

DISCURSOS MÉDICOS DISCIPLINADORES Y EXPERIENCIAS EMOCIONALES DE ABORTO FARMACOLÓGICO DE MUJERES EN CUYO, ARGENTINA¹

Natalia Santarelli¹

Correo electrónico: m.natalia.santarelli@gmail.com

1. Licenciada en Psicología, Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Máster en Igualdad y Género, Universidad de Málaga, España. Candidata a Doctora en Estudios de Género, Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Becaria Doctoral en el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas-Facultad de Psicología-Universidad Nacional de San Luis, Argentina (CONICET- FaPsi-UNSL).

Recibido: 20/04/2019 Aceptado: 13/07/2019



¹ Financiación: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas mediante Beca Doctoral para el desarrollo de la tesis «Las significaciones que las mujeres construyen en torno a sus experiencias de abortar con medicamentos en relación con la salud mental. Análisis desde una perspectiva de género en la región de Cuyo a partir de 2010», dirigida por Dra. Claudia Anzorena y codirigida por Dra. Erika Valdebenito (Doctorado en Estudios de Género del Centro de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional de Córdoba). El contenido del subtítulo «Relaciones de poder y discursos sobre la sexualidad femenina» fue la base de un Póster de mi autoría titulado «Experiencias de aborto farmacológico en clandestinidad: reflexiones sobre discursos y prácticas médicas desde nociones de poder de M. Foucault», presentado en la «I Jornada Medicina y Género, perspectivas de género para una teoría y una práctica médica inclusiva» [Universidad de Málaga, España, octubre de 2018], premiado por la organización como Mejor Póster. Parte de las conclusiones reflejadas en este artículo han servido de base para la Ponencia Libre de mi autoría titulada: «“¿¡Qué van a hacer conmigo!?” Configuraciones emocionales de experiencias de aborto farmacológico voluntario en relación con discursos médicos criminalizadores», que será presentada en el «II Congreso Nacional de Psicología», San Luis, Argentina, mayo de 2019.

RESUMEN

Objetivo

Se busca reconocer y comprender cómo actúan ciertos discursos y prácticas de profesionales en Medicina y ecografistas que obstaculizaron las experiencias en la configuración de las vivencias emocionales de mujeres que abortaron con medicamentos en dos provincias de Cuyo, Argentina.

Método

Se utiliza un diseño cualitativo con método biográfico e historias de vida temáticas que enfatizan las experiencias de aborto farmacológico en condiciones de restricción legal y social. Se realizaron y analizaron 18 entrevistas en profundidad a mujeres que atravesaron al menos un aborto farmacológico voluntario clandestino entre 2010 y 2019 y que registraron interacciones con profesionales. Las entrevistas se realizaron entre 2016 y 2019.

Resultados

Los discursos criminalizadores, disciplinadores y/o normalizadores implicados en accionares directos e indirectos afectaron la configuración de las experiencias emocionales. Recrudescieron los efectos emocionales de la clandestinidad: intensificaron el temor por la propia vida y el temor a ser denunciadas y encarceladas; promovieron sentimientos de vulnerabilidad, incertidumbre, falta de control sobre la propia vida, persecución e impusieron silenciamientos sobre la experiencia. A su vez, los discursos moralizantes y culpabilizadores no surtieron tal efecto en las mujeres entrevistadas.

Conclusión

Estas intervenciones son estrategias de disciplinamiento de género que producen y reproducen el poder criminalizador y que ocupan un lugar central en las vivencias de las mujeres: afectan negativamente su salud emocional, las empujan a asumir riesgos evitables y limitan violentamente su derecho a la salud integral. Aun así, no les arrebatan el poder de decidir sobre su propio cuerpo.

Palabras clave: aborto farmacológico; experiencias emocionales de mujeres; criminalización; poder; discursos; Cuyo; Argentina.

ABSTRACT

Objectives

The aim of this article is to recognize and understand how certain discourses and practices carried out by health professionals and sonographers shape the emotional experiences of women who aborted with medication in two provinces of Cuyo, Argentina.

Method

The research was carried out with a qualitative design through a biographical method and thematic life-stories that emphasize the experience with medical abortion in conditions where abortion is legally and socially restricted. For this research, 18 in-depth interviews were conducted and analysed with women who underwent at least one voluntary pharmacological abortion made in a clandestine way between 2010 and 2019 and who registered interactions with professionals. The interviews were conducted between 2016 and 2019.

Results

Criminalizing, disciplinary and/or normativizing discourses implemented through direct and indirect actions affected the configuration of women's emotional experiences. The emotional effects of clandestinity were reinforced: they intensified the fear for their own lives and the fear of being denounced and imprisoned; promoted feelings of vulnerability, uncertainty, lack of control over one's life, persecution and imposed certain silences. Conversely, moralizing and blaming discourses did not have said effects on the women interviewed.

Conclusions

These interventions are strategies of gender discipline that produce and reproduce criminalizing power practices and that have a central role in the experiences of women: said discourses affect negatively their emotional health; they push them to take avoidable risks and they violently limit their right to an integral health. Nonetheless, they do not take away women's power to make decisions about their own body.

Keywords: pharmacological abortion; emotional experiences of women; criminalization; power; discourses; Cuyo; Argentina.

INTRODUCCIÓN

El aborto es una práctica extendida en Argentina a pesar de que, salvo tres causales, es ilegal.² Se estiman entre 372.000 y 522.000 abortos clandestinos anuales (Pantelides y Mario, 2009). Las condiciones de acceso en el sistema público de salud, incluso en casos claramente enmarcados en la legalidad, son escabrosas y desiguales geográficamente por las barreras e interpretaciones arbitrarias que aún persisten en las instituciones y sus agentes. En contextos restrictivos como en el de Argentina, los servicios de salud históricamente han sido expulsivos y castigadores (FUSA-CLACAI, 2012). La criminalización no disuade las decisiones de abortar, pero afecta sus condiciones de realización y el acceso a prácticas de cuidado en el sistema público de salud; aumentando los riesgos para quienes no disponen de suficientes o adecuados recursos materiales y/o simbólicos (Checa y Rosenberg, 1996; Rosenberg, 1997; Zamberlin y Raiher, 2010; Chaneton y Vacarezza, 2011; Petracci et al., 2012; OMS, 2012).

El presente trabajo se enmarca en una investigación cualitativa en curso que aborda relaciones posibles entre las significaciones de las mujeres sobre sus experiencias de aborto voluntario farmacológico clandestino y las condiciones de preservación, producción y afectación de la salud mental y emocional. Considerando los relatos de mujeres que abortaron, pondremos en relieve las emocionalidades registradas, entendidas en vinculación con dispositivos del poder criminalizador. Nos focalizaremos en discursos y prácticas que obstaculizaron las experiencias, las cuales registramos de forma directa en médicos/as y ecografistas y, de manera indirecta, en instituciones de salud.

Relaciones de poder y discursos sobre la sexualidad femenina

Las relaciones de poder atraviesan el campo social, producen discursos de verdad que las reproducen, a la vez que posibilitan el ejercicio del poder. El poder existe en la medida

² Las causales de interrupción legal de embarazos (ILE) contempladas en el artículo 86 del Código Penal Argentino (1921) y cuya correcta interpretación fue reafirmada por el histórico Fallo F.A.L. de la Corte Suprema de Justicia (2012) son: riesgo para la salud o vida de la persona gestante y/o cuando el embarazo es producto de una violación. Actualmente, gran parte de los esfuerzos para eliminar las numerosas barreras existentes en el acceso a ILE se centran en instalar la causal salud desde una visión integral y amplia del derecho a la salud, considerando sus aspectos físicos, emocionales y sociales, a la vez que su interdependencia con otros Derechos Humanos como la autonomía personal. Para mayor información, puede consultarse: FUSA AC: Concurso de Ensayos «Miradas integrales de la causal salud para Interrupción Legal del Embarazo». 2017. Disponible en <<http://grupofusa.org/wp-content/uploads/2017/05/LIBRO-de-ensayos-FUSA-baja.pdf>>.

que se ejerce y que circula para y mediante la producción de «discursos verdaderos» que transmiten efectos específicos de poder. A su vez, las relaciones de poder ponen en marcha reglas de derechos que producen discursos de verdad y que establecen procedimientos de sometimientos múltiples, estableciendo lo permitido y esperable, lo «normal», a la vez que lo prohibido, lo censurable, lo violentable; aquello que no tiene acogida en los discursos dominantes (Foucault, 1979). Las relaciones de poder y las prácticas discursivas, principalmente los discursos sobre el sexo y la sexualidad han definido y producido una idea de sujeto y de su función dentro de la sociedad. La sexualidad, sobre todo la femenina, quedó ligada a la noción de familia conyugal heterosexual y absorbida por la función reproductora (Caporale Bizzini, 1995). Si la verdadera sexualidad femenina es la reproductora, toda aquella que transgreda los límites de esta normatividad será resistida dentro del pensamiento dominante y de las definiciones hegemónicas de feminidad y masculinidad que nutren a nivel valorativo/normativo el discurso sociocultural androcéntrico de género (Harding, 1991).

Las múltiples relaciones de fuerzas que constituyen el poder y su organización misma se valen de estrategias para hacerse efectivas que, si bien logran cristalizarse temporalmente en formas institucionales hegemónicas, mantienen una relación de doble condicionamiento entre los efectos globales de estas estrategias y las relaciones precisas, tenues y móviles que producen y que le sirven de soporte (Foucault, 2007). El poder circula entre los diversos eslabones que conforman las tramas relacionales. Es en sus formas capilares, en sus confines más locales y últimos donde se pueden asir estas relaciones de poder que se extienden más allá de las reglas de derecho que las organizan y a las que sostienen. La dimensión productiva de los discursos de verdad opera en las prácticas y relaciones efectivas y directas dadas en un determinado tiempo y espacio; sometiendo a los cuerpos, regulando los comportamientos (Foucault, 1979; 2007) y/o, generando emocionalidades afines a las verdades que pretenden imponer.

Los dispositivos de poder con sus discursos verdaderos sobre la sexualidad y el género también atraviesan y constituyen las relaciones sociosanitarias, las actuaciones de profesionales del campo médico público y privado, y sus inscripciones en determinados dispositivos institucionales, legales y sociales. En este caso, dispositivos afines a la condena del derecho a decidir —en términos no reproductivos— de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Nuestro objetivo es reconocer y comprender, a partir de las significaciones de las mujeres sobre sus experiencias de aborto farmacológico

clandestino, cómo ciertos discursos y prácticas de médicos/as y ecografistas obstaculizadores de la experiencia actuaron en la configuración de sus vivencias emocionales.

MÉTODO

Elegimos el método biográfico con historias de vida temáticas que se centran en un período o aspecto de la vida de las personas (Acuña Ortega, 1989). En este caso, en las experiencias de aborto farmacológico. Se realizaron 18 entrevistas en profundidad a mujeres que abortaron voluntariamente con medicamentos en dos provincias de la región de Cuyo³ (San Luis y Mendoza), Argentina, desde 2010 hasta el momento de realización de las entrevistas (entre diciembre de 2016 y marzo de 2019). El muestreo secuencial en bola de nieve se compuso de mujeres cisgénero, mayormente heterosexuales, de nacionalidad argentina, clase media y residencia urbana. Todas contaban al menos con una experiencia de aborto farmacológico donde interactuaron con médicos/as y/o ecografistas. Las primeras mujeres entrevistadas fueron referidas por agentes de salud del sector público y por integrantes de organizaciones feministas, y luego las mismas entrevistadas invitaron a mujeres conocidas a participar. El primer contacto se realizó por intermedio de la persona en común y, en caso de manifestar interés en participar voluntariamente, por posterior contacto telefónico directo donde se profundizaron detalles y se acordó el encuentro. De las mujeres con las que se estableció contacto telefónico directo, dos entrevistas no se concretaron a pesar del interés manifestado, debido a: carecer de tiempo para el encuentro personal y por manifestar encontrarse en estado de recuperación postoperatoria tras una intervención quirúrgica. A todas las mujeres contactadas y entrevistadas se les dejó un número telefónico de contacto por si deseaban mantener comunicación posterior o conocer los resultados de la investigación.

³ La región geopolítica de Cuyo configura un contexto particular común, asociado históricamente a dirigencias conservadoras que han manifestado públicamente posicionamientos obstaculizadores en materia de acceso a las Interrupciones Legales de Embarazos (ILE) y los derechos no reproductivos. Del mismo modo han implementado reglamentaciones para impedir el acceso a misoprostol (para el caso de Mendoza y San Juan) y han avalado prácticas que vulneran el acceso a ILE. Asimismo, luego de la gran movilización que generó el debate parlamentario sobre el proyecto de legalización del aborto impulsado desde la Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito en 2018, se registran avances paulatinos que pretenden aminorar esta situación de vulneración de derechos. Dentro de Cuyo, la elección de dos provincias (Mendoza y San Luis) responde a las posibilidades y recursos económicos disponibles para realizar el trabajo de campo.

El guion semiestructurado de las entrevistas fue diseñado por la entrevistadora con la colaboración y supervisión de la directora de tesis. Las entrevistas fueron realizadas por la autora en lugares elegidos por las mujeres (lugares públicos como cafeterías o espacios verdes, sus propios domicilios o el domicilio de la entrevistadora) procurando un ambiente tranquilo y confidencial.

Se solicitó consentimiento informado previo al inicio cada entrevista y se obtuvo de forma oral —no escrita— debido a la sensibilidad de la práctica. Se explicó en lenguaje sencillo y comprensible los objetivos académicos, la perspectiva de análisis, los beneficios y resultados esperados de la investigación y sus usos a futuro (usos estrictamente académico-científicos como parte de una investigación con perspectiva de género). Se solicitó permiso expreso para grabar (como registro memorístico personal no público) y se acordó que, en caso de sentir incomodidad, no querer responder alguna pregunta o querer dar por terminada la entrevista, esto podría hacerse en el momento en que la entrevistada quisiera. Por cuestiones de confidencialidad y resguardo, al material grabado solo accedió la entrevistadora. Se omitieron nombres de pila propios, de otras personas nombradas y datos contextuales que pudieran favorecer un reconocimiento de la identidad, para garantizar el anonimato. Se les propuso, en caso de que así lo desearan, la elección de un nombre ficticio. Por otra parte, en relación con el tema de la entrevista, era esperable que se desplegaran narrativas cargadas afectivamente de experiencias emocionales poco compartidas, silenciadas, o que podría —o no— estar marcada emocionalmente por emociones dolorosas. Frente a ello, se previó contar con un sistema adecuado de derivación a dispositivos psicoterapéuticos, en lo posible, públicos y gratuitos en caso de que una mujer lo requiriera o se detectara esa necesidad; lo cual no fue necesario utilizar.

Las entrevistas fueron transcritas y codificadas inductivamente con apoyo del programa AtlasTi. Las categorías y subcategorías construidas se reflejan en la Tabla 1.

Tabla 1. Categorías y subcategorías [Elaboración propia].

1. Categoría Accionares directos	
Tipo de profesión	Médicos/as
	Ecografistas
	Psicólogas
Implicancia emocional	Facilitadores
	Obstaculizadores
	Neutro
2. Categoría Accionares indirectos Obstaculizadores	

Considerando las interacciones con profesionales de la salud, conformamos la categoría «Accionares directos»: interacciones concretas con profesionales de la salud durante instancias pre o post aborto relatadas por las mujeres. Distinguimos según el tipo de profesión entre «Médicos/as», «Psicólogas» y «Ecografistas». A su vez, dentro de los accionares directos, se desprendieron tres subcategorías considerando la experiencia emocional: 1. intervenciones sentidas como atentas a las decisiones y necesidades expresadas por las consultantes que fueron significadas por las mujeres como facilitadoras del tránsito por la experiencia emocional («accionares facilitadores»). Este grupo está conformado por actuaciones de médicos/as del sistema público que se coordinaban con grupos feministas locales, ginecólogos de ejercicio privado y psicólogas. En estos últimos dos casos existían vínculos profesionales previos. 2. Intervenciones significadas como obstáculos que generaron malestares y sufrimiento emocional en la experiencia por desestimar las intenciones de abortar, dificultar de diversas maneras o intentar impedir la práctica («accionares obstaculizadores»). Este grupo comprende accionares de médicos/as del ámbito privado o de un Hospital público especializado en salud reproductiva y ecografistas. 3. Intervenciones significadas como irrelevantes por las mujeres en la experiencia emocional («accionares neutras»). En este grupo, encontramos los tres tipos de profesiones. Cabe destacar que para el caso de médicos/as y ecografistas —no así de psicólogas—, algunas mujeres se relacionaron con más de un/a profesional, por lo cual es posible encontrar interacciones obstaculizadoras, facilitadoras y/o neutras en una misma experiencia. Si bien estas categorías muestran la complejidad y multiplicidad de interacciones con profesionales del sector salud, el foco de este trabajo ahonda sobre los procesos obstaculizadores que solo registramos para médicos/as y ecografistas (Tabla 2).

Tabla 2. Accionares directos e indirectos y experiencia emocional [Elaboración propia].

Entrevistada	Accionares directos			Referencia a accionares indirectos obstaculizadores
	Médicos/as	Ecografistas	Psicólogas	Médicos/as o instituciones
Bárbara	-	Neutro Facilitador	Facilitador	Sí
Nadia	Obstaculizador Neutro	Neutro Neutro	-	Sí
Virginia	Facilitador	Neutro Neutro	Facilitador	Sí
Charo	-	Obstaculizador Facilitador	-	Sí
Betzabeth	Facilitador	Neutro Obstaculizador	Neutro	Sí
Andrea	-	Neutro	Facilitador	Sí
Emilia	Obstaculizador	Neutro	-	Sí
Vera	-	Obstaculizador Neutro	-	Sí
Eluney	Facilitador	Obstaculizador Neutro	-	No
Marcela	Obstaculizador Obstaculizador Obstaculizador Facilitador Facilitador	Obstaculizador	Facilitador	Sí
Karina	Facilitador	Neutro	-	Sí
Amy	Obstaculizador	Obstaculizador	-	Sí
Anahí	Facilitador	Neutro	-	Sí
Carlota	-	Obstaculizador	-	No
Fabiana	-	Obstaculizador	-	Sí
Lorela	Obstaculizador Facilitador Facilitador	Obstaculizador Neutro	-	Sí
Ernestina	-	Neutra	-	Sí
Úrsula	Obstaculizador Obstaculizador Obstaculizador Facilitador Neutro Facilitador	Obstaculizador Neutro Neutro Neutro	-	Sí

Finalmente, atendiendo al relato de 16 de las 18 mujeres entrevistadas, conformamos la categoría «Accionares indirectos obstaculizadores»: referencias a accionares de médicos/as o de instituciones de salud públicas o privadas que fueron significados como potencialmente riesgosos o perjudiciales para la propia salud o libertad de las mujeres y,

por lo tanto, obstaculizaron la propia experiencia generando malestares y sufrimiento emocional. No implicaron una interacción directa, sino que las repercusiones emocionales surgieron a partir del conocimiento de estos accionares por medios de comunicación masiva (casos mediáticos), o comunicaciones orales informales de experiencias de otras mujeres (Tabla 2).

RESULTADOS Y DISCUSIONES

En función de los objetivos focalizados en la actuación del poder criminalizador y/o normalizador en las configuraciones emocionales de las experiencias de aborto clandestino, hemos organizado resultados únicamente en cuanto a accionares directos obstaculizadores registrados en interacciones con médicos/as en el primer apartado y ecografistas en un segundo apartado. El tercer apartado está destinado a accionares indirectos obstaculizadores.

Accionares directos obstaculizadores de profesionales en Medicina: ser tratada como una niña mala

Las mujeres relataron diversas situaciones de humillaciones, comentarios reprobatorios, infantilizaciones, ridiculizaciones e indiferencia ante sus estados emocionales frente al embarazo no deseado por parte de profesionales en quienes buscaban orientación o información científica y correcta sobre el uso de medicamentos.

Marcela, luego de seguir las indicaciones sobre uso de misoprostol (incorrectas en cuanto a dosis) de un ginecólogo durante cuatro semanas sin obtener el efecto abortivo deseado, consultó nuevamente:

Entonces, yo voy, sacó la orden, de nuevo exponerme a este médico que me dijo que dejara de pensar boludeces, que me fuera a mi casa, que las pastillas no habían hecho ningún efecto, que él tenía una manera, que era con unas sondas y no sé qué más pero que... que en realidad... que no, que no lo iba a hacer... Que me habían cobrado una boludez por unas pastillas que no hacían efecto y que era toda una mentira.

La asunción de posiciones criminalizadoras se observó más claramente en forma de hostigamientos, amedrentamientos y amenazas de denuncia penal. Además, las mujeres entrevistadas se encontraron con discursos con intenciones moralizantes que asociaron

directamente aborto con asesinato, remarcaron las propias creencias religiosas en contraposición a las demandas o cuestionaron los comportamientos sexuales femeninos. Muchos/as profesionales impusieron, según la narrativa de las mujeres, estos discursos morales-religiosos por sobre el bienestar de la consultante, se ubicaron como agentes del sistema penal y no del sistema de salud, desconociendo principios éticos profesionales (garantía de secreto profesional) y derechos del paciente contemplados legalmente (Ley 26.529/2009):

Me acuerdo un viejo que me dijo «y si no querías ¿Por qué te quedaste embarazada? ¿Sos tonta?», me lo dijo así. [...] La consulta fue más de culpabilización que de otra cosa. Nos fuimos los dos. Fuimos a otro, no sé si me trató de asesina o de «te vas a morir en el intento». Fue un jueguito entre esas dos posiciones. [Úrsula]

Así: «crimen, policía», eran las palabras, «católica». Eran las palabras que utilizaba [...]. Me decía «ya llamo a un juez, si quiero». [...] «yo te veo en el hospital y llamo al juez». Eran amenazas. Era decir, «loco, si voy al hospital...». [Emilia]

Históricamente, las narrativas hegemónicas concordantes con la tipificación legal del aborto en Argentina han impregnado las representaciones y afectos asociados a la práctica y a las mujeres que abortan. Los grupos opuestos a la legalización sostienen una serie de desplazamientos de significados de modo que aborto queda ligado a «crimen contra la vida», las posturas que reclaman la despenalización/legalización quedan marcadas como «cultura de la muerte» y las mujeres que abortan son consideradas «delincuentes, asesinas, pecadoras» (Vacarezza, 2013). Esto justifica, en parte, las violencias de las que son objeto por diversos mecanismos de deshumanización y cosificación que se conjugan con determinados imperativos morales sobre «lo que las mujeres son y deben ser». La demonización del aborto tiene como corolario la sacralización de la maternidad, como destino único e ineludible de la «Mujer» que se sostiene, entre otros elementos simbólicos, en la ecuación Mujer=Madre (Fernández, 2016). Los posicionamientos hegemónicos y totalizantes ocultan y/o atacan sus posibles desviaciones, más allá de los deseos y circunstancias de las mujeres singulares.

Al encontrarse con estas prácticas discursivas, lo que las mujeres significaban como estrategias de autocuidado para disminuir riesgos se convirtieron en situaciones de

incomodidad, persecución y malestar emocional. Estas intervenciones no respondieron a sus demandas de información u orientación para acceder a un aborto lo menos inseguro posible acorde a un Modelo de Reducción de Riesgos y Daños (FUSA-CLACAI, 2012), sino que, además, fueron significadas como «lo más traumático de la experiencia», «una experiencia espantosa», «momento horrible», dotando a la experiencia de un impacto emocional nocivo. Úrsula es rotunda al respecto:

Saco en limpio que la experiencia en sí misma no conlleva sufrimiento alguno más que el circuito de la salud, entrar en ese circuito.

En el caso de Marcela, el peregrinaje por consultorios médicos privados le implicó ser objeto de juicios morales (fue calificada de asesina), de tratos humillantes, dilaciones temporales, sobreexposición a opiniones médicas y ecografías, ofertas de abortos quirúrgicos sin anestesia o inseguros, sin respetar criterios médicos mínimos. Estas interacciones médicas violentas junto a la soledad en la búsqueda de circuitos más amigables impusieron la idea del aborto como un imposible y generaron un desesperante sentimiento de falta de control sobre el propio cuerpo y de incertidumbre sobre el propio futuro. A la vez, este estado de angustia agónica se incrementó por las extensiones temporales de resolución de la interrupción que era vivida como una urgencia. Marcela lo narra así:

No comía, ya buscaba excusas en todo momento para [...]. Vivía prendida al pucho porque no podía con la ansiedad. No me quería despertar. Habían días en que me dormía y decía «ojalá mañana amanezca muerta o tenga una hemorragia espantosa y no se» [...]. Era todo terrible lo que me imaginaba, o sea, ahora me suena exagerado, pero en ese momento era terrible, todo era poco.

En concordancia con los resultados de otras investigaciones (Zamberlin et al., 2012) la falta de asesoramiento o supervisión se vincula a experiencias emocionalmente más dramáticas, marcadas por el miedo a las consecuencias, ansiedad y preocupación, inducidas por el contexto clandestino y por la falta de apoyo/atención médica en momentos en que las mujeres se sienten extremadamente vulnerables y sin control de la situación. La sensación de no contar con suficiente información u obtenerla de manera parcial o fragmentada desencadena mayor ansiedad, angustia, sensación de riesgo y temor al daño (Carril Berro y López Gómez, 2008; Manoto Vargas, 2010). Sin embargo, en

países con restricción legal como Argentina, las mujeres han señalado como recursos valiosos para informarse la presencia de líneas telefónicas de información, materiales impresos o virtuales, además de consejerías con efectores/as de salud «amigables» (Ramos et al., 2015). Para las mujeres de esta muestra, la incertidumbre por falta de información se vio disminuida por otras fuentes de asesoramiento no médicas e igualmente tranquilizadoras: la lectura del manual del grupo activista Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto y el acompañamiento directo de activistas feministas.⁴

Sin embargo, un efecto emocional marcado y constante a raíz de estas intervenciones criminalizadoras fue la intensificación del miedo a ser denunciadas y encarceladas junto con las incertidumbres respecto a poder enfrentar adecuadamente posibles complicaciones físicas durante el aborto, con apoyo del sistema de salud. Estas incertidumbres agudizaron las sensaciones de vulnerabilidad e inermidad asociadas a la clandestinidad durante el proceso, tal como relata Emilia:

Era el miedo, permanentemente. Y obviamente si no estuviera eso legal creo que no sería tan violento. Para mí lo más traumático fue esa doctora.

Durante las interacciones médicas postaborto se relataron frecuentes actitudes de desconfianza, presunción de mentira y necesidad de discriminar si el aborto era espontáneo o provocado, sin que esto tuviera relevancia real para llevar a cabo la prestación médica solicitada. Para Nadia, el temor y la intimidación sentida interfirieron en su acceso a métodos anticonceptivos. Tras abortar en su casa sin complicaciones, asistió al Hospital y solicitó colocarse un DIU, por lo cual le realizaron una ecografía y un interrogatorio intimidante por tres personas a la vez sobre el embarazo y las causas del

⁴ En Argentina, en 2009 el grupo «Lesbianas y feministas por la descriminalización del aborto» sistematizó experiencias de acompañamiento telefónico feminista a mujeres y personas gestantes en situación de aborto y generó un conocido manual de amplia difusión «Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas». Tiempo después se consolidaron redes y grupos de acompañamiento feministas con interacción directa, como «Socorristas en Red—feministas que abortamos». Todo ello, en el marco de los procesos de apropiación de las mujeres y de las activistas latinoamericanas de las posibilidades y cambios en las maneras de abortar de manera segura que ofrece el método farmacológico, médico o no quirúrgico, es decir, el uso de fármacos para interrumpir un embarazo. Para más información sobre estos recursos activistas, puede consultarse:

<www.rednosotrasenelmundo.org/IMG/pdf/Como_hacerse_un_aborto_con_pastillas-Lesbianas_y_Feministas_por_la_Despenalizacion_del_aborto.pdf y <https://socorristasenred.org/>>.

aborto. La médica le informó que la internarían y le harían un legrado. Nadia sintió desesperación y desamparo, se negó a la internación y armó un discurso para salir de la situación embarazosa en el Hospital.

A mí me pasaba que, esto [de la ilegalidad] se representa más en mí cuando yo fui a la Maternidad. Yo digo «a mí si me internan y me hacen el legrado, algún test... algo, alguna parte de una pastilla va a salir, y ¿qué va a ser? ¿Qué van a hacer conmigo? Porque eso dependía también del profesional que te atendiera... [...] yo por la mirada de la mina [la médica], a mí me dio miedo eso, viste.

Este tipo de interacciones muestra la relación directa entre criminalización y limitación del derecho al acceso a la salud. Sistema de salud y sistema penal se asemejan en el imaginario de las mujeres y esta semejanza se acentúa con las prácticas profesionales amenazantes y estigmatizadoras. La estigmatización condiciona la búsqueda de atención médica, máxime en contextos de ilegalidad, donde estigma y criminalización se articulan en un círculo vicioso (APA, 2008; Zamberlin, 2015). Entendemos estas prácticas como formas de malos tratos, crueles, inhumanos y degradantes en el contexto médico y formas de violación del derecho a la salud (Amnistía Social, 2017), en tanto limitaron el acceso a servicios (atención médica, acceso a métodos anticonceptivos, información de calidad).

Sin embargo, es destacable que el contacto con estos discursos con intenciones culpabilizadoras no generó tal efecto en las mujeres entrevistadas; ninguna cambió la decisión de interrumpir el embarazo ni mostró arrepentimiento después. Contrariamente, vivenciaron conformidad con la decisión tomada para ese momento vital y alivio cuando lograron concretar el aborto.

No me movían el eje en la decisión, no me hizo dudar el hecho de que me trataran de tonta, o de asesina, o de suicida. Esto de «te vas a morir», ¿no? No, no, creo que tenía la decisión tomada y había que buscar la forma de cómo hacerlo, nada más. No importaba mucho [...]. Algún médico tenía que haber. Era encontrarlo. [Úrsula]

Accionares directos obstaculizadores de ecografistas: visualizar una mamá donde no la hay

En los relatos de interacciones obstaculizadoras en el momento de realizar la ecografía preaborto, se detectó que muchos/as ecografistas desestimaron el estado emocional de las mujeres que expresaban amargura y preocupación, llanto, pedidos de no ver imágenes ni escuchar latidos cardíacos, o bien ausencia de expresiones emocionales ligadas a la alegría. Los/as profesionales emitieron sin miramientos sus opiniones y sentires respecto al embarazo y la supuesta futura maternidad, mostraron imágenes y latidos sin consentimiento o en oposición al pedido expreso de no hacerlo, generando malestar en las mujeres.

Era terrible. Sí, toda la cantidad de ecografías [...]. Todo lo que me iban diciendo. Porque aparte la gente no se queda callada, desde el médico que me decía que había un corazón que latía, que yo tenía un bebé. Y yo decía: «yo no tengo un bebé. No puedo». [Marcela]

En otras intervenciones preaborto se puso en juego la significación imaginaria sobre el embarazo como el momento más pleno y gozoso en la vida de todas las mujeres (Carril Berro y López Gómez, 2008). Para Betzabeth, la expresión de alegría del ecografista que generó un efecto culpabilizante en su pareja le implicó un doble esfuerzo emocional: reafirmar frente a él su firme decisión de abortar para que las dudas de su pareja no interfirieran en la misma, a la vez que sostenerlo emocionalmente. En el caso de Eluney, la alegría de la ecografista, entretejida con otros factores de su situación personal, provocó un sentimiento conflictivo y tenso de inadecuación entre lo que debería sentir (felicidad por el embarazo) y lo que sentía (deseos de no estar embarazada).

Y bueno [se pone seria] la primer médica me trato súper bien pero súper contenta. Ella estaba muy contenta, muy contenta, no la conocía, pero...

¿Te hizo escuchar?

Me hizo escuchar, todo. Yo decía: «¡¡noooooo!!» De ahí salí re... con toda una situación media rara. [...] O sea, no tenía culpa por un aborto, menos de poco tiempo, no tenía culpa de decir «¡oh! ¡mato a alguien!». No. Era raro igual, era raro. En un momento pensé «bueno, es relindo, se podría vivir algo relindo». Pero ahí, confundida en esas cosas. [Eluney]

Entendemos estas intervenciones como funcionales a los intentos de homogenizar intenciones y deseos de las mujeres embarazadas en función de mandatos de género hegemónicos y de la ecuación Mujer=Madre. Representan un intento de reforzar -de manera más o menos intencionada- la ligazón embarazo/maternidad y una condición relacional de maternidad que para las mujeres no era tal. A partir de imponer emocionalidades hegemónicas respecto al embarazo, implicaron un sobreesfuerzo emocional para las mujeres.

Finalmente, en controles postaborto, los accionares obstaculizadores se vincularon a actitudes de desconfianza, sospechas e interrogación insistente sobre si el aborto fue espontáneo o provocado, generando incomodidad y ansiedad por el temor a ser denunciadas o maltratadas. En ciertas oportunidades, tal como se evidencia en el relato de Nadia en el apartado anterior, esta forma de intervenir interfirió en el acceso a otras prestaciones de salud.

Accionares indirectos obstaculizadores: abortarás con temor

Otra manera de actuación de los discursos disciplinadores, más allá del contacto directo con prácticas o discursos médicos punitivos, fue mediante el conocimiento de experiencias con alcance mediático de mujeres encarceladas por denuncias de personal médico del sistema de salud estatal (como el «Caso Belén» en Tucumán), o de experiencias de denuncias, maltratos o malas intervenciones médicas que habrían sufrido otras mujeres.

[respecto a si la penalización influyó en su experiencia]

¡Sí! Y sí. Porque tenía mucho miedo de tener que llegar a un hospital [...]. Porque ha pasado, médicos que son una mierda. Como a Belén, Belén que le dieron la libertad recién ahora, después de un montón de tiempo que la tuvieron adentro. Entonces, obvio que te da miedo que te pueda llegar a pasar eso. [Betzabeht]

Karina relató que su mayor malestar se vinculó al temor al maltrato o a una mala praxis cuando tuvo que acudir a maternidad por recomendación médica, tras observarse en la ecografía postaborto un posible proceso incompleto. Para el caso de Lorela, el retardo en la realización de la ecografía postaborto por no saber adónde acudir sin exponerse a una denuncia tuvo consecuencias físicas y emocionales graves, ya que

durante un mes tuvo un aborto incompleto retenido. Al momento de la entrevista, reflexionó sobre el riesgo de vida al que estuvo expuesta, el sentimiento de «quedar a la deriva» y su necesidad de haber tenido un «aborto monitoreado».

Nuevamente, si bien estos conocimientos no afectaron la decisión de abortar, recrudecieron los efectos emocionales de la clandestinidad, principalmente en cuanto a sentir el desamparo y el consiguiente temor o exposición al riesgo físico o emocional. Además, incrementaron sentimientos de persecución frente al angustiante dilema respecto a acudir o no a las instituciones sanitarias por posibles complicaciones o para controles postaborto. Frente al temor, las mujeres adoptaron distintas actitudes y estrategias: planear ir acompañadas por personas de confianza y con recursos (legales, emocionales) para defenderlas de las acusaciones; contactarse con organizaciones feministas de acompañamiento que articularan con personal médico; contar con un discurso armado con ayuda de médicos/as amigables o activistas feministas sobre aborto espontáneo y sus derechos como pacientes; ir a clínicas privadas asumiendo el sufrimiento de posibles maltratos o malas praxis; o evitar el contacto con instituciones de salud, como fue el caso de Amy:

Me quedé con miedo y nunca me hice un control post, cuando lo tenía que hacer.

¿El miedo a qué?

A que se dieran cuenta, que me procesaran. Realmente prefería... es horrible lo que voy a decir: prefería morirme abortando a que me metan en cana por abortar. Y bueno... salió todo bien.

Finalmente, algunas mujeres relataron que atravesaron la experiencia desde un silenciamiento impuesto para cuidarse de posibles denuncias y con la angustia de tener que ocultar estratégicamente la situación de embarazo, sus síntomas y/o la decisión de autoinducirse el aborto en la interacción con profesionales. Experimentaron un sentimiento de persecución que se sumó a los malestares propios del embarazo no deseado y a las incertidumbres sobre las posibilidades de abortar sin riesgos físicos. Todo lo cual configuró una vivencia de clandestinidad que no se correspondía con las propias significaciones sobre la legitimidad de su decisión respecto a la práctica abortiva. En definitiva, el conocimiento de denuncias previas y malas intervenciones, aún sin haberlo

sufrido directamente, incrementó los riesgos corporales, emocionales y/o llevó a asumir riesgos innecesarios que podrían ser evitables si se contara con otras condiciones sanitarias y legales.

CONCLUSIÓN Y REFLEXIÓN FINAL

Las situaciones de aborto voluntario ponen en entredicho los discursos que ligan sexualidad femenina/reproducción y las representaciones de género hegemónicas sobre la maternidad, la sexualidad y la moral sexual femenina (López Gómez y Carril, 2009). Movilizan representaciones de género del sistema patriarcal y activan y resisten discursos de poder que intentan mantener el statu quo. Los cuerpos y subjetividades de las mujeres abortantes se convirtieron en territorios políticos donde las redes de poder criminalizador y disciplinador se entrelazan, se anudan, se presentifican. La «ley» y la normatividad operan generando efectos emocionales reales y concretos en las experiencias de las mujeres sin necesidad de que se ponga en juego textualmente la encrucijada que la criminalización impone: muerte, cárcel o maternidad obligatoria. En este sentido, muchas mujeres lograron sustraerse del mandato de la maternidad obligatoria en función de sus decisiones sin necesariamente perder la vida o la libertad, pero con costos de sufrimiento emocional considerables. La ilegalidad y la clandestinidad como contextos de determinación y afectación del proceso de aborto se transforman en textos, en la medida que adquieren centralidad en la producción de significados, vivencias y discursos (Carril Berro y López Gómez, 2007; 2010; Santarelli, 2019). A partir de todo lo expuesto y en concordancia con Fernández y Tajer (2006) entendemos que la clandestinidad y el marco de violencias que habilita favorece la aparición de determinados efectos psíquicos que, en gran medida, conciernen a estrategias biopolíticas de control y disciplinamiento sobre las mujeres, en este caso, mediatizados por los accionares médicos directos e indirectos descriptos.

Nuestros resultados muestran que el poder del discurso criminalizador circula sin necesariamente haber tomado contacto directo con las instituciones judiciales que ejercen ese poder. En el marco de demandas de prácticas médicas, los discursos disciplinadores y/o moralizantes sobre la sexualidad femenina y las decisiones no reproductivas fueron instancias de actuación y soporte de este poder criminalizador. Dichas intervenciones entendidas como estrategias de disciplinamiento de género tuvieron una participación central en las vivencias emocionales: tiñeron con tonalidades atemorizantes y riesgosas

los tránsitos por estas experiencias, afectando la salud emocional, y limitaron violentamente el derecho a la salud integral de las mujeres. En un contexto de restricción legal, el sistema de salud y el sistema penal se asemejan en el imaginario de las entrevistadas y esto se acentúa por las amenazas sufridas en la interacción con profesionales y por el conocimiento de situaciones semejantes.

Por otra parte, cabe destacar que las amenazas —reales y fantaseadas— que recayeron sobre las mujeres no lograron arrebatarles el poder de decidir sobre la propia capacidad de gestar o no. Las mujeres abortaron con miedos, pero sin culpas respecto a la decisión tomada. Los discursos moralizantes y culpabilizadores no surtieron tal efecto en las entrevistadas de la muestra. Muchas de ellas lograron construir otras significaciones sobre sus experiencias, alejadas del «discurso verdadero» sobre la sexualidad femenina exclusivamente reproductiva. El carácter complejo, heterogéneo y móvil de las configuraciones emocionales de las experiencias habilita la convivencia de malestares emocionales junto con sentimientos de alivio, bienestar y fortalecimiento emocional; la coexistencia del silenciamiento con un progresivo despertar de las voces singulares y colectivas.

El acercamiento a los costos emocionales que suponen para las mujeres estos accionares en el campo de la salud permite seguir repensando y accionando modos de regulación de estas violencias y modos de reclamo al Estado que, con sus legislaciones criminalizadoras y sus políticas públicas insuficientes y/o confusas atentan contra los derechos (no) reproductivos de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Urge continuar con los movimientos estratégicos para desclandestinizar y despenalizar sociosubjetivamente el acto de decidir sobre una misma. Urge continuar batallando por la legalización del aborto en Argentina donde las violencias discursivas y prácticas de un sector del orden médico y estatal se han visto recrudecidas, poniendo en evidencia la disputa de poder sobre los cuerpos de las mujeres y personas con capacidad de gestar (Barrancos y Rosemberg, 2018). Urge continuar generando condiciones sociosubjetivas, culturales, legales para vivir las sexualidades de maneras más plenas y potentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACUÑA ORTEGA, Víctor. La historia oral, las historias de vida y las ciencias sociales. En Fonseca, E. (ed.). *Historia: teoría y métodos*. San José: Editorial Universitaria Centroamericana, 1989, pp. 7-10.
- AMNISTÍA SOCIAL (2017). *Informe para el Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas. Capítulo 2: Tortura y malos tratos en el contexto de los derechos sexuales y reproductivos*. [Sesión no. 60]. Reino Unido: Amnesty International Ltd., 2017. Disponible en: amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads.pdf.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA), Task Force on Mental Health and Abortion. *Report of the Task Force on Mental Health and Abortion*. Washington, DC: APA, 2008. Disponible en: www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf.
- BARRANCOS, Dora; ROSEMBERG, Patricia. Aborto, sororidad y autonomía de los cuerpos: diálogo con la diputada nacional Mónica Macha. En: *Salud Colectiva*. 2018, vol. 14, pp. 447-460.
- CAPORALE BIZZINI, Silvia. Foucault y el feminismo: ¿un encuentro imposible? En: *Anales de Filología Francesa*. 1995, vol. 7, pp. 5-18. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesff/article/view/17921>.
- CARRIL BERRO, Elina; LÓPEZ GÓMEZ, Alejandra. *Resultados de la investigación: Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de ilegalidad y penalización*. Uruguay: Cátedra libre en Salud reproductiva, sexualidad y género, Facultad de Psicología, Universidad de la República, 2007.
- CARRIL BERRO, Elina; LÓPEZ GÓMEZ, Alejandra. *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Uruguay: Ediciones Trilce, 2008.
- CARRIL BERRO, Elina; LÓPEZ GÓMEZ, Alejandra. Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud. En *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 2010, vol. 1, núm. 2, pp. 1-32. Disponible en: <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/40>.
- CHANETON, July; VACAREZZA, Nayla. *La intemperie y lo intempestivo: experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*. Buenos Aires: Marea, 2011.
- CHECA, Susana; ROSENBERG, Martha. *Abortos hospitalizados: un problema de salud pública una cuestión de derechos reproductivos*. Buenos Aires: El Cielo por Asalto, 1996.

- FERNÁNDEZ, Ana María. *La mujer de la ilusión. Pactos y Contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós, 2016.
- FERNÁNDEZ, Ana María; TÁJER Débora. El aborto y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos. En Checa, S. (ed.) *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós, 2006, pp. 33-46.
- FOUCAULT, Michel. Curso del 14 de enero de 1976. En: *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta, 1979, pp. 139- 152.
- FOUCAULT, Michel. *Historia de la sexualidad 1. La voluntad del saber*. México: Siglo XXI editores, 2007.
- FUSA-IPPF-CLACAI. *Guía de Procedimientos para la Atención de Mujeres en situación de embarazo no planificado*. 2012. Disponible en: <<http://grupofusa.org/wp-content/uploads/2013/07/Gu%C3%ADa-RRyD-FUSA-IPPF-CLACAI.pdf>>.
- HARDING, Sandra. *Whose science, whose knowledge?* Ithaca: Cornell University Press, 1991.
- LÓPEZ GÓMEZ, Alejandra; CARRIL, Elina. Aborto en Uruguay: reacciones de los profesionales de la salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres. En Castro, R.; López Gómez, A. (eds). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Uruguay: Universidad de la República, 2009, pp. 27-48.
- MAROTO VARGAS, Adriana. Al amparo de la noche: abortos clandestinos y salud mental. En: *Revista Costarricense de Psicología*. 2010, vol. 29 núm. Disponible en: <www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/56/58>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra: OMS, 2012. Disponible en: <www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es>.
- PANTELIDES, Edith; MARIO, Silvia. Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. En *Notas de población (CEPAL)*. 2009, vol. 87, pp. 95-120. Disponible en <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12842/np87095120_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- PETRACCI, Mónica, et al. El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires. En *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*. 2012, vol. 12. Disponible en: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872012000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=es>.
- RAMOS, Silvina; ROMERO, Mariana; AIZENBERG, Lila. Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina. En: *Reprod Health Matters*. 2015, vol. 22, pp. 4-15. Disponible en:

www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2814%2943786-8.

- REPÚBLICA DE ARGENTINA. *Ley N° 26.529/2009. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud*. En: *Boletín Oficial de la República Argentina*: República Argentina, 20 de noviembre de 2009.
- ROSENBERG, Martha. Las mujeres como sujetos... De las elecciones reproductivas, las condiciones de las mismas y los derechos que garantizan la libertad para tomarlas. En AA.VV.: *Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Propuesta para la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos*. Buenos Aires: Foro por los Derechos Reproductivos, 1997.
- SANTARELLI, Natalia. «En el borde y sostenidas...». Experiencias de aborto farmacológico clandestino de mujeres en interacción con profesionales de Psicología. [Trabajo de titulación «Máster en Igualdad y Género»]. Málaga: Universidad de Málaga, 2019.
- VACAREZZA, Nayla. Política de los afectos, tecnologías de visualización y usos del terror en los discursos de los grupos contrarios a la legalización del aborto. En AA.VV. *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*. Buenos Aires: Herramienta, 2013, pp. 209-226.
- ZAMBERLIN, Nina. El estigma asociado al aborto como objeto de estudio: los primeros pasos en América Latina. En S. Ramos (ed.) *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. Buenos Aires: CEDES, 2015, pp. 173-190.
- ZAMBERLIN, Nina; RAIHER, Sandra. *Informe: Revisión del conocimiento disponible sobre experiencia de las mujeres con el uso del misoprostol en América Latina*. Argentina: CEDES, CLACAI, 2010. Disponible en:
<http://www.clacaidigital.info:8080/handle/123456789/25>.
- ZAMBERLIN, Nina; ROMERO, Mariana; RAMOS, Silvina. Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. En *Reproductive Health Journal*. 2012 vol. 9, núm. 1, p. 34. Disponible en:
<http://www.reproductive-health-journal.com/content/pdf/1742-4755-9-34.pdf>.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET), a la Asociación Universitaria Iberoamericana de Postgrado (AUIP). A Mariela Muñoz Rodríguez por las sugerencias realizadas y su lectura atenta y afectuosa.