativa* trabajado principalmente por la psicoanalista Mabel Burin (1990, 1992, 2009; Burin et al., 2002).

Se considera la existencia de, al menos, tres modelos de comprensión de la salud mental de las mujeres (Burin, 2002; 1992). Tradicionalmente, han regido dos grandes enfoques: el primero es el modelo médico-psiquiátrico que se apoya en una rígida diferenciación psicopatológica entre "lo

normal/lo patológico” y se basa en principios biologicistas, ahistóricos, individualistas, asociales y esencialistas, donde las mujeres quedan ubicadas en el polo de lo patológico. El segundo es un modelo tecnocrático de salud, donde la salud mental es considerada como un estado a lograr asociado al equilibrio y la armonía. Este modelo, también conocido como “emotivo-sensible”, se apoya en una supuesta sensibilidad femenina para detectar los estados emocionales de su medio familiar o más cercano y para dar respuestas apropiadas. La idea es poder mantenerse en equilibrio para neutralizar los conflictos familiares y domésticos, mediante la intervención de los “expertos”, en quienes queda depositado todo el saber y la construcción de la salud. Podría decirse que en esta concepción subyace la idea de mujer como “ser-para-los-otros”.

Finalmente, una tercera concepción más actual y en estado de gestación es la concepción participativa. Esta se basa en definir acciones y criterios de salud mental desde sus propias protagonistas, apoyadas por los equipos de salud mental. Esta perspectiva reconoce que la salud mental es una noción que las mismas mujeres van construyendo en distintos momentos de sus vidas y a partir de diversas experiencias y crisis. Se trata de una perspectiva en salud mental alternativa al Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2003), que se hace eco de las experiencias de las mujeres para generar y analizar teorías y prácticas en salud mental y para comprender el malestar de las mujeres. Desde este modelo de comprensión, se pone en suspenso la noción de salud mental como normatización –adaptarse a las normas culturales-. El interés está centrado en la construcción social de las mujeres como sujetos de nuestra cultura, consideradas como sujetos sociales activos, y cómo ello incide sobre su salud mental y las representaciones sociales que se construyen sobre las mismas. Ofrece una postura crítica frente a las representaciones sociales ofrecidas a las mujeres sobre su salud mental y sobre el “ser mujer”, y se centra en un proyecto de concientización y transformación tanto de las condiciones de la vida cotidiana como de los factores opresivos que constituyen modos de vida enfermantes, incluyendo principalmente aquellas normas, valores, mandatos, papel asignados a las mujeres en una cultura por definición patriarcal (Burin, 1990,1992). A su vez, esta perspectiva de lo que salud mental es, se complementa con el modelo tensional-conflictivo.

El embarazo no deseado/aborto voluntario considerado como situación crítica

El modelo de comprensión tensional-conflictivo (Burin, 1990, 1992, 2002) se apoya en la noción de *crisis*. La palabra crisis cuenta, al menos, con dos acepciones: una asociada a dificultad, riesgo, ruptura, y otra que pone de relieve el cambio, la decisión, la oportunidad de generar un análisis crítico y reflexivo de los hechos que la desencadenaron y búsquedas para su resolución, elaboración e incorporación con sentido a la vida cotidiana (Velázquez, 2010).

Desde este modelo se considera que la salud mental no es un estado al cual se llega sino un proceso, un devenir signado por las diversas crisis evolutivas o accidentales y sus elaboraciones que atravesamos los seres humanos constantemente. La subjetividad femenina puede entenderse a través del modo en que se atraviesan estas crisis vitales –como la adolescencia, la mediana edad- y las crisis accidentales, surgidas de situaciones inesperadas entre las que figura el embarazo, el

divorcio, el aborto. Los indicadores de salud mental de los que se vale este modelo se vinculan a la presencia de cierto dinamismo y flexibilidad para resolver las tensiones producidas por los conflictos. Es decir, que los conflictos no se estabilicen de manera estereotipada, sino que promuevan la generación y el uso de recursos para transformar las tensiones. En consonancia con esta idea, Meler (1999) señala como indicadores insoslayables de salud mental la flexibilidad y la potencialidad creativa. Frente a circunstancias vitales que pueden generar conflictos, fracturas vinculares y/o psicopatología, como lo es la rebelión frente al mandato de la maternidad obligatoria, lo saludable es poner en juego estos recursos en pos de la recreación de nuevos sentidos. En palabras de la autora, “nuevos sentidos que permitan transitar por experiencias no previstas en el proyecto vital, sin significarlas forzosamente como pérdidas o injurias narcisísticas”. (Meler, 1999, p. 246).

Considerando las prácticas heterosexuales -y/o en el marco de la violencia sexual- el embarazo es una posibilidad frente al sexo. El embarazo no deseado se presenta como una situación crítica y como una emergencia a resolver en la vida de muchas mujeres, para quienes por múltiples circunstancias al no enlazar embarazo con maternidad o al negarse a la maternidad obligatoria, el aborto se configura como una resolución legítima y/o necesaria aunque no legal. La criminalización coloca a las mujeres en situación de desamparo y fragilización, exponiendo a diversos tipos de riesgos en función de determinantes diferenciales en relación con la edad, la pertenencia socioeconómica, la zona de residencia dentro de cada provincia (zona urbana/zona rural) y entre las provincias del país, la condición de migrante, entre otros.

Ahora bien, ¿en qué sentido hablamos de crisis en las situaciones de embarazo no deseado/aborto voluntario? ¿Qué instancias socio-subjetivas entran en crisis? ¿Qué transformaciones ocurren cuando la subjetividad se ve comprometida en estas situaciones? ¿Cuáles son los alcances de esta situación crítica? ¿Cuáles son los caminos que las mujeres emprenden frente a la crisis? ¿Quiénes acompañan? Consideramos en un entramado indisoluble la situación de embarazo no deseado, la experiencia de aborto voluntario y las condiciones y circunstancias en que esto acontece. Para lo cual nos proponemos aventurarnos en los relatos de las mujeres cuyanas que han abortado con medicamentos, con vistas a dar cuenta de las complejas configuraciones de sentidos que pueden dar respuesta a estos y otros interrogantes.

Algunas aperturas implicadas en esta perspectiva teórica

Situarse desde esta orientación teórica conlleva a superar las concepciones médico tradicionales -psiquiátrica y tecnocrática- y a generar aperturas para continuar pensando la salud mental de las mujeres desde el tránsito por experiencias significativas en su trayectoria sexual y afectiva.

En primer lugar, porque permite salir de la dicotomía normal-patológico, haciendo uso del concepto transicional de *malestar psíquico* (Burin, 1990, 1992, 2002, 2009). Este es un recurso desde los enfoques de género que permite analizar las condiciones que producen y preservan la salud mental de las mujeres. Se trata de una percepción ambigua de disconfort y desasosiego que

no permite sentirse ni saludable ni enferma, por lo cual desarticula y supera el dualismo salud/enfermedad. Es un tercer término que no participa en las características de uno y otro, y por lo tanto, no está sometido a las condiciones opresivas de producción de sentidos sobre salud y enfermedad en las mujeres. Constituye una noción transicional, entre subjetiva y objetiva, entre externa y interna que no refrenda la clásica diferencia sujeto-objeto, externo-interno. Alude a los sufrimientos psíquicos y emocionales de las mujeres como emergentes de su condición de tales, desde un posicionamiento teórico e ideológico que enfatiza las dimensiones socio-culturales e históricas en la producción de subjetividades femeninas a partir de modelos y lugares sociales, en tanto factores de riesgo en la salud mental de las mismas. Entre estos factores de riesgo figura la obligatoriedad del rol materno y las consiguientes tensiones y conflictos que ocasiona cuando se postula como único rol legítimo y legitimante, y desconoce los deseos, experiencias y particularidades de cada mujer en relación a la maternidad y a lo no maternidad.

En segundo lugar, porque adoptar el modelo tensional-conflictivo desde una concepción participativa permite alejarnos del modelo tecnocrático, al considerar la salud mental no como estado al cual se llega, sino como un proceso o devenir siempre abierto e inacabado, signado por las diversas crisis evolutivas o accidentales que los seres humanos atraviesan constantemente, por los modos de resolución y por el abanico de recursos personales, relacionales, grupales, comunitarios que se ponen en juego en dichos eventos.

A su vez, permite destacar el carácter social de la salud. Tal como señala Meler (2007, p.167): “Son las sociedades humanas las que crean las condiciones para la salud de sus habitantes y también las dificultades que generan formas específicas de padecimiento físico y psíquico.” Situarse desde una concepción participativa posibilita legitimar la participación de actores sociales, saberes y experiencias diversas en la definición y construcción colectiva de la salud mental. Para el caso de nuestra investigación nos interesa conocer cómo significan las mujeres el ser acompañadas por activistas-feministas socorristas y/u otras presencias que puedan configurarse como significativas y que aporten a los modos de transitar la experiencia de aborto voluntario con medicamentos.

Para concluir con todo lo compartido hasta el momento, diremos que la investigación que estamos emprendiendo pretende un acercamiento contextualizado a las significaciones que las mujeres construyen sobre sus experiencias de aborto medicamentoso y a las implicancias para la salud mental que se matizan a partir de determinadas condiciones, circunstancias y organizadores de sentido en torno a la experiencia. Reconociendo que toda teoría feminista acepta y afirma activamente sus propias posiciones políticas, a la vez que presenta una intencionalidad política clara (Gross, 1986), nuestra investigación pretende ser un aporte en la transformación de los sentidos y las narrativas construidas sobre el aborto y la salud mental.

Bibliografía

- AAVV (2013). El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible. Buenos Aires: Herramientas.
- Anzorena, C. (2013). Romper la ley: el gobierno de Mendoza frente al "aborto no punible" (Argentina, 2012). Bagoas, Estudios Gays, Género e Sexualidades. Rio Grande do Norte: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 7 (09), 267-292.
- Anzorena, C. y Zurbriggen, R. (2011). Notas para pensar una experiencia de articulación por la ciudadanía sexual y reproductiva: la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito de Argentina. Herramienta, 48, (197-211). Buenos Aires.
- Asociación por los Derechos Civiles (2015): Acceso al Aborto No Punible en Argentina: Estado de Situación - Marzo 2015. Buenos Aires.
- Burin, M. (1992). Nuevas perspectivas en salud mental de las mujeres. En Fernández A.M. (comp.). Las mujeres en la imaginación colectiva. (314- 332). Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. y cols. (1990). El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. (1999). Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. En Burin, M. y Dio Bleichmar, E. (Comp.) Género, Psicoanálisis y subjetividad. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Burin, M. y cols. (2002. [1987]). Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. 2da ed. Buenos Aires: Librería de mujeres.
- Carril Berro E. y López Gómez, A. (2007). *Resultados de la investigación: Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de ilegalidad y penalización*. Cátedra libre en Salud reproductiva, sexualidad y género. Facultad de Psicología. Universidad de la República.
- 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*, nro. 02, 1-36. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Chiarelli, J. et al. (marzo de 2015). Tu derecho a decidir, mi deber de informar: aborto con misoprostol en atención primaria. *Boletín de FLASOG, Volumen 3. (1), 5-9*.
- CLACAI-Ipas (2011). *Misoprostol y aborto con medicamentos en Latinoamérica y el Caribe*. Disponible en <http://lac.unfpa.org/public/lang/es/pid/7247>
- De Lauretis, T. (1996). La tecnología del género. *Mora*, 2, 6-34.
- Ehrenreich, B.; English, D. (1973). Brujas, comadronas y enfermeras. Cuadernos Inacabados. Valencia: Ediciones de les Donnes, (7-37). (Tr. M. Bofill y P. Lingua, 1988).
- Federici, S. (2010). Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Fernández, A. M. (2016 [1993]). *La mujer de la ilusión. Pactos y Contratos entre hombres y mujeres* – 1 ed., 7 reimpr.- Buenos Aires: Paidós.

- Grosso, B.; Trpin, M. y Zurbriggen, R. (2013). Políticas de y con los cuerpos: cartografiando los itinerarios de Socorro Rosa (un servicio de acompañamiento feminista para mujeres que deciden abortar). En Fernández, Ana María y Siqueira Peres, William. *La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales*. Buenos Aires: Biblos.
- Gross E. (1986). ¿Qué es la Teoría Feminista? En Pateman, C, y Gross E, (eds.) *Feminist challenges social and political theory*. Northeastern University Press, Boston.
- Haraway, D. (1993). Saberes situados: el problema de la ciencia en el feminismo y el privilegio de una mirada parcial. En Dubois y Canguiano (comp.) *De mujer a género* (313-346) Bs. As.: CEAL. Disponible en: <http://epistemologiascriticas.files.wordpress.com/2011/04/haraway-conocimientos-situados.pdf>
- Lafaurie, M. et al (2005). *El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*. Disponible en: http://www.colectiva-cr.com/sites/default/files/Docs/AbortoAL/aborto_medicamentosAL.pdf
- Maffeo, F., Satta, P., Santarelli, N., Zurbriggen, R. (2015). Parteras de nuevos feminismos. Socorristas en red - feministas que abortamos-: una forma de activismo corporizado y sororo. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, N°44 (217-227), Universidad Central de Venezuela / Clacso Revistas. Primer Semestre de 2015.
- Meler I. (1999). Psicoanálisis y género. Aportes para una psicopatología. En Burin, M. y Dio Bleichmar, E. (comp.). *Género, Psicoanálisis y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Meler, I. (2007). Mujeres, varones y salud mental. El enfoque psicoanalítico y los aportes de los estudios de género. En Oliva Leonor y Maneiro Nelly (comp). *Miradas sobre género. Aportes desde el conocimiento* (165-198). Universidad Nacional de San Luis, Facultad de Ciencias Humanas, Secretaría de Extensión.
- Menéndez E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva* (8), 1, 185-207.
- Ramos, Romero y Aizenberg (2015). Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina. En *Journal Reproductive Health Matters*. Vol. 22, 2015 (4-15)
- Rostagnol, S. (2005). Autonomía y subordinación en el tránsito de las mujeres por el aborto clandestino. *Otras Miradas*, [en línea], 5, (2).
- Rostagnol S, Viera M, Grabino V, Mesa S.: Transformaciones y continuidades de los sentidos del aborto voluntario en Uruguay: del AMEU al misoprostol. *Bagoas* [Internet]. 7 (9), 17-42.
- Ruiz Cantero, M. T. (2011). Salud pública desde la perspectiva de Género: hitos e innovación. *Feminismo/s*. N° 18, p. 11-14. Alicante
- Santarelli, N.; Anzorena, C. (2017). Los socorristos y las disputas de sentidos sobre el aborto voluntario. Consideraciones teóricas desde una perspectiva del feminismo crítico. *Descentrada*, 1(1), e008. Recuperado de <http://www.descentrada.fahce.unlp.edu.ar/article/view/DESe008>
- Silva, M. y cols. (2014). *Lo que cuentan las mujeres. Vivencias y trayectorias terapéuticas de usuarias de*

los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Montevideo, Cerro Largo y Paysandú.
Uruguay: Médicos del Mundo Francia.

Vázquez, S.; Calandria, N.; Gutiérrez, Ma., Berner, E. (2006). El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso seguro de misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes. En Checa, S. (comp.): *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad.* (277-298). Buenos Aires: Paidós.

Velázquez, S. (2010). Sobrevivir a la violencia: los alcances de una crisis. En *Violencias cotidianas, violencia de género. Escuchar, comprender, ayudar* (57-67). Buenos Aires: Paidós.

Zamberlin N., Romero M. y Ramos S. (2012). Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted En *Reproductive Health Journal.* 9(1):34.
<http://www.reproductive-health-journal.com/content/pdf/1742-4755-9-34.pdf>

Documentos

F.A.L. s/ medida autosatisfactiva, Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina 13/03/2012. Disponible en www.infojus.gov.ar/archivo.php?archivo=fal.pdf.

Ministerio de Salud (2013). Decreto Reglamentario 603/2013 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Capítulo II, artículo 3°. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1948). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19 de junio al 22 de julio de 1946, entró en vigor el 7 de abril de 1948.

OMS (2012) *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud.* 2° ed. Ginebra: OMS.

OMS (2014): *Clinical practice handbook for a safe abortion.* London: OMS.