

004 66  
10



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

## GÉNERO Y COMUNICACIÓN. UN CASO PRÁCTICO PARA EL ANÁLISIS: TALLER POST-ABORTO PARA ADOLESCENTES

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN COMUNICACIÓN

PRESENTA:  
**ADELAIDA MARTÍNEZ CHAPA**

ASESORA: MTRA. ELVIRA HERNÁNDEZ CARBALLIDO

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



México, D.F.

2003



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## *Agradecimientos*

*Quiero agradecer todo el apoyo que esta investigación recibió del Population Council. Gracias al Proyecto Mejoría de la Calidad de la Atención Post-Aborto por todo el apoyo financiero, profesional y moral. Gracias Ana, gracias Ruffa, gracias Guile y gracias Gloria.*

*Gracias al Hospital Universitario "Doctor José Eleuterio González" de la cálida ciudad de Monterrey por las facilidades que nos otorgó para la realización de dos de los tres talleres realizados: Dr. José Luis Iglesias Benavides, Jefe del Servicio de Ginecología; Dr. Rodolfo Márquez Martín, Jefe del área de Shock-Trauma, gracias por prestarnos su sala de juntas para realizar nuestros talleres; Dra. Rebeca Martínez Villarreal, Directora del Programa Universitario de Educación para la Vida, gracias por el apoyo logístico para realizar el segundo de nuestros talleres en la Clínica Familiar de San Vicente. Gracias a todo el personal de la Clínica San Vicente por su comprensión y apoyo.*

*Gracias Paty, Carmina y Libertad por todo el apoyo, empeño y trabajo. Gracias por creer en nuestro proyecto y hacerlo suyo. Gracias Susana por compartir y construir esta tarea conmigo.*

*Gracias a mi papá José Luis Martínez, a mi mamá Ma. Carmen Chapa y a mi hermana Karen Martínez, por darme la mejor de las familias. Gracias a los tres por su amor, por su incansable apoyo y por nunca dejar de creer en mí.*

*Gracias Liz por no quitar el dedo del renglón, sin tí este trabajo y mi vida no hubieran sido los mismos. Gracias por mostrarme que el cariño que me tenga es el mejor de los cariños.*

*Gracias a Ana Goutman, a Clara Inés Charry, a Francisca Robles y a Marcela Lagarde por el tiempo y las valiosísimas contribuciones y comentarios hechos a este trabajo.*

*Gracias Elvira, por creer en mí y dejarme libre en la gran aventura que implicó esta investigación.*

*Quiero hacer un agradecimiento muy especial a Marcela Lagarde por haberme enseñado los caminos de los muchos y diversos feminismos y lo que implica adentrarse en ellos. Gracias por esta maravillosa experiencia de vida. Marcela, gracias por tu obra, gracias por todo aquello que has sembrado en mí y en muchas otras que te queremos profundamente.*

*Gracias Joaquín por ser mi compañero a cada paso que doy.*



Ante la Dirección General de  
UNAM a efecto de formalizar el registro de  
contenido de mi trabajo  
NOMBRE: Guadalupe  
Martinez Cruz  
FECHA: 16 OCT 2003

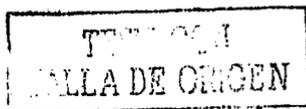
TECNOL  
FALLA DE ORIGEN

## Índice

Introducción	7
Nuestros objetivos	10
Metodología del levantamiento de datos y fundamentos para el análisis	12
<b>Capítulo I. GÉNERO Y FEMINISMO</b>	<b>15</b>
1.1. ¿Qué es el género?	15
1.2 La perspectiva de género	18
1.3 Desde dónde se ha construido el marco conceptual de la teoría de género	19
1.4 La contribución de la teoría de género	20
1.5 El patriarcado	21
1.6 ¿El género hacia dónde?	22
<b>Capítulo II. GÉNERO Y COMUNICACIÓN</b>	<b>24</b>
2.1 La comunicación y el género: un campo de estudio fértil y casi inexplorado	24
2.2. Género y Comunicación	24
2.2.1 Cual es la relación entre género y comunicación	26
2.2.2. Qué se estudia en este campo	27
2.3 La comunicación definida por una investigadora de la comunicación y el género	28
2.3.1 La flexibilidad comportamental como alternativa	30
2.4 Jürgen Habermas y la Teoría de la Acción Comunicativa	33
2.4.1 Marco conceptual de la teoría habermasiana	34
2.4.2 La acción comunicativa	37
2.4.3 La racionalidad	40
2.4.4 Noción de sistema y mundo de vida	41
2.5 Habermas y la Teoría de Género	43
2.5.1 Desde dónde se hace la crítica	43
2.5.2 Reproducción material y reproducción simbólica	43
2.5.3 Noción de sistema y mundo de vida	45
2.5.4 Los contextos de acción	45
2.5.5 Acciones del mundo de vida	47
2.5.6 Los roles de las mujeres	48
2.5.7 El discurso de las mujeres	49
2.6 Una pequeña reflexión crítica	50
2.7 Construcción de un taller post-aborto para adolescentes	52

Capítulo III. LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	54
3.1 Derechos sexuales y reproductivos	54
3.2 Salud sexual y reproductiva	57
3.3. El aborto	61
3.3.1 El mandato de la reproducción	61
3.3.2 ¿Qué es el aborto?	63
3.3.2.1 Tipos de aborto	63
3.3.3 Atención post-aborto	64
3.3.4 ¿Qué son los cuidados post-aborto?	67
3.3.4.1 Consejería anticonceptiva post-aborto	68
3.3.5 Situación legal del aborto en la República Mexicana	68
3.3.6 Situación legal del aborto en el mundo	71
3.3.7 El aborto como problema de salud pública	75
3.3.8 El aborto: más que un fenómeno físico	77
Capítulo IV. LAS ADOLESCENTES. UNA POBLACIÓN MARGINADA Y VULNERABLE	84
4.1 ¿Qué es la adolescencia?	84
4.2 Las adolescentes	36
4.3 Salud sexual y reproductiva de las adolescentes	89
4.4 Atención post-aborto para adolescentes	93
Capítulo V. TALLER POST-ABORTO PARA MUJERES ADOLESCENTES: PRIMERA EXPERIENCIA EN MONTERREY, NUEVO LEÓN	98
5.1 Población adolescente estudiada previamente	98
5.2 Propuesta de taller Post-Aborto para Adolescentes	101
5.3 Logística del taller	103
5.3.1 Fase de reclutamiento	103
5.3.2 Fase del taller	104
5.3.2.a Primer Taller Post-Aborto para Adolescentes	105
5.3.2.b Segundo Taller Post-Aborto	107
5.3.2.c Tercer taller Post-aborto	109
5.3.2.d Evaluación/Seguimiento a los tres meses	112
5.4 Observaciones sobre los tres talleres	114

5.5 Resumen de Talleres Realizados para pilotear el modelo de consejería post-aborto para adolescentes	116
Capítulo VI. ANÁLISIS Y RESULTADOS	118
6.1 Integración, participación y percepción: la comunicación dentro del taller	120
6.1.1 La integración al taller	121
6.1.2 La participación verbal	121
6.1.3. La participación en los bloques	122
6.1.4 La percepción	124
6.2 Características de las participantes	125
6.3 Las historias sexuales y reproductivas	127
CONCLUSIONES	132
1. Claves para trabajar con adolescentes post-aborto	135
2. Apuntes básicos para instrumentar un taller post-aborto	136
3. Propuesta final para elaborar un Manual de Orientación Post-Aborto para Adolescentes	138
4. Los retos	141
Bibliografía	142
Anexo 1	147
Anexo 2	149



## *Introducción*

En los países en vías de desarrollo, las mujeres son presa fácil de un ciclo destructivo de la reproducción: repetidos embarazos no deseados y abortos clandestinos e inseguros y en muchos casos la muerte. Las mujeres no tienen disponible un servicio de anticoncepción y/o planificación familiar, así como tampoco tienen acceso a servicios de aborto seguro ya que en la mayoría de los países el aborto es ilegal. El tratamiento por complicaciones de aborto pocas veces tiene una conexión con servicios de planificación familiar y anticoncepción. La barrera entre estos servicios no permite que estas mujeres en riesgo de volverse a embarazar, dispongan de los medios seguros y adecuados para evitar embarazos no deseados, perpetuando la mala salud de estas mujeres.

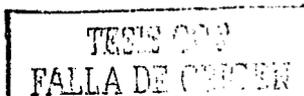
Después de una exhaustiva búsqueda hemos encontrado que son pocas las experiencias documentadas sobre anticoncepción y planificación familiar post-aborto en todo el mundo. La falta de atención a las necesidades de anticoncepción y planificación familiar post-aborto para las mujeres se puede deber a varios factores que van desde conflictos ideológicos hasta obstáculos en la práctica de la prestación de servicios.<sup>1</sup>

Las mujeres que han sufrido un aborto corren el riesgo de embarazarse casi de inmediato ya que su fecundidad retorna rápidamente. Por ello es fundamental que las mujeres tengan acceso a los servicios de planificación familiar y anticoncepción. Estos servicios deberían estar enfocados y desarrollados de acuerdo a los intereses, necesidades, percepciones y preferencias de las mujeres. Los temas relacionados con el aborto que ocurre en condiciones de riesgo entre las adolescentes y los riesgos relativos al SIDA continúan inexplorados a nivel mundial...las mujeres de entre 10 y 24 que viven en los países en vías de desarrollo son vulnerables a la infección por el VIH y embarazo, debido a innumerables factores sociales y culturales que están más allá de su control.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Benson, et. al. *Temas en el tratamiento del aborto: Cubriendo las necesidades de las mujeres en cuanto a la planificación familiar post-aborto, articulando las preguntas*. IPAS. 1993. pág. 1

<sup>2</sup> Greenslade, F. et al. *Temas en el tratamiento del aborto No. 4. Identificando la intersección: adolescencia, embarazo no deseado, VIH-SIDA y aborto en condiciones de riesgo*. Carolina del Norte. 1999. pág. vii.



Su condición de género, presiones sociales y culturales generan situaciones de riesgo para las adolescentes tales como la violencia física y otras formas de coerción, iniciación sexual temprana, poco o nulo poder de negociación sobre las relaciones sexuales con su pareja y el uso de métodos, etc. Se estima que aproximadamente 2 millones de mujeres adolescentes en los países en vías de desarrollo tienen abortos inseguros<sup>1</sup> cada año<sup>4</sup>. Si los servicios de planificación familiar y anticoncepción post-aborto apenas se contemplan como básicos en los hospitales y clínicas, los dirigidos a mujeres adolescentes son prácticamente inexistentes.

La presente investigación parte de considerar que los servicios de planificación familiar y anticoncepción post-aborto, además de componente básico de la calidad de la atención hospitalaria, deben estar diseñados en función de las necesidades, las percepciones y los deseos de las mujeres, particularmente los de las adolescentes. Para que estos servicios estén enfocados en las necesidades específicas de las mujeres se debe trabajar con ellas y desde sus propias ideas. La prevalencia del aborto realizado en condiciones de riesgo es un indicador de una necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos. Los servicios de anticoncepción y planificación familiar post-aborto son severamente limitados en todas partes del mundo o simplemente no existen. El tema es de suma importancia para contribuir a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

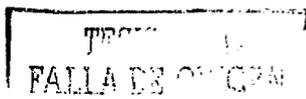
Por ello consideramos la necesidad de desarrollar una propuesta de servicios de consejería post-aborto para adolescentes que a través de un marco teórico que vincule la teoría de género y la teoría de la comunicación permita elaborar dinámicas para el desarrollo de herramientas comunicativas y de conciencia de género.

En tal medida hemos pretendido analizar y dar a conocer la forma en que un grupo genérico específico se comunica: las adolescentes que han tenido un aborto (espontáneo o inducido) para probar diversas dinámicas y temáticas con la finalidad de elaborar un manual de atención post-aborto para adolescentes que sea replicable.

---

<sup>1</sup> El aborto inseguro se define como un procedimiento usado para terminar un embarazo no deseado realizado ya sea por personas sin las calificaciones necesarias o realizado en un ambiente que no cumple con los mínimos requisitos médicos o ambos. *The Prevention and Management of Unsafe Abortion*, WHO, 1992, citado en Greenslade op. cit.

<sup>4</sup> Greenslade et. al. op. cit. pág. 2.



La idea del taller post-aborto para adolescentes surge de la evidente y urgente necesidad de proporcionar a las mujeres adolescentes herramientas comunicativas útiles para lograr un consenso comunicativo y no un consenso asegurado normativamente a partir del poder y dominios masculinos. Es decir, se pretende a través de un taller con temáticas sobre asertividad, autoestima, habilidades comunicativas y anticoncepción, proporcionarles a las adolescentes que han tenido un aborto sean madres de familia o no, elementos básicos para desarrollar en ellas herramientas que les permitan establecer un consenso comunicativo reflexivo y crítico con sus familias, de manera que se genere en su hogar un ambiente, igualitario, libre y justo. Las mujeres adolescentes que han abortado por cualquiera que sea la causa, cargan generalmente con un peso que no deberían cargar: la culpa, la vergüenza y el rechazo de su pareja o de su familia.

A través de las acciones se aprehenden sentidos y significados. Aprender y aprehender el sentido y el significado que las adolescentes dan a su cuerpo, a su sexualidad y a la anticoncepción será necesario para llegar a un *entendimiento* en términos habermasianos de la acción a partir de la especificidad. El concepto especificidad en esta investigación se utilizará como nexo entre la teoría de género y la teoría de la acción comunicativa. La categoría de género considera fundamental resaltar y remarcar las especificidades y las diferencias. Porque es a partir de la diferencia que se construye la equidad y además la especificidad reivindica al sujeto. Cuando nuestras preocupaciones y nuestra vida están en función de otros el yo está en la periferia. La categoría de género busca situar al yo en el centro y no en la periferia. Por otro lado, para Habermas la sociedad no está compuesta de sujetos sino de "personalidades", agentes capaces de lenguaje y de acción a través de un proceso de competencias adquiridas...son estas capacidades adquiridas las que condicionan al sujeto a participar en procesos de entendimiento en contextos específicos, así como a afirmar su identidad en "plexos de interacción cambiante".<sup>5</sup>

Ningún modelo de prestación de servicios será aceptable para todas las mujeres, apunta IPAS (Organización No gubernamental con sede en Carolina del Norte dedicada a la investigación en salud reproductiva), pero el respeto por las mujeres, sus puntos de vista, y

---

<sup>5</sup> Solares, Blanca. *El síndrome Habermas*. Ed. Porrúa/UNAM. 1ª. Ed. México. 1997. pág. 71.

las situaciones individuales de su aborto, mejorarán la aceptabilidad de los servicios en cualquier situación.

*Estudios hechos desde los años sesenta y ochenta muestran que la mayoría de las mujeres a quienes se les ofrece anticoncepción después de un aborto la aceptan, que la aceptación y el uso de anticonceptivos mejoran después de un aborto y que muchas mujeres, después de un aborto pasan a usar un método más efectivo que el que les falló. Algunas diferencias por estado civil y paridad han sido notadas; por ejemplo, es menos probable que las mujeres jóvenes y solteras sin niños vivos acepten un método después de un aborto que las mujeres mayores, casadas, con al menos un hijo. Estos estudios sin embargo no sugieren mucho sobre cómo diseñar e implementar servicios de planificación familiar post-aborto, especialmente para mujeres que han sido tratadas por aborto incompleto. Hay poca evidencia de ningún esfuerzo amplio a través de un sistema, para llevar planificación familiar a las mujeres después de un aborto. Las necesidades de las mujeres que han tenido un aborto espontáneo o inducido raramente han sido examinadas, a pesar de que muchas de estas mujeres pueden no desear un embarazo subsiguiente.*

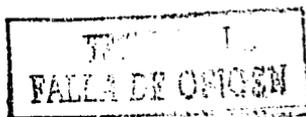
Una experiencia documentada recientemente (1998) se llevó a cabo en Colombia por tres instituciones privadas: Oriéntame, ProMujer y Sí Mujer. Sus objetivos consistieron en comparar los modelos de estas instituciones en cuanto a orientación y suministro de métodos anticonceptivos del servicio de intervención de aborto incompleto se referían. La estrategia para detectar las necesidades de las mujeres consistía en obtener información de dos fuentes: de la historia clínica y de las mujeres mismas. Según estas experiencias, las orientadoras, dependiendo de las necesidades de la mujer, así como de detectar los miedos, el conocimiento y la experiencia sobre los métodos, le ofrecían información de los métodos anticonceptivos disponibles en la clínica.

### **Nuestros objetivos**

El presente trabajo de tesis trata de realizar un esfuerzo en esta línea de necesidades. El objetivo primordial es hacer una primera propuesta de orientación en planificación familiar y anticoncepción post-aborto para adolescentes como un primer acercamiento para cubrir una laguna de necesidades no satisfechas de anticoncepción y planificación familiar enfocadas hacia el post-aborto. Propuesta que además de estar diseñada a partir de sus necesidades también se les proporcionen herramientas para que adquieran habilidades tales

---

<sup>6</sup> Greenslade, op. cit. Pág 8



como autoestima, toma de decisiones, comunicación asertiva y proyecto de vida que les sirvan para *empoderarlas* y evitar futuros embarazos no deseados y/o abortos inseguros.

Partimos de la hipótesis de que las adolescentes post-aborto es un grupo con necesidades específicas ya que cada una vive el duelo, la sexualidad y la anticoncepción de manera distinta por ello requieren una orientación que contemple dichas necesidades. Partimos de la idea de que a través de un taller conformado por adolescentes que hayan vivido la misma situación es más factible detectar esas necesidades, pues la identificación con miembros de un grupo hace que el tema de la anticoncepción después del aborto no sea percibida como persecutoria tanto por los prestadores de servicios de salud, como por las propias adolescentes.

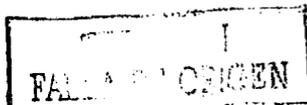
La base de para el desarrollo de esta tesis se encuentra en el proyecto Mejoría de la Atención al Post-Aborto (MAPA) en tres regiones de México. La oficina regional del Population Council para América Latina y el Caribe en el año 2000 propuso este proyecto para el desarrollo y extensión de un modelo integrado de mejoría en la calidad de la atención hospitalaria que sea replicable en los hospitales, este proyecto tuvo como objetivos primordiales:

- 1) Mejorar la comprensión del aborto inseguro desde una perspectiva cultural, científica e institucional, y mejorar su atención, favoreciendo la implementación del modelo propuesto (MAPA).
- 2) Sensibilizar sobre salud sexual y reproductiva a las mujeres y los hombres,
- 3) Sensibilizar a los profesionales de la salud y los tomadores de decisiones sobre el aborto inseguro como un problema de salud pública.

El proyecto MAPA contiene varias líneas de acción dentro de las cuales se encuentra el mejoramiento de las técnicas de orientación post-aborto, de donde se desprende la presente investigación.

A través de los resultados de 720 entrevistas de egreso realizadas a mujeres que ingresaron por complicaciones de aborto en tres estados: 252 en México (Hospital Lic. Adolfo López Mateos), 220 en Monterrey (Hospital Universitario José Eleuterio González) y 248 en Oaxaca (Hospital General Aurelio Valdivieso)\* la presente tesista ha elaborado este proyecto de investigación con datos arrojados por este estudio ya que dentro de la

\* Las entrevistas de egreso fueron realizadas por dos entrevistadoras en cada estado contratadas por el Population Council. Este estudio se realizó de enero a julio de 2000.



población estudiada identificó una población adolescente con características peculiares que requería de atención a sus necesidades específicas de consejería post-aborto en materia de anticoncepción.

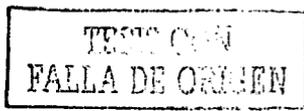
### *Metodología del levantamiento de datos y fundamentos para el análisis*

En los meses de enero a mayo la presente investigadora visitó ciudad de Monterrey, Nuevo León para desarrollar el trabajo de campo el cual consistió en coordinar e instrumentar tres talleres post-aborto de 15 horas cada uno (3 horas por día) y una evaluación taller final de 7 horas (3 horas y media por día). Para el diseño del taller se trabajó conjuntamente con Susana García y Jessica Ramón de la Fundación Mexicana para la Familia (IMIFAP), Raffaëla Schiavon experta en adolescentes y coordinadora del proyecto MAPA, y Guillermina Herrera coordinadora de proyectos para el Population Council. Las temáticas y las dinámicas, escogidas por la presente investigadora y las expertas anteriormente mencionadas, tuvieron desde un principio como objetivo proporcionar a las adolescentes información sobre anticoncepción y herramientas psicosociales que ayudaran a las adolescentes a prevenir un futuro embarazo, así como a superar, en su caso, el dolor y la culpa de la pérdida del embarazo.

La presente investigación tiene dos ejes de análisis que se complementan. El primer eje consiste en el análisis teórico de elementos de la teoría de la acción comunicativa, y de la teoría de género. El análisis de estos conceptos nos permite hacer una contextualización de la situación de las adolescentes post-aborto y a partir de qué ideas se puede elaborar la propuesta final del taller. El segundo eje que complementa al anterior, es un eje pragmático, que se basa en el trabajo de campo. A través de este eje se analizó el impacto pre-evaluatorio del taller. Es decir, se registró y analizó diariamente la información generada en cada uno de los talleres: asistencia, participación, lenguaje corporal, incorporación al grupo (si se siguieron instrucciones o no sobre las dinámicas), etc. Este registro se hizo para los tres talleres, así como también en la evaluación o taller final.

Hubo cuatro momentos clave dentro del desarrollo de cada taller:

- a) el primer momento consistió en recabar información previa al desarrollo de las temáticas del taller a través de un cuestionario diseñado para conocer el nivel socioeconómico, la escolaridad, el contexto familiar, el

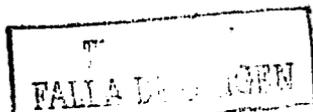


- tipo de religión que profesan, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, la iniciación sexual y la historia reproductiva y estado de ánimo, entre otras variables;
- b) el segundo momento consistió en integrar al grupo y proporcionar información a través de las dinámicas,
  - c) el tercer momento permea a los tres anteriores: se recabó información a través de la observación participante, especificada anteriormente y,
  - d) el cuarto momento consistió en recabar información sobre opiniones, propuestas, sensaciones sobre el taller, a través de un cuestionario que se aplicó en la última sesión del taller y como última actividad.

La información recabada en el primer y cuarto momentos fue capturada y analizada con técnicas cuantitativas, mientras que los registros de la observación fueron registrados y analizados a través de técnicas cualitativas. Se construyó una matriz de datos donde se combinaron los datos recabados a través de ambas técnicas. Es así como los dos ejes de análisis convergentes cuyo objetivo fue mostrar un espectro de vida de nuestra población objetivo. De esta manera se fueron registrando los aciertos y errores de cada taller, para justificar cada uno de los cambios que se realizaron al contenido inicial del Manual Post-aborto para orientadores, en función construir una propuesta final de orientación post-aborto para adolescentes.

Los ejes de análisis se trazan en dos vías: el contexto de vida de las adolescentes y la participación, percepción e integración que tuvieron en el taller. A través de adentrarnos en el contexto e historia de vida de las adolescentes, intentamos descubrir qué tipo de acciones realizan estas participantes en relación con el *mundo de vida habermasiano*, "logradas comunicativamente" o "aseguradas normativamente". Al analizar su vida cotidiana o mundo de vida con estas dos categorías, observamos qué tanto poder tienen sobre sus propias vidas, y qué tanto poder tienen para manifestar sus ideas, sentimientos, etc. Estas dos categorías se analizaron a partir de las siguientes variables:

- a. situación familiar
- b. edad
- c. situación socio-económica
- d. escolaridad
- e. ocupación
- f. estado civil
- g. historia sexual y reproductiva
- h. uso de métodos anticonceptivos

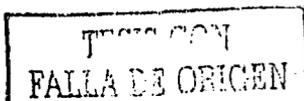


A partir de ambos ejes se construyó una matriz de datos desde la cual analizamos la percepción de estas adolescentes sobre su cuerpo, su sexualidad, sobre su condición de género y sobre su vida sexual y reproductiva y deducir sus necesidades anticonceptivas a partir de éstas y en función de su condición de género. A los tres talleres acudieron adolescentes que habían abortado y adolescentes que no habían abortado, y se pretendió detectar si entre ambos grupos de adolescentes, post-aborto o no post-aborto, existe una diferencia en la percepción de la información, así como diferencias o no en la integración y participación de las adolescentes.

La percepción consiste en selección, organización e interpretación de estímulos y de información. La comunicación es selección, atendemos a los estímulos de forma selectiva, recordamos de forma selectiva y nos exponemos a los estímulos de forma selectiva. Por lo anterior, la participación de las adolescentes en el taller la hemos categorizado de la siguiente manera:

- a. Integración: •total, •parcial, •nula
- b. Participación en el taller:
  - ⊙ 1ª subcategoría (tipo de participaciones):
    - comparte experiencias, •opinión, •bromas, •ninguna
  - ⊙ 2ª sub-categoría (manifestación de la participación en los diversos bloques):
    - tuvo interés, •mostró desconfianza, •mostró apatía
- c. Percepción: •escucha atentamente, •está distraída

La idea de articular el género y la comunicación es construir un puente de comprensión que es el lenguaje. Este lenguaje puede ser verbal o no verbal. A partir de éste hemos hecho un primer acercamiento a los efectos de recepción sobre este piloto de taller post-aborto. El objetivo de este análisis es evidenciar en cuales bloques hubo mejor percepción, mayor participación e integración en función de hacer una serie de recomendaciones para investigaciones y acciones futuras enfocadas al tratamiento del fenómeno del post-aborto entre las adolescentes.



## I. GÉNERO Y FEMINISMO

*"Una no nace, sino que se hace mujer"*  
Simone de Beauvoir

### 1.1. ¿Qué es el género?

Cuando nace una mujer se dan por sentadas muchas cosas en las diferentes culturas del mundo: el color rosa, la delicadeza, la entrega total, el sacrificio, la maternidad, la sumisión, la obediencia, el pecado...

Gayle Rubin parafraseando a Marx<sup>7</sup> se preguntó:

*¿Qué es una mujer domesticada? Es una hembra de la especie. Una explicación es tan buena como la otra. Una mujer es una mujer. Sólo se convierte en doméstica, esposa, mercancía, conejito de Play boy, prostituta o dictáfono humano en determinadas relaciones. Fuera de esas relaciones no es la ayudante del hombre igual que el oro en sí no es dinero. ¿Cuáles son entonces, esas relaciones en las que una hembra de la especie se convierte en una mujer oprimida?\**

Definir lo que es una mujer implica utilizar la categoría *Género*, la cual tiene sus antecedentes en los escritos de Simone de Beauvoir: *El Segundo Sexo, La Mujer Rota*. Ella considera que lo "femenino" es un conjunto de características humanas adquiridas por las mujeres a través de un proceso individual y social complejo y no solamente de una derivación natural de su sexo.

Las académicas del nuevo feminismo de los años sesenta, Betty Friedan por ejemplo, dieron nombre a esta idea de Simone de Beauvoir: género. Utilizaron esta categoría para construir todos sus argumentos políticos. En nuestros días las aportaciones teóricas respecto a esta categoría van más allá de este planteamiento inicial, y éste término es ya muy conocido entre los científicos sociales e investigadores de habla inglesa porque género en inglés (gender) implica básicamente una diferencia y clasificación relativa al sexo, lo que hace que éste sea muy específico y preciso. En cambio, este término en

<sup>7</sup> "¿Qué es un esclavo negro? Un hombre de raza negra. Solo se convierte en esclavo en determinadas relaciones. Una devanadora de algodón es una maquina para devanar algodón. Solo se convierte en capital en determinadas relaciones. Arrancada de esas relaciones no es capital, igual que el oro en sí no es dinero ni el precio del azúcar es azúcar" Marx, [1971 citado en Rubin: *El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo*.

<sup>8</sup> Lamas, M. (comp.) *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG. UNAM. Ed. Porrúa, México. 2000. pag 36.

francés o español tiene una definición más ambigua, pues se puede referir a una clasificación en tipos, clases y especies de cosas distintas entre sí, lo que significa que podemos hablar de géneros cinematográfico, literario, etc.<sup>9</sup>

El concepto género se ha convertido en una categoría analítica imprescindible en la investigación social. Para Marta Lamas, el concepto género explora la interrogante sobre la verdadera diferencia entre los cuerpos sexuados y los seres socialmente construidos y además está presente en el debate político sobre el papel de las mujeres en la sociedad. Utilizar la categoría género para referirse a los procesos de diferenciación, dominación y subordinación entre los hombres y las mujeres obliga a remitirse a la fuerza de lo social, y abre la posibilidad de la transformación de costumbres e ideas. El género es una construcción simbólica, establecida sobre los datos biológicos de la diferencia sexual. La categoría de género sirve para que la diferencia sexual sea reconocida y no utilizada para establecer desigualdad social.<sup>10</sup>

La modernidad es una tradición que construye abstractos para negar especificidades de contrato social (contrato realizado solamente por y entre hombres). Es un abstracto simbólico que elimina especificidades. La exclusión de los beneficios de la modernidad ha sido soporte del desarrollo desigual entre regiones del mundo, países, pueblos, comunidades y personas. Han sido los sujetos sometidos a formas peculiares de explotación, opresión y marginación quienes, al recrear sus historias e identidades particulares, realizan la crítica de la modernidad y a su más valiosa promesa: el desarrollo. Enfrentan de manera dramática la adversidad y destinan enormes esfuerzos vitales para convencer, ser escuchados y dialogar.<sup>11</sup>

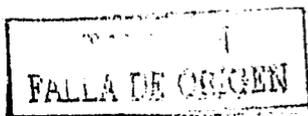
La sociedad remarca las diferencias y las niega en el discurso moderno: se construyen desigualdades sobre las diferencias y se constituye una ceguera de género. No vemos la diferencia cuando la plateamos desde la igualdad. Negamos las desigualdades políticamente con el principio de la igualdad: no consideramos suficientemente importantes las diferencias. El discurso debe estar construido desde la equidad que tiene como principio

---

<sup>9</sup> Ibid. Pág. 10.

<sup>10</sup> Ibid. Pág. 10-19

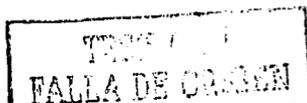
<sup>11</sup> Ibid. Pág. 10.



rector la justicia. Los sujetos no somos creados somos contruidos a partir del reconocimiento de las diferencias sexuales y significación sociocultural y política de ciertas diferencias a las que se han funcionales al orden social. Esas diferencias sexuales se construyen psicológicamente y culturalmente en la subjetividad y en las mentalidades respectivamente. Se construyen también jurídica y políticamente. En un principio no se creía que la diferencia fuera importante en la construcción de la igualdad. Ahora se reconoce que la diferencia es construida dentro del orden social: hay configuraciones de género locales, regionales, etc. no es un asunto de identidad entre hombres y mujeres. Todas la diferencia impactan la especificidad de género: sexuales, políticas, religiosas, etc. los hombres con los hombres y las mujeres con las mujeres no son idénticos e idénticas entre sí. Comparten especificidad de género o condición social. Entre hombres y mujeres prevalecen diferencias de edad, diferencias sexuales, etc. Cada persona es diferente a las demás personas: cada persona es única e irrepetible en palabras de Marcela Lagarde.

El tema central de esta tesis es un tema que ha sido hablado mayoritariamente por los hombres. Se ha abordado desde una perspectiva patriarcal donde las mujeres no son ubicadas y/o posicionadas como sujetos políticos. Para Sherry B. Ortner y Harriet Whitehead, feministas reconocidas de los años sesenta, los rasgos propios del género y los procesos naturales del sexo y la reproducción constituyen solamente un indicador, muy ambiguo por cierto, de la organización cultural del género y de la sexualidad. Lo que se considera que es el género, lo que se piensa son los hombres y la mujeres, lo que se asume como patrón de las relaciones entre hombres y mujeres son, entre otras, ideas que no reflejan simplemente "datos" biológicos, ni se elaboran exclusivamente a partir de ese tipo de información; por el contrario, son en buena medida un producto de procesos sociales y culturales.<sup>12</sup> La salud no es un terreno neutral. Tiene dimensiones compartidas y dimensiones específicas entre hombres y mujeres, lo que conocemos como género. El criterio de género implica que no se ve ningún fenómeno unilateralmente. La reconocida antropóloga y feminista Marcela Lagarde asegura: *como vivimos determina como somos*.

<sup>12</sup> Sherry B. Ortner y Harriet Whitehead. Indagaciones acerca de los significados sexuales. Pág. 127-128 en Lamas, M. *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG. UNAM, México, 2001.



La sexualidad abarca normas y recursos para su realización y su control, y se plasma en hechos que conduce a la realización de objetivos vitales personales y colectivos. Culturalmente la especificidad sexual es fundamento de complejos modos de vida para los seres sexuados.<sup>13</sup> Nuestras características sexuales son consideradas como una serie de atributos que parecen estar determinadas naturalmente: el erotismo, los aspectos sociales, identitarios, políticos y psicológicos. Características y atributos que se considera como hereditarias y predeterminadas.

### 1.2 La perspectiva de género

La perspectiva de género tiene como base la teoría de género y es parte del paradigma histórico-crítico: parte de una crítica al marxismo, al estructuralismo y al psicoanálisis. Decir perspectiva de género es decir *enfoque de género*, *visión de género*, *mirada de género* y también *análisis de género*. Éste último es la síntesis entre la teoría y la perspectiva de género derivada de la concepción feminista del mundo y de la vida.<sup>14</sup>

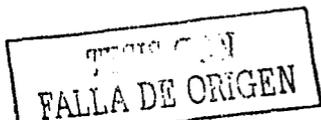
Se construye con base en la ética y en la crítica al androcentrismo humanista que excluye a las mujeres. Parafraseando a Marcela Lagarde, la perspectiva de género tiene como objetivo construir para las mujeres y desde las mujeres una resignificación subjetiva de la historia, la sociedad, la cultura y la política.

La perspectiva de género tiene como centro el cuerpo. Hombres y mujeres somos mutua y recíprocamente diferentes, de acuerdo con Marcela Lagarde. Esos cuerpos implican diferentes experiencias subjetivas. Ni nacemos, ni vivimos ni morimos igual. La sociedad remarca las diferencias y las niega en el discurso moderno: se construyen las desigualdades sobre las diferencias. Si se plantea la diferencia desde la igualdad, ésta primera no es perceptible, no se observa. Se niegan las desigualdades políticas con el principio de la igualdad: no se consideran suficientemente importantes las diferencias. Marcela Lagarde llama a este fenómeno el velo de la igualdad. La ceguera sobre las desigualdades de género, misma que la cultura mantiene y reproduce, es la que incita a

---

<sup>13</sup> Lagarde, M. *Género y desarrollo humano. Desarrollo humano y democracia* Cuadernos inacabados. México, 2001, pág. 55.

<sup>14</sup>Ibid. pág. 13.



buscar deconstrucciones ideológicas para resignificar los contenidos culturales que nos mantienen en *cautiverio*.

### *1.3 Desde dónde se ha construido el marco conceptual de la teoría de género*

Las relaciones entre hombres y mujeres se contemplaban como "naturales", como dadas biológicamente y además como inamovibles en toda la tradición teórica occidental antes de las discusiones y análisis desarrollados por el feminismo. Desde la antropología la cuestión era saber cuál era la diferencia genérica real entre los hombres y las mujeres; saber si la diferencia partía de la naturaleza o de la cultura. La postura de la antropología feminista es descartar la premisa de que esa diferencia genérica está basada en la biología.

La antropología ha establecido ampliamente que la asimetría entre hombres y mujeres significa cosas distintas en lugares diferentes. Por lo mismo, la posición de las mujeres, sus actividades, sus limitaciones y sus posibilidades varían de cultura en cultura. Lo que se mantiene constante es la diferencia entre lo considerado masculino y lo considerado femenino.<sup>15</sup> Marta Lamas utiliza el ejemplo de la manufactura de canastas: en una cultura es trabajo de mujeres, por la destreza manual que tienen y en otra es un trabajo exclusivo de los hombres por la misma razón. Por lo tanto la manufactura de canastas no es una labor determinada por la biología de los hombres y de las mujeres sino por la propia cultura.

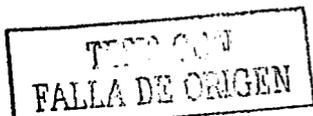
La producción de formas culturalmente apropiadas respecto al comportamiento de los hombres y las mujeres es una función central de la autoridad social y está mediada por la compleja interacción de un amplio espectro de instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas.<sup>16</sup>

No se puede negar que el punto de partida de la diferencia entre géneros es el cuerpo. En nuestra cultura, la delimitación de lo sexual tiene como base común la reproducción, debido a la concepción naturalista de la sexualidad. Lo femenino o lo masculino de los individuos es concebido como biológico y en tanto biológico natural,

---

<sup>15</sup> Lamas, op. cit. pág. 108.

<sup>16</sup> Scott; Conway; Bourque. *El concepto de género*, en Lamas op. cit. pág. 21.



inmutable y verdadero.<sup>17</sup> Es decir que nuestras atribuciones biológicas no son las que determinan las atribuciones sociales, económicas, políticas, jurídicas de las y los individuos. Nuestra identidad adquirida socialmente no es sinónimo de nuestro sexo. Lo masculino y lo femenino son interpretaciones sociales de lo biológico, apunta Marta Lamas. No existen características universales de género que se basen en nuestro sexo biológico, es decir, si así fuera, las mujeres siempre tendrían características consideradas femeninas y los varones las masculinas.<sup>18</sup>

La categoría de género supone en primera instancia la diversidad, pero a su vez una especificidad; analiza y comprende los elementos que definen a mujeres y hombres de manera específica: semejanzas y diferencias, también. Es una categoría relacional que tiene como base el sexo; características genotípicas y fenotípicas de los individuos, más no un determinismo biológico o "natural".

#### *1.4 La contribución de la teoría de género*

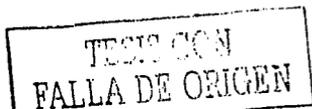
El auge que ha cobrado la perspectiva de género en la redacción de políticas públicas ha tenido dos efectos: uno, se nos ha visto a las mujeres y se ha evidenciado la necesidad de atacar la problemática de la desigualdad; dos, se ha burocratizado el término. Se ha reducido al género a un equivalente o sinónimo de mujer, de manera que se le ha dado un uso parcial y unilateral a esta perspectiva; el contenido filosófico, teórico y político feminista, parece que desaparece a través de este uso acotado. Se percibe un uso neutro y casi caritativo, dice Lagarde, donde la subversividad y trasgresión que refieren al término se extravían, se omiten. De manera que se tiene la creencia de que la perspectiva de género se puede *anexar* al mundo patriarcal, es decir, que no haya modificación alguna en creencias, valores y principios de dominación masculina.

La Dra. Lagarde apunta:

*El problema consiste en que con las pérdidas en la difusión y en la aplicación de la perspectiva de género, la referencia a las mujeres con los nuevos nombres es una traducción acritica. Se dice género y se piensa mujer desde las concepciones patriarcales. Aunque más y más instituciones y personas usan esta perspectiva, se encuentran en foros y congresos sobre género y se hacen cargo del llamado eje, elemento o componente de género, no comparten ni las líneas ni la radicalidad en*

<sup>17</sup> Lagarde, 1990, citada en Castro, Mercedes. *Virginidad e iniciación sexual*. Tesis de licenciatura. ENAH.

<sup>18</sup> Lamas, Marta, citada en Castro, Mercedes, op. cit. pág. 23.



que se fundamenta. Se cree que con decir género se adquiere por arte de magia una visión particular...el trabajo bajo la perspectiva de género llega a ser experimentado como un concesión a las mujeres: tomarlas en cuenta, nombrarlas, gastar recursos en ellas, distraerse con ellas...el supuesto es que las mujeres no deben ser parte de los esfuerzos institucionales económicos y políticos, que el desarrollo y la democracia son asuntos masculinos.<sup>19</sup>

La construcción de la identidad de las mujeres latinoamericanas está hecha para mantener el orden patriarcal establecido y sobre la base de los procesos históricos, junto con la diversidad cultural nos une y nos hace diferentes. Marcela Lagarde apunta que nuestras identidades están marcadas por un sincretismo histórico marcado por el entrecruce de pueblos. La situación de las mujeres latinoamericanas esta marcada por procesos de aculturación de género.<sup>20</sup>

### 1.5 El patriarcado

La condición patriarcal<sup>21</sup> de la mujer enmarca a las mujeres, siguiendo la visión de la Dra. Lagarde, como *seres-para-los-otros*, estructuradas por la sexualidad, el trabajo y la subjetividad enajenadas, para dar vida, sentido y cuidado a los otros. La dependencia vital marca la subjetividad y define el carácter corporativo de las mujeres.<sup>22</sup>

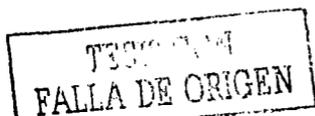
Los límites personales de las mujeres están en los otros, las mujeres viven en la periferia de su vida pues el centro son los otros: hombres, hijos, madre, padre, etc. De manera ontológica la periferia coloca a las mujeres en una situación de opresión que sostiene y sustenta la subordinación, la discriminación, la violencia, la explotación sexual, la dependencia, en fin, son múltiples las formas de opresión de las mujeres. Marcela Lagarde ha denominado a esta condición específica de género *cautiverio*.

<sup>19</sup> Lagarde, Marcela. *Género y desarrollo humano. Desarrollo humano y democracia* op. cit. 2001, pág. 23

<sup>20</sup> Lagarde, Marcela. *Una mirada feminista en el umbral del milenio*. Instituto de Estudios de la Mujer. Mexico. 1999, pág. 133.

<sup>21</sup> El patriarcado se define como: exclusión de la presencia femenina en las actividades económicas y en el ejercicio de técnicas y de conocimientos socialmente relevantes. El patriarcado es un sistema donde los hombres acaparan los aspectos de la vida comunitaria y las mujeres se encuentran en marginación. Ehrenberg, Margaret. *La donna nella preistoria*. Milán, Mondadori. 1992 citado en Martino, Buccese *Las Filisotas*. Ed. Cátedra. Colección Feminismos. España. 1991. Marcela Lagarde lo define como: orden social genérico de poder, basado en un modo de dominación donde el paradigma es el hombre. Este orden asegura la supremacía de los hombres y de lo masculino sobre la interiorización previa de las mujeres y de lo femenino. Es asimismo un orden de dominio de unos hombres sobre otros y de enajenación entre las mujeres. Lagarde, M. *Género y Feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Cuadernos inacabados. Ed. Horas y Horas. Mexico. 2001, pág. 52.

<sup>22</sup> Lagarde, *Una mirada feminista en el umbral del milenio* op. cit. 1999, Pág. 133



Muchas personas, hombres, mujeres, estudiantes y académicos no están de acuerdo con esta categoría política (*el cautiverio*), sin embargo, es necesario remarcar que esta categoría analítica (política) no pretende colocar a las mujeres de manera perenne en una situación de víctimas, inmóviles, sin capacidad de decisión o de pensamiento, al contrario esta categoría igualmente que la de género, sirven para evidenciar desigualdad social de las mujeres, desigualdad política, desigualdad económica. Sirven también para comprender las relaciones sociales patriarcales presentes desde la historia y en nuestra contemporaneidad, donde las mujeres, siguiendo a Marcela Lagarde, somos síntesis, conservación y superación de lo femenino y lo masculino amalgamados de manera andrógina. Las mujeres somos al mismo tiempo tradicionales y modernas<sup>23</sup>, se vive el *cautiverio* desde la emancipación. El pensamiento es dicotómico: moral y religiosos al mismo tiempo que laico y dialéctico. Los hombres son aun el centro de la sociedad, del Estado y de la cultura, y sobre todo de las vidas de las mujeres. La diferencia entre las mujeres de otros tiempos y las de hoy se encuentra en que muchas ya no buscan un sólo hombre para toda su vida. Hasta las mujeres en el poder están jerarquizadas en un nivel secundario donde reconocen en algunos hombres la dirección sobre sus vidas.

### 1.6 ¿El género hacia dónde?

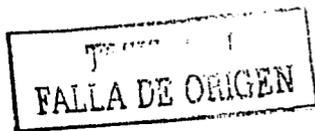
Las mujeres viven y sintetizan una doble vida y una doble jornada: dobles espacios, dobles tiempos, actividades simultáneas, dos o tres trabajos, donde los códigos de comportamiento son diferentes, por un lado, las mujeres pueden tener un trabajo cerca de la esfera del poder o de los tomadores de decisiones, y por el otro lado, está el trabajo doméstico, hacer la comida, lavar los trastes, cuidar a los hijos.

Crisis y conflictos de identidad desgarradores expresan esta escisión, sin embargo, las mujeres los interpretan desde otras visiones como errores, incapacidad, fallas<sup>24</sup>.

En la visión androcéntrica del mundo no hay cabida para las mujeres como *otro sujeto*, apunta la Dra. Lagarde. Las luchas por los procesos de transformación social consideran insignificante la importancia del avance y la emancipación de las mujeres. Está

<sup>23</sup> Las mujeres modernas están excluidas del pacto social de la Revolución Francesa, que las excluye de la *ubis* del poder.

<sup>24</sup> *Ibid.* Pág. 137



en juego la constitución de las mujeres como sujetas: mujeres con ciudadanía, mujeres definidas.

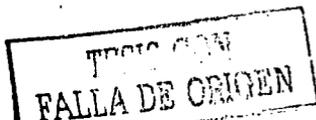
Esta redefinición de género significa la creación de condiciones relacionadas para una reconfiguración democrática con fines de desarrollo de esta perspectiva; Marcela Lagarde nombra 5 puntos fundamentales:

- Enfrentar las privaciones y las necesidades vitales
- Nombrarlas desde una concepción de género feminista y con un lenguaje de género
- Convertirlas en reivindicaciones
- Lograr su reconocimiento social por mujeres y hombres y por las instituciones
- Transformarlas en derechos humanos de las mujeres: pactarlas en instituciones del pacto, convertirlas en normas universales y crear mecanismo social, estatal y personales<sup>25</sup>.

La perspectiva de género como categoría analítica y política es creada desde el feminismo y forma parte de la cultura feminista. Ha sentado las bases de un proceso constante de producción de conocimientos teóricos y metodológicos que permiten la interpretación de las prácticas y políticas sociales.

---

<sup>25</sup> Ibid. Pág. 141



## II. GÉNERO Y COMUNICACIÓN

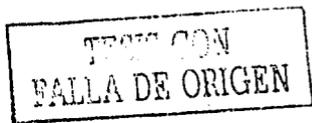
### 2.1 *La comunicación y el género: un campo de estudio fértil y casi inexplorado*

Un enorme legado del feminismo de los años sesenta y setenta, es la gran cascada de trabajos teóricos, teórico-prácticos y prácticos sobre la condición de las mujeres en el mundo. De manera que se ha consolidado un fuerte campo de investigación y conocimiento científico. Olga Bustos señala que fue a finales de los años setenta cuando se establecieron los Estudios de Género como un campo específico de investigación y de estudios científicos. Este campo como el resto de los campos de investigación científica tiene diversas corrientes y diversas formas de abordarse, lo que a nuestro parecer, en lugar de desvirtuarlo lo consolida como tal. Podemos decir que en México el campo de estudio de Género y Comunicación se encuentra casi inexplorado y sabemos que es muy fértil. Construcciones teóricas han sido las menos, sin embargo cada una de la investigaciones realizadas ha contribuido enormemente a formar poco a poco un marco conceptual sólido que permita seguir analizando y estudiando este tema de estudio. También hay que decir que internacionalmente también es un campo muy inexplorado, si bien en Europa y Estados Unidos las investigaciones datan desde los años sesenta, éstas han sido también pocas.

En la UNAM se han logrado crear espacios y cursos que permitan a los y las estudiantes insertarse en la investigación sobre el género. Sin embargo, la producción teórica y de investigación y trabajos de tesis sobre género y comunicación es muy escasa. El objetivo de la presente investigación es contribuir, a través de los resultados de un caso práctico, a desarrollar conceptos que ayuden a comprender cómo y por qué el género se relaciona con el proceso comunicativo y cuáles son los beneficios de analizar esta relación; qué beneficios trae a la perspectiva de género a la teoría de la comunicación y qué beneficios trae a la teoría de la comunicación la perspectiva de género.

### 2.2. *Género y Comunicación*

Diremos a manera de introducción en el tema que la relación entre estos dos conceptos tiene como objetivo saber cómo y por qué el comportamiento comunicacional entre hombres y mujeres es en ocasiones, tan similar en uno y otro sexo, mientras que en



otras circunstancias es totalmente diferente, o si en realidad no hay ninguna diferencia o ninguna similitud. Hemos visto que al feminismo de la diferencia no le interesa la igualdad entre hombres y mujeres, pero otras corrientes de feminismo abogan por una democracia genérica, que amplía la concepción misma de la democracia al centrarse en la democracia entre los géneros e incluye en la cultura la necesidad inaplazable de construir, ampliarla y consolidarla. Las condiciones históricas de mujeres y hombres, el contenido diferente y compartido de su existencia, las relaciones entre los géneros y la problemática vital resultante, son ámbitos de la democracia genérica.<sup>26</sup> Es materia del vínculo entre Género y Comunicación conocer y saber cómo hombres y mujeres pueden llegar a comunicarse eficazmente. Materia básica para alcanzar una democracia genérica.

La exploración de este vínculo como elemento básico para el desarrollo humano a través del mejor entendimiento en términos comunicativos es un tema de investigación teórica y pragmática que causa gran controversia: se dice que son trabajos ateóricos que no relacionan variables relevantes que den valores significativos comunes; que la investigación está limitada por clases sociales, por la cultura y por la historia; se considera que estos estudios restan importancia a la dinámica del propio proceso de la comunicación porque hay un énfasis excesivo en lo que es el género *per se*; así como hay grandes divisiones entre grupos sobre el concepto de género en la comunicación humana.<sup>27</sup>

El cambio de las "reglas" que trae la perspectiva de género junto con la historia, para Judy Pearson ha causado un gran estrés entre hombres y mujeres por que no saben cuáles con las conductas apropiadas<sup>28</sup>; esto más bien podría contemplarse como la lucha que el feminismo ha tenido contra el patriarcado y sus "reglas" de dominación masculina y contra la dificultad en este orden patriarcal para acceder a medios de comunicación o vías adecuadas como la escuela por ejemplo, que difundan claves para el desarrollo de la democracia genérica.

---

<sup>26</sup> Lagarde, Marcela. *Género y Feminismo. Desarrollo y democracia*. op. cit. 2001 pág. 190.

<sup>27</sup> Pearson, J.; Turner, L.; Todd-Mancillas, W. *Comunicación y Género*. Ed. Paidós. Barcelona, España, 1993. pág. 15.

<sup>28</sup> *Ibid.* Pág 25.



Probablemente hay "confusión" entre los hombres y las mujeres porque las estructuras del patriarcado en que se han desenvuelto toda su vida son cuestionadas y se les revela la necesidad imperante de modificarlas y de pronto pudieran estar "confundidos" por ello, pero esa "confusión" puede terminar a través de la autoconciencia y la reflexión tanto de hombres como de mujeres.

Pearson habla de que hombres y mujeres no saben de repente cual es un comportamiento adecuado entre ellos y ellas, ellas y ellas, y entre ellos y ellos. Es pertinente tener cuidado en nombrar qué es lo *adecuado*, para ello es necesario definir lo que es una comunicación efectiva y eficaz y evitar caer en el discurso de la manipulación y el cambio de conciencia, como una especie de comunicación dedicada al lavado de cerebro.

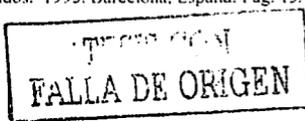
### 2.2.1 *Cuál es la relación entre género y comunicación*

La comunicación es democrática por naturaleza; el poder es autocrático por vocación: cuanto más se concentra, más fuerte se hace y viceversa. El poder establece relaciones asimétricas, la comunicación simétricas. Pero en esa simetría no están contempladas las mujeres.

Todas las grandes teorías de la comunicación están basadas en un análisis que no concibe alguna diferencia entre las relaciones comunicativas entre los hombres y las mujeres. En todas estas teorías la comunicación es contemplada desde una perspectiva masculina en la cultura patriarcal. Sin embargo, varios y varias investigadoras comenzaron a visualizar a la comunicación con otra lente. Como principio se quiso saber cómo se comunicaban los hombres y cómo se comunicaban las mujeres. Intentaron detectarlo de manera sistemática a través de tests y cuestionarios para elaborar modelos comunicativos "eficaces"; dichos modelos habían derivado de las interacciones entre hombres: el éxito comunicativo era equiparado a la práctica comunicativa masculina.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Pearson, J. et al. *Comunicación y Género*. Ed. Paidós. 1993. Barcelona, España. Pág. 13.



### 2.2.2. *Qué se estudia en este campo*

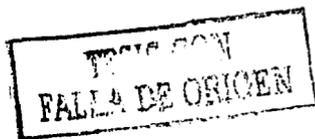
El estudio de la relación entre género y comunicación para cualquier investigadora o investigador del género podría parecer obvio pues se ha visto que la construcción de la identidad y la interacción entre todas y todos los miembros de una sociedad parte de esa construcción del género que se tiene y que se sabe que se ha construido con base en la comunicación. Por otro lado los teóricos y teóricas de la comunicación no tienen presente de igual manera el género en sus construcciones teóricas. Como hemos visto hay muchas corrientes, pero ninguna contempla una especificidad de género, es más consideran la eficacia de la comunicación desde la perspectiva masculina: las mujeres no figuran dentro de sus reflexiones.

Esta investigación pretende hacer un acercamiento entre ambas teorías a través de un caso práctico: el desarrollo de un Taller post-aborto para mujeres adolescentes. La especificidad de género que caracteriza a estas chicas fue el punto de partida para la elaboración del taller, así como también para el análisis del mismo en términos teóricos: quisimos conocer cómo hablan las adolescentes que han tenido un aborto, si hay algo que las caracteriza y que les hace comunicarse de manera distinta, tanto verbal como corporalmente.

El género es uno de esos factores que facilita la creación de una historia compartida entre los interactuantes y por lo tanto incluye de forma determinante en el proceso de comunicación. El género para muchos investigadores es uno de los organizadores sociales primarios, si no el que más. Es tarea de la investigación sobre comunicación hacer un acercamiento a comprender la propia dinámica a través de la cual se consigue realizar una comprensión compartida de los patrones y estructuras de mensajes.<sup>30</sup> Para hacer explícita la relación entre ambas teorías, la de género y la de la comunicación, vemos un ejemplo muy claro sobre cómo desde la perspectiva de género, Nancy Fraser hace una crítica a la teoría de la acción comunicativa de Jürgen Habermas.

---

<sup>30</sup> Ibid. Pág. 33.



### 2.3 La comunicación definida por una investigadora de la comunicación y el género

La idea de analizar a la comunicación con la lente del género es desarrollar estilos o formas comunicativas distintas que no estén determinadas "naturalmente" por el sexo, así como también contribuye a reconocer y a comprender dichos estilos y formas comunicativas diversas de los hombres y de las mujeres. Por otro lado, se contribuye a cuestionar los estereotipos y determinismos conductuales característicos de nuestra cultura patriarcal, de manera que se puedan realizar propuestas comunicativas alternas, que a su vez, permitan el desarrollo de la anteriormente mencionada democracia genérica.

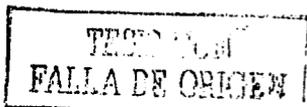
En el campo de estudio del género y la comunicación el problema no radica en la simple interacción de las personas: el género marca una diferencia sobre cómo comunicarnos con unos y otras. El género es uno de esos factores que facilita la creación de una historia compartida entre los interactuantes y por lo tanto influye de forma determinante en el proceso de comunicación. El género es uno de los organizadores sociales primarios.<sup>31</sup>

Judy Pearson, investigadora de la comunicación y el género, propone puntos básicos para definir a la comunicación y para poder articular los marcos conceptuales de ambas teorías. En primer lugar, menciona que el punto de partida más adecuado para definir a la comunicación debe ser el significado de la misma. Dentro de este significado se articulan otros elementos básicos que son considerar a la comunicación como un proceso inherente al o a los contextos en que se desarrolle aunque estos varíen. Esto permite poner el mapa un campo de estudio pues de acuerdo con Pearson, "es sumamente difícil describir los aspectos comunes en las formas a través de las cuales la gente consigue incluirse mutuamente y comprender el uno al otro". El desarrollo de este campo de estudio ha sido lento y a la vez parcial. Nancy Fraser ha contribuido enormemente a este campo de estudio.

Otro punto importante para Judy Pearson es concebir a la comunicación como una negociación y un trato: "debemos basarnos en un código común para comunicarse (sic) con los demás. Se negocia el significado de las palabras que debemos utilizar, así como el orden

---

<sup>31</sup> Pearson. Op. cit., pág. 33.



en el que las situamos dentro de una frase".<sup>32</sup> Es así como según Pearson, negociamos los significados de nuestras frases.

También es fundamental saber que la comunicación implica costos y otorga beneficios, pues las personas tratan de obtener los mayores beneficios o las recompensas sin que ello implique un gran costo. Los beneficios pueden ser las gratificaciones personales, la satisfacción de las necesidades del ego o alguna demostración del status personal. Los costos incluyen ansiedad, esfuerzo mental y físico y una posible confusión o desconcierto.<sup>33</sup> La habilidad para negociar significados con los demás obedece a nuestra propia perspectiva, obedece en términos habermasianos al *know how*, así como también nuestro contexto de acción dentro del mundo de vida: nuestra acción asegurada normativamente o lograda comunicativamente. Cuando participamos en una transacción comunicativa se evidencia nuestra personalidad, nuestro punto de vista sobre determinada situación y determinado contexto, pero es necesario saber y tomar en cuenta que la comunicación empieza a partir de los demás. Es decir, nuestra propia autodefinición sobreviene gracias a nuestra interacción con los demás. El *self* de acuerdo con Mead, se construye a partir de la comunicación.<sup>34</sup> Pero también es necesario que recordemos que esa interacción en la dialógica entre hombres y mujeres no es igualitaria: el discurso femenino ha querido ser invisibilizado, por lo tanto, el *self* es distinto entre las mujeres y los hombres. La comunicación también implica códigos<sup>35</sup> y un proceso de codificación y decodificación. Codificar es expresar nuestros pensamientos a través de un código determinado, decodificar consiste en asignar un significado a un mensaje.<sup>36</sup>

Por último, Pearson propone que es necesario concebir a la comunicación como una transacción. A lo largo de la historia del pensamiento comunicacional, se pueden identificar tres corrientes. La primera corriente tiene un enfoque conductista: se envía un mensaje y se espera que el receptor reaccione de acuerdo al mensaje, como el envío de un impulso, Pearson ejemplifica muy claramente el proceso con una idea muy clara: hay dos

---

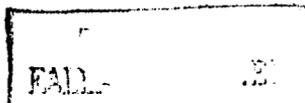
<sup>32</sup> Ibid. Pág. 35.

<sup>33</sup> Ibid. Pág. 39.

<sup>34</sup> Ibid. Pág. 40.

<sup>35</sup> Los códigos son un conjunto ordenado de signos, que posee significados arbitrarios empleados en el proceso comunicativo.

<sup>36</sup> Pearson. Op. cit. pág. 41.



malabaristas y uno lanza una pelota, con la intención de que el otro malabarista la "cace" y el receptor o el otro malabarista no la regresa, pues la orden fue "cachar" la pelota.

La segunda corriente pertenece al enfoque sistémico: la comunicación es vista como una interacción emisor-receptor: existe retroalimentación cuando el receptor regresa o decodifica el mensaje. El ejemplo de Pearson: dos malabaristas se envían mutuamente se regresan una pelota. La tercera y última corriente se elabora a partir de un enfoque crítico o transaccional: éste supone que ambos intercomunicantes reciben y envían mensajes simultáneamente. Ahora ambos y cada uno de los malabaristas tienen en su poder una infinidad de pelotas que se lanzan y regresan el uno al otro simultáneamente, y además reciben pelotas de otros lados: de su entorno, de otros malabaristas, etc.

La transaccionalidad de la comunicación tiene dos niveles, la simetría y la complementariedad. Las transacciones comunicacionales son simétricas en cuanto existe una igualdad de los y las intercomunicantes y son complementarias si existe alguna diferencia. Paul Watzlawick de la Escuela de Palo Alto, asegura que las interacciones simétricas minimizan las diferencias y que las complementarias las maximizan. Las interacciones complementarias se dan cuando entre los individuos existe un status diferente. Algunas interacciones complementarias tienen lugar a causa de las normas culturales y sociales, relaciones con determinados roles. Las transacciones comunicativas entre hombres y mujeres no son simétricas, son complementarias, pues los hombres poseen el dominio discursivo.

A partir de los elementos mencionados anteriormente, Judy Pearson propone la siguiente definición de comunicación: *la comunicación es un proceso de negociación y de acuerdo que se inicia a partir de nosotros mismos y de los demás que supone costos y beneficios, que tiene lugar en un contexto determinado, que implica códigos y que consiste en codificar y decodificar, que transaccional y que se presenta en transacciones que pueden ser tanto simétricas como complementarias.*<sup>37</sup>

### 2.3.1 La flexibilidad comportamental como alternativa

Todas las propuestas de estudio sobre género y comunicación versan sobre la idea

---

<sup>37</sup> Ibid. Pág. 46.

de una "vida exitosa" a partir de la forma en que nos comunicamos como mujeres y como hombres. Reiteramos la idea de rescatar una comunicación eficaz para cada mujer y para cada hombre, que permita la construcción de una democracia genérica, pero disintimos con las propuestas anteriores sobre los "lineamientos comportamentales" o estereotipos que hay que seguir para conseguir dicha comunicación eficaz o útil.

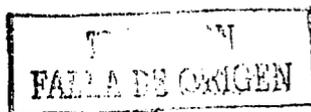
Judy Pearson, entre otros investigadores, propone que la *flexibilidad comportamental* les permite a los hombres y a las mujeres convertirse conforme lo vamos requiriendo, en personas cada vez más flexibles. Pearson propone que las personas desarrollamos una habilidad de cambiar nuestro comportamiento con la finalidad de adaptarnos a situaciones nuevas o diferentes y también para relacionarnos con otras personas de maneras diversas. Dentro de esta vertiente, siguiendo a Pearson, se desarrolló un estudio que determinó que las personas comportamentalmente más flexibles son aquellas capaces de escuchar a los demás de manera activa y empática, así como también aquellos capaces de actuar asertivamente dentro de un contexto determinado: "el comunicador competente muestra sensibilidad hacia el otro(a) y otros (as) con los cuales se relaciona, así como en la situación en la que se encuentra, con respecto al nivel de intimidad que se alcanza en la relación y otras variables determinadas".<sup>38</sup>

Para Pearson, lograr dicha flexibilidad no es cosa fácil. Esta idea sigue los principios de la acción comunicativa de Jürgen Habermas y de igual forma la sola idea de una comunicación "perfecta y universal" es difícil de concebir y más aún difícil de lograr, pues la conjunción armónica, puntual, dinámica y racional de todas las variables que intervienen dentro de la comunicación no se puede ubicar dentro de una sociedad basada en la desigualdad genérica. Probablemente la adaptabilidad al contexto, a los estímulos y a relaciones nuevas y/o diversas nos permita "sobrevivir a los cambios", pero consideramos que es importante no tener una noción pasiva de dicho concepto.

Recientes trabajos de investigación como el de Pearson, Turner y Todd-Mancillas, consideran que la sola idea que hombres y mujeres deben comunicarse de manera distinta remarca diferencias jerárquicas y de subordinación entre hombres y mujeres. También consideran que adoptar conductas comunicativas del sexo opuesto tampoco beneficia en

---

<sup>38</sup> Ibidem.



macho, pues "lo único que consiguen (al rechazar conductas comunicativas de su propio sexo) es limitar sus propias opciones y posibilidades comunicativas"<sup>39</sup> Por ello estos autores proponen adoptar la teoría de la flexibilidad comportamental pues esta consiste en adoptar diversas habilidades comunicativas con la finalidad de establecer una comunicación eficaz a través de sus elementos básicos (la comunicación como: proceso, negociación, transacción, la implicación de códigos y con referencia a un contexto) que nos permitan actuar en situaciones, contextos y situaciones diversas.

*Estamos obligados a reconocer que la comunicación es un proceso de negociación de significados. Ninguno de nosotros, por sí solo, será capaz de determinar el significado de una interacción. Debemos establecer un intercambio con otra persona, para ser capaces de determinar el significado que deseamos compartir. De forma similar, la noción del proceso de comunicación requiere que continuemos redefiniendo y renegociando todos aquellos significados compartidos, debemos ser sensibles con respecto a nuestras propias características sociológicas, a las representaciones estereotipadas que ofrecemos y a las características personales y exclusivas de las interacciones que mantenemos con los demás, debemos tener en cuenta los diferentes tipos de personalidad que nos presentará el otro.*<sup>40</sup>

Más que comunicarnos de manera distinta mujeres y hombres, la comunicación desglosada a partir del género implica saber que los códigos necesarios para hacer *común* un mensaje o codificar y decodificar, son adquiridos a través de una educación distinta para los hombres y para las mujeres. Para tener un acercamiento real a la forma en que se comunican hombres y mujeres, es fundamental analizar el proceso de codificación y decodificación de manera que se detecten y posteriormente se comprendan los estilos comunicativos diversos.

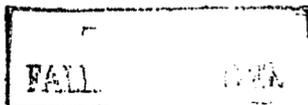
La propuesta de la flexibilidad comportamental parece sospechosa, pero no es así. Pearson considera un cambio sugerido por la noción de igualdad genérica "estresa" tanto a hombres como a mujeres pues no saben cómo comunicarse o qué tipo de código deben usar, es más, tienen que reelaborar los códigos adquiridos a lo largo de toda su vida. Bien, para no caer en determinismos conductuales, la teoría de la flexibilidad comunicacional es un primer paso hacia esa reelaboración de significados y de códigos, negociaciones y transacciones comunicativas.

Decir que se debe adoptar tal o cual conducta, tal o cuál código para establecer una

---

<sup>39</sup> Ibid. Pág. 53.

<sup>40</sup> Ibid. Pág. 54



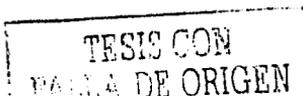
comunicación eficiente es caer nuevamente en ese determinismo. Adquirir herramientas nuevas y distintas para percibir la realidad y para decodificarla, es un proceso que requiere de un auto-conocimiento y un auto-análisis que no es fácil ni corto, pero que contribuye enormemente a establecer los principios básicos de una igualdad genérica que no esté basada en la subordinación.

La libre circulación de la información, es decir, una comunicación democrática de amplio alcance, erosiona el poder. Por eso mismo, el poder hegemónico patriarcal trata de controlar la comunicación, poniendo límites a su democratización, pues la falta de información genera impotencia entre las mujeres.

Por otro lado, la comunicación y la información se traducen en poder. A través de los efectos de sentido de los mensajes que se intercambian en el proceso de comunicación, se influye en la toma de decisiones de los individuos y de los grupos, más no de manera directa ni homogénea. Se le proporciona cierta información sobre la cual se permite reflexionar o no sobre ella, depende de la estructuración dialógica igualitaria "correcta y honesta" de los mensajes, así como del consenso que implica la propia comunicación esté asegurado normativamente o logrado comunicativamente, definidos a continuación en la teoría de la acción comunicativa de Jürgen Habermas, que funge como base teórica de esta tesis.

#### *2.4 Jürgen Habermas y la Teoría de la Acción Comunicativa*

Uno de los grandes filósofos de la comunicación es Jürgen Habermas nacido en Düsseldorf, Alemania en 1929, es el más joven de los discípulos de Adorno, Marcuse y Horkheimer, los tres fundadores de la escuela de la Teoría Crítica, que sostenía que a finales de los años cuarenta había una decadencia de la cultura teórica y un quiebre en la ciencia. Tienen juicios poco optimistas frente a la cultura de masas, "si la opinión pública ha alcanzado un estado en el que inevitablemente el pensamiento degenera en mercancía y el lenguaje en elogia de la misma, el intento de identificar semejante deprivación debe negarse a obedecer las exigencias lingüísticas e ideológicas vigentes, antes de que sus consecuencias históricas



universales lo hagan del todo imposible"<sup>41</sup> La postura de Adorno, Marcuse y Horkheimer se centraba en la idea de que la ciencia había sido dominada por la razón técnica y ésta a su vez dominaba a la política y de esa manera se generaba la dominación de los hombres sobre los hombres. Habermas tiene una postura más optimista y concibe a la razón como una posibilidad de liberación en las sociedades modernas. Propone una versión propia de la crítica a la sociedad y alternativas renovadas para la superación de esta controversia a partir de su concepto de acción comunicativa y su ética del discurso. Sostiene una teoría de la verdad centrada en el irrestricto respeto a la racionalidad del interlocutor en un proceso de comunicación ideal donde todos los actores poseen el mismo poder.<sup>42</sup> El trabajo de Habermas está inscrito en la tarea epistemológica que intenta "resolver" la crisis de la ciencia de la cual sus maestros hablaban.

#### 2.4.1 Marco conceptual de la teoría habermasiana

Si hiciéramos un intento por resaltar los conceptos más importantes de la concepción habermasiana de la comunicación diríamos que son la acción comunicativa, la universalidad y racionalidad de la estructura del lenguaje y este último visto como acción e interpretación. Cuestión que más se le ha criticado a Habermas, pero de ello hablaremos más adelante.

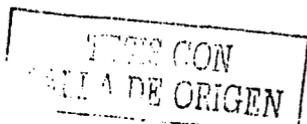
Es importante detenernos en este punto y saber por qué Habermas elabora una teoría de la sociedad planteada con base en la comunicación. Este filósofo alemán parte de tres decisiones metatoréticas. La primera consiste en admitir o rechazar el sentido, mismo que tiene una expresión simbólica. El sentido podría verse como la intencionalidad del pensamiento de acuerdo con Brentano. Las intenciones adoptan formas simbólicas para poder ser expresadas y manifestadas. Estas manifestaciones pueden ser elementos de un lenguaje natural o de un derivado lingüístico como el lenguaje de los sordomudos. No existen intenciones puras o previas del hablante para Habermas. En este punto se detiene para hacer tres distinciones importantes (*ver esquema I*):

a) comportamiento frente a la acción, la acción no es sinónimo de comportamiento,

<sup>41</sup> Adorno; Horkheimer. *Dialéctica de la Ilustración*. Fragmentos Filosóficos. Madrid. 1994. citado en Sergio Pablo Fernández. "*Habermas y la Teoría Crítica de la sociedad*". Cinta de Moebio No. 1 Septiembre de 1997. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

<http://rehue.esociales.uchile.cl/publicaciones/moebio.01-frames30.htm>

<sup>42</sup> Sergio Pablo Fernández. op. cit



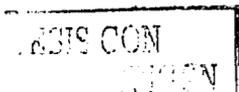
ya que este es un movimiento observable de un organismo vivo que reproduce su vida al adaptarse a su entorno. Los organismos vivos no son responsables de su comportamiento, como lo son los sujetos capaces de lenguaje y de conocimiento frente a sus acciones. Es el *sentido* el que distingue al comportamiento, visto como acción intencional, es decir, una acción; del comportamiento no intencional.

b) observación frente a la comprensión del sentido: el comportamiento y sus regularidades pueden ser observadas, mientras que las acciones son entendidas. Es el *sentido* el que establece una diferencia entre ambas experiencias. Las acciones no se pueden observar solamente como un comportamiento porque para poder describir un comportamiento particular como una acción debe existir referencias de notas determinadas de ese comportamiento a reglas subyacente y entender el sentido de esas reglas. Es decir las acciones se realizan de acuerdo o no con ciertas reglas preexistentes.

c) convencionalismo frente al esencialismo, una teoría de acción debe distinguirse de una teoría planteada estrictamente en términos de una ciencia del comportamiento, pues la adecuación de una descripción de un producto comportamental estructurada en términos del sentido, de una oración pronunciada por alguien, o de una acción, sólo puede comprobarse *a partir del saber* del sujeto que ha producido esa manifestación.

La segunda decisión metateórica consiste en si la acción intencional, como concepto básico de la teoría de la sociedad, debe de conceptuarse como acción racional con arreglo a fines o como acción comunicativa. Habermas hace una distinción entre ambos conceptos para clarificar su postura.

a) acción racional con arreglo a fines: es una acción instrumental, elección racional y una combinación de ambas. La acción instrumental está orientada por reglas técnicas basadas en un saber empírico. Implican pronósticos condicionados sobre sucesos observables físicos o sociales, que pueden ser ciertos o falsos. Un ejemplo puede ser usar un paraguas para protegerse de la lluvia. El comportamiento de elección racional está orientado por estrategias basadas en un saber de preferencia o sistema de valores. La acción racional con arreglo a fines realiza determinados fines bajo ciertas condiciones establecidas; la acción instrumental organiza medios que son adecuados o inadecuados conforme a criterios de un control efectivo de la realidad; la acción estratégica sólo depende



de la valoración correcta de posibles alternativas de comportamiento, que sólo resulta de una deducción efectuada con ayuda de valores y máximas.

b) acción comunicativa, la acción comunicativa es una interacción simbólicamente mediada. Se orienta por normas obligatorias que definen expectativas recíprocas de comportamiento que tienen que ser entendidas y reconocidas al menos por dos sujetos agentes. Las normas sociales vienen corroboradas por sanciones. Su contenido semántico es objetiva en expresiones simbólicas y sólo es accesible a la comunicación en el medio del lenguaje ordinario. Mientras que la eficacia de reglas técnicas y de estrategias depende de la validez de enunciados empíricamente verdaderos o analíticamente correctos, la validez de las normas sociales viene asegurada por un reconocimiento intersubjetivo fundado en el *entendimiento* o en un consenso valorativo. El aprendizaje de las reglas de acción racional con arreglo a fines no dota de la disciplina que son las habilidades; las normas interiorizadas nos dotan de estructuras de la personalidad. Las acciones instrumentales no son en general acciones sociales. Las máximas de comportamiento están definidas por intereses, en el marco de una competencia por maximizar ganancias o minimizar pérdidas.

La tercera decisión metateórica para elaborar una teoría de la sociedad con base en la comunicación consiste en elegir un planteamiento elementalista u holista. El planteamiento elementalista adopta en el planteamiento de las teorías de la acción, la forma de un individualismo metodológico. Todos los fenómenos sociales tienen que poder analizarse en forma de enunciados sobre acciones de sujetos individuales. Los sujetos capaces de lenguaje y acción representan las únicas fuerzas motoras en las evoluciones históricas de los sistemas sociales para Habermas. Hace una distinción entre las teorías constitutivas de las sociedades, las teorías sistémicas y las planteadas en términos de comunicación. Habermas apunta sobre las primeras que son teorías generativas de la sociedad que de algún modo presuponen un sujeto trascendental. Sobre las teorías sistémicas dice que son teorías que a la base del proceso de generación proponen estructuras sin sujeto. Y sobre las teorías planteadas en términos de comunicación menciona que éstas suponen sistemas de reglas abstractos para la generación de relaciones intersubjetivas en las que también los propios sujetos se forman. Sobre el elementalismo o el planteamiento holista, Jürgen Habermas dice que algunas teorías permiten la evolución histórica del sujeto del que provienen tales operaciones o de los sistemas de reglas

generativas subyacentes, mientras que otras teorías, o bien se atienen a una estricta dicotomía entre operaciones trascendentales y fenómenos constituidos o excluyen en todo caso una historia de los elementos constituyentes. Es con base en estos preceptos que Habermas elabora la teoría de la acción comunicativa.

#### 2.4.2 La acción comunicativa

Habermas, de acuerdo con Blanca Solares, intenta reconstruir las condiciones universales de posibilidad del proceso de entendimiento práctico. Tiene un interés particular en profundizar en las condiciones universales de la comunicación, y abstraer constantes pragmáticas universales.<sup>43</sup> Apuesta por un proceso del habla orientado hacia el entendimiento en el cual todos los sujetos tienen "pretensiones de valor" cambiantes lo que obliga necesariamente a una solución discursiva. Es decir, considera, a través del término "acción comunicativa", que existe una conformación de estándares de racionalidad universal en la conciencia de los hablantes. De manera que sienta las bases de un nuevo concepto de racionalidad social, es decir, para él la acción social es racional. Al apelar por una racionalidad en los individuos, Habermas está apelando por un rescate del sujeto.

Habermas elabora una teoría de la evolución social a partir de ubicar y conocer la lógica de desarrollo de los procesos sociales, que difiere de la teoría de sistemas. Afirma que la historia de la especie es un proceso de desarrollo que tiene distintos niveles de racionalidad humana. Interpreta el proceso de racionalización como sistema social trans-subjetivo de procesos de aprendizaje en desarrollo.<sup>44</sup> Los sistemas de acción sociales los considera como procesos de aprendizaje en evolución y que desarrollan la subjetividad de los individuos.

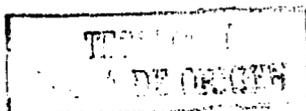
Un punto de partida fundamental en la elaboración teórica de Habermas es el lenguaje que es considerado como instrumento constructor de un orden racional y universal. Las capacidades adquiridas de los sujetos son las que lo condicionan a participar en procesos de entendimiento en contextos específicos.<sup>45</sup>

*Los hablantes competentes puede que normalmente no sepan hacer explícitas, o sólo sepan*

<sup>43</sup> Solares, Blanca. *El síndrome Habermas*. Ed. Porrúa/UNAM. México. 1997. pág. 58.

<sup>44</sup> *Ibid.* Pág. 61

<sup>45</sup> *Ibid.* Pág. 107



*hacerlo de forma muy incompleta: las reglas gramaticales de un lenguaje natural en el que forman y entienden oraciones. Sin embargo todo hablante automáticamente localizado dispone de un 'know-how' que le basta para distinguir entre actos sonoros y puros ruidos, entre oraciones correctamente formadas desde un punto de vista sintáctico y semánticamente dotadas de sentido y oraciones mutiladas, y clasificarlas comparativamente conforme a su grado de desviación. Este saber de regla de los sujetos que hablan y actúan competentemente, intuitivamente asombrado, pero susceptible, más exactamente de precisión consistente en la base experimental sobre la que han de apoyarse las teorías de la acción, mientras que las teorías estrictamente articuladas en términos de ciencia del comportamiento solo dependen de datos observacionales. Las teorías que tratan de explicar aquellos fenómenos que solo son accesibles a una comprensión del sentido, es decir, las manifestaciones de los sujetos capaces de lenguaje y acción, tienen que apoyarse en una explicitación sistemática de aquel saber de reglas con cuya ayuda los propios hablantes y agentes competentes generan sus manifestaciones.<sup>46</sup>*

Cualquier acción comunicativa supone una procuración de verdad, de justicia moral y de autenticidad. Pues al utilizar el lenguaje existe un mundo común objetivo que plantea un acuerdo universal. Es decir, es como si el lenguaje, considerado como acto de habla, llevara consigo una dirección moralizadora, con eficacia, certera y armónica, es decir: una dirección moralizadora, que es pragmática, lógica y ética respectivamente, sintetizadas en una unidad que se dirige progresivamente hacia el entendimiento.

Como ya se había mencionado anteriormente, Habermas es fuertemente criticado por su noción de lenguaje pues sus críticos consideran que es una noción pobre debido a su pragmatismo. Blanca Solares arguye que después de la guerra, las fuentes teóricas norteamericanas que utilizó Habermas eran desconocidas y fueron silenciadas en Alemania. La lectura de estos autores tenía todavía que asimilarse para comprender la noción de acción comunicativa mezclada ahora con el pensamiento filosófico alemán.<sup>47</sup> Habermas no incluye en su elaboración teórica la gran producción europea de estudios sobre el lenguaje y por ello lo presenta como una forma y medio de consenso de manera pragmática.

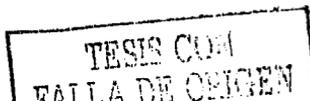
Habermas retoma conceptos de la teoría de G.H. Mead sobre el interaccionismo simbólico para suponer una interacción mediada simbólicamente a partir de la cual, se constituyen los significados formales – convencionales del lenguaje. A través del proceso de desarrollo de la historia social, todo significado simbólico de una emisión va subordinándose hacia contenidos significativos más precisos.<sup>48</sup>

De acuerdo con este filósofo alemán, el lenguaje tiene tres funciones dentro de la

<sup>46</sup> Habermas, J. *Estudios previos*. Cátedra. Madrid. 1996

<sup>47</sup> Solares, op., cit. pág. 115

<sup>48</sup> Solares, op. cit. pág. 102



comunicación: la coordinación de la acción, la socialización y el entendimiento. Él se interesa por cómo la internalización de los significados se hace a partir de la actitud de dirigirse a otro individuo aprendiendo de esta forma los roles de oyente y hablante. Es decir menciona que el significado de algo tiene que ver con la actitud de un oyente y un hablante en una relación dialógica y a partir de esta premisa concibe al lenguaje como entendimiento. La respuesta del oyente al hablante es una interpretación a la que se responde de manera afirmativa o negativa, son comportamientos comunicativos o sociales y no meramente adaptativos. "La significación es un proceso que a través del seguimiento de una regla cristaliza en el significado común de una emisión."<sup>49</sup> El significado se construye y se aprende empíricamente apunta Habermas, y el uso de símbolos se establece a través de convenciones semánticas.

El lenguaje está caracterizado por una gramática que permite relaciones complejas de símbolos, el cual junto con la acción comunicativa y la conciencia, de acuerdo con Habermas, están relacionadas inevitablemente. El acto del habla, como núcleo de la acción comunicativa, sólo es racional si éste contiene un saber certero y fundamentado.

Son los actos de habla racionales los de los sujetos que:

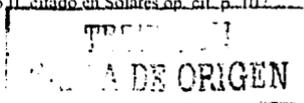
- afirman algo y son capaces de defender dicha afirmación frente a cualquier crítico
- siguen las normas justificadas en función de las expectativas de comportamiento
- expresan verdaderamente un deseo, un sentimiento, estado de ánimo, secreto y convence a cualquiera de ello.

Por otro lado, Habermas hace una clasificación de los actos de habla en:

- a. locucionarios: oraciones enunciativas que expresan un estado de cosas.
- b. ilocucionarios: oraciones en las que el agente realiza una acción diciendo algo. Tiene un componente proposicional y una intención comunicativa; tiene como finalidad que el receptor comprenda o considere la emisión. Son actos orientados al entendimiento.
- c. perlocucionarios: oraciones en las que el hablante busca causar un "efecto" sobre el oyente. Para conocer el sentido de las oraciones perlocucionarias es necesario observar la intención que el hablante busca.

Estos actos de habla son clasificados también como:

<sup>49</sup> Habermas, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Tomo II, citado en Solares op. cit. p. 107.



-comunicativos: explican el sentido de las oraciones: preguntar, contestar, apoyar, contradecir. Son los actos de habla comunicativos lo que aluden al entendimiento de acuerdo a las premisas teóricas habermasianas.

-constatativos: se refieren a la aplicación cognitiva de las oraciones: aclarar, afirmar, subrayar. Son los relativos a la verdad.

-representativos o expresivos representan en la praxis la auto-representación del hablante: pensar, sentir, opinar. Aluden a la autenticidad.

-regulativos: se refieren a la normatividad de las relaciones interpersonales: recomendar, impulsar, solicitar. Y tienen que ver con la rectitud.<sup>50</sup>

El núcleo de la acción comunicativa de la teoría habermasiana radica en los actos de habla ilocucionarios, que permiten la relación entre el emisor y el receptor y que al mismo tiempo establece el sentido de la oración. Para conocer el sentido de ésta es necesario saber que la intencionalidad que hay en una oración, de acuerdo con Franz Brentano, es la dirección/sentido que se le confiere a un objeto y su referencia del está en la propia intencionalidad.

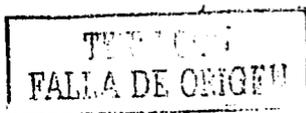
### 2.4.3 La racionalidad

Otro concepto fundamental dentro de la teoría habermasiana es la racionalidad. Para Habermas, la comunicación "ideal" es aquella que se da en términos racionales, es decir, de pretensiones de validez entre los actores, que al menos deberán ser dos. Para Habermas es muy importante la estructura dialógica del lenguaje arguyendo la racionalidad de los sujetos; la racionalidad comunicativa consiste en el habla argumentativa. Habermas la define como: *capacidad de aunar sin coacciones y de generar consenso entre diversas participantes que superan la subjetividad inicial de sus respectivos puntos de vista y merced a una comunidad de comunicación racionalmente motivada se aseguran a la vez, de la unidad del mundo objetivo y de la intersubjetividad del contexto en que se desarrollan sus vidas.*<sup>51</sup>

Actuar comunicativamente para Habermas significa, en primer lugar coordinar acciones humanas, la producción de los valores y la organización de la división del trabajo, con fines específicos. Significa también que esta acción esta hecha con base en una

<sup>50</sup> Solares, o.p. pág. 122.

<sup>51</sup> Habermas, op. cit. citado en Solares pág. 123-124



normatividad y en una moral (ética). Las acciones normadas son fundamentales dentro del modelo de acción humana. Y por último, significa que las acciones que realicen los hombres tengan un carácter de autenticidad en relación con la intencionalidad de las mismas.

La racionalidad comunicativa de Habermas está orientada hacia los valores práctico-morales de la comunicación, valores que se encuentran en el mundo de vida. Este mundo de vida es una noción basada en la "conciencia cotidiana de que existen formas de discusión, temas, y puntos centrales que permiten llegar a un acuerdo social"<sup>52</sup>. Este acuerdo social se observa a través de las identidades colectivas que conforman, espacios públicos caracterizados por el auto-entendimiento de un gran flujo cambiante de interpretaciones diversas entre éstos.

Se está comportando racionalmente aquél que comprende la relación interna entre los requisitos de validez y el compromiso respecto a dar y recibir argumentos Y no solamente en una dimensión de relaciones lógicas entre proposiciones y acciones (coherencia) sino en una dimensión de relaciones dialógicas entre diferentes hablantes. Esto también implica que la racionalidad comunicativa es también una actitud racional específica que los individuos adoptan hacia otros y hacia sí mismos como una actitud de reconocimiento mutuo.<sup>53</sup>

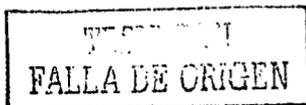
Para Habermas el proceso de racionalización es un sistema social trans-subjetivo de procesos de aprendizaje en desarrollo, en una conjunción del plano de la acción individual con el de la acción social. Este filósofo alemán además apela por una comunidad de sujetos virtuales y abstractos, modernos individuos. Cuestión que también le ha sido muy criticada.

#### *2.4.4 Noción de sistema y mundo de vida*

Por otra parte, recordemos que la construcción de la teoría de la acción comunicativa está fundamentada a partir de tres construcciones teóricas: una perspectiva pragmática universal, una teoría de evolución social y una perspectiva teórico-sistémica. Dentro de su teoría de evolución social Habermas elabora un concepto de sociedad en dos niveles: el mundo de vida y la noción de sistema. Son cinco puntos básicos sobre los cuales

<sup>52</sup> Solares, op. cit. pág. 83.

<sup>53</sup> Sergio Pablo Fernández, op. cit.



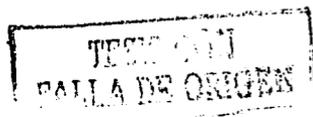
conceptualiza al mundo de vida: uno, "saber de fondo", contexto en sentido pragmático; dos, un trasfondo en y desde el cual el individuo se ve a sí mismo como un iniciador de secuencias de acción; tres, una comprensión de lo propio y de lo extraño (acción que le corresponde a la antropología cultural); cuatro, es el lugar donde interaccionan los individuos; y cinco, una eticidad que difiere del concepto hegeliano en cuanto a la metafísica del Espíritu.<sup>54</sup> Es en el mundo de vida donde se desarrolla la acción comunicativa y el mundo de vida se desarrolla a partir de la acción comunicativa. Es decir, un concepto implica al otro, sin embargo éstos difieren entre sí en cuanto el mundo de vida se desarrolla a partir de sus tres componentes: el proposicional, el ilocucionario y el intencional articulados en las esferas de la cultura, la sociedad y la personalidad, a las cuales define respectivamente como acervo de saber, orientación a través de la cual se regula la pertenencia a los grupos sociales para asegurar una solidaridad y "competencias que convierten a un sujeto en capaz de lenguaje y de acción que le permiten ser parte en los procesos de entendimiento y afirmar su identidad propia".<sup>55</sup>

La noción de sociedad para Habermas no se basa en una idea de colectivos o de sujetos, sino en una idea de "personalidades, "agentes capaces de lenguaje y de acción a través de un proceso de competencias adquiridas. Estas son las que permiten que el individuo pueda participar en procesos de entendimiento en contextos diversos y específicos: "el entendimiento sobre cuestiones específicas y su acuerdo resolutorio se conforman como el camino hacia un mundo de vida cada vez más libre y racional".<sup>56</sup> Para Habermas el sistema comprende la lógica de mercado y la administración estatal como imperativos del desarrollo. La racionalidad del sistema en la modernidad, de acuerdo con Habermas, entra en relación de conflicto con la racionalidad del mundo de vida, conflicto que se traduce como la crisis estructural del capitalismo desarrollado. El conflicto que existe entre el "mundo de vida" y "sistema" es que en el primero, los nexos de acción social se crean y se renuevan a través del entendimiento, mientras que en el sistema, los nexos de acción social se construyen a partir de los propios actores. De manera que, de acuerdo con Blanca Solares, Habermas circunscribe su investigación dentro de un problema político-económico que vislumbra el peligro de la colonización del mundo de vida por el sistema

<sup>54</sup> Solares, op. cit. pag 68-69

<sup>55</sup> Habermas, op. cit. tomo II citado en Solares op. cit. pág. 71.

<sup>56</sup> Solares, op. cit. pág. 71



económico burocrático que obstruye el acuerdo racional, *telos* de un entendimiento no coercitivo inherente a la razón por la vía de un lenguaje abstracto.

Siguiendo el conflicto entre el "mundo de vida" y "sistema" Habermas concibe a la democracia como "un cerco de seguridad" entre uno y otro y que se relacionan con la opinión pública.

Habermas ha "traducido" el proyecto de la Teoría Crítica de la sociedad desde el marco conceptual de una filosofía de la conciencia, adaptada a un modelo de sujeto-objeto de cognición y acción, al marco conceptual de una teoría del lenguaje y de la acción comunicativa.<sup>57</sup>

## **2.5 Habermas y la Teoría de Género**

### **2.5.1 Desde dónde se hace la crítica**

Las alumnas de Jürgen Habermas elogiaron su producción teórica pero con reservas. Habermas suponía una acción comunicativa racional entre los sujetos, sin embargo, sus alumnas se lo hicieron saber: había olvidado incluir a las mujeres dentro de su planteamiento teórico, ¿Cómo puede haber relaciones simétricas desarrolladas a partir de la comunicación, si esa democracia no incluye a las mujeres? Nancy Fraser, alumna de Habermas se dedica a hacer una crítica al pensamiento habermasiano, sin descalificarlo del todo. Ella parte de una definición de teoría crítica donde supone que debe existir una articulación en su programa de investigación y conceptualización, así como las intenciones y agenda de los movimientos sociales de la oposición con aquellos que mantenga una identificación partidaria lo que no significaría que sea acrítica. Fraser se pregunta ¿cómo puede ser la teoría habermasiana una teoría crítica si no cuestiona las relaciones genéricas o si no contempla las desigualdades que genera el capitalismo visto a partir de una división entre la reproducción material y la reproducción simbólica que invisibiliza a las mujeres y a su trabajo, así como les niega la ciudadanía y por ende su participación en la esfera pública del poder?

### **2.5.2 Reproducción material y reproducción simbólica**

Es así como Nancy Fraser elabora su crítica a partir de la distinción entre dos

---

<sup>57</sup> Sergio Pablo Fernández. op. cit.



elementos categóricos del concepto de sociedad manejado por Habermas: la reproducción material y la reproducción simbólica. La reproducción material es aquella donde existe un intercambio y se refiere al "trabajo social". La reproducción simbólica tiene que ver con la transmisión a miembros nuevos de la sociedad de normas y modelos de que constituyen la identidad social y que son de interpretación lingüística, misma que comprende una "socialización entre los jóvenes, la consolidación de la solidaridad de grupo y la transmisión y extensión de las tradiciones culturales"<sup>58</sup>.

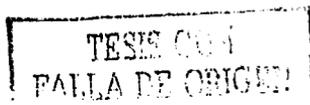
Fraser apunta que a primera vista esta distinción parece funcional. Sin embargo, lo único que hace esta distinción "natural" entre reproducción material y reproducción simbólica, donde están mutuamente excluidas una de la otra, es reforzar la posición patriarcalista dominante de una cultura sexista donde las mujeres y sus ocupaciones son consideradas como instintivas, naturales e ahistóricas. Es decir, Habermas contempla el trabajo no pagado de crianza de los hijos que hacen las mujeres como una labor de reproducción simbólica y no de reproducción material.

Para Nancy Fraser existe otra forma de interpretar la reproducción material y la reproducción simbólica: la interpretación "pragmático-contextual". Es decir, considera que tanto la reproducción material, como la reproducción simbólica son de aspecto dual. O sea, la crianza de los hijos no sólo construye la identidad social de los niños y niñas, sino que también contribuye a la supervivencia biológica de los niños y niñas y por tanto también de la sociedad. Por otro lado, una reproducción material como lo es la producción de alimentos, es también a la vez una reproducción simbólica pues ésta ocurre a través de "prácticas socialmente mediadas y regidas por normas", apunta Fraser. La producción de alimentos es una reproducción material donde sus resultados "forman, mantienen y modifican la identidad social de las personas directamente implicadas e indirectamente afectadas".<sup>59</sup>

Fraser arguye que la reproducción material y la reproducción simbólica no son mutuamente excluyentes y no son de orden natural. Al considerarlos así, lo que se consigue según Fraser es "legitimar la separación institucional de la crianza de los hijos respecto del trabajo pagado" y a su vez legitimar la subordinación moderna de las mujeres.

<sup>58</sup> Fraser, Nancy et. al. Teoría de Género y Teoría crítica. Ed. Cátedra. España. Pág. 52

<sup>59</sup> Ibid. Pág. 53



### 2.5.3. *Noción de sistema y mundo de vida*

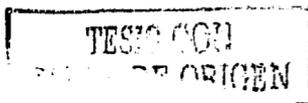
La separación que hace Habermas de “mundo de vida” y “sistema”, como hemos visto es una separación de los nexos de acción social que en el mundo de vida se crean y renuevan a través del entendimiento, mientras que en el sistema estos nexos se constituyen a partir de los propios actores. Donde el *mundo de vida* es contemplado como esfera privada y el *sistema* como el sistema económico oficial, que en este caso es el capitalismo burocrático. Para Nancy Fraser esta separación es un ejemplo claro de la división institucional entre la familia y la economía oficial, así como entre el hogar y el trabajo pagado, ambas situaciones insertas en la sociedad capitalista donde la dominación es masculina. Caracterizar a la familia únicamente como reproducción simbólica y al trabajo remunerado como reproducción material significa ampliar las diferencias entre ambos tipos de reproducción y negar que existen similitudes. Es decir, hace que el trabajo dentro del hogar no sea ni reconocido ni remunerado y refuerza ideas sobre ocupaciones particularmente femeninas que están orientadas al servicio, además de que en ambas esferas de la reproducción son las mujeres las que se encuentran subordinadas a los hombres. También esta diferencia tiende a ocultar que la familia es un sistema económico donde hay intercambios de servicios, trabajo, dinero y sexo, así como se caracteriza por ser en muchas ocasiones un lugar de coerción y violencia. La forma en que Habermas separa el “mundo de vida” y “sistema” oculta estos elementos.

### 2.5.4 *Los contextos de acción*

Por otro lado, Habermas contempla dos tipos de **contexto de acción**: el integrado en el sistema económico y el contexto de acción socialmente integrado. A la familia nuclear<sup>60</sup> la considera como un contexto de acción socialmente integrado. Habermas considera también que en ambos contextos de acción existen acciones mutuas, conscientes e intencionales coordinadas a través y mediante el lenguaje de los agentes. Esta es la noción de entendimiento que Habermas le otorga al lenguaje. No se puede decir que entre el contexto de acción integrado en el sistema y el contexto integrado socialmente hay una diferencia que los excluye en cuanto al consenso a las normas, al cálculo estratégico ser refiere. Es decir, que tanto en el mercado capitalista, por ejemplo, los intercambios

---

<sup>60</sup> La familia nuclear está compuesta por el padre, la madre y dos o tres hijos.



estratégicos, maximizadores de la utilidad, ocurren con un horizonte de significados y normas intersubjetivamente compartidos, así como también dentro de la familia nuclear también se observan intercambios estratégicos de poder o de dinero. A lo que concluye Fraser que ambos contextos tienen una dimensión estratégica y económica aunque uno de ellos no sea reconocido de esta forma (la familia nuclear).

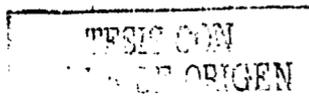
Fraser apunta, si se quiere distinguir a la economía capitalista de la familia nuclear moderna partir del modo de acción-integración, esta distinción será hecha como una diferencia de grado. Debe conectar el lugar, las proporciones y las interacciones de consensualidad, normatividad y estrategialidad en cada una de ellas. Por otro lado, la alumna de Habermas advierte que también se podría caer en una exageración de las diferencias entre, por ejemplo la economía capitalista y la familia, y ocultar similitudes de ambas instituciones. Citando a Fraser: la clasificación de las diferencias absolutas de la economía oficial como un contexto de acción socialmente integrada es ideológica en potencia. Podría usarse para construir una oposición ideológica que planteara la familia como lo "negativo", el "otro" complementario, de la esfera económica, un "refugio en un mundo sin corazón"<sup>61</sup>

Esta diferenciación de contexto de acción que hace Habermas tiene la finalidad de esbozar una definición de la sociedad moderna. Considera que la sociedad moderna "separa" al *sistema del mundo de vida*. Recordemos la división que ambos contextos contemplan dentro de cada uno un dominio u ordenes institucionales: en el sistema encontramos al estado moderno y su sistema económico encargado de la reproducción material; y dentro del mundo de vida encontramos a la familia nuclear y a la esfera pública, encargado de la reproducción simbólica.

Para Nancy Fraser esa división tajante se observa efectivamente en la insistencia de Habermas y de otros muchos otros teóricos de la sociedad por separar la reproducción material del sistema económico de la reproducción simbólica que se lleva a cabo en la familia. Es una forma de perpetuar el trabajo no remunerado que se hace en el hogar en la sociedad patriarcal dominada por los hombres. Con esta división de la sociedad se perpetua el contexto de acción donde los hombres se encargan de la reproducción material

---

<sup>61</sup> Fraser, N. op cit. pág. 58.



y las mujeres de la reproducción simbólica. De manera que al no considerar el hogar como un lugar de trabajo la remuneración de cualquier acción llevada a cabo en dicho lugar también se invisibiliza. Por otro lado también se perpetua la asignación de ocupaciones para las mujeres orientadas al servicio, frecuentemente sexualizadas y subordinadas a los hombres.

### 2.5.5 *Acciones del mundo de vida*

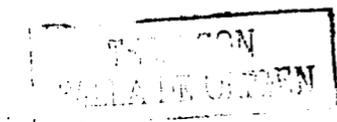
Habermas sub-divide los contextos de acción socialmente integrados (mundo de vida) en aquellas acciones "aseguradas normativamente" y en las "logradas comunicativamente". Las acciones aseguradas normativamente son las coordinadas sobre el consenso de valores. Son aquellas donde se internalizan las convenciones y las tradiciones culturales que implica la socialización.

Las acciones logradas comunicativamente están basadas en un consenso explícito que se logra a través de la reflexión y la discusión libre, igualitaria y justa entre los individuos. Si se analiza con esta lente a la familia nuclear dirigida por un hombre, se puede visualizar a la familia como un contexto de acción asegurado normativamente antes que logrado comunicativamente, pues si hubiera un consenso libre y reflexivo, este estaría basado, según Fraser en "diálogos viciados por la injusticia, la coerción o la desigualdad"<sup>62</sup>. Asimismo, menciona que resultados de investigaciones recientes sobre modelos de comunicación entre esposo y esposa se adecuan perfectamente a un contexto que habría que considerarlo como asegurado normativamente antes que logrado comunicativamente, pues se observa que los hombres tienen la tendencia a controlar la conversación y determinan los temas de la misma, mientras que las mujeres hacen un trabajo "interactivo", es decir, realizan preguntas y apoyan la conversación antes que controlarla. Se observó también que el lenguaje no verbal consistente en gestos y movimientos corporales confirman y refuerzan la dominancia masculina y la subordinación femenina en muchos de los casos.

Fraser arguye que la distinción que hace Habermas de acciones aseguradas normativamente de las logradas comunicativamente dentro del mundo de vida funciona perfectamente para detectar las desigualdades "comunicativas" que existen en el hogar. Sin embargo se hace notar que el punto de partida de Habermas es el "timón" masculino que

---

<sup>62</sup> Ibid. pág. 62.



permea toda su teoría y penetra hasta los elementos más detallados de su teoría. Para Nancy Fraser a Habermas se le "escapa" incluir al *poder* en otro contexto que no sea el burocrático, pues "las acciones coordinadas por el consenso asegurado normativamente en la familia nuclear encabezada por un varón son acciones reguladas por el poder".

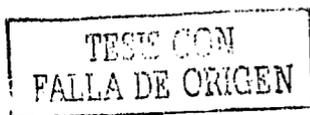
### 2.5.6 Los roles de las mujeres

Para Habermas la modernidad desconecta las instituciones del sistema del mundo de la vida, sin embargo existe un vínculo entre ambos contextos de acción: el dinero. Los intercambios entre la familia y la economía son canalizados a través de los "roles" de trabajador y consumista. Los cuales Habermas no analizó con la lente de género. De acuerdo con Nancy Fraser estos "roles" están generalizados: "los vínculos que forjan entre la familia y la economía (oficial) se bosquejan tanto en el médium de la identidad de género cuanto en el médium del dinero".<sup>93</sup>

El "rol" de trabajador en las sociedades capitalistas tempranas, es asignado a los hombres. La identidad masculina se construye a partir de la provisión. El "rol" de consumista es asignado a las mujeres; su identidad se construye a partir de administrar lo que el hombre provee. Esta asignación de roles hace a las mujeres económicamente dependientes de los hombres lo que legitima un salario menor para las mujeres aunque realicen el mismo trabajo que los hombres. Los trabajos que realizan las mujeres están orientadas a los servicios (secretarias, trabajadoras domésticas, asistentes, etc.) o a la "protección" (enfermeras, trabajadoras sociales, etc.). Como anteriormente lo habíamos mencionado la Dra. Marcela Lagarde señala que "el trabajo bajo la perspectiva de género llega a ser experimentado como una concesión a las mujeres". Es como si se nos estuviera haciendo un favor a cambio de que no nos integremos a los asuntos políticos pues éstos les corresponden a los hombres. Es a ellos a quienes les toca "ordenar y organizar" al mundo, al Estado, a la economía, etc. Habermas le otorga un valor neutro al poder, éste es el vínculo de intercambio entre el Estado y la esfera pública. Pero hemos visto como que dentro del intercambio el que tiene el poder de realizarlo es el hombre. Por lo tanto el poder también es una expresión de la masculinidad en la esfera pública y en el Estado.

El rol de ciudadano que según Habermas conecta el sistema público del estado con

<sup>93</sup>Ibid. pág. 67.



la esfera pública del mundo de vida, es también un rol masculino. Para Habermas el ciudadano es aquel que participa en el debate político y en la formación de la opinión pública. La ciudadanía depende de las capacidades de consentimiento y habla y de la capacidad de participar a la par con otros en el diálogo.<sup>64</sup> Esta concepción está basada en el concepto de acción comunicativa que hemos definido anteriormente. Pero ni en la acción comunicativa, ni en la ciudadanía habermasianas están contempladas las mujeres. Puede ser que Habermas deliberadamente o no haya excluido a las mujeres; este filósofo alemán también tiene una visión androcéntrica de la sociedad y está inserto en los mecanismos del patriarcalismo, por lo que nombra los roles del contexto de acción del sistema económico en masculino, cuestión que coloca a las mujeres en un papel de subordinación y falta de participación política y de igualdad jurídica, ética y moral. Las capacidades racionales “necesarias” para la participación política y para establecer un diálogo racional son contempladas como masculinas y se les niega a las mujeres. Esto refuerza la idea de la subordinación dialógica de las mujeres frente a los hombres: existe la creencia popular de que cuando las mujeres dicen “no” en realidad dicen que “sí”. Esto en realidad puede observarse como un producto de no otorgarles a las mujeres la “capacidad racional”.

### 2.5.7 El discurso de las mujeres

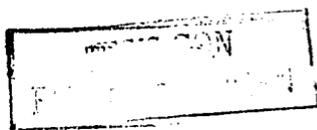
En cuanto a la diferencia entre hombres y mujeres para percibir, organizar la información y comunicarse verbal o no verbalmente, no hay investigaciones que ofrezcan evidencias contundentes sobre que ésta diferencia sea real. Pearson, Todd-Mancillas y Turner, sugieren que más allá de existir una diferencia tajante en el comportamiento comunicacional entre los hombres y las mujeres, existen semejanzas:

*“En términos globales, los hombres y las mujeres en su conjunto, poseen formas de comunicarse muy semejantes. De hecho, existen más diferencias intragrupo (entre grupos formados única y exclusivamente por mujeres o entre grupos formados solamente por hombres). En términos de la gran mayoría de las conductas comunicacionales, los hombres y las mujeres no son radicalmente diferentes.”<sup>65</sup>*

Las diferencias que se pueden encontrar entre la “comunicación” de hombres y mujeres no son conductuales, aunque éstas pueden ejercer una influencia específica en el comportamiento de las personas. Pearson et. al. señalan tres factores donde se ubican estas

<sup>64</sup> Ibid, pág. 70.

<sup>65</sup> Pearson, et. al. op. cit. pág. 377.



diferencias. El primero se refiere a las expectativas, “la gente percibe diferencias entre los sexos donde, de hecho, no las hay. Con frecuencia creemos que existen diferencias...”<sup>66</sup> Un segundo factor se refiere a los objetivos y a las motivaciones que de hombres y mujeres que persiguen: sus determinaciones pueden ser distintas. Y el tercer y último factor se refiere a la construcción de los mensajes e imágenes publicitarias insertas en los medios de comunicación masiva: las mujeres siempre están colocadas en una posición de desventaja frente a los hombres; se sigue dando por sentado que todos los mensajes e imágenes de los productos de limpieza o artículos para el hogar, así como las ofertas de los supermercados y almacenes de ropa, deben estar dirigidos hacia el “público femenino”. Las representaciones simbólicas sobre los “roles” masculinos y femeninos, contenidas en los mensajes e imágenes de los medios de comunicación masiva condenan irremediablemente a las mujeres a permanecer en el hogar y a ser las “reinas de la casa”.

El discurso de las mujeres tiene que ser “validado” por un hombre. Fraser pone un ejemplo que clarifica esta situación: la violación marital o la violación. “Las pruebas legales de la violación quedan reducidas a si *un hombre razonable* había podido suponer que la mujer consentía”<sup>67</sup>. De manera que las palabras de la mujer son puestas en duda e invalidadas, se le pregunta al hombre antes que a la mujer, si él sabía que la mujer estaba de acuerdo. Si las mujeres entran al debate político no es un debate igualitario, pues desde la formación del Estado hasta sus estructuras y formas de acción, la visión androcéntrica permea el discurso femenino. Este tiene que estar validado por un hombre.

## 2.6 Una pequeña reflexión crítica

Nancy Fraser hace además de la crítica que hace la teoría habermasiana, hace una reflexión: “la ceguera para con el género que presenta el modelo oculta rasgos importantes de los ordenamientos que desea entender”.<sup>68</sup>

Habermas no puede concebir un cambio significativo en su concepción sobre los contextos de acción desglosados en “integrado al sistema” y en “mundo de vida”, donde la reproducción material y la reproducción simbólica, deberían permanecer así, pues según él, se puede crear una patología al interior de ambos contextos de acción. Considera que

---

<sup>66</sup> Ibidem.

<sup>67</sup> Ibidem.

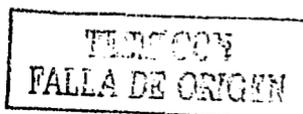
<sup>68</sup> Ibid. pág. 71.

movimientos sociales, incluido el feminismo, que proponen una concepción distinta, lo que hacen es crear una "crisis de significación simbólica". Los significados sociales de género que movimientos como el feminismo han introducido, continúan tratando de modificar al sistema estatal y económico de la sociedad capitalista, y al "mundo de vida" de forma que realmente establezcan situaciones dialógicas igualitarias que permitan a las mujeres ser ciudadanas y gozar y ejercer sus derechos.

Para Habermas existe dicha crisis debido a la lucha entre movimientos sociales contrarios, pues cada uno tiene una interpretación distinta de las necesidades y significados sociales. "Ambos tipos de lucha implican confrontaciones entre la acción asegurada normativamente y la que es lograda comunicativamente...es un movimiento de contestación frente a la hegemonía de los medios de interpretación y comunicación socioculturales".<sup>69</sup> Esto ha dado pie a dos tipos de movimiento: uno feminista y otro anti-feminista. Ambas luchas versan sobre los significados sociales de la femineidad y la masculinidad, así como de sus derechos, sus necesidades y de la construcción y significación del propio cuerpo. El feminismo del cual participa Fraser y nosotros también tiene que ver con la lucha y la exigencia de tener medios de comunicación y formas comunicativas básicas para crear interacciones sociales donde las mujeres tengan una igualdad dialógica que permita su ingreso a la esfera del poder, en función de un ejercicio libre, no coercitivo de toma de decisiones sobre la propia vida y sobre la vida societal. La crítica que hace Fraser sobre la ausencia de la perspectiva de género en la teoría habermasiana se encuentra básicamente en que Jürgen Habermas contempla una "oposición categorial" entre instituciones del mundo de la vida y del sistema, entre la reproducción material y simbólica y entre los contextos de acción: el asegurado normativamente y el logrado comunicativamente. Oposición que refuerza la dominación masculina y la subordinación femenina.

Las investigaciones en México sobre sexualidad y género, recientemente han vinculado a la sexualidad con la construcción social de las identidades de género a través de la afirmación de la existencia de una normatividad distinta entre hombres y mujeres, así como una desigualdad entre ambos sexos para acceder al poder y a recursos. En este sentido la articulación del género con la comunicación también se inscribe dentro de una construcción social que se adapta y/o se transforma de acuerdo al orden (simbólico) social.

<sup>69</sup> Ibid. pág. 84.

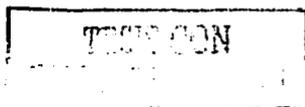


## *2.7 Construcción de un taller post-aborto para adolescentes*

La idea del taller post-aborto para adolescentes surge de la evidente y urgente necesidad de proporcionar a las mujeres adolescentes herramientas comunicativas útiles para lograr un consenso comunicativo y no un consenso asegurado normativamente a partir del poder y dominios masculinos. Es decir, se pretende a través de un taller con temática sobre asertividad, autoestima, habilidades comunicativas y anticoncepción, proporcionarles a las adolescentes que han tenido un aborto sean madres de familia o no, elementos básicos para desarrollar en ellas herramientas que les permitan establecer un consenso comunicativo reflexivo y crítico con sus familias, de manera que se genere un su hogar un ambiente, igualitario, libre y justo. Las mujeres adolescentes que han abortado por cualquiera que se la causa, cargan generalmente con un peso que no deberían cargar: la culpa, la vergüenza y el rechazo de su pareja o de su familia. Los motivos del embarazo adolescentes pueden partir de la ausencia de un consenso comunicativo. Existen normas y tradiciones culturales impuestas sobre el ejercicio de la sexualidad, y sobre el propio cuerpo. Hablar de sexualidad en las familias aun es tema difícil de abordar o inabordable, pues se considera que de eso no se debe hablar. Estaría de más mencionar que la ausencia de estos temas dentro de las conversaciones familiares es una de las principales causas del ejercicio no protegido de la sexualidad. Así como también la falta de control sobre la vida propio hace que las mujeres consideren irrelevante cuidar y proteger su cuerpo, así como también bloquea el proceso auto-conciente y reflexivo de toma de decisiones basado en la auto-estima. La mayoría de los hombres y las mujeres comienzan el ejercicio de su sexualidad sin información correcta que les ayude a que éste ejercicio sea libre, abierto y protegido.

Las adolescentes que han tenido un aborto generalmente siguen teniendo relaciones sexuales no protegidas, pues como cualquier otra mujer de nuestro sistema patriarcal, no posee herramientas que le ayuden a tomar la decisión de tomar control de su vida y protegerse si es que no desean volver a embarazarse.

La idea de construir un taller post-aborto con un marco conceptual basado en la teoría de género y la teoría de la acción comunicativa es detectar las necesidades específicas de las adolescentes. El objetivo principal de esta investigación es sentar las bases para el diseño de un manual para facilitadores de un taller post-aborto que pretende

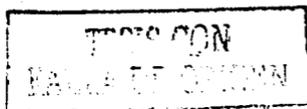


evitar la repetición de nuevos embarazos no deseados en adolescentes, por medio de la oferta de herramientas básicas para la vida, tales como comunicación y asertividad, autoestima, proceso de toma de decisiones y elaboración de un proyecto de vida. También es propósito de este manual explicitar y canalizar las necesidades específicas de atención emocional de las adolescentes que han experimentado un aborto.

En cuanto al taller, las metas específicas son:

- brindar a las adolescentes un espacio en el cual puedan reflexionar sobre sus experiencias,
- promover el uso de habilidades que les permitan vivir su proceso de pérdida de manera funcional y
- proporcionar información sobre salud sexual y reproductiva mediante un proceso de aprendizaje significativo.

La construcción del taller parte de la idea de ofrecerles herramientas comunicativas a las adolescentes para que asuman su capacidad racional y su derecho ejercer roles igualitarios en la sociedad y a la construcción de su propio discurso. La capacidad racional de las mujeres se encuentra diluida entre las instituciones sociales como la familia y hasta en contextos como el trabajo y la ciudadanía.



### III. LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

#### 3.1 Derechos sexuales y reproductivos

*La genealogía del concepto de derechos reproductivos se abisa predominantemente en un marco no institucional. Su formulación se inicia en la lucha por el derecho al aborto y a la anticoncepción en los países industrializados. Su primera instancia de legitimación fue una definición institucional como ocurrió con salud reproductiva. Sino un consenso discursivo producido en un encuentro internacional feminista la Internacional Women's Health Meeting, en Amsterdam, 1984. En esa ocasión se produjo un acuerdo entre feministas del norte y del sur respecto a que ese era un término adecuado para los fines del movimiento. Entre 1984 y su consagración en El Cairo en 1994, el concepto fue afinado en colaboración con activistas e investigadores del campo de los derechos humanos.*<sup>70</sup>

Los derechos sexuales y reproductivos son conceptos que aún están en debate y en construcción, por ello no la finalidad de esta tesis ahondar en el debate. Consideramos que es necesario mostrar en el marco en el que se encuentra la propuesta de la presente investigación.

Los derechos sexuales y reproductivos están protegidos por la legislación internacional de derechos humanos y documentos de las Naciones Unidas: Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, el Pacto Internacional de Derechos Cíviles y Políticos, el Pacto de Derechos Económicos y Sociales, ambos de 1976; la Convención Internacional para la Eliminación de Todas la Formas de discriminación contra la Mujer de 1981, la convención sobre los Derechos del Niño de 1990, la declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Viena en 1993, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, y el Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995.

Fue a partir de la pandemia del VIH y el SIDA a finales de los años setenta y principios de los ochenta, que se observaron cambios en todas las esferas de la vida humana. La discriminación y la intolerancia hacia las minorías sexuales y hacia los enfermos y enfermas no se hicieron esperar por parte de los miembros de la comunidad de salud y sobre todo de la sociedad. Ello condujo al cuestionamiento público sobre los derechos sexuales de las personas. Anteriormente el feminismo llevaba ya varias décadas luchando por evidenciar la discriminación y la opresión que viven las mujeres al tomar

<sup>70</sup> Sonia Correa. "Salud Reproductiva, género y sexualidad: legitimación y Nuevas Interrogantes" en Stern; Figueroa. (coords.) *Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y retos para la investigación*. El Colegio de México. 2001, pág. 131.

decisiones sobre su cuerpo: sobre el ejercicio de su sexualidad, la maternidad y el aborto, y sobre el cuidado de su salud.

Ahora gracias a los compromisos gubernamentales asumidos en las diversas Convenciones, Conferencias, Tribunales, entre otros, se reconoce que los derechos sexuales y reproductivos son parte fundamental de los derechos humanos de las mujeres y como elemento básico para el desarrollo, pues involucran derechos políticos, económicos, sociales y culturales, tanto individuales como colectivos.

Las legislaciones de cada país son una herramienta clave para la promoción de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, para lograr un fácil acceso a los servicios de salud, así como para la protección de sus derechos como usuarias de esos servicios. Sin embargo, las legislaciones nacionales también pueden ser un obstáculo para tener un ejercicio libre y sano de la sexualidad y de la reproducción: el castigo penal a los proveedores de salud si atienden un aborto, la dificultad para obtener información sobre todas las opciones anticonceptivas incluyendo las de emergencia, la persecución de las mujeres al decidir interrumpir un embarazo, el difícil acceso para ciertos grupos como los y las adolescentes o los homosexuales y las lesbianas a los servicios de salud, incluyendo los de consejería, etc.

Por ello, existe una gran brecha entre los acuerdos firmados internacionalmente y la observación y cumplimiento de dichos acuerdos en cada país. El Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP) asegura que las políticas de salud reproductiva, por su parte son especialmente importantes porque a través de ellas se puede entender la visión y voluntad política de los gobiernos frente a la salud y los derechos de las mujeres en determinado país. Los objetivos de esas políticas pueden considerar a las mujeres como el sujeto central de la promoción de la salud reproductiva o, por el contrario, instrumentalizarlas para la ejecución de metas demográficas fijadas en función de factores macroeconómicos o condicionados por otros factores culturales.<sup>71</sup>

Es así como podemos decir que los derechos sexuales y reproductivos han tenido tres fases distintas de desarrollo. La primera consiste en un movimiento sobre planificación

---

<sup>71</sup> CRLP; DEMUS. *Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que afectan sus vidas Reproductivas. América Latina y el Caribe*. Nueva York, 1997. Pág. 9.

familiar que luchaba por que los individuos tuvieran un libre control de la fecundidad. La siguiente fase es conocida como la de salud reproductiva que además de hacer énfasis en la fecundidad no deseada tomó en cuenta la capacidad de la población para reproducirse, regular su fecundidad y para practicar y disfrutar en ejercicio libre de su sexualidad.

La tercera y última etapa se denomina "empoderamiento de la mujer y de justicia social", esta fase concibe de manera trascendental a la justicia social y al respeto de la dignidad de las mujeres en áreas no restringidas a la salud reproductiva; ese proceso de adquisición de poder por parte de la mujer incluye la autodeterminación reproductiva como parte y como un medio más que como un fin en sí misma.<sup>72</sup>

La existencia de derechos sexuales y reproductivos es fruto del esfuerzo inagotable, constante y valiente de muchas feministas, activistas e investigadores. Es tarea de nosotras las nuevas feministas observar y luchar por un cumplimiento real de los acuerdos internacionales en nuestro país y en el resto del mundo.

El objetivo de los derechos sexuales y reproductivos es garantizar una convivencia y armonía sexual entre los hombres y las mujeres, entre los adultos y los menores de manera que se logre un ejercicio de la sexualidad libre y respetuoso de la dignidad de las personas con el fin de que el ser humano disfrute su sexualidad de manera sana, responsable, segura y con el menor riesgo posible.

Si bien aun está en construcción un documento específico que enumere todos los derechos sexuales y reproductivo como tales, los distintos encuentros internacionales ya mencionados junto con la Organización Mundial de la Salud, plantean que estos consisten en:

- Derecho a la vida, derecho fundamental que permite el disfrute de los demás derechos
- Derecho a la integridad física, psíquica y social
- Libertad a la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreativa, comunicativa, reproductiva
- Respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual

<sup>72</sup> Figueroa, J. "Aproximación al estudio de los derechos reproductivos", Reflexiones, núm. 8, octubre de 1995, p. 25 citado en Sánchez Olvera, *La Creación Feminista de los Derechos sexuales y reproductivos y la Ciudadanía de las Mujeres en México*. Tesis Doctoral. FCPyS. UNAM, 2002

- Respeto y protección de la reproducción
- Elección del estado civil
- Libertad de fundar una familia
- Libertad de decidir sobre el número de años, el espaciamiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivo o preconceptivos
- Al reconocimiento y aceptación de sí mismo, como hombre, como mujer y como ser sexuado
- La igualdad de sexo y género
- Al fortalecimiento de la autoestima, la autoafirmación y la autonomía para fobrar la toma de decisiones adecuadas en torno a la sexualidad
- Expresión y libre ejercicio de la orientación sexual
- Libertad de elegir compañía sexual
- Tener o no tener relaciones sexuales
- A elegir las actividades sexuales según sus preferencias
- Derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad
- A espacios de comunicación familiar para tratar el tema de la sexualidad
- A la intimidad personal, la vida privada o al buen nombre
- A disponer de opciones con mínimo riesgo
- Derecho a disponer de servicios de salud adecuados
- A recibir un trato justo y respetuoso de las autoridades
- A recibir protección ante la amenaza con la violación de los derechos fundamentales, sexuales y reproductivos<sup>73</sup>

### 3.2 Salud sexual y reproductiva

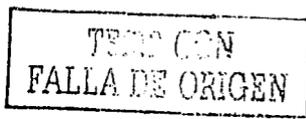
Los derechos sexuales y reproductivos se han ido consolidando a partir de la legitimación en los documentos internacionales de los conceptos de salud sexual y reproductiva, no podemos hacer caso omiso de que nuestra vida cotidiana está permeada por nuestra propia sexualidad. Nuestras actitudes, comportamientos, relaciones con los demás y nuestras decisiones. La sexualidad es una construcción social acompañada de características sociales, psicológicas y biológicas. Las características sociales de la sexualidad están compuestas por la categoría de género. El género es una construcción simbólica establecida por los datos biológicos de la diferencia sexual<sup>74</sup>. Es una construcción social distinta en cada sociedad de lo que significa ser mujer o ser hombre. Las características biológicas están compuestas por el sexo\*, y finalmente las características psicológicas que están compuestas por introyecciones que hacen hombres y mujeres sobre los constructos sociales de la identidad de género y la preferencia u orientación sexual.

Ruth Dixon-Mueller apunta que para los hombres y mujeres de todas las sociedades, las actitudes y conductas relacionadas con la sexualidad y el género tienen profundos significados y afectan en forma fundamental la calidad de vida...las actitudes y conductas

<sup>73</sup> <http://www.convencion.org.uy/menu2-001.htm>

<sup>74</sup> Lamas, Marta (comp.). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG. UNAM. México, 2000, pág. 12

\* Características anatómicas y fisiológicas que diferencian a hombres y mujeres en un continuo reproductivamente complementario.



sexuales de las mujeres y los hombres influyen, por ejemplo sobre la decisión de usar anticoncepción, sobre la elección del método y la eficacia con que éste se utilice.<sup>75</sup> La sexualidad y la conducta sexual están estrechamente relacionadas con la salud reproductiva y la anticoncepción.

Las definiciones tradicionales de salud reproductiva están hechas con base en términos puramente médicos. En 1990 en un Seminario sobre Enfoques Innovativos para la Evaluación de la Salud Reproductiva realizado en la Universidad de Filipinas, los trabajos presentados se centraron en la morbilidad reproductiva que los programas de salud en los países debía de evitar o reducir. En la morbilidad reproductiva existen tres categorías de acuerdo con Fortney presentadas en dicho seminario:

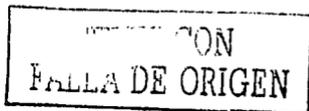
1. La **morbilidad materna** (en grado extremo se convierte en mortalidad) y contiene a su vez tres subcategorías: morbilidad obstétrica directa, que se origina en el embarazo o el parto (abortos, hemorragias, infecciones, etc.) aunque puede presentarse en el puerperio, la morbilidad obstétrica indirecta, que se refiere a condiciones que no son causadas por el embarazo pero que la gestación empeora, como la hepatitis, hipertensión crónica o cáncer de mama; y la morbilidad materna no obstétrica que abarca eventos como depresiones o suicidios de madres solteras cuyo origen es el embarazo.
2. La **morbilidad ginecológica** abarca enfermedades de transmisión sexual (incluyendo el SIDA), los cánceres del sistema reproductivo, y otras morbilidades como la infertilidad, las distinciones sexuales; y
3. La **morbilidad anticonceptiva** es aquella causada por el uso de métodos anticonceptivos y puede ser local.<sup>76</sup>

*Morbilidad, proporción de individuos de una población que padece una enfermedad en particular. Puede depender o no de la densidad de los individuos en la población. Las enfermedades infecciosas presentan mayor morbilidad a altas densidades de población debido a que la cercanía de los individuos aumenta la probabilidad de contagio. La alta densidad también puede provocar, entre los individuos, competencia por el alimento, lo que origina un debilitamiento de éstos, haciendo que sean más susceptibles de contraer la enfermedad y provocando un aumento de la morbilidad. La existencia previa de otra enfermedad también puede facilitar el contagio de una segunda enfermedad, e incrementar la incidencia de ésta. Fortney, K. "Reproductive Morbidity: a Conceptual Framework" Ponencia presentada en "Seminar of Innovative Approaches to the Assessment of Reproductive Health, Manila, Philippines, 1994.*

Este modelo, estructurado a partir del concepto de morbilidad reproductiva, presenta una definición mínima del término *salud reproductiva*. En 1994 en El Cairo cuando se celebró La Décima Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, se elaboró una definición más amplia y se acordó que la salud reproductiva es "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad, en todos los aspectos

<sup>75</sup> Ruth Dixon-Mueller. "Las conexiones entre sexualidad y salud reproductiva" en Zeidendein; Moore, (eds.) *Aprendiendo sobre sexualidad. Una manera práctica de comenzar*. The Population Council. Nueva York, 1999, pag. 157.

<sup>76</sup>Ibid. pag.



*relacionados con el sistema reproductivo*”, a partir de esta definición se hace énfasis en la tarea fundamental de la educación sexual, así como en el *empoderamiento* de la mujer como medios para la realización de las intenciones reproductivas, la prevención de la morbilidad reproductiva, el logro de una sexualidad plena y el desarrollo de la mujer como persona.<sup>77</sup>

La salud reproductiva no se reduce sólo a la genitalidad de hombres y mujeres, implica también procesos sociales, económicos, emocionales, culturales, de derechos y de los sistemas de atención a la salud. También en la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrado en El Cairo en 1994, se incluyen los derechos de las personas para ejercer la salud en atención a la salud reproductiva. La salud reproductiva está relacionada con la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos así como de procrear con libertad para decidir hacerlo o no hacerlo cuándo y con qué frecuencia.

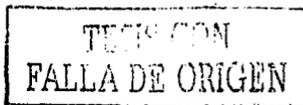
De manera que la salud reproductiva implica el derecho de hombres y mujeres a obtener información de su elección, así como información sobre métodos anticonceptivos seguros, eficaces, fáciles de conseguir y aceptables. También tienen el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud.

En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el *conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.*<sup>78</sup>

El concepto de salud reproductiva no está completo si no está relacionado con el de *salud sexual* y con la salud integral. Hay una importancia política al colocar los derechos

<sup>77</sup> León R., Federico. *Investigación operativa en planificación familiar y salud reproductiva*. The POPULATION COUNCIL. Documentos de trabajo, núm. 12, 1998. México. Pág.7-9.

<sup>78</sup> Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, el Cairo, 1994, Capítulo. VII, citado en Mónica Jasís Silberg. *“A palabras de la usuraria... oídos de doctor?”*. Stern, Claudio; Echarrri Carlos Javier (coordinadores). *Salud Reproductiva y Sociedad. Resultados de Investigación*. El Colegio de México. Primera edición 2000. México. Pág. 111-112.



reproductivos como parte de los derechos sexuales de las mujeres. Los derechos sexuales implican el derecho a ser consideradas personas sexuadas y a ser respetadas en cualquier opción e identidad sexual asumida amparan asimismo la igualdad sexual con los hombres y la equidad en las relaciones con ellos. Finalmente, los derechos sexuales son parte de los derechos humanos inalienables de las mujeres.<sup>99</sup>

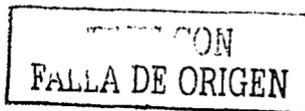
Reconocer que la salud es un factor básico para eliminar la opresión y discriminación de las mujeres es determinante para dotarlas de herramientas que les permita desarrollar capacidades para enfrentar la vida. Reconocer que el cuerpo de las mujeres no es vehículo de promoción o detrimento de políticas de población, así como reconocer que el cuerpo de las mujeres no es un receptáculo de medidas sanitarias y que este cuerpo no es un objeto, es fundamental para avanzar en materia de programas y políticas para mejorar la calidad de la atención hospitalaria de las mujeres. Es necesario también hacer hincapié que la generación a la que pertenece cada mujer también determina el trato que reciben. Por ello es necesario elaborar programas enfocados hacia la especificidad tanto de edad como de género.

Los eventos del ciclo reproductivo desde la menarquia hasta la menopausia son distintos en cada mujer y se presentan en edades distintas, así como son vividos de forma diferente. La menstruación, las relaciones sexuales, el embarazo, el embarazo no deseado, el parto, el aborto, etc., se presentan y son vividos de manera distinta por cada mujer, y es derecho de todas las mujeres tener una atención hospitalaria de calidad y con calidez, así como también es su derecho, obtener información útil, veraz y adecuada a sus necesidades, sobre la atención recibida y sobre métodos anticonceptivos.

Uno de los eventos del ciclo de la reproducción común entre las mujeres de todas las edades es el aborto. Su atención inmediata en caso de complicaciones, como es el sangrado abundante y la sepsis, es derecho de todas las mujeres. Dicha atención tendrá que ser efectiva y con un trato cálido. Antes de adentrarnos en el entramado de factores que componen a este evento reproductivo, queremos finalizar este capítulo apuntando que los derechos reproductivos y sexuales sientan unas de las bases para erradicar la condición de opresión de género en que vivimos aun las mujeres.

---

<sup>99</sup> Ibid. Pág. 29



### 3.3. El aborto

#### 3.3.1 El mandato de la reproducción

La opresión de las mujeres es histórica: se nos ha excluido de los espacios de poder. Exclusión que ha traído consigo una percepción de incapacidad y de minoridad respecto a los hombres. En palabras de Marcela Lagarde, la forma en que se ha inferiorizado y excluido a las mujeres ha sido recurrentemente una expropiación de sí mismas centrada en la sexualidad, en el cuerpo, en los bienes materiales y simbólicos de las mujeres y sobretodo se les ha excluido de su capacidad de intervenir creativamente en el ordenamiento del mundo. Al incluir todos los hechos femeninos en la sexualidad *para-los-otros* y al especializar a las mujeres en ella se les despoja de la posibilidad práctica y filosófica de elección de vida.<sup>40</sup>

La creencia y el mandato popular en México y muchos países del mundo es que *las mujeres son para tener hijos*. Ese es el valor que se les otorga a las mujeres; valen a partir de su capacidad biológica de la reproducción. Son valiosas a partir de su mediación con los otros: mujeres al servicio de los otros, mujeres para los otros. La dependencia y la sumisión son atributos de las mujeres. La vida y las actividades femeninas, así como su discurso deben ser siempre aprobados, y ésta está fundada en ser parte de otros. "Si trabajo, si me someto, si hago cosas por el otro, si le doy mis bienes, si me doy, será mío, y yo seré" apunta Lagarde. Y es a partir de esta idea que las mujeres buscan relaciones de dependencia. La opresión de las mujeres define su sexualidad, sus relaciones sociales, la forma en que se integran y se relacionan con el mundo.

*Las mujeres estamos sometidas a la opresión porque para establecer vínculos y ser aceptadas, con nuestra anuencia o contra nuestra voluntad, vivimos la reificación sexual de nuestros cuerpos, la negación de la inteligencia y la interiorización de los afectos, es decir, la cosificación de nuestra subjetividad escindida.*<sup>41</sup>

La decisión de interrumpir o no un embarazo no es fácil para ninguna mujer. Las causas por las que las mujeres abortan son diversas. Pueden ocurrir abortos espontáneos incluso sin que las mujeres lo noten, los abortos espontáneos ocurren por causas naturales

<sup>40</sup>Lagarde, M. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. PUEG. UNAM. México. 2001, pág. 15.

<sup>41</sup>Ibid. pág. 17.

fuera del alcance de cualquier mujer. Los motivos por los cuales las mujeres recurren a un aborto inducido son diversos:

- por coerción: porque se embarazaron debido a una violación
- por razones socioeconómicas: porque no tienen dinero ni trabajo, porque no tienen dinero para alimentar a un hijo más
- por maternidad satisfecha: porque ya tienen los hijos deseados
- por motivos de salud: porque hay malformaciones en el feto o padecen una grave enfermedad; porque esta en riesgo su vida
- para posponer la maternidad: porque decidieron dedicarse a su carrera o trabajo; porque quieren continuar con sus estudios
- por su edad: son muy jóvenes o son mayores
- por problemas con su relación: no tienen pareja o él no quiso colaborar en el cuidado de la criatura
- porque no lo desean<sup>52</sup>

Es notable que en ningún momento se ha mencionado que alguna mujer aborta por gusto. A la mayoría de las mujeres les cuesta mucho trabajo tomar la decisión de abortar, algunas lo tienen totalmente decidido y en vez de sufrir sienten alivio, pues de esta manera pueden continuar con su vida normal ya que su embarazo no era deseado o planeado. Es importante resaltar esta diferencia ya que generalmente los embarazos no son planeados y sin embargo después se convierte en un embarazo deseado. Y en muchas otras ocasiones ni son planeados ni son deseados y es cuando generalmente se recurre a la interrupción del embarazo. Esta decisión es una decisión responsable basada en la propia determinación donde hubo un proceso de reflexión y un juicio moral o ético, que generalmente tiene que ver con la influencia de la familia y en ocasiones de la pareja.

Frente a un embarazo no deseado hay tres opciones: continuar el embarazo y quedarse con la criatura, continuar el embarazo y dar a la criatura en adopción o interrumpir el embarazo.<sup>53</sup> Cualquiera que sea la opción, la decisión debe ser tomada por la mujer. Pero desafortunadamente en nuestro país como en muchos otros esta decisión o debe estar avalada por los padres, por el esposo o simplemente no existe la posibilidad legal para tomar una decisión.

<sup>52</sup> GIRE. *Miradas sobre el aborto*. México, 2000. Pág. 13.

<sup>53</sup> *Ibid.* Pág. 16.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3.3.2 ¿Qué es el aborto?

Antes de comenzar el desarrollo del presente capítulo es pertinente definir qué es el aborto. El aborto en términos médicos está definido por la OMS como la *interrupción del embarazo cuando el producto no es viable*. "El punto de vista médico tiende a considerar como aborto la interrupción de un embarazo antes de que el producto pueda sobrevivir fuera del cuerpo de la mujeres, es decir, antes de que éste sea viable lo que ocurre alrededor de las 20 o 22 semanas de embarazo, luego de este periodo, generalmente se habla de muerte fetal y no de aborto".<sup>44</sup>

#### 3.3.2.1 Tipos de aborto

-*aborto inducido*: es aquél que se provoca empleando algún recurso o método con ese fin

-*aborto espontáneo*: es aquél que sucede cuando se expulsa el producto de manera natural, es decir sin haber utilizado ningún recurso con dicha finalidad

La interrupción segura y eficaz del embarazo se puede realizar de tres formas:

- *AMEU (Aspiración Manual EndoUterina)*: proceso que utiliza una cánula o tubo de plástico unido ya sea a una jeringa de aspiración de mano o una "bomba" eléctrica (aspiración eléctrica) para desalojar los contenidos del útero. Reconocida por la OMS como el método más apropiado para tratar el aborto incompleto temprano, la aspiración puede practicarse con anestesia local (bloqueo paracervical, analgesia y/o sedación leve) y no requiere pasar la noche en el hospital.<sup>45</sup>
- *LUI (Legrado Uterino Instrumental)*: conocido también como dilatación y curetaje (D&C) que consiste en usar una cureta para remover el tejido del útero. El legrado uterino se practica en general en una sala de operaciones por personal capacitado en técnicas quirúrgicas. La mayoría de las veces se practica bajo anestesia general o local o bajo sedación profunda y requiere hospitalización. Las complicaciones, aunque poco comunes, incluyen: infección, perforación del útero o en el cuello uterino, hemorragia, o complicaciones relacionadas relacionados con la anestesia. Algunos estudios

<sup>44</sup> Doctora Ana Langer, Investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública y Directora Regional del Population Council, en Memoria Coloquio "Los retos para mejorar la salud de las mujeres: un diálogo entre investigadores y ONG" GIRE-INSP, México, 1996, citada en Taracena, R. (coord.) *Miradas sobre el aborto*. GIRE, 2000, pag. 25.

<sup>45</sup> Brazier; Rizzuto; Wolf. *Prevención y Manejo del Aborto cuando ocurre en condiciones de riesgo. Guía de acción*. Family Care International-Ipas-International Planned Parenthood-Population Council. Nueva York, 1999. Sección 3, pag. 2

han demostrado que las tasas de complicación del legrado uterino son dos veces mayores que las de la aspiración.<sup>66</sup>

- *Aborto medicamentoso o con medicamentos*: la interrupción del embarazo con medicamentos incluye varios esquemas de tratamiento que utilizan pastillas o inyecciones para interrumpir un embarazo en su etapa inicial. El proceso de interrupción del embarazo con medicamentos es un proceso que puede tomar días o semanas, periodo a través del cual la expulsión de los tejidos se completa, por lo que no se requiere de "limpieza" de la cavidad uterina. El aborto temprano con medicamentos ocurre dentro de las primeras 7 o 9 semanas de embarazo. Los tres esquemas medicamentosos más estudiados son los siguientes:

\*mifepristona-misoprostol: para interrumpir embarazos [ 63 días (nueve semanas)

\*metotrexato-misoprostol: para interrumpir embarazos [ 49 días (siete semanas)

\*Misoprostol solo (en fase experimental)

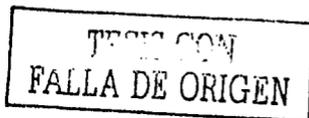
Los tres métodos son seguros y efectivos si se realizan de forma correcta y en los tiempos prescritos. Las complicaciones son generalmente menores comparadas con los métodos quirúrgicos realizados en condiciones de riesgo ya que no implican maniobras invasivas de la cavidad uterina; las que pudieran presentarse se deben a abortos incompletos, así como de no seguir las indicaciones de cuidados post-aborto.

### 3.3.3 Atención post-aborto

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994 los diversos gobiernos participantes resaltaron la importancia de elevar la calidad de los servicios médicos de atención post-aborto. Se ha hecho un importante énfasis en la atención post-aborto pues una de las principales causas de mortalidad materna es el aborto incompleto o en condiciones de riesgo<sup>67</sup>. En la CIPD mencionada, los participantes se comprometieron a ofrecer en sus países una atención adecuada y acordaron en considerar como parte de los servicios integrales de salud reproductiva y de una maternidad sin riesgos:

<sup>66</sup> F.C. Greenslade, et. al., *Manual Vacuum Aspiration: a Summary of Clinical & Programmatic Experiences Worldwide*, IPAS, Carrboro NC, 1993, citado en Brazier, op. cit. Sección 3, pág. 3.

<sup>67</sup> Las condiciones de riesgo se refieren a la realización de un aborto con medidas sanitarias escasas, o realizado por personas no capacitadas y a veces en la literatura se utiliza como sinónimo de "aborto clandestino".



- Servicios médicos oportunos, humanitario y de alta calidad para el tratamiento de las complicaciones del aborto en condiciones de riesgo.
- Asesoramiento sensitivo y servicios de planificación familiar post-aborto sensibles a la condición de la mujer para fomentar la salud reproductiva y evitar que se repitan los abortos.
- Servicios seguros de aborto inducido, donde no sea contrario a la ley.<sup>88</sup>

La atención post-aborto consta de tres elementos estratégicos en la prestación de servicios médicos:

- a) Tratamiento médico de urgencia por complicaciones
- b) Consejería y referencia a los servicios de planificación familiar
- c) Vínculos con otros servicios de salud reproductiva<sup>89</sup>

La atención post-aborto es básica pues la OMS estima que del 10% al 50% de las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo necesitan atención médica para las complicaciones resultantes.<sup>90</sup> La proporción de abortos practicados en adolescentes es menor en relación con las mujeres de mayor edad, sin embargo en muchos países como México, por ejemplo un número significativo de adolescentes ingresan a los hospitales por un aborto incompleto. En general este grupo tiene un menor acceso a los servicios de información y consejería que podrían ayudarlas a evitar un futuro embarazo no deseado.

Por ello la presente investigación se inscribe en esta línea, es decir, consideramos que es fundamental que las adolescentes reciban en estas circunstancias una consejería que se adecue a sus necesidades.

Las mujeres que tienen complicaciones por abortos incompletos (espontáneos o inducidos) forman parte del grupo de las pacientes menos atendidas de salud reproductiva. La atención médica que se les proporciona consta generalmente de un legrado uterino instrumental (LUI), frecuentemente tratado bajo anestesia general. Existe otra técnica (Aspiración Manual Endouterina: AMEU) que no está disponible en muchos países en desarrollo, a pesar de que existen muchos estudios que demuestran que ésta técnica reduce

<sup>88</sup> *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality due to Unsafe Abortion*. Tercera Edición, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1998, citado en Brazier, op cit.

<sup>89</sup> Huntington, Dale. 2000. *Cómo satisfacer las necesidades de atención a la salud de la mujer después de un aborto*. Documentos de programas Núm. 1 México, D.F.: Population Council Fronteras. Pág. 1

<sup>90</sup> *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*. Segunda Edición, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1994, citado en Brazier op cit. Sección 1, pág. 1.

los riesgos para la salud de la mujer, así como también reduce los costos hospitalarios ya que la recuperación es más rápida.

El tratamiento médico de esta afección en los hospitales, así como el tratamiento post-aborto de comunicación interpersonal entre los médicos o médicas con las pacientes es de poca calidad. Es decir, por lo regular no se les ofrece orientación sobre el procedimiento médico requerido ni sobre la recuperación post-aborto. Al egreso de las pacientes no se acostumbra canalizarlas a los servicios de planificación familiar.

La atención post-aborto se define como una estrategia de prestación de servicios estructurada alrededor de estos tres elementos:

- Servicios Médicos de urgencia (tratamiento por complicaciones de abortos espontáneos o inducidos)
- Orientación, referencia y servicios de planificación familiar post-aborto.
- Enlaces a otros servicios de atención a la salud reproductiva.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo llevada a cabo en El Cairo en 1994, concluyó como hemos visto en varias líneas de acción. Una de ellas es la que se refiere al aborto inseguro. Se concluyó que *los gobiernos de los países, organismos gubernamentales y no gubernamentales, deben fortalecer su compromiso con la salud de las mujeres y tratar el impacto del aborto inseguro como un problema prioritario de salud pública. En todos los casos las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para el tratamiento por complicaciones de aborto. Por otra parte, los gobiernos deben reducir la recurrencia del aborto expandiendo y promoviendo los servicios de planificación familiar. El aborto no deber ser promovido como un método de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar y la orientación post-aborto deben ofrecerse de manera oportuna para evitar futuros abortos. Se debe prestar mayor atención a las necesidades de salud reproductiva de los adolescentes y mujeres jóvenes con el fin de evitar mayor morbilidad y mortalidad maternas, previniendo embarazos no deseados y consecuentemente cualquier aborto inseguro.*<sup>91</sup>

---

<sup>91</sup> Family Care International. *Action for the 21<sup>st</sup> Century Reproductive Health & Rights for All. Summary report of recommended actions on reproductive health and rights of the Cairo ICPD Programme of Action.* September 1994, New York, 1994, pág. 18.

Las mujeres que han tenido un aborto inducido debido a un embarazo no deseado es probable que vuelvan a recurrir al aborto. Una forma de evitarlo es proporcionándoles orientación y servicios de planificación familiar. Prevenir la recurrencia de abortos es prioridad de los programas y servicios de salud reproductiva porque salva la vida de las mujeres y evita la necesidad de gastar en servicios costosos y riesgosos para atender las complicaciones derivadas del aborto. Una de cada ocho muertes relacionadas con el embarazo en el mundo, es resultado de complicaciones tales como hemorragias, infecciones o lesiones internas que se presentan después de un aborto inseguro.

La atención post-aborto de acuerdo al programa Fronteras de la Salud Reproductiva del Population Council:

- protege la salud de las mujeres
- reduce el sufrimiento (atención médica compasiva y de alta calidad)
- reduce los costos de atención de la salud
- puede prevenir la repetición de abortos.<sup>92</sup>

Los servicios de consejería post-aborto en países donde esta práctica es ilegal, se ofrecen generalmente en hospitales bajo una atmósfera de desaprobación o de franco rechazo hacia la mujeres que consulta con un aborto en curso...no sólo se estigmatiza a la mujeres sino que en los hospitales no existen servicios de orientación o de protección anticonceptiva. Existe pues un divorcio entre aborto y servicios de anticoncepción, cuyo resultado es la perpetuación del círculo vicioso de ocurrencia de nuevos embarazos no deseados, nuevos abortos y mayor riesgo de enfermedad y muerte.<sup>93</sup>

### 3.3.4 ¿Qué son los cuidados post-aborto?

Los cuidados post-aborto se refieren a una serie de indicaciones y recomendaciones que los proveedores de salud deben hacer a la paciente después del aborto. Proporcionar información y asesoramiento a las pacientes es parte de una atención de alta calidad.

Es responsabilidad del proveedor de salud informar correctamente sobre:

<sup>92</sup> Huntington, D. *Cómo satisfacer las necesidades de atención a la salud de las mujeres después de un aborto*. Population Council Fronteras. Documentos de programas. Núm. 1. México, D.F. 2000.

<sup>93</sup> Margoth Mora Téllez; Martha Stella Castaño. *Orientación en anticoncepción post-aborto*. en *Avances en la Investigación social en Salud Reproductiva y Sexualidad*. AÉPA CEDES-CENEP. Buenos Aires, Argentina. 1998. pág. 141.

- signos normales y signos de alarma que la paciente debe observar en su cuerpo después del aborto.
- indicaciones y recomendaciones básicas sobre el cuidado de la salud en las 3 o 4 semanas posteriores.
- ofrecer consejería en anticoncepción y planificación familiar, incluyendo información sobre el regreso inmediato de la fertilidad
- informar a la paciente sobre a dónde llamar o acudir en caso de emergencia.

Los cuidados post-aborto son importantes porque garantizan la completa recuperación de la paciente cuando se cumplen todas las indicaciones y recomendaciones que el médico o la médica le hace.

### 3.3.4.1 Consejería anticonceptiva post-aborto

El médico o médica debe recomendar a la paciente el uso de algún método anticonceptivo con base en los planes reproductivos de la mujer.

La consejería post-aborto no sólo consiste en proporcionar información sobre métodos anticonceptivos, se refiere también a informarle a la paciente cuál fue el método utilizado para evacuar su útero, las reacciones comunes anteriormente señaladas y los signos de alarma. Estos son los puntos básicos de la consejería, sin embargo la presente investigación arguye que dicha consejería debería estar adecuada a las necesidades específicas de las pacientes. En nuestro caso hemos dirigido este esfuerzo hacia las pacientes adolescentes por ser un grupo significativo dentro del grupo de mujeres que ingresan a un hospital por un aborto incompleto. Consideramos que no sólo la información sobre metodología anticonceptiva deberá formar parte de la consejería, sino que es básico proporcionar a las adolescentes herramientas que les ayuden a utilizar la información que se les ofrece sobre anticoncepción. Hay detrás de ese aborto incompleto factores que dificultan que este grupo se cuide: desde recuperar su propia auto-estima hasta utilizar métodos anticonceptivos. Las características de este grupo hacen que sea un grupo específico y con necesidades diferentes, las cuales abordaremos en el siguiente capítulo.

Por ahora consideramos pertinente ahondar un poco más en el tema del aborto: la legislación nacional e internacional existente, la representación simbólica de éste, etc.

### 3.3.5 Situación legal del aborto en la República Mexicana



En nuestro país legalmente el aborto inducido es definido como la *muerte o privación de la vida del producto de la concepción* en cualquier momento del embarazo. El Grupo de Información de Reproducción Elegida GIRE, señala que con excepción del estado de Tlaxcala, ningún otro estado toma en cuenta el aspecto de la viabilidad del producto, es decir, el período en el que puede sobrevivir fuera del cuerpo de la mujer.

A lo largo de la República Mexicana la penalización para las mujeres que abortan y para aquellos y aquéllas que proporcionan ayuda para conseguir dicho fin, es distinta. Cada estado establece una pena distinta tanto para las mujeres como para las personas que las ayudan. En Tlaxcala se encuentran las penas de aborto más reducidas: para la mujer que aborta y para la persona que la ayuda, se contemplan entre quince días y dos meses de cárcel. En la mayoría del resto de los estados existe una pena de entre uno y cinco años de prisión para ambas partes. En el Distrito Federal la legislación es de corte conservador y denigra altamente a la mujer. Sólo se reducirá la pena por el *délito* de aborto si la mujer comprueba lo siguiente: 1. no tener mala fama, 2. haber podido ocultar su embarazo, y 3. que ese embarazo sea producto de una relación ilegítima.<sup>94</sup>

Es importante conocer la situación legal del aborto en México, por ello a continuación nos permitimos mostrar un cuadro comparativo elaborado por GIRE donde se señalan las causas por las que el aborto no se castiga en los códigos penales estatales.

**TEMIS CON FALLA DE ORIGEN**

*Causas por las que el aborto no es castigado en los Códigos Penales de los estados mexicanos*

estado	por violación	imprudencial	por peligro de muerte	eugenésico	grave daño a la salud	otras causas
Aguascalientes	*	*	*			
Baja California	*	*	*			*(ii)
Baja California Sur	*	*	*	*		*(ii)

<sup>94</sup> GIRE, op. cit. pág. 85

Campeche	**	**	**			
Coahuila	** (i)	**	**	**		
Colima	** (i)	**	**	**		** (ii)
Chiapas	** (i)	**	**	**		
Chihuahua	** (i)	**	**			** (ii)
Distrito Federal	**	**	**	**	** (iv)	
Durango	**	**	**			
Guanajuato (v)	**	**	**			
Guerrero	**	**	**	**		** (ii)
Hidalgo	** (i)	**	**		**	
Jalisco	**	**	**	**	**	
México	**	**	**	**	**	
Michoacán	**	**	**	**	**	
Morelos	**	**	**			
Nayarit	**	**	**	**	**	
Nuevo León	**	**	**	**	**	
Oaxaca	** (i)	**	**	**	**	
Puebla	**	**	**	**	**	
Queretaro	**	**	**			
Quintana Roo	** (i)	**	**	**	**	
San Luis Potosí	**	**	**	**		
Sinaloa	**	**	**	**		
Sonora	**	**	**	**	**	
Tabasco	**	**	**	**	**	** (ii)
Tamaulipas	**	**	**	**	**	
tlaxcala	**	**	**	**	**	
Veracruz	** (i)	**	**	**	**	
Yucatán	**	**	**	**	**	** (iii)
Zacatecas	**	**	**	**	**	
Total	32	28	28	12	8	7

- i. Se contemplan plazos para la interrupción del embarazo, que varían, de acuerdo a los siguientes criterios: "dentro de los tres meses, contados a partir de la violación", "dentro de los 90 días de gestación" y otros lo indican dentro de los "tres primeros meses"
- ii. Inseminación artificial no consentida
- iii. Económicas, cuando la mujer tenga al menos tres hijos.
- iv. Aprobado en enero de 2002 por la Suprema Corte de Justicia (Ley Robles)
- v. Se intento en diciembre de 2001 establecer una penalización al aborto bajo cualquier circunstancia

En resumen, por definición el aborto es ilegal. Como hemos visto en el cuadro anterior, los distintos códigos penales de los estados de la República establecen siete

TESIS CON  
AREA DE ORIGEN 70

circunstancias en las que no es considerado como delito, circunstancias que varían de una a otra entidad federativa:

1. Cuando el embarazo es resultado de una violación
2. cuando el aborto es provocado accidentalmente
3. cuando a juicio del médico, el embarazo ponen en riesgo la vida de la mujer,
4. cuando el feto tiene malformaciones congénitas o genéticas (razones eugenésicas)
5. cuando de continuar con el embarazo, se provocaría un grave daño a la salud de la mujer,
6. cuando el embarazo es producto de un n artificial no deseada y
7. cuando la mujer tiene razones económicas para interrumpir el embarazo y es madre de tres hijos.

Sólo la primera de estas siete razones, es válida en toda la República Mexicana. Veintiocho estados contemplan el aborto imprudencial y veintiocho no penan el aborto cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer.

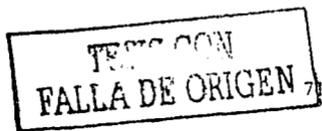
La despenalización del aborto en México data desde 1936 cuando la Dra. Ofelia Domínguez Navarro publicó en la revista Futuro, dirigida por Vicente Lombardo Toledano, un artículo intitulado "El aborto por causas sociales y económicas"<sup>95</sup>, hasta el rechazo en enero del 2002 de la Suprema Corte de Justicia de la Nación de la Acción de Inconstitucionalidad interpuesta por Partido Acción Nacional y del Partido Verde Ecologista de México sobre las reformas aprobadas por la Asamblea Legislativa de Representantes del Distrito Federal relativas al aborto eugenésico (Ley Robles). La lucha en México ha sido ardua y larga. Actualmente las propuestas radican en homogeneizar la legislación de los Códigos Penales de los estados respecto a la penalización del aborto. Por supuesto la lucha sobre la despenalización total del aborto sigue en pie...y seguirá.

### *3.3.6 Situación legal del aborto en el mundo*

Poco a poco desde los años cincuenta cuando los países de Europa central comenzaron a permitir el aborto por deseo propio de las mujeres, las leyes sobre el aborto se han ido liberalizando a través de la legalización o despenalización. Es importante mencionar que

---

<sup>95</sup> www.gire.org.mx



legalización y despenalización no significan lo mismo: despenalizar se refiere a que el aborto deje de ser considerado como delito que establece un castigo tanto a la mujer como a quien se lo realiza; legalizar se refiere a modificar la legislación de los países con el objetivo de que el aborto se considerado como un derecho de protección a la salud y de esta forma el Estado ofrezca los servicios médicos pertinentes. De acuerdo con GIRE desde hace 12 años 28 países han liberalizado sus leyes al mismo tiempo que cuatro países las restringieron. Estas acciones seguramente han salvado la vida de muchas mujeres, mientras que en otros casos han puesto más en riesgo su salud y su vida.

Afortunadamente son pocos los países en los que está totalmente restringido abortar, sin embargo, en los países donde está permitido bajo otras circunstancias, como en caso de violación por ejemplo, los grupos conservadores evitan que las mujeres hagan ejercicio de las leyes; el caso Paulina en México: Paulina fue víctima de una violación a los 14 años y quedó embarazada. Acudió al ministerio público para ejercer su derecho a abortar y el grupo Pro-vida y la Iglesia Católica se interpusieron hasta evitar que abortara. Esto una muestra clara de cómo es que la Iglesia Católica y estos grupos conservadores hace todo lo posible para evitar que una mujer aborte. Casos como este ocurren en todo el mundo. Por ello, grupos como el *Center for Reproductive Law and Policy* está dedicado a observar si las leyes y los derechos de las mujeres realmente se ejercen.

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

### Situación legal del aborto en el mundo

América Latina y El Caribe	Asia Central, medio oriente y Africa del Norte	Asia Oriental y del Sur y Pacifico	Europa	Sub Sahara Africano
Chile El Salvador Honduras				
Brasil Colombia Costa Rica Ecuador México Nicaragua Panamá Paraguay República Dominicana Venezuela	Mganiaán Iran Egipto (ae) Emiratos Árabes Unidos (ae/ap) Libano Libia (ap) Omán Siria (ae/ap) Yemen	Nepal Lao Bangladesh Indonesia Myanmar Papua Nueva Guinea Filipinas Sri Lanka	Irlanda	Angola Chad Benin Mali Mauritania Mauricio Congo Côte d'Ivoire Marfil Gabón Gineo Bissau Kenia Lesotho Madagascar
Argentina Bolivia Costa Rica Ecuador Paraguay Uruguay	Arabia Saudita (ae/ap) Kuwait (ae/ap f) Maruecos (ae)	Pakistán Corea del sur (ae/v/i) Tailandia (v)	Polonia (v/i/i)	Burkina Faso (v/i) Burdidi Camerán (v) Eritrea Etiopía Guinea Malawi (ae) Mozambique Rwanda Zimbabue (v/i)
Jamaica Trinidad y Tobago	Argelia Irak (ae f/v/i) Israel (f v/i) Jordania	Australia (d) Hong Kong (Dv/i) Malasia Nueva Zelanda (f/i)	Irlanda del Norte Portugal (ap/v) España (Dv) Suiza	Botsuana (Dv/i) Gambia Ghana (f/v/i) Liberia (Dv/i) Namibia (f v/i) Sierra Leona
		India (ap/v/i) Japón (ae) Taiwán (ae/ap/i/v)	Finlandia (v/i) Gran Bretaña (f)	Zambia

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**



### Cuadro resumen de la situación legal del aborto en el mundo

<i>Restricción legal</i>	<i>Porcentaje de la población Mundial</i>	<i>Número de países No se incluyen países con población menor a 1 millón de habitantes</i>
Sin ninguna restricción	32,29%	49
Permitido para salvar a la mujer	33,69%	51
Permitido por razones socioeconómicas	4,09%	6
Permitido por razones de salud física	15,19%	23
Permitido por razones de salud mental	13,19%	20
Prohibido en todos los casos	2,09%	3
<b>total</b>	<b>100%</b>	<b>152</b>

Fuente: Baraza, Eduardo. Leves sobre aborto en el mundo. Hoja Informativa GIRE. Mayo 2001

#### **3.3.7 El aborto como problema de salud pública**

El aborto inseguro<sup>96</sup> en los países en desarrollo es un grave problema de salud pública pues son muchas las mujeres que mueren a causa de complicaciones de aborto.

La mayoría de los abortos que se consideran inseguros son realizados en países donde la interrupción del embarazo no es legal, por ello existen médicos poco capacitados o condiciones no sanitarias. Sin embargo, muchos otros médicos capacitados realizan abortos clandestinos y cobran muy caros sus servicios, lo que orilla a las mujeres a utilizar métodos inseguros y peligrosos: uso de tés, introducción de objetos a la vagina, caídas provocadas, etc., poniendo en riesgo sus vidas.

En los países donde el aborto es legal el número de muertes por complicaciones de aborto es muy reducido. La Organización Mundial de la Salud ofrece un ejemplo. En Rumania en 1965 las leyes de aborto eran muy liberales, ocurrieron 20 muertes entre 100,000 mujeres. Sin embargo, la ley cambió y a partir de 1974 hubieron 100 muertes entre 100,000 nacidos vivos, 150 en 1983. En 1989, el aborto fue legalizado nuevamente y al final de 1990 el número de muertes maternas causadas por complicaciones de aborto se redujo hasta 60 entre 100,000 nacidos vivos.<sup>97</sup>

<sup>96</sup> El aborto inseguro es definido por la OMS como el procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado realizado con personas que no tienen la capacitación necesaria o que es realizado con las mínimas condiciones médico-sanitarias.

<sup>97</sup> [http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM\\_97\\_16/MSM\\_97\\_16\\_chapter1.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_97_16/MSM_97_16_chapter1.en.html)

En los países donde los métodos anticonceptivos son difíciles de conseguir o no hay servicios de consejería suficientes el número de embarazos no deseados es mayor que entre los países donde son fáciles de obtener y los servicios de consejería son eficaces.

En una encuesta realizada por Westoff y Ochoa en 1991<sup>98</sup> entre mujeres de todo el mundo los resultados en América Latina sobre el deseo de no tener más hijos o deseo de mayor espaciamento entre uno y otro embarazo muestran que los servicios de consejería son insuficientes o simplemente no existen, pues entre el 55 y el 72% de la mujeres declaró que ya no deseaba tener hijos, mientras que entre el 74 y el 85% de declaró que deseaba tener un mayor espaciamento entre sus embarazos.

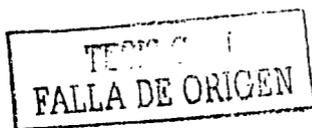
El aborto inseguro es un grave problema de salud pública no reconocido como tal entre muchos países en desarrollo y también motivo de preocupación para cualquier mujer que se encuentra dentro de su ciclo reproductivo. Contrariamente a lo que se piensa, la mayoría de las mujeres que interrumpen su embarazo son mujeres casadas o que tienen una relación de pareja estable y ya tienen varios hijos, por otro lado en centros urbanos la proporción de adolescentes solteras ha ido en aumento en los últimos años, en algunos lugares las adolescentes representan a la mayoría de las mujeres que desean interrumpir su embarazo.

Las complicaciones que se pueden presentar a causa de un aborto mal practicado o en condiciones antihigiénicas se relacionan con hemorragias, trauma genital o abdominal, sepsis, perforación de útero o envenenamiento. Cualquiera de estas complicaciones puede resultar fatal. Por otro lado, las mujeres pueden quedar estériles debido a una sepsis aguda donde la histerectomía se hace necesaria.

La Organización Mundial de la Salud estima que de entre 100,000 casos ocurren entre 100 y 1000 muertes al año por aborto ilegal. Es importante hacer notar que los datos que existen sobre el aborto en los países en desarrollo son estimados debido a la ilegalidad, y a cuestiones morales o éticas, de manera que tanto para las mujeres, como para los médicos y las propias instituciones es difícil hablar del tema o hacer algún reconocimiento

---

<sup>98</sup> Westoff, C.F.; Ochoa. Demographic and health Surveys. Reproductive preferences: a comparative view. Comparative view studies 3. Columbia, MD, Institute for Resource Development-Macro Systems, Inc. 1991 citado por OMS en *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of a mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*. Third edition. 1997.



sobre el tema. Los datos se obtienen generalmente de los expedientes clínicos de las pacientes que ingresan a los hospitales por complicaciones de aborto o aborto incompleto.

La OMS subraya que en todo el mundo ocurren 20 millones de abortos inseguros, de los cuales 80,000 mujeres mueren cada año y que el 95% de esos abortos inseguros se llevan a cabo en los países en desarrollo. Cada año ocurren 600,000 muertes maternas en todo el mundo, de las cuales la principal causa es un aborto inseguro. Se estima que en América Latina y El Caribe se practican 4000 abortos inseguros al año y que ocurren 5,000 muertes al año por complicaciones de aborto inseguro. Es decir, existe un 21% de muertes maternas a causa del aborto inseguro.<sup>99</sup>

Por otro lado, la OMS señala que tanto el acceso a servicios médicos seguros como los servicios de consejería son básicos para evitar la incidencia y re-incidencia del aborto inseguro, de manera que se contribuya a disminuir el número de muertes entre las mujeres del mundo en edad reproductiva y así erradicar al aborto inseguro como una de las principales causas de muerte materna en todo el mundo. Sin embargo, es evidente que la legalización del aborto es un factor fundamental para conseguir dicha meta.

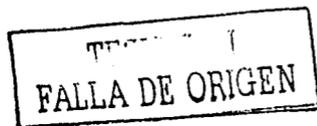
### *3.3.8 El aborto: más que un fenómeno físico*

Adentrarse en el tema del aborto es una tarea compleja pues muchos factores inciden: no solamente es un evento del ciclo reproductivo, tienen que ver variables sociales, económicas, culturales, psicológicas y políticas también. Hemos querido acercarnos un poco a este tema visualizándolo desde varios ángulos, ya revisamos la definición médica de aborto, qué tipos de abortos existen, cuáles son los tratamientos seguros y eficaces, la legislación nacional e internacional. Ahora nos detendremos en la parte cualitativa de este tema, pues en la medida que se comprende esta parte es posible establecer estrategias que modifiquen los factores anteriormente mencionados: las acciones prácticas. Aun no nos hemos adentrado en la consejería post-aborto ya que es el tema central de esta tesis y se abordará en un capítulo posterior.

Aproximarse al tema del aborto y hacer investigación y propuestas resolutivas implica un significado social de esta práctica profesional. Implica abordarlo desde una idea subjetiva. El cuerpo no está aislado de nuestra mente y de nuestros sentimientos. Lo que

---

<sup>99</sup> OMS. Op. cit. 2000.



hagamos con nuestro cuerpo está relacionado con la idea que tengamos de éste. Abordamos este tema y lo desarrollamos desde una idea sobre la libertad y sobre la libre decisión. Nos apegamos también a la idea de que la capacidad física de las mujeres para tener hijos, no es lo único que tiene que ver con su construcción individual y social de género. Las mujeres no sólo somos mujeres al convertimos en madres.

El criterio de género implica que no se ve ningún fenómeno unilateralmente y tiene como centro el cuerpo de hombre y mujeres: somos mutua y recíprocamente diferentes. Esos cuerpos implican experiencias subjetivas. Ni nacemos, ni vivimos, ni morimos igual. El tratamiento médico no es igual y además la salud no es un terreno neutral. Tiene dimensiones compartidas y dimensiones específicas entre hombres y mujeres.

En torno al aborto hay una situación política e ideológica por la cual las mujeres sufren más que un dolor físico. Acercarse a un tema tan controversial como es el aborto implica siempre tomar una postura. Es imposible decir que una mujer está a favor o contra del aborto, pues ninguna mujer desea que otra mujer atravesase una situación tal, más bien se está a favor o en contra de la despenalización o legalización del aborto. Acercarse a este tema metodológicamente requiere de combinar diversas formas de aproximación.

Al cuantificar el número de abortos inducidos o espontáneos que hay en México, es un indicador de que el aborto es un grave problema de salud pública. No se puede ocultar. Pero giran alrededor del aborto distintas representaciones: la representación que tienen los grupos conservadores y la Iglesia católica, la representación que tienen los médicos, la representación que tienen los hombres y la representación que tienen las mujeres. La representación social del aborto esta hecha con base en la culpa, el miedo y la criminalidad. Esta representación tiene que ver también con la representación que se tiene del cuerpo y de la sexualidad.

Los métodos cualitativos permiten acercarse al problema con mayor esperanza de contribuir a la disminución de embarazos no deseados, de abortos y en muchos casos prevenir la muerte.\* Es pertinente conocer la subjetividad de los sujetos para entender cuál es su punto de vista en relación con sus representaciones simbólicas y significados que se encuentran en el contexto en el que se desenvuelven. Los comportamientos humanos son

---

\* El aborto es la 3ª causa de muerte materna en México. ([www.gire.org.mx](http://www.gire.org.mx))

resultado de una estructura de relaciones y significaciones que operan en la realidad, en un determinado contexto social, cultural e ideológico. Es una realidad construida por los individuos que estructura su conducta.

Esta tesis quiere hacer una primera aproximación a las significaciones y representaciones que hay sobre el aborto para poder detectar a través de un taller-consejería-orientación, las necesidades específicas de las adolescentes que han tenido un aborto y poder primeramente ayudarlas a empoderarse y hacer uso de la tecnología anticonceptiva para prevenir futuros embarazos no deseados y/o abortos inseguros. Antes de aproximarse a las significaciones y representaciones. Considero pertinente en primera instancia saber cómo se construyen esas representaciones.

Levi-Strauss dice *en toda lengua el discurso y la sintaxis proporciona los recursos indispensables para suplir las lagunas del vocabulario. La división conceptual varía según cada lengua, el uso de términos más o menos abstractos no es función de las capacidades intelectuales sino de los intereses desigualmente señalados y detallados de cada sociedad*<sup>100</sup>. Es decir que en cada sociedad varía el término aborto, por ejemplo en los hospitales de México al aborto inducido se le conoce como *aborto criminal*. Es decir, las características sociales aparecen entretrejidas con la construcción ideológica de este término. No sólo es un aborto, sino se le califica de criminal, lo que induce a pensar que la persona que se somete o la persona que lo lleva a cabo es un criminal. Esto tiene que ver también con la cuestión que el aborto en México sólo es legal en tres casos: violación, malformaciones del feto y que esté en riesgo la vida de la madre. En cualquier otro caso tanto la mujer como el médico están cometiendo un delito. El aborto en términos simples es la interrupción del embarazo. Pero como apunta Levi-Strauss *en cada construcción ideológica subyacen otras...existen varias vertientes sobre una cosa. Los oyentes toman lo que quieren del mito*. En este caso el aborto ya no es un simple término abstracto es toda una construcción ideológica: un mito. Cada persona y cada grupo toma lo que quiere de esa construcción. Si ponemos el ejemplo del grupo Pro-vida nos damos cuenta de que sólo toma la vertiente moral y religiosa que hay sobre el aborto, pero no toman en cuenta la vertiente de la cuestión de la salud de las mujeres en México.

<sup>100</sup> Levi-Strauss. *El pensamiento salvaje*. FCE. México. 1978, pág. 20

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El aborto es un fenómeno físico y psíquico. Los fenómenos psíquicos existen intencionalmente en un objeto, son representaciones percibidas en la conciencia interna. La intencionalidad es la dirección/sentido que se le confiere a un objeto. La referencia del objeto está en la propia intencionalidad. La referencia del fenómeno psíquico aborto está en el sentido o dirección o relación del mismo.

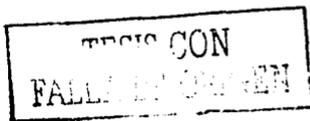
El pensamiento sólo puede ser amortizado en términos del lenguaje en las estructuras de las frases y de la lengua. El pensamiento es un proceso simbólico. El análisis del pensamiento sólo es posible a través del análisis del lenguaje. Brentano muestra que hay una conciencia indirecta de las actividades psíquicas. Llegamos a las actividades psíquicas por medio de la experiencia. La descripción de la experiencia no se hace desde afuera de la conciencia sino desde adentro.<sup>101</sup> El fenómeno físico del aborto se describe desde la conciencia pero tal como el signo, no es una descripción interna arbitraria. El contexto en el que se desarrolla el aborto determina el fenómeno físico y el fenómeno psíquico. El fenómeno físico puede ser doloroso o no y punto. Pero la descripción del fenómeno psíquico está llena de varias vertientes: culpa, vergüenza, miedo, melancolía, persecución, etc. En cada experiencia la descripción es distinta porque el contexto social, cultural, político y religioso en el que se ubica la mujer, es distinto. Lo que cabe a una representación cabe a otra a la que se asocia y a otra a la que se asocia y a otra a la que se asocia frecuentemente. La representación social del aborto se asocia con la representación social de las mujeres y se asocia con la representación social del cuerpo y con la representación social de la sexualidad.

Un instrumento para la luchar por la salud sexual y reproductiva es la prevención. Es recuperar la subjetividad de las mujeres para tomar conocimiento y contacto de esta. Metodológicamente la prevención contribuye a facilitar la toma de conciencia de las mujeres en relación con los recursos propios en salud y su forma de cuidarla.

La palabra aborto es una palabra que perturba y que es objeto de disputas. Si como Foucault afirma, el poder no sólo reprime y prohíbe sino que también debe pensarse como

---

<sup>101</sup> Brentano, F. *Psicología*. FCE. 1948, pág. 56



una fuerza productiva que se instala en el cuerpo social/individual a través de dispositivos discursivos, si genera formas de saber y en definitiva, modela y construye sujetos sociales, cómo lograr en el caso específico de la prohibición del aborto, liberarnos de la representación negativa del poder. ¿Cómo construir una representación del objeto aborto que no se ubique solamente en aspectos represivos?.

El discurso de varios grupos sobre el aborto se presenta aislado, sin historia, como si no existiera una determinación social y subjetiva. Sólo a través del lenguaje la representación negativa del aborto puede transformarse. Las estructuras del lenguaje no son estáticas. Hablar, para las mujeres que han sufrido un aborto, no es algo fácil para ya que el lenguaje significa más de lo que se quiere hacer significar. Es decir, las representaciones amortizadas a través del lenguaje son representaciones construidas desde lo negativo. Si se utiliza en lenguaje para elaborar representaciones desde lo positivo, las mujeres tendrán oportunidad de tener un fenómeno psíquico que no sea persecutorio desde ellas mismas. Uno de los factores que contribuye a tener una representación negativa del aborto es considerar la maternidad como la cara productiva de las mujeres.

La humanidad de la mujer está permanentemente en cuestión, entonces ella adquiere el estatuto humano cuando se hace madre. Si el aborto se coloca en los siguientes términos: poder en sus aspectos represivos, productivos y resistencias, el objeto se expande y comienzan a percibirse sus lazos con otras entidades más abarcadoras como la sexualidad y en particular se abre la posibilidad de perseguir los hilos que anudan y desanudan aborto con maternidad.<sup>102</sup>

Lo mejor que pueden tener un hombre y una mujer es su capacidad de reflexión y de discernimiento. Estas capacidades se adquieren a través de la experiencia, de las vivencias, de los conocimientos. Pero sólo una labor permite que estas capacidades se desarrollen y se expandan, y esa es la labor educativa y la de auto-conciencia.

---

<sup>102</sup> July Chaneton ; Alejandra Oberti "Cuando digo aborto" artículo publicado en *Avances en la investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad*. Asociación de Estudios de Población Argentina. Centro de Estudios de Estado y Sociedad; Centro de estudios de Población. Buenos Aires, Argentina. 1998. pág. 345.

Una orientación dada a través de un taller donde participen adolescentes que han tenido una situación post-aborto puede transformar la representación negativa del aborto, explorar la construcción de su sexualidad, de su auto-concepto, sus conocimientos del cuerpo y sobre cómo cuidarlo, como hacer un ejercicio sano y libre de la sexualidad, etc. La construcción de la sexualidad es un proceso a través del cual hombres y mujeres incorporan y elaboran un conjunto de pautas, expectativas, creencias, valores y actitudes que regulan el ejercicio de dicha sexualidad en un contexto histórico-cultural determinado. La sexualidad se expresa de varias formas particulares. Por ello, consideramos que a través de un taller donde se exploren estas cuestiones, es un instrumento valioso para saber hacia dónde dirigir los esfuerzos de construcción de servicios de consejería eficaces y adecuados a las necesidades de las adolescentes, que realmente les ayuden.

El contexto de una situación está relacionado con la lengua. El mundo exterior y nosotros tenemos algo en común: una conexión a partir de el sonido de la lengua (etic) y abstracciones de la realidad (emic). A través de estas categorías se busca establecer relaciones lógico-empíricas en dos niveles. El primero es el de la articulación y el segundo el de la intención. Se requiere de la articulación para llegar al otro nivel. Para poder proponer una experiencia distinta sobre el aborto se requiere de articular un mensaje con información determinada para ubicar la intención. La articulación determinada del mensaje determina a su vez la intención del mismo. Por ello es importante ubicar temáticas en el taller que contribuyan a tener una experiencia distinta o una recepción distinta del mito, que en este caso es el aborto.) Una estructura lógica (ordenar las cosas) subyace en la experiencia sensible. Hay una relación entre ambas. Es necesario establecer armonía entre el sentido del humano y su mundo exterior. Las representaciones son construcciones cognitivas -originadas, compartidas y utilizadas socialmente-acerea de un objeto social, al que simbolizan y otorgan significado. Ese acto de pensamiento por el cual un sujeto se vincula con un objeto está anclado en el lenguaje y la comunicación, en las ideologías y los valores culturales: está cargado emocionalmente y tiene una organización interna. Es un saber práctico, lo que significa que es producido a partir de la experiencia y permite orientar la acción.

Es necesario decir pues en primer lugar, no basta una orientación post-aborto cara a cara para que las adolescentes hagan contacto consigo mismas; segundo, son los

talleres terapias grupales formas de encontrarse con individuos que viven la misma situación, lo que permite hacer un primer contacto con los hechos; tercero la representación social que tenga el grupo sobre el aborto, les ayudará a vivir la situación fuera del miedo y la culpa; cuarto, a través de técnicas de participación los individuos aprenden a desarrollar habilidades nuevas que les servirán para la elaboración de un nuevo proyecto de vida; quinto, es necesario detectar la representación social que tienen las adolescentes de su cuerpo, de esta forma se sabrá la estrategia más adecuada para actuar, es decir, insertar técnicas para desarrollar habilidades de autoestima, toma de decisiones y toma de decisiones anticonceptivas.

La idea del aborto como un acto criminal crea un escenario donde la mujer es violenta o destructiva al contraponer la representación de un hijo indefenso. Son parte de los derechos humanos, los derechos reproductivos, los cuales abogan por la libre decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos. Las mujeres no deben ser perseguidas por un fenómeno físico que tiene representaciones negativas.

TRABAJO CON  
FALLA DE

## IV. LAS ADOLESCENTES: UNA POBLACIÓN MARGINADA Y VULNERABLE

### 4.1 ¿Qué es la adolescencia?

La adolescencia es un período de transición a la adultez que determina de manera importante la forma en que niños y niñas vivirán su vida como hombres y como mujeres. Las experiencias de vida, buenas o malas, de salud o de enfermedad, entre otros factores, son los que determinan tanto su vida reproductiva como las cuestiones sociales y económicas en que se desenvolverán.

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el período de transición que ocurre entre los 10 y 19 años de edad donde se experimentan cambios después de la pubertad y no se asumen de manera inmediata los roles, los privilegios y las responsabilidades de la adultez. Las experiencias de la adolescencia varían de acuerdo a la edad al sexo, al estado civil, clase social, región y contexto cultural.

Por otro lado, las fuerzas sociales, económicas y políticas están en constante y acelerados cambios para el cual los y las adolescentes deben estar preparados. Estos cambios tienen grandes implicaciones en la salud, la educación, el empleo, entre otros factores, de los y las adolescentes. Este grupo también tiene necesidades específicas sobre salud sexual y reproductiva, las cuales permanecen inexploradas y que son básicas para comprender la forma en que en este grupo ejerce su sexualidad y la forma en que se protegen o no, así como también son básicas para comprender por qué es tan difícil que hagan uso de los servicios de consejería.

De acuerdo con Pathfinder International el concepto *adolescencia* puede abordarse desde cuatro aspectos distintos: cronológicamente, la biológicamente, la psicológicamente y socialmente. El factor cronológico está relacionado con la definición que la Organización Mundial de la Salud otorga: "etapa comprendida entre los 10 y los 19 años de edad".

En México se contaron en el año 2000, 21 millones 6 mil 665 hombres y mujeres adolescentes entre los 10 y los 19 años. 10 millones 526 mil 259 son mujeres adolescentes. 10.85% del total de la población pertenece al grupo mujeres adolescentes entre los 10 y 14 años, mientras que 10.37% pertenece al grupo entre 15 y 19 años.<sup>103</sup>

<sup>103</sup> Sistema de Indicadores para el Seguimiento de la Situación de la Mujer en México, INEGI, 2000.

El enfoque biológico se refiere a la serie de cambios fisiológicos y corporales que ocurren acelerada y notoriamente. El inicio de dichos cambios está marcado por la pubertad cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y cuando se adquiere capacidad reproductiva. Aparece la menstruación en las mujeres y la eyaculación en los hombres, quienes además experimentan cambios en la voz, en el peso y en la estatura.

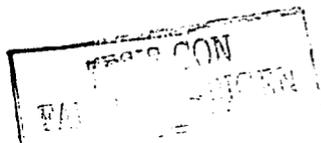
Desde la perspectiva psicológica se observan facetas diversas: duelo por la pérdida del cuerpo e identidad infantiles, proceso de búsqueda de una identidad diferente a la de la infancia, inicio del proceso de separación de los padres, desarrollo del pensamiento formal y las operaciones lógicas, etc.<sup>104</sup> El enfoque social concibe a la adolescencia como una etapa de aplazamiento y preparación para las responsabilidades de la vida adulta. Sin embargo este enfoque perjudica directamente a los y las adolescentes pues a partir de lo anterior se les considera como irresponsables, como rebeldes, como incapaces de tomar decisiones, como impulsivos, etc. Esta construcción social hace que en verdad esta población crea que son incapaces de entablar un diálogo racional, o incapaces de tomar una buena decisión o de ser responsables. Con base en esta creencia las y los adolescentes son educados a través del miedo y de la culpa, se les educa a partir de estas cuestiones negativas. Lo que provoca en muchos y muchas una baja auto-estima, adicciones, problemas alimenticios, conductas de riesgo, ausencia de proyecto de vida, etc. La educación de las y los adolescentes debe ser integral y respetuosa, a través de una consulta y diálogos permanentes. Se les debe considerar como personas capaces, hábiles y racionales, y sobretudo como una población que tiene necesidades y demandas específicas.

A partir de los cuatro enfoques anteriores Pathfinder ofrece la siguiente definición de adolescencia:

*"La adolescencia es una de las etapas del curso de vida que se ubica entre los 10 y los 19 años de edad. Se caracteriza por una serie de cambios biológicos y corporales de gran trascendencia, como el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y la adquisición de la capacidad reproductiva. Estos cambios implican también un proceso de transformaciones psicológicas marcadas por el abandono del cuerpo y la identidad de la infancia; este abandono está asociado a la necesidad de separación de los padres (o figuras similares y a la búsqueda de una identidad y un proyecto de vida propios".<sup>105</sup>*

<sup>104</sup> Rivera; Arango. *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Elementos de apoyo para la Prestación de Servicios*. Documentos de Pathfinder. Cuadernos de trabajo No. 4. Pathfinder International México. México. 1991. pág. 7.

<sup>105</sup> Ibidem.



Lo que suceda entre las edades de 10 y 19 años, sea para bien o para mal, moldea la forma en que niños y niñas vivirán su vida como mujeres y como hombres- no solamente en el área reproductiva sino en el terreno social y económico también. La adolescencia es más que un período de cambios se puede vislumbrar como una oportunidad para modificar concepciones viejas que abran paso a nuevas ideas sobre la misma. También es una etapa donde, como a lo largo de toda la vida se aprenden y aprehenden conductas, habilidades y capacidades. El proceso de aprendizaje de toma de decisiones no culmina al cumplir cierto número de años; es un proceso que requiere de ensayo y error y que en la medida en que aprendemos a reconocer ventajas y desventajas de las situaciones, tomamos decisiones que más nos convienen. Todos los seres humanos sin alguna enfermedad mental grave, tenemos la capacidad de tomar decisiones y de adquirir nuestras propias responsabilidades. Los y las adolescentes son una población a la que hay que enseñarle a reconocer ventajas y desventajas, así como requieren que se les proporcione la información pertinente para realizar esta acción.

Cuando los adultos consideran que los y las adolescentes son inmaduros e irresponsables y que no saben lo que quieren, evitan que ellos y ellas tomen decisiones pues temen que estos y estas se equivoquen o tomen el camino equivocado, pero lo único que se hace es truncar el proceso de aprendizaje de responder a las consecuencias de los actos propios y de sus decisiones. De manera que cuando se enfrentan a una situación donde tienen que tomar alguna decisión y nunca la han tomado, encuentran mucha dificultad para hacerlo y pierden la confianza en sí mismos y mismas, así como también se retrasa el desarrollo de su madurez.

#### *4.2 Las adolescentes*

En las distintas culturas del mundo, niñas y niños son tratados de forma distinta desde el nacimiento en adelante. Durante la adolescencia el mundo se expande para los niños y se contrae para las niñas. Los niños disfrutan nuevos privilegios reservados para los hombres; las niñas enfrentan nuevas restricciones reservadas para las mujeres. Los niños ganan autonomía, movilidad, oportunidad y poder, incluyendo el poder sobre la vida sexual y reproductiva de las niñas. Las niñas sistemáticamente son privadas de estas cuestiones. Este

THE  
FALLA DE ORIGEN

patrón varía en diferentes ámbitos geográficos, grupos socioeconómicos y familiares y por supuesto no aplica a cada individuo.

Por otro lado el lenguaje invisibiliza a las adolescentes: los adolescentes, los adultos jóvenes, persona joven, etc. Al "juntar" hombres y mujeres bajo el término adolescencia oculta las experiencias no igualitarias que viven las adolescentes.

Las desventajas sociales y económicas de las adolescentes tienen muchos efectos directos e indirectos sobre su comportamiento y salud reproductivos. Barbara S. Mensch, Judith Bruce y Margaret E. Green aseguran que esas desventajas son de hecho las fuerzas ocultas que hay detrás de los embarazos y matrimonios tempranos. Más del 40% de las niñas en los países en desarrollo dan a luz antes de los 20 años; en América Latina corresponde un 33%.<sup>106</sup>

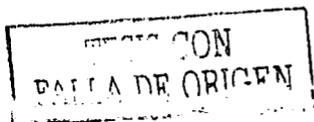
A partir de comprender cómo es que son tratadas las adolescentes en su familia, en su escuela, entre sus iguales y comunidades, así como de evidenciar la exclusión o integración social y económica que experimentan, entonces se tendrá un marco de referencia más amplio sobre la conducta sexual y reproductiva de esta población. Factores como la escolaridad, la movilidad física y social, la forma de vida, roles y responsabilidades en casa, ocupación, etc. construyen o destruyen el bienestar de estas mujeres, así como también la habilidad para establecer los términos de sus relaciones sexuales y crianza de los hijos.

Para tener un marco de referencia amplio sobre las adolescentes es necesario conocer dónde viven, cuál es su status en su hogar: si dependen o no económicamente de alguien y de quién, etc. Este marco de referencia generalmente no es tomado en cuenta por muchos programas dirigidos a las y los adolescentes, pues persiste la creencia de que todas y todos viven con sus padres. Muchos estudios muestran que en países en desarrollo son las niñas y las adolescentes adoptadas las que se encuentran en situaciones precarias: terminan siendo sirvientas maltratadas y no pagadas, son golpeadas, se les obliga a realizar labores pesadas y generalmente se les priva de alimento.<sup>107</sup> Un número extenso de mujeres adolescentes están confinadas a la esfera doméstica. Este confinamiento, como hemos revisado en capítulos anteriores tiene como objeto mantener a las mujeres fuera de la esfera pública y

---

<sup>106</sup> Mensch, Bruce, Green. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. The Population Council. New York. 1998. pág. 2

<sup>107</sup> *Ibid.* Pág. 15.



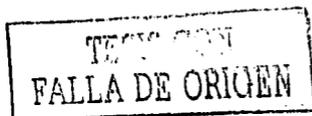
de "guardar" a las adolescentes en casa para que inicien su proceso de aprendizaje de cómo convertirse en una buena madre y esposa. Están en "preparación" para ser madresposas:

*"Todas las mujeres por el sólo hecho de serlo son madres y esposas. Desde el nacimiento y aun antes, las mujeres forman parte de una historia que las conforma como madres y esposas. La maternidad y la conyugalidad son las esferas vitales que organizan y conforman los modos de vida femeninos, independientemente de la edad, de la clase social, de la definición nacional, religiosa o política de las mujeres. Ser madre y ser esposa consiste para las mujeres en vivir de acuerdo con las normas que expresan su ser – para y de- otros, realizar actividades de reproducción y tener relaciones de servidumbre voluntaria, tanto con el deber encarnado en los otros, como en el poder en sus más variadas manifestaciones".*<sup>108</sup>

Esta "preparación" trunca cualquier proceso de adquirir autonomía. En la mayoría de los países en desarrollo la movilidad de las adolescentes es casi nula. El control sobre su movilidad en tiempo y espacio aparece en función de restringir alguna emergencia de individualidad que ponga en peligro la autoridad de la familia, en la mayoría de los casos la autoridad del padre.

La adolescencia es una construcción histórica que se define a partir de la industrialización en el siglo XIX, donde muchos niños al iniciar su pubertad se vieron obligados a elegir entre ir a la fábrica a trabajar o continuar sus estudios. La adolescencia femenina es un amplio campo de estudio al que Constance Nathanson contribuyó con su investigación "The Transformation of Women's Adolescence, 1850-1960". En ella analiza cómo es que la sexualidad femenina cobra importancia como campo de estudio. En el siglo XIX, cuando las mujeres iniciaban su pubertad pasaban de la protección de su familia a la protección de su marido. De manera que se minimizaba su sexualidad y se maximizaba capacidad biológica para la reproducción. Después existió la idea victoriana de que las mujeres solteras eran responsables de cuidar las normas sexuales y obstaculizar y detener la pasión masculina. Fue así como se establecieron patrones de cortejo donde las jóvenes que fueron teniendo acceso a una educación más prolongada, sufrían las consecuencias de la contradicción entre los ideales de abstinencia y la autonomía sexual que iban obteniendo; y así, a partir del romanticismo de la época se construyó la imagen de una *nueva mujer*: las señoritas. Esta contradicción generó tensión entre las jóvenes: o eran guardianas del sexo y

<sup>108</sup> Lagarde, Marcela. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, presas, putas y locas. PUEG. UNAM, México. 2001. pag. 363.



se convertían en objetos del placer y deseo masculinos o buscaban "autonomía" sexual. Las que buscaban su autonomía" pertenecían generalmente a las clases más bajas y tenían relaciones sexuales pre-maritales.<sup>109</sup>

Al parecer el panorama no ha cambiado desde el siglo XIX, si bien hubo una liberación sexual en los años sesenta y setenta, los años ochenta caracterizados mundialmente por gobiernos conservadores, construyeron un doble discurso: la moralidad y la libertad sexual. En los hogares no se habla de sexo, embarazo o aborto, afuera de los hogares se hace ejercicio de la sexualidad, las mujeres se embarazan y se practican anualmente millones de abortos clandestinos. El papel de las adolescentes sigue siendo el mismo: guardianas de las buenas costumbres, del no sexo, y objetos del placer masculinos; o mujeres que hacen ejercicio autónomo de su sexualidad. La segunda categoría es aún un ideal, pues no se hace un ejercicio protegido de la sexualidad provocando millones de embarazos y abortos entre las adolescentes. Este cuadro, es mayormente observable en los centros urbanos, ya que en muchas comunidades rurales las niñas al iniciar su pubertad son casadas por sus padres.

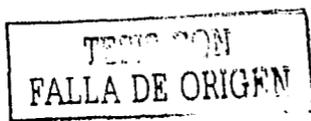
La juventud implica un dominio generacional: los adultos poseen una fuente de poder sobre los jóvenes; se imponen los límites y se produce un orden donde cada grupo debe mantenerse. Además de las distinciones de poder, hay una serie de imágenes culturales, valores, atributos y ritos específicamente asociados a los grupos en edad biológica de maduración sexual y desarrollo corporal, que hacen de la juventud una construcción cultural.<sup>110</sup> La adolescencia es también una construcción de género.

#### 4.3 Salud sexual y reproductiva de las adolescentes

Más del 50% de la población mundial tiene menos de 20 años. Las y los adolescentes, así como también las y los adultos jóvenes (19-24 años), es la población que se encuentra en mayor riesgo de tener problemas de salud sexual y reproductiva. Más de 15 millones de mujeres adolescentes dan a luz cada año en todo el mundo. Un adolescente entre 20 contrae alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS) cada año. En la mayoría de los países en desarrollo el 60% de las recientes personas infectadas por VIH son

<sup>109</sup> Gabriela Rodríguez Ramírez. *La sexualidad en los procesos de cortejo: contrastes de género y generacionales en una comunidad rural*. Tesis de Maestría en Antropología Social. ENAH. 2000, pág. 54.

<sup>110</sup> Freixa, C. El reloj de arena. SEP Causa Joven. 1998 citado en Gabriela Rodríguez op. cit. pág. 55.



adolescentes y adultos jóvenes. Dos millones de niñas sufren anualmente mutilación de sus genitales. Y 10% de los abortos que ocurren cada año, suceden entre las adolescentes. Además niñas, adolescentes y adultas jóvenes son especialmente vulnerables a la violación, abuso y explotación sexual.<sup>111</sup>

Las y los jóvenes son el futuro de la humanidad. Parece un cliché pero no lo es. Su entera participación e integración en la sociedad requiere que ellos y ellas estén capacitados para llevar a cabo una vida sexual y reproductiva responsable e informada a través de la educación y servicios de información que estén relacionados con las necesidades de su desarrollo. Las necesidades de las y los adolescentes y de las y los adultos jóvenes han sido en gran parte ignoradas así como han sido ignorados ellos y ellas como miembros de la sociedad.

La plataforma de acción de la Conferencia del Cairo estableció las siguientes metas:

- \*Proteger y promover los derechos de los adolescentes sobre información y servicios de salud sexual y reproductiva y reducir el número de embarazos adolescentes.
- \*Asegurar que niñas y mujeres tengan un acceso continuo, completo e igual a información nutricional y servicios mientras maduran y para toda su vida.
- \*Eliminar la discriminación contra las mujeres jóvenes embarazadas.
- \*Retirar las barreras legales, regulatorias y sociales para acceder a los servicios e información sobre salud reproductiva para adolescentes.
- \*Salvaguardar los derechos de los adolescentes a la privacidad, confidencialidad, consentimiento informado y respetuoso, con la ayuda y guía de sus padres y bajo los lineamientos establecidos por la Convención de los Derechos del Niño.
- \*Proveer recursos materiales, financieros y logísticos a organizaciones no gubernamentales de jóvenes en función de reforzar su involucramiento en el diseño, implementación y evaluación de programas y normas de salud sexual y reproductiva que estén relacionados con ellos, incluyendo embarazo adolescente, educación sexual, enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA.
- \*Involucrar y capacitar a todos aquellos que estén en posición de ofrecer orientación a los y las adolescentes sobre el ejercicio responsable de la salud sexual y

---

<sup>111</sup> Family Care International. *Commitment to Sexual and Reproductive Health and Rights for All. Framework for Action*. 1995. pág. 39.

reproductiva, incluyendo a los padres, las comunidades, los medios de comunicación masiva, grupos religiosos y grupos de interés.

\*Proveer especial apoyo a adolescentes embarazadas y madres jóvenes, especialmente de su familia y su comunidad, durante el embarazo y cuidado de su hijo, y apoyarlas para que terminen sus estudios.<sup>112</sup>

Las adolescentes son vulnerables en el terreno de la salud sexual y reproductiva porque frecuentemente no tienen acceso a información y servicios, autonomía ni habilidad para tomar decisiones. Por ello desde 1994 están contempladas estas plataformas de acción.

Los programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes se desarrollan a partir de la investigación sobre su conducta sexual. Sin embargo, tanto las investigaciones como los programas de acción están basadas en preocupaciones demográficas más que en otra cosa: las y los investigadores y las y los hacedores de programas han buscado incidir sobre embarazo adolescente y el VIH-SIDA por factores que atañen a la demografía. Son recientes las investigaciones que se han enfocado otras áreas: la dimensión política del sexo, la condición de género, la subjetividad, por poner algunos ejemplos.

Otro ejemplo de investigaciones someras son las de aquellas y aquellos investigadores que están más interesados en la actividad sexual pre-marital antes que en la marital. Un número elevado de adolescentes en América Latina tienen una pareja estable o están casadas. Una de las razones por las que no existe interés en este tema de investigación es que se asume erróneamente que las relaciones sexuales maritales son siempre consensuales, y además que las adolescentes casadas poseen los conocimientos suficientes sobre sexualidad y anticoncepción. Se asume que la madurez y la adultez se adquieren en el momento de casarse. Lo que habla una vez más del poder y dominio masculinos: la "mayoría de edad", en todos sentidos se obtiene a partir de la dependencia en el hombre que habrá de controlar sus vidas. Es una especie de intercambio, se obtienen algunas "libertades" propias de la adultez cuando en realidad se ingresa a un nuevo círculo de dominación; se convierten en "mujeres adultas" sin llegar a serlo, con nuevas responsabilidades que obedecen a otro tipo de servidumbre.

---

<sup>112</sup> Ibidem.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Hay una gran deficiencia en la información sobre la actividad sexual de los y las adolescentes ya que existe una negación cultural absoluta a adentrarse en factores relacionados con la vida sexual de las adolescentes. Esta carencia impide desarrollar esfuerzos directos y efectivos sobre programas de prevención e información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, es difícil obtener información "de primera mano" sobre actividad sexual pre-marital, pues el *sexo* antes del matrimonio no es "permitido" entre las adolescentes "decentes". Entonces es difícil obtener información verídica sobre la iniciación y o frecuencia sexual. De acuerdo con Mensch, Bruce y Green, los investigadores de este campo deben encontrar formas creativas y sensitivas para trabajar sobre las barreras culturales que impiden recolectar la información pertinente para trabajar en esta área de investigación.<sup>113</sup>

Siguiendo esta línea surgió la idea de realizar un taller post-aborto para adolescentes, porque si bien es evidente que han iniciado su vida sexual, es fundamental tener contacto con lo que hay detrás de ello para realmente tener un acercamiento más efectivo e información veraz sobre su vida sexual y reproductiva. Por otro lado es evidente que aunque ya han tenido experiencias sexuales, la mayoría de las adolescentes no conoce la biología de su cuerpo, ni sabe como protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual, ni conoce los métodos para evitar un futuro embarazo no deseado.

El proceso de toma de decisiones sobre la sexualidad envuelve una serie de diferentes opciones, decisiones que deben tomar. Las adolescentes deben escoger entre tener o no relaciones sexuales y si las tienen, deben escoger entre permanecer sexualmente activas y deben escoger entre utilizar o no métodos anticonceptivos y después escoger entre los diferentes métodos y si se embarazan deben escoger entre continuar con el embarazo o practicarse un aborto. Este proceso está acompañado de muchos factores sociales, sexualidad, económicos e inclusive políticos.

Las adolescentes están doblemente marginadas: en primer lugar por su condición de género como mujeres; y en segundo, se encuentran en un período de sexualidad que sexualidad las infantiliza: la adolescencia. La sexualidad de estos dos factores pone a las adolescentes en una sexualidad de mayor sexualidad. Aun cuando las niñas también son vulnerables social, económica, política y sexualmente; las adolescentes son vulnerables

<sup>113</sup> Mensch; Bruce, Green, op cit, pág. 52.



también por su capacidad reproductiva. Inician este ciclo reproductivo, carentes de toda sexualidad. A esta carencia le antecede la poca o nula sexualidad que tienen sobre su biología y sobre su sexualidad.

La alta incidencia de abortos entre las adolescentes es un indicador evidente del gran número de embarazos no deseados entre esta población. Aunque las tasas estimadas mundialmente sobre aborto indican, según los grandes expertos en la medición de tasas de aborto, que la gran mayoría de las mujeres que abortan son mujeres casadas, con tres o más hijos, en los países en desarrollo la proporción de mujeres que abortan de menos de veinte años es mayor. En América Latina, donde el sexo antes del matrimonio es más común, el embarazo adolescente resulta de una unión o matrimonio consensual que parece es menos común que resulte en un aborto. Sin embargo, un estudio realizado en 27 países latinoamericanos<sup>114</sup>, se concluyó que la gran mayoría de pacientes que ingresan a un hospital urbano por complicaciones de aborto (60%) son adolescentes. Por otro lado Singh y Henshaw estiman que 100,000 a 200,000 muertes al año en los países en desarrollo están relacionadas con complicaciones de aborto.<sup>115</sup>

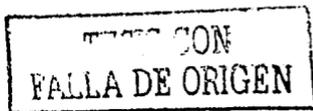
#### *4.4 Atención post-aborto para adolescentes*

Los servicios de atención post-aborto para adolescentes deberían constar del tratamiento, la consejería y los vínculos con otros servicios de salud reproductiva, pero no se encuentra registrado hasta el momento en la literatura alguna experiencia sobre un servicio de consejería post-aborto para adolescentes. Como hemos visto las adolescentes son una población que requiere de atención a sus necesidades específicas. La presente investigación está basada en los resultados de la población adolescentes arrojados por el proyecto MAPA (Mejoría de la atención post-aborto) e hizo un primer acercamiento al diseño e implementación de una consejería especialmente diseñada para adolescentes post-aborto.

---

<sup>114</sup> Singh and Wulf 1993, citado en Mensch et. al. op. cit. pág. 53

<sup>115</sup> Ibidem.



Lo mejor que pueden tener un hombre y una mujer es su capacidad de reflexión y de discernimiento. Estas capacidades se adquieren a través de la experiencia, de las vivencias, de los conocimientos. Pero sólo una labor permite que éstas capacidades se desarrollen y se expandan, y esa es la labor educativa. Una orientación dada a través de un taller donde participen adolescentes que han tenido una situación post-aborto puede ser totalmente educativa.

La Organización Mundial de la Salud considera también que los embarazos en mujeres menores de 20 años son embarazos de riesgo, tanto para la madre como para el producto y cuando estos embarazos no son planeados condicionan a la práctica del aborto, truncan los proyectos de vida y contribuyen a la deserción escolar.<sup>116</sup>

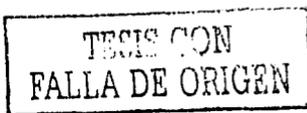
Los adolescentes son un grupo con características y necesidades propias y que demandan cuidados especiales. Varios factores favorecen las conductas de riesgo de acuerdo J. Antonio Solís (OPS), la maduración sexual, cambio de valores derivado de la urbanización, enfrentamiento con culturas diferentes como producto de migraciones (a lo que yo agregaría contacto a través de los medios de comunicación masiva y la Internet), etc. estas conductas de riesgo pueden llevar al adolescente a sufrir accidentes, alcoholismo, farmacodependencia, enfermedades de transmisión sexual, abortos, embarazos e hijos no deseados.<sup>117</sup> Por ello es necesario ofrecer ayuda integral a los adolescentes que identifique, prevenga, disminuya o evite dichas conductas de riesgo.

Ofrecer orientación post-aborto es parte de los requerimientos de proporcionar una atención de calidad a las pacientes. Pero creemos que además de otorgarle información sobre anticonceptivos y planificación familiar, es necesario ofrecer otro tipo de ayuda a las adolescentes. La mera adquisición de información sobre sexualidad y anticoncepción no previene conductas sexuales de riesgo.

Vale decir que en el campo de la salud sí existen muchos programas de orientación sobre anticoncepción y planificación familiar. En todos los programas deben distinguirse tres elementos de la comunicación interpersonal que interactúan entre sí y que son:

<sup>116</sup> Secretaría de Salud. *El derecho a la libre decisión*. México, 2000.

<sup>117</sup> Pick, et. al. *Planeando tu vida*. Ed. Planeta. México. 1995. séptima edición. Pág. 9.

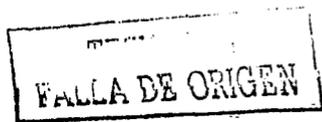


- 1) **Comunicación socioemocional o Atención:** consiste en establecer y mantener la empatía (rapport) y así como la confianza con las adolescentes. Este tipo de comunicación es básica ya que propicia la participación y la apertura de las adolescentes y se contribuye a que su actuar sea comprometido.
- 2) **Comunicación diagnóstica o Solución al problema:** se establece a partir de un intercambio de información entre las adolescentes y el orientador/a y contribuye a determinar entre ambos el diagnóstico y tratamiento más adecuado a las necesidades.
- 3) **Comunicación educativa o consejería:** consiste en asegurarse que las adolescentes entiendan sus problemas de salud y las opciones de tratamiento; también incluye el ayudarlas a escoger entre toda la gama de métodos anticonceptivos el que más se adecue a sus necesidades. También es necesario especifica la forma de uso de los mismos métodos y corregir información falsa y creencias erróneas. Y ayudar establecer comportamientos sexuales protegidos y saludables.

La articulación de cada uno de estos elementos tiene un fin específico durante la consejería o consulta y también facilita y enriquece un diálogo abierto y honesto entre la adolescente y el orientador/a. De esta forma se contribuye a que las adolescentes tomen mejores decisiones, y también consideran sus propias y no decisiones del orientador/a. La mejor vía para contribuir a ello, es que los prestadores del servicio deben evitar convertirse en quienes deciden por la adolescente. Lo ideal es ayudarla y aconsejarla, compartiendo datos y sentimientos para que ella tome sus propias decisiones.

De esta forma la comunicación contribuye a que la prestación del servicio esté centrada en las necesidades específicas de la adolescente. Pero no sólo se puede considerar una orientación cara a cara contemplando los elementos de la comunicación interpersonal, para que la información dada realmente sea utilizada por las adolescentes. Es necesario que hagan contacto consigo mismas y detecten qué es lo que les pasó, qué es lo que quieren ahora y que necesitan para lograrlo. Es decir, es necesario que realicen un auto-análisis que alcance a detectar estos elementos.

Una de las formas de propiciar el contacto con uno mismo y con sus necesidades, problemas, emociones, demandas, es la participación. Carmen Millé apunta que es así como el individuo se reconoce como persona y se define ante los demás y se adscribe. Además



define la participación como la acción consciente del ser humano que se genera por el interés y la involucración que se asume en la misma.<sup>118</sup>

Moragas, citado por Millé propone tres niveles o ámbitos en los que se desarrolla la comunicación humana: el nivel microcomunicativo, el mesocomunicativo y el macrocomunicativo. El primero tiene que ver con las relaciones interpersonales, el segundo con interrelaciones entre individuos de una misma comunidad geográfica y el tercero contempla la comunicación que proviene de un emisor que dirige mensajes a receptores anónimos.

En el ámbito microcomunicativo, las propuestas de participación (que se plantean) intentan colocar al hombre como sujeto de su devenir, tanto en el conocimiento de sí mismo, como en la actividad que despliega o en su interrelación personal. Sea cual fuere el área, todas pretenden que el individuo asuma su propia vida, confiriéndole un sentido.<sup>119</sup>

Para Dorflès, citado también por Mille<sup>120</sup> es más importante desarrollar el nivel semántico que sintáctico de manera que la acción tenga un sentido. Por otra parte, Denise Jodelet en *La representación social: fenómenos, concepto y teoría* dice:

*...hasta la definición de una tarea para afectar el nivel de rendimientos de los grupos y para implicar diferentes procedimientos cognitivos y diversas comunicaciones: Los sujetos comprenden e interpretan de manera diferente la situación en que se encuentran y no se comportan de manera similar ante un procedimiento que se mantiene idéntico. Su mayor rendimiento es cuando su representación concuerda con el ejercicio que deben realizar y menor cuando no concuerda con él... La representación que elabora un grupo sobre lo que debe llevar a cabo, define objetivos y procedimientos específicos para sus miembros. Es una primera forma de representación social: la elaboración por parte de una colectividad, bajo inducción social, de una concepción de la tarea que no toma en consideración de la realidad de su estructura funcional. Esta representación incide directamente sobre el comportamiento social y la organización del grupo llega a modificar el propio funcionamiento cognitivo.<sup>121</sup>*

<sup>118</sup> Millé, Carmen. *La necesidad de comunicarse*. Ed. Edamex. 1993, pág. 80.

<sup>119</sup> Ibid. Pág. 83

<sup>120</sup> Ibidem.

<sup>121</sup> Jodelet, D. *La representación social: fenómenos, concepto y teoría* en Moscovici. *Psicología social II*. Ed. Paidós.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Sobre lo mismo Carmen Millé menciona que participar en una terapia grupal no sólo permite dar una dimensión diferente a los propios problemas o situación vital (al tener oportunidad de observar de cerca la de otros) sino también experimentar el interés de los demás e imaginar o buscar activamente soluciones o salida para los problemas ajenos y, sobre todo, mantener alguna forma de comunicación con varias personas durante un cierto período. Al haberse abierto y haber expuesto su sí mismo ante los integrantes del grupo puede demostrar a quien participa que le es posible establecer u nivel profundo de comunicación, desarrollando de esta manera una interrelación más eficaz con su entorno.<sup>122</sup>

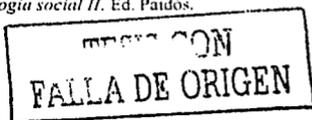
Parece difícil abordar el terreno de la representación social del cuerpo humano sin relacionarla con los procedimientos de la medicina occidental que se centra en el tratamiento del cuerpo considerado como objeto físico, en detrimento de su dimensión social. La idea que la gente tiene de su cuerpo, además de su importante papel social, puede resultar decisiva a nivel clínico.<sup>123</sup>

Sobre lo anterior es necesario decir pues que en primer lugar, no basta una orientación post-aborto cara a cara para que las adolescentes hagan contacto consigo mismas; segundo, son los talleres/terapias grupales formas de encontrarse con individuos que viven la misma situación, lo que permite hacer un primer contacto con los hechos; tercero la representación social que tenga el grupo sobre el aborto, les ayudará a vivir la situación fuera del miedo y la culpa; cuarto, a través de técnicas de participación los individuos aprenden a desarrollar habilidades nuevas que les servirán para la elaboración de un nuevo proyecto de vida; quinto, es necesario detectar la representación social que tienen las adolescentes de su cuerpo, de esta forma se sabrá la estrategia más adecuada para actuar, es decir, insertar técnicas para desarrollar habilidades de autoestima, toma de decisiones y toma de decisiones anticonceptivas.

---

<sup>122</sup> Millé. Op. Cit. pág. 96.

<sup>123</sup> Farr. "La representación social". En Moscovici. *Psicología social II*. Ed. Paidós.



## 5. TALLER POST-ABORTO PARA MUJERES ADOLESCENTES: PRIMERA EXPERIENCIA EN MONTERREY, NUEVO LEÓN

### 5.1 Población adolescente estudiada previamente

De la intervención del proyecto MAPA anteriormente mencionada, se obtuvieron datos que reflejaban la urgente necesidad de diseñar un tipo de consejería post-aborto para adolescentes. Los datos fueron los siguientes, de un total de 714 mujeres entrevistadas en los tres hospitales, 116 (16.2%) fueron adolescentes; 9 pertenecen al Distrito Federal, 63 a la Ciudad de Monterrey y 43 a la Ciudad de Oaxaca. La mayoría de la población adolescente se encuentra entre los 17 y los 19 años (80 casos), aunque se registraron 36 casos entre los 13 y los 16 años. La edad al primer embarazo de esta población se encuentra entre los 12 y los 19 años, y en su mayoría, cursan con su primer embarazo; sin embargo, hasta una tercera parte tiene historial de otro aborto previo (30 casos: 25%); más del 50% tiene una pareja estable y la mayoría de estas adolescentes se definen como "amas de casa" (80 casos: 69%). Solo el 14.7% (17 casos) se definen como estudiantes. Más del 50% acudió acompañada al hospital, ya fuera de sus padres, su pareja u otros familiares o amigos. El 21.6% (25 casos) nunca había escuchado sobre métodos anticonceptivos: el 47.8% declara haber planeado su embarazo. Sin embargo, el 68.1% declara que prefiere esperar mucho tiempo (>2 años) antes de volver a embarazarse.

De las 116 adolescentes, el 16.4% (19 casos) no sabía qué método utilizar aunque desea controlarse, y el 18.1% (21 casos) no tiene preferencias sobre ninguno de los métodos anticonceptivos disponibles. Sólo el 24.1% recibió orientación sobre anticoncepción y planificación familiar después del evento quirúrgico. En el 39.7% de la población adolescente, se identificó una probabilidad elevada de que el aborto hubiera sido inducido (a través de la construcción de un "índice de inducción del aborto").

En los tres hospitales donde se llevó a cabo la ya mencionada intervención, sólo 28 adolescentes de 116 recibieron orientación sobre anticoncepción y planificación familiar, y solamente 2 adolescentes recibieron algún método anticonceptivo. Esto nos indica, por lo tanto, que la calidad de la información y la calidad de la orientación en anticoncepción y planificación familiar, para la población en general, pero en especial para las adolescentes, es inadecuada en los tres hospitales.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Ninguno de los tres sitios tenía un área física especialmente destinada a la orientación post-aborto para adolescentes. El Hospital López Mateos cuenta con una clínica para adolescentes, pero no se canalizan allí las adolescentes que tuvieron un aborto. La orientación que reciben todas las pacientes se otorga cuando el médico supervisa el egreso y sólo (en algunas ocasiones) le menciona los métodos anticonceptivos que existen. No se da una orientación personalizada que contemple las necesidades individuales de la paciente, ni que tome en cuenta sus características socio culturales.

Posteriormente a la entrevista de egreso se entrevistaron tres meses después a las mismas mujeres, como una línea de acción del Proyecto MAPA. El cuestionario de seguimiento arrojó datos muy interesantes a partir de los cuales también se fue ideando este proyecto de investigación. Después de haber salido del hospital se aplicó un cuestionario a las mujeres tres meses después. La idea era detectar si su percepción sobre la calidad de la atención hospitalaria había cambiado. Los resultados fueron inesperados: muchas mujeres agradecieron a las entrevistadoras el haberlas visitado, pues no habían hablado con nadie desde que habían salido del hospital. El cuestionario aplicado básicamente contenía preguntas cerradas: muchas mujeres proporcionaron respuestas como si el instrumento aplicado hubiera sido una entrevista a profundidad. Manifestaron diversas cosas: quejas sobre la mala atención que habían recibido, problemas con su pareja: violencia doméstica, alcoholismo, etc.; necesidad de hablar con alguien, entre otras cuestiones. La población de mujeres entrevistadas consistió en un total de 320, de las cuales 36 eran adolescentes, es decir el 11.3% del total y 31% de las adolescentes entrevistadas al egreso: 80 no fueron entrevistadas, 6 adolescentes pertenecían a la población del Distrito Federal de la cual habían sido reclutadas a través del cuestionario de egreso, 9 adolescentes, 14 pertenecían a la población inicial de 63 adolescentes en Monterrey y 16 a la inicial de 43 en Oaxaca.

Tomando en cuenta lo anterior, la propuesta de la presente investigación se basó en diseñar y aplicar un taller que se enfocara hacia las necesidades de las adolescentes. Se observó que las necesidades de estas adolescentes eran diversas ya que el 47.8% de la población adolescente estudiada, si había planeado el embarazo y 52.5% no lo planeó, por ello consideramos que era necesario implementar un programa de orientación que cubriera las necesidades de las adolescentes que llevan una vida de adulta y que planean su vida

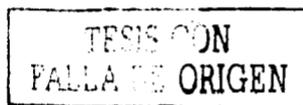
como un adulta, y que cubriera también las necesidades de las adolescentes que desean controlarse después de un aborto, lo cual mostró la complejidad de la población adolescente: son amas de casa a sus 16 años, dicen que planearon su embarazo; sin embargo, ahora deseaban controlarse pero no sabían cómo.

Con base en estos resultados se elaboró este proyecto de investigación, además de que para efectos logísticos las condiciones del Hospital Universitario superaban a cualquiera de los otros sitios (Distrito Federal y Oaxaca). Por ello instrumentación de los tres talleres se llevó a cabo en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, en la ciudad de Monterrey del estado de Nuevo León por las características de los resultados arrojados por el cuestionario de egreso y por las facilidades otorgadas.

### *5.2 Propuesta de taller Post-Aborto para Adolescentes*

La innovación de esta propuesta consiste en que no hay ningún servicio de consejería post-aborto con atención a las adolescentes, en ninguna clínica u hospital de nuestro país. Ofrecer otro tipo de orientación a las pacientes post-aborto amplía el espectro de opciones anticonceptivas y de planificación familiar, pero sobre todo contribuye a tener una actitud distinta frente a la toma de decisiones y proyecto de vida. Las dinámicas del taller están enfocadas a desarrollar la subjetividad y aprender a través de ella.

La propuesta del taller post-aborto consistió primeramente, en diseñar una Carpeta de Intervención Post-Aborto para replicadoras del taller elaborado por la Susana García, Jessica Ramón, Raffaella Schiavon, Guillermina Herrera y la presente investigadora. La temática de este instrumento es la siguiente:



**Bloque I**      *Integración y auto-conocimiento*

- Integración
- Auto-conocimiento

**Bloque II**      *Aspectos psico-sociales del aborto*

- Género
- Manejo del duelo

**Bloque III**      *Cuidados post-aborto*

- Salud sexual y reproductiva
- Sexo seguro y sexo protegido
- Metodología anticonceptiva

**Bloque IV**      *Herramientas de apoyo psico-social post-aborto*

- Comunicación
- Autoestima
- Valores
- Toma de decisiones
- Proyecto de vida

El objetivo principal de esta propuesta es evitar futuros embarazos no deseados a través de ofrecer a las adolescentes herramientas básicas para la vida, tales como comunicación y asertividad, autoestima, proceso de toma de decisiones y elaboración de proyecto de vida. El proceso de aprendizaje se realizó a través de dinámicas y juegos referentes a la carta temática arriba mencionada. Dicha carta temática fue elaborada en función de la experiencia de trabajo con adolescentes que tiene el Instituto Mexicano de Población y Familia (IMIFAP, organismo no gubernamental que elabora programas de capacitación y materiales educativos sobre desarrollo personal, salud y planificación familiar) y con base en los resultados arrojados por el cuestionario de egreso y de seguimiento del proyecto MAPA, anteriormente mencionados.

El promedio de asistencia a los talleres fue de 5.9 adolescentes por taller. La deserción en cada taller fue de 2 a 4 adolescentes en los primeros dos días. Al taller de evaluación sólo se presentaron 3 chicas, afortunadamente ninguna desertó.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Objetivos de los bloques temáticos del taller post-aborto para adolescentes**

<p><b>Bloque I</b></p> <p><i>Integración y Auto-conocimiento</i></p>	<p>Este bloque tiene como objetivo establecer un ambiente de confianza y fomentar la integración y la participación de cada una de las integrantes del grupo. (rapport)</p> <p>El <i>rapport</i> tiene como objetivo iniciar un proceso de auto-conocimiento fundamental para el buen desarrollo de habilidades dentro y fuera del taller.</p>
<p><b>Bloque II</b></p> <p><i>Aspectos psico-sociales del aborto</i></p>	<p>Promover la reflexión entre las adolescentes sobre la maternidad como mandato nuestra cultura para la mayoría de las mujeres.</p> <p>Promover la discusión sobre la condición de género de las mujeres sobre factores como la salud, la maternidad, la vida cotidiana, el trabajo y el tiempo libre.</p> <p>Ofrecer conceptos e ideas fundamentales para remarcar la importancia de importante de aprender a manejar y vivir los duelos como aprendizaje y no como obstáculo.</p>
<p><b>Bloque III</b></p> <p><i>Cuidados Post-Aborto</i></p>	<p>Ofrecer a las adolescentes desde definiciones hasta información básica sobre salud sexual, salud reproductiva, sexo seguro y sexo protegido.</p> <p>Fomentar la discusión y la reflexión sobre alternativas para vivir una vida sexual sana, libre y responsable con base en información integral.</p> <p>Promover entre las adolescentes el buen cuidado de su cuerpo y la responsabilidad sobre su salud y su sexualidad.</p>
<p><b>Bloque IV</b></p> <p><i>Herramientas de apoyo psico-social post-aborto</i></p>	<p>Ofrecer a las adolescentes herramientas para el desarrollo de habilidades que favorezcan su empoderamiento y crecimiento personal.</p> <p>Promover el desarrollo de habilidades que les permita tomar decisiones que se adecuen a sus intereses y a sus necesidades.</p>

TRIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 5.3 Logística del taller

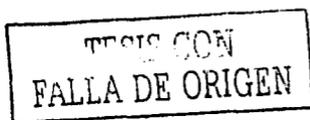
Para llevar a cabo el piloteo del instrumento de consejería post-aborto fue necesario reclutar a todas las adolescentes que tuvieron complicaciones de aborto para que asistieran al taller de orientación post-aborto. El reclutamiento se realizó al egreso de las pacientes entre los 12 y los 19 años que ingresaron por complicaciones de aborto en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" en virtud de los antecedentes anteriores. El aula donde se realizaron el primer y tercer taller no era la más adecuada pues se encontraba en la zona de urgencias del hospital. Pero una vez adentro, el desarrollo del taller no tuvo mayor problema excepto por algunas interrupciones y por el llanto de los bebés de las adolescentes. Es necesario contar con una persona que cuide a los niños y niñas, ya que frecuentemente estas adolescentes son madres y no tienen con quién dejar a sus bebés, razón por la cual también hubo ausentismo.

La logística del trabajo de campo consistió en 3 fases:

#### 5.3.1 Fase de reclutamiento

Después de la orientación post-aborto de rutina del hospital se invitó a las adolescentes a participar en el taller. Se les especificó que era un taller donde participarían más adolescentes y en el cual se tratarían temáticas sobre autoestima, comunicación, toma de decisiones, etc. Esta fase era fundamental y requería de gran habilidad de la persona que otorgaba la orientación. Se les entregó a las adolescentes una tarjeta con los datos de la cita para su asistencia al taller.

La invitación la llevó a cabo la Enfermera Libertad Luna y la Psicóloga Carmina Salido, ambas trabajadoras de ese mismo hospital; así como también todas las enfermeras del servicio de ginecología de todos los turnos. La Jefa de enfermeras del servicio, Lic. Patricia Rodríguez Niño, ideó una forma de registro de todas las pacientes con complicaciones de aborto donde se resaltaba la edad, de manera que todas las adolescentes que ingresaran al servicio debían de ser registradas e invitadas al taller. El momento de la invitación se hizo al egreso de las chicas. Una vez firmado el consentimiento informado de la asistencia al taller, se les entregó a todas una tarjeta con los datos del taller: lugar, fecha y hora. Además se les hizo un recordatorio, tres, dos y un día antes de la fecha fijada para el taller. Se debían reclutar como mínimo 8 adolescentes para poder llevar a cabo las técnicas



del taller. Esta fase es fundamental para la replicación del taller post-aborto en cualquier otro hospital. Si bien es necesario cambiar la forma en que se contextualiza el discurso sobre el aborto, es fundamental establecer también por teléfono o a través de una visita domiciliaria, un *rapport* tanto con las adolescentes como con sus familiares, ya que en muchas ocasiones las madres de las adolescentes fueron las que insistieron o las que les prohibieron asistir al taller.

### 5.3.2 Fase del taller

La temática y las dinámicas escogidas para este taller tuvieron desde un principio como objetivo proporcionar a las adolescentes información sobre anticoncepción y herramientas psico-sociales que ayudara a las adolescentes a prevenir un futuro embarazo, así como a superar, en su caso, el dolor y la culpa de la pérdida del embarazo. El objetivo principal de los tres talleres consistió en proporcionar orientación sobre anticoncepción y planificación familiar, además de herramientas básicas de la comunicación para elevar la autoestima de las adolescentes, así como su capacidad de tomar decisiones y tener proyectos de vida, como forma de prevención de futuros embarazos no deseados y/o abortos inseguros. Al finalizar cada uno de los talleres, las chicas se mostraron muy agradecidas y según sus propias declaraciones "se iban más livianas". Se observó también que la duración del taller se podría extender a 3 horas y media ya que varias chicas permanecían en el aula por varias razones: esperaban más de 20 minutos a que las recogieran, disfrutaban de la convivencia, se quedaban a tomar refresco y a comer un refrigerio, conocido como "el lonche" (sándwich). Ésta podría ser una buena estrategia para hacerlas permanecer más tiempo.

Esto también fue indicador de que estas chicas requieren de atención, convivencia y cariño. De manera cualitativa, a partir de las declaraciones de los grupos sobre el taller, se puede manifestar que este tipo de taller contribuye de manera significativa a que las adolescentes tengan un proyecto de vida a partir del auto-conocimiento. Para nosotros es fundamental que puedan desarrollar o siquiera idear un proyecto de vida, ya que observamos que muchas de ellas no lo tienen.

A continuación se presenta un cuadro-resumen de las actividades y dinámicas realizadas en cada taller así como también, un cuadro-control de asistencia, de cada uno de los tres talleres.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 5.3.2.a Primer Taller Post-Aborto para Adolescentes

DIAS	NÚMERO DE ASISTENTES	Adolescentes Post-Aborto
LUNES 21 de enero	5	2
MARTES 22 de enero	10	4
MIÉRCOLES 23 de enero	6	3
JUEVES 24 de enero	5	3
VIERNES 25 de enero	6	3

\*El primer día se presentaron también hijas de las enfermeras del servicio de ginecología y obstetricia del hospital por lo que era difícil saber a ciencia cierta quiénes pertenecían a la población objetivo. Se sabía que eran chicas post-aborto pues lo corroboraron Libertad Luna y Carmina Salido, encargadas del reclutamiento. El rango de edad de la población fue de los 14 a los 25 años. Se observó que el proceso de reclutamiento fue débil, pues las enfermeras realizaban esta tarea como un mandato institucional que no estaba comprometido con los objetivos del taller. Otro factor observado fue que las adolescentes que egresaron del hospital universitario, aun cuando un día antes confirmaron su asistencia (un promedio de 12) sólo una de ellas de 25 años se presentó. El primer día se inició el taller cerca de las 10:00 de la mañana ya que esperábamos a que se presentaran más adolescentes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Resumen de actividades

LUNES 21 DE ENERO	Presentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación del taller de las instituciones participantes y de la replicadora.</li> <li>Presentación del grupo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exposición.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuadre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación en parejas.</li> <li>Consulta grupal.</li> </ul>
MARTES	Bloque I		
	Integración y auto-conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integración</li> <li>Auto-conocimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Día de campo</li> <li>El objeto que viene del mar</li> <li>Tan cerca y tan lejos</li> </ul>
MIÉRCOLES	Bloque II		
	Aspectos psico-sociales del aborto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Genero</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Historias de vida</li> <li>Exposición</li> </ul>
JUEVES	Bloque III		
	Cuidados post-aborto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salud sexual y reproductiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Información sobre aborto</li> <li>Influencia social</li> <li>Contenidos sobre higiene sexual y sobre cuidados generales</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Sexo seguro y sexo protegido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contenidos sobre sexo seguro</li> <li>Cacería de firmas</li> </ul>
VIERNES 25 DE ENERO		<ul style="list-style-type: none"> <li>Metodología anticonceptiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eligiendo un metodo</li> <li>Contenidos</li> <li>Uso correcto del condón y negociación</li> </ul>
	Bloque IV		
	Herramientas de apoyo Psico-social post-aborto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manejo del duelo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las pérdidas de mi vida</li> <li>Exposición</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Historia sin historia</li> <li>Frases asertivas</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ventanas</li> <li>Contenidos</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Historia de Juan y Ana</li> <li>Contenidos</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toma de decisiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ventajas y desventajas ante un acontecimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autobiografía a futuro</li> <li>Contenidos de toma de decisiones y proyecto de vida</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proyecto de vida</li> </ul>		
	CIERRE		El lugar secreto

...IS CON  
...DE ORIGEN

### 5.3.2.b Segundo Taller Post-Aborto

DÍA	NÚMERO DE ASISTENTES	Adolescentes Post-Aborto*
LUNES 25 de febrero	10	6
MARTES 26 de febrero	7	3
MIÉRCOLES 27 de febrero	7	3
JUEVES 28 de febrero	6	3
VIERNES 1 de marzo	6	3

\*Se supo que las adolescentes pertenecían a la población objetivo pues ellas lo manifestaron abiertamente el primer día. La mayoría de ellas fue de manera casi obligada al taller: trabajadoras sociales de la clínica de adolescentes del Programa Universitario de Educación para la Vida, recibieron la orden de reclutar adolescentes que habían estado hospitalizadas por complicaciones de aborto en el Hospital Metropolitano de Monterrey. Con un mes de anticipación, se acordó con la Directora de dicho Programa Universitario, la Dra. Thelma Martínez Villarreal, su cooperación para reclutar adolescentes post-aborto. Se observó el primer día que dicha antelación no había servido de nada pues varias chicas manifestaron el primer día del taller, haber sido "sacadas" de su casa muy temprano por la mañana, así como también tres trabajadoras sociales que se presentaron al taller para capacitarse (por órdenes superiores) que había recibido la orden de reclutar chicas el viernes anterior al inicio del taller (lunes siguiente). Se iniciaron las actividades del taller cerca de las 9:30 de la mañana por falta de adolescentes. Este taller se llevó a cabo en la Clínica Familiar de San Vicente ubicada en el área metropolitana de Monterrey. La distinción de este taller fue que el grupo estuvo conformado por chicas de procedencia rural. Por lo tanto la dificultad para leer y escribir hizo que algunas técnicas fueran complicadas para ellas.

TESIS CON  
FUENTE DE ORIGEN

Resumen de actividades

Temas		Actividades	
LUNES 25 FEBRERO 2002	<i>Presentación</i>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación del taller de las instituciones participantes y de la replicadora.</li> <li>Presentación del grupo.</li> <li>Encuadre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exposición.</li> <li>Presentación en parejas.</li> <li>Consulta grupal.</li> </ul>	
MARTES	<i>Bloque I</i>		
	<i>Integración y auto-conocimiento</i>		
MIÉRCOLES	<i>Bloque IV</i>		
	<i>Herramientas de apoyo Psico-social post-aborto</i>		
JUEVES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Historia sin historia</li> <li>Tan cerca y tan lejos</li> <li>Frases asertivas y negociación</li> <li>Frases asertivas</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ventanas</li> <li>Cruzando la línea</li> <li>Regalos</li> <li>Lugar secreto</li> <li>Contenidos</li> </ul>	
VIERNES 1º DE MARZO 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>Género</li> <li>Toma de decisiones</li> <li>Manejo del duelo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Historias de vida</li> <li>Ventajas y desventajas</li> <li>Las pérdidas de mi vida</li> <li>Exposición contenidos</li> <li>Brujas</li> </ul>	
	<i>Bloque III- IV</i>		
<i>Cuidados Post-Aborto/ Herramientas de apoyo Psico-social post-aborto</i>			
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Metodología anticonceptiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuadro participativo</li> <li>Eligiendo un método</li> <li>Contenidos</li> <li>Anticoncepción de emergencia</li> <li>Uso correcto del condón y negociación</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proyecto de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autobiografía a futuro</li> </ul>	
CIERRE		El lugar secreto	

TALLER  
FALLA DE ORIGEN

### 5.3.2.c Tercer taller Post-aborto

DÍA	NÚMERO DE ASISTENTES	Adolescentes Post-Aborto
LUNES 15 de abril	1	0
MARTES 16 de abril	4	0
MIÉRCOLES 17 de abril	4	0
JUEVES 18 de abril	4	0
VIERNES 19 de abril	4	0

\*Debido a que el día 15 de abril sólo se presentó una adolescente, el inicio del taller tuvo que posponerse para el día martes 16 de abril. Ninguna de las chicas que se presentó pertenecía a la población objetivo. Sin embargo, una de ellas había sido víctima de abuso sexual. En este taller no se contó con la presencia de Susana García. Libertad Luna, Carmina Salido y Adelaida Martínez llevaron a cabo las técnicas del taller. El rango de edad fue de 16 a 17 años. El taller se llevó a cabo en la sala de juntas del área de shock-trauma del Hospital Universitario.

También por la falta de adolescentes de la población objetivo se modificó el orden y el contenido de las técnicas. En un principio no parecía necesario abordar la temática de duelo y llevar a cabo técnicas como Las pérdidas de mi vida pero había una víctima de abuso sexual que se estaba visiblemente turbada. No se abarcó la temática de cuidados post-aborto por la misma razón anteriormente mencionada, pero se hizo énfasis en la metodología anticonceptiva.

Resumen de actividades

MARTES 15 DE ABRIL, 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación del taller de las instituciones participantes y de la replicadora.</li> <li>Presentación del grupo</li> <li>Encuadre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exposición</li> <li>Presentación en parejas</li> <li>Consulta grupal</li> </ul>
	<p><b>Bloque III</b> <i>Integración y Auto-conocimiento</i></p>	
MIÉRCOLES 16 DE ABRIL, 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integración</li> <li>Auto-conocimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Día de campo</li> <li>Frente al espejo</li> <li>Hoja de roles</li> <li>Teléfono descompuesto</li> <li>Caras y gestos</li> <li>Historia sin historia</li> <li>Tan cerca y tan lejos</li> <li>Frente al espejo</li> </ul>
	<p><b>Bloque IV</b> <i>Herramientas de apoyo psico-social post-aborto</i></p>	
JUEVES 17 DE ABRIL, 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teléfono descompuesto</li> <li>Comunicación no verbal</li> <li>Caras y gestos</li> <li>Historia sin historia</li> <li>Contenidos sobre asertividad y negociación</li> <li>Frases asertivas</li> <li>Autoestima contenidos</li> <li>Ventanas</li> </ul>
	<p><b>Bloque III</b> <i>Herramientas de apoyo Psico-social post-aborto</i></p>	
VIERNES 19 DE ABRIL, 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cruzando la línea</li> <li>Historias de vida</li> <li>Las pérdidas de mi vida</li> <li>Exposición contenidos sobre duelo</li> <li>Nudo relajación</li> <li>Brujas</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manejo del duelo</li> </ul>	
<p><b>Bloque III-IV</b> <i>Cuidados post-abortol Herramientas de apoyo Psico-social post-aborto</i></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Metodología anticonceptiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eligiendo un método</li> <li>Contenidos</li> <li>Anticoncepción de emergencia</li> <li>Uso correcto del condón y negociación</li> <li>Cuadro participativo</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Auto-estima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ventanas</li> <li>Regalos</li> <li>Lugar secreto</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Toma de decisiones</li> <li>Proyecto de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ventajas y desventajas ante un acontecimiento</li> <li>Autobiografía a futuro</li> <li>Costos y alternativas</li> <li>Contenidos de toma de decisiones y proyecto de vida</li> </ul>	
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoja a la espalda</li> <li>El lugar secreto</li> </ul>	

*Tabla resumen de dinámicas aplicadas en los tres talleres*

<b>Dinámica/Temática</b>	<b>Primer taller</b>	<b>Segundo Taller</b>	<b>Tercer taller</b>	<b>total</b>
<b>Presentación</b>				
Presentación en parejas	●	●	●	3
Mentiras		●	●	2
<b>Integración y auto-conocimiento</b>				
Día de campo	●	●	●	3
El objeto que viene del mar	●			1
Tan cerca y tan lejos Hoja de roles	●	●	●	3
Espacio Sagrado		●	●	2
Frente al espejo	●	●	●	3
<b>Aspectos psico-sociales del aborto</b>				
Historias de vida	●	●	●	3
Ventajas y desventajas	●	●	●	3
<b>Cuidados post-aborto</b>				
Información sobre aborto	●			1
Influencia social	●			1
Higiene sexual	●			1
Sexo seguro	●	●	●	3
Cacería de firmas	●			1
Eligiendo un método	●	●		2
Uso correcto del condón y negociación	●		●	2
Cuadro participativo Anticonceptivos	●	●	●	3
Anticoncepción de emergencia	●	●	●	3
<b>Herramientas de apoyo psico-social post-aborto</b>				
Las pérdidas de mi vida	●	●	●	3
Historia sin historia	●	●	●	3
Ventanas	●	●	●	3
Historia de Juan y Ana	●		●	2
Ventajas y desventajas	●	●	●	3
Teléfono descompuesto		●	●	2
Comunicación no verbal		●	●	2
Caras y Gestos		●	●	2
Asertividad contenidos	●	●	●	3
Frases asertivas	●	●	●	3
Toma de Decisiones- contenidos	●			1
Costos y alternativas	●			1
Autobiografía a futuro	●		●	3
Hoja a la espalda	●	●	●	3
El lugar secreto	●	●	●	3

### 5.3.2.d Evaluación/Seguimiento a los tres meses

Se citó a todas las adolescentes que participaron en los tres talleres anteriores, a que participaran en otro taller, uno, dos o tres meses después, dependiendo a cual hayan asistido. En este taller se pretendió evaluar los conocimientos adquiridos sobre anticoncepción, si hacían uso actualmente de algún método anticonceptivo, si hacen uso actual de las habilidades de comunicación y si existía algún cambio de actitud frente su proyecto de vida. Se aplicó así mismo un cuestionario que midió las mismas variables del cuestionario inicial.

#### Control de asistencia al taller de evaluación

DÍA	NÚMERO DE ASISTENTES
LUNES 6 de mayo	2
MARTES 7 de mayo	3

#### Resumen de actividades

	TEMÁTICA/TECNICA	SE LLEVO A CABO
LUNES 6 DE MAYO	<b>BLOQUE I INTEGRACIÓN</b>	
	Presentación del taller	NO
	Cuestionario curioso	NO
	Círculo perfecto	NO
	Expectativas de la reunión	NO
	Encuadre	NO
	Gente con gente	NO
MARTES 7 DE MAYO	<b>BLOQUE II ASERTIVIDAD Y ANTICONCEPCIÓN</b>	
	Roll playing	SI
	Carcaturas	SI
	<b>BLOQUE III GRUPO DE DISCUSIÓN</b>	
	Tee de relajación	SI
	Cuestionario de evaluación	SI
	Grupo de discusión	SI
	Cierre	SI

Se había confirmado personalmente la asistencia de 12 chicas. El primer día sólo se presentaron 2 chicas. Algunas de las demás dijeron estar en exámenes, otra dijo a la jefa de enfermeras convincentemente que nadie la había invitado, cosa que no era cierta, ya que

establecimos contacto personal con ella la semana anterior al taller. Ese mismo día por la mañana se llamó de nuevo a todas las que habían confirmado, hasta a la que había mentido y aceptó ir al taller al siguiente día, igualmente aceptó otra de ellas que manifestó no estar presente pues no tenía quien le cuidara a sus hijos. Se le invitó a que los trajera al siguiente día. Esta chica sí se presentó con sus dos hijos. Las enfermeras que se estaban capacitando para institucionalizar el taller se mostraban un tanto cansadas y apáticas. El día lunes 6 de mayo, se platicó con las dos chicas presentes y se les mencionó que existía la posibilidad de que el siguiente día tampoco se presentara nadie más. La cita era a las 9:00 a.m., esperamos hasta las 10:30 a.m. sin que nadie más llegara. Casualmente dos de las chicas a las cuales no se les pudo contactar personalmente por teléfono llegaron a la cita con la tarjeta que se les dio al finalizar el taller para invitarlas al siguiente taller de evaluación. Se presentó una chica de cada taller, tenían 19, 24 y 17, años del 1º, 2º y 3º taller respectivamente.

La causa de que se hayan realizado únicamente dos dinámicas y el grupo de evaluación se debe a la casi nula asistencia de adolescentes. Se esperaba un mínimo de 12 asistentes confirmadas al taller. Se realizaron únicamente 3 técnicas grupales:

-roll-playing: se observó que las chicas manejan algunas herramientas de la asertividad y la negociación, como hablar en primera persona, establecer límites; pero todavía les falta ser directas y hacer frases concretas que expresen lo que realmente quieren decir.

-caricaturas: En cuanto a prácticas homosexuales protegidas, sexo anal protegido, sexo oral protegido, etc., se refiere, hubo un gran rechazo y la moralidad que prevalece en ellas, a pesar de haber tratado temáticas de sexo seguro y sexo protegido en el taller anterior.

-Técnica de relajación

Al parecer ninguna de las chicas presentes pertenecía a la población objetivo (post-aborto), sin embargo su lenguaje corporal y sus largos silencios mostraban su nerviosismo cuando se realizó la pregunta: "¿por qué crees que es tan difícil hablar del aborto en Monterrey?" También hicieron varias sugerencias importantes e interesantes tales como:

- \*Incluir más dinámicas sobre autoestima.
- \*Incluir sábados como parte del taller o hacerlos en sábado.
- \*Usar fotos de enfermedades para causar impacto/conciencia.
- \*Hacer 2 visitas domiciliarias previas para invitarlas con efecto de establecer confianza.

#### 5.4 Observaciones sobre los tres talleres

En los tres talleres el *rapport* fue muy difícil de establecer ya que desde un principio se percibió un gran nerviosismo y una gran desconfianza. En la presentación del taller, sólo en el segundo de ellos, se habló y se mencionó abiertamente desde los primeros instantes que se trataba de un taller *post-aborto* para adolescentes pues sucedió un incidente fuera de nuestro alcance que lo facilitó. Justo cuando Susana García y Adelaida Martínez hacíamos la presentación del taller, una enfermera irrumpió en el salón abriendo ruidosamente la puerta y gritando preguntó “¿es este el taller para adolescentes que tuvieron un aborto?”; de manera que ya era innegable. Afortunadamente las chicas lo tomaron con mucha naturalidad ya que había 6 de ellas quienes habían tenido un aborto. Por lo que en esos instantes fue relativamente más fácil hacer la presentación. En los otros dos talleres fue más difícil, ya que no todas las chicas habían sido reclutadas en el hospital, por lo que no sabíamos a ciencia cierta quien pertenecía a nuestra población objetivo, y las condiciones no permitían preguntarles abiertamente.

Las participaciones los primeros tres días de los tres talleres fueron muy escasas, sin embargo, se observó un gran interés por todas las temáticas abordadas, las adolescentes miraban callada y atentamente.

Con base en la tabla general de técnicas aplicadas a lo largo de los tres talleres y la observación sobre la participación y atención que prestaban las chicas se puede concluir de manera lo siguiente. Hay 7 temáticas básicas que el taller debe contemplar:



1. auto-conocimiento
2. proyecto de vida
3. auto-estima
4. comunicación
5. asertividad
6. metodología anticonceptiva
7. Manejo de duelo y culpa

Se percibió que el enfoque de género debe permear al resto de las temáticas, pues la explicación detallada sobre lo que es la teoría de género provocó aburrimiento entre las adolescentes. Se observó que fue una mejor estrategia utilizar dinámicas divertidas a través

de las cuales las participantes aprendieron y distinguieron su condición de género. Evidenciar esto les permitió a las adolescentes hacer un primer contacto con el proceso de empoderamiento. Por ello recomendamos que la tematica de género se establezca en el propio discurso de las actividades a realizar, después de una muy breve explicación inicial.

Los contenidos y las técnicas del manejo de duelo y culpa no tuvieron un impacto visible, además de que no fue posible aplicarlas en los momentos programados, pues no se sabía durante los primeros días quiénes pertenecían a nuestra población objetivo. Sin embargo, consideramos que el desarrollo de los contenidos y la aplicación de las técnicas es un elemento clave que contribuye a superar los momentos críticos que pasan las adolescentes. Durante los tres talleres, las adolescentes, aun cuando no habían tenido un aborto, tenían de todo tipo de problemática: maternidad que provocó deserción escolar, parejas delincuentes, falta de cariño y atención, abuso sexual, violencia doméstica, sumisión, hacinamiento, problemas familiares, problemas escolares, depresión, etc.

Un factor que es necesario tomar en cuenta, es el contexto en el que se llevaría a cabo este taller. Las técnicas contempladas para todos los talleres no se adecuan totalmente cuando la población es de contexto rural, pues se debe tomar en cuenta el nivel de escritura y lectura que se tenga. Las técnicas en las que era necesario escribir fueron particularmente difíciles para las chicas de la Clínica Familiar San Vicente de nuestro segundo taller, ya que se requirió de más tiempo para esperar a que terminaran de escribir. Lo mismo sucedió con técnicas que contenían actividades de lectura. Por ello es necesario incluir técnicas y claves para desarrollo de contenidos que se adecuen a este tipo de población.

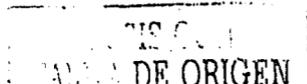
El ausentismo y la deserción se debieron principalmente al contexto social conservador de la ciudad en que se realizó nuestra investigación.

*"la sociedad donde ella está viviendo la aborta, aquí en Monterrey no se ve bien un proceso de aborto"*

Enfermera del Hospital Universitario

*"la gente se lo guarda, se lo calla. Si se lo guarda y pues no lo toca, o sea, no lo toca al menos con alguien muy cercano"*

Enfermera del Hospital Universitario



Una vez que las adolescentes se integraron al taller, el trabajo con ellas fue muy ameno y muy enriquecedor. Para ellas la mejor forma de invitarlas al taller es con creatividad y con respeto. Es decir, tratarlas como mujeres con derechos y utilizar muchos recursos como carteles, folletos con la carta temática del taller, confirmar la asistencia por teléfono y a través de varias visitas domiciliarias. De esta forma, sus palabras se *genera confianza*. La forma en que fueron invitadas al taller, les pareció impersonal, no les parecía la idea de que se les recordara que habían estado hospitalizadas. No nos fue posible realizar en forma una evaluación después del taller al que asistieron estas adolescentes debido a que no se presentaron a la cita para el taller de evaluación a pesar de haber establecido con ellas un contacto muy personal y cálido.

#### ***5.5 Resumen de Talleres Realizados para pilotear el modelo de consejería post-aborto para adolescentes***

##### *Taller de capacitación para facilitadores:*

Responsable: Jessica Ramón Susana García

Facilitadora: Susana García

Se llevó a cabo un taller de capacitación previa, al cual asistieron la Enfermera Libertad Luna y la Psicóloga Carmina Salido, del Hospital Universitario de Monterrey, la Dra. Alba Osorio de la Clínica de Adolescentes del Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso de Oaxaca, la Trabajadora Social Felicitas Mercado de la Clínica de Adolescentes del Hospital Lic. Adolfo López Mateos, y dos enfermeras del Hospital General La Villa del Distrito Federal. En este taller el objetivo fue capacitar y sensibilizar personal hospitalario sobre la atención post-aborto para adolescentes, así como también se les ofrecieron herramientas necesarias para hacer una intervención sobre consejería post-aborto en caso de requerirlo.

##### *Taller post-aborto para adolescentes*

Responsable: Adelaida Martínez

Facilitadoras: Susana García, Adelaida Martínez, Carmina Salido, Libertad Luna

Se realizaron, entre enero y abril de 2002, tres talleres de 15 horas cada uno (3 horas por 5 días) donde se hizo un pilotaje del Manual de Orientación Post-Aborto para adolescentes. Dos de ellos, el primero y el tercero se llevaron a cabo en el Hospital

Universitario Dr. José E. González. El segundo se llevó a cabo en la Clínica Familiar de San Vicente, en la zona metropolitana de Monterrey. La facilitadora responsable del primer y segundo taller fue Susana García. Las facilitadoras responsables del tercer taller fueron: Carmina Salido, Libertad Luna y Adelaida Martínez.

Taller de seguimiento

Responsable: Adelaida Martínez

Facilitadora: Susana García.

Se realizó un taller de seguimiento de 7 horas (3 horas y media por dos días) en el Hospital Universitario Dr. José E. González, en Monterrey Nuevo León.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 6. ANÁLISIS Y RESULTADOS

Los resultados que se presentarán a continuación están enfocados hacia un mejor conocimiento sobre las necesidades y percepciones de las adolescentes que han tenido un aborto y ofrecer información para el diseño de mejores programas de consejería para adolescentes. Los servicios de consejería establecidos en las clínicas y hospitales de México forman parte de una intervención primaria que ofrece información sobre la amplia gama anticonceptiva, pero no ofrecen información sobre habilidades comunicativas o de negociación, ni hacen un seguimiento de los y las adolescentes que acuden en la búsqueda de estos servicios.

Este capítulo está dedicado a analizar y presentar los resultados sobre la información recabada a través de técnicas cuantitativas y cualitativas de los tres talleres post-aborto realizados en el Hospital Universitario de la ciudad de Monterrey. Hemos querido hacer una comparación entre la población de adolescentes que no hubieran tenido complicaciones de aborto y las adolescentes post-aborto, en función de conocer si existe alguna diferencia significativa entre ambos grupos en cuanto a su identidad, su forma de comunicarse, su contexto de vida: familiar, escolar, laboral, y su historia sexual y reproductiva, así como el uso o no uso de métodos anticonceptivos para ofrecer resultados sobre sus propias percepciones que permitan establecer pautas para diseñar futuros modelos e intervenciones de consejería para adolescentes post-aborto.

Otro objetivo ha sido detectar si existe entre ambos grupos una forma particular de comunicarse, esto es para contribuir al análisis de la relación entre género y comunicación. Es decir, detectar si las adolescentes post-aborto a partir de su condición de género, comunican y elaboran un discurso en particular. Así como también ha sido nuestro objetivo detectar si entre ambos grupos de adolescentes, post-aborto o no post-aborto, existe una diferencia en la percepción de la información, así como diferencias o no en la integración y participación de las adolescentes.

Las adolescentes post-aborto (*apa*) fueron invitadas a los talleres al momento del alta hospitalaria, después de la consejería estándar post-aborto. La invitación verbal era reforzada a través de una tarjeta impresa, y de un recordatorio telefónico unos días antes del



taller, a un número telefónico proporcionado por la adolescente misma, previo consentimiento informado. A su vez, se les pedía que ellas invitaran como acompañante a una amiga cercana, que no hubiera tenido ese mismo antecedente (adolescentes *ampa*). Los talleres tendrían que tener idealmente, de acuerdo con los antecedentes de registro hospitalarios y el proceso de reclutamiento realizado, un promedio mínimo de 10 a 12 asistentes.

El total de adolescentes que se presentó por lo menos a un día de un taller fue de 26, de las cuales 13 habían experimentado un aborto reciente (*apa*). El promedio de asistencia fue de 6 participantes por taller. En el primer y segundo taller, se presentaron 6 y 7 casos *apa* respectivamente; sin embargo, al tercer taller, no se presentó ninguna adolescente post-aborto. No todas las adolescentes llegaron acompañadas de una *ampa*; y algunas de las adolescentes que llegaron como acompañante o invitadas a través de otros canales (i.e. por conocimiento indirecto del taller, o como hijas de trabajadoras hospitalarias) habían ya experimentado embarazos previos.

Pocas fueron las adolescentes que acudieron a todos los días de cada taller; y sólo tres participantes de los talleres anteriores asistieron al taller de evaluación final. Los resultados generales, por lo tanto, se limitan a un análisis descriptivo, cuantitativo y cualitativo, de los dos ejes mencionados anteriormente (participación en el taller – historias de vida) a lo largo de cada taller.

Las escasas observaciones sobre el impacto a corto plazo entre las tres participantes que acudieron al taller de evaluación no pueden de ninguna forma generalizarse, sólo sugerir algunas pautas para el diseño futuro de estas intervenciones. Las tres manifestaron que estaban muy contentas con la forma en que se desarrolló el taller, con las temáticas tratadas y con las dinámicas aplicadas. Con ellas, se discutió también sobre los canales que consideraban más adecuadas para contactar a adolescentes post-aborto, sobre las mejores técnicas para ofrecerles consejería efectiva y empática. Ellas recalcaron la importancia de que el facilitador(a) del grupo, independientemente de su formación profesional (preferentemente un psicólogo/a) fuera una persona joven o en contacto con la problemática de los adolescentes y con su contexto de vida. Sugirieron también que se difundiera la información sobre los talleres en los centros de salud y los hospitales aledaños, reforzando

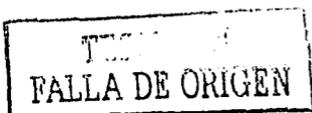
la invitación con la distribución de folletos o carteles; también consideraron importante sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de estos talleres, ya sea para replicarlos o simplemente para canalizar a las adolescentes post-aborto.

### *6.1 Integración, participación y percepción: la comunicación dentro del taller*

En esta parte del análisis, se hace un acercamiento a la forma en que la población adolescentes post-aborto participa en las distintas fases de la comunicación: desde la emisión del mensaje, la recepción y la retroalimentación así como los factores personales y grupales, que permiten o dificultan el flujo de la información; todo ello categorizado a partir del marco de referencia de la *observación participante*.

En general, dentro de los tres talleres, fue difícil estimular la participación de las adolescentes, sobre todo durante las dinámicas iniciales: estaban sorprendidas que se le solicitara su participación, renuentes a tomar un papel activo, y en su mayoría, desconfiadas o apáticas. Sin embargo, al finalizar cada una de las intervenciones, las adolescentes estaban más interesadas en conocerse, en convivir más con sus compañeras y hacer nuevas amigas, así como en tener información sobre metodología anticonceptiva.

Esto puede obedecer a varios factores, desde sus historias subjetivas hasta condicionamientos culturales y sociales: generalmente, no se "permite" a las mujeres hablar en público, ni expresar sus ideas y sentimientos, sobre todo si son menores de edad. Por otro lado, muchas de estas adolescentes no poseían las herramientas necesarias para hacerlo, tales como seguridad, valoración del propio discurso, capacidad de introspección, entre otras. Conforme se fueron reforzando algunas de estas herramientas, como sucedía a lo largo del taller, las adolescentes adquirían más confianza para valorar sus propias ideas y más capacidad para expresarlas en el grupo. Por otro lado, las dificultades en el reclutamiento y participación de las adolescentes post-aborto en los tres talleres pudo deberse en parte a la misma causa: estas jóvenes experimentan problemas objetivos y subjetivos para integrarse a un grupo, participar, expresar sus ideas y aspiraciones y reconocer sus derechos y necesidades.



### 6.1.1 La integración al taller

La integración fue clasificada como total, parcial o nula. La integración total se refiere a que la participante del taller seguía instrucciones, conversaba con sus compañeras, participaba activamente en las dinámicas y exposiciones, externaba dudas y opiniones; también se refiere a una asistencia al taller del 100%. Tomando en cuenta estos elementos podemos decir que 31% de las adolescentes *apa* y el 54% de las adolescentes *anpa* se integraron de manera total; el 23% de las *apa* y el 31% de las *anpa* tuvieron una integración parcial; el 46% de la población *apa* tuvieron una integración nula, contra el 15% de las adolescentes *anpa*. Cabe remarcar el menor porcentaje de integración por parte de las adolescentes post-aborto, a quienes iba dirigido principalmente el taller. Acercarse a la vida sexual y reproductiva de las adolescentes no es tarea fácil, sobre todo para hablar de eventos tan "controvertidos" como un aborto; sin embargo, como veremos mas adelante, estos acercamientos nos ofrecen pistas sobre la normatividad y los significados que se atribuyen a la sexualidad.<sup>124</sup>

### 6.1.2 La participación verbal

La participación verbal se codificó en cuatro clases: compartir experiencias, dar opiniones, reírse/hacer bromas y ningún tipo de participación. El 54% de las *apa* no participó verbalmente de ninguna forma, mientras que solamente el 23% de las adolescentes *anpa* no demostró ninguna participación (diferencia significativa a un nivel 0.01 bilateral).

El 46% de *apa* compartió sus experiencias a lo largo de las diversas dinámicas, en la misma proporción que las *anpa*. De esta última población, el 7.7% expresó su opinión y el 23% hacía bromas sobre los temas y dinámicas de sexualidad y métodos anticonceptivos. Esto evidencia que prevalece una dificultad de verbalización concreta y abierta sobre sexualidad, erotismo y reproducción, en particular entre aquellas adolescentes que han experimentado un aborto reciente.

<sup>124</sup> Bozon y Leridon, 1993; Sevilla, 1997, citados por Szasz, Ivonne. *En Sexualidad y Género: algunas experiencias de Investigación en México*. Debate Feminista. Año 9. vol. 18. octubre 1998. México.

### 6.1.2. La participación en los bloques

La participación en cada bloque la clasificamos, también a partir de nuestra observación participante, de la siguiente manera: tuvo interés, mostró desconfianza, mostró apatía, dejó de asistir. Recordemos los bloques en los que se dividió el taller:

<i>Bloque I Integración y auto-conocimiento</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Integración</li><li>• Auto-conocimiento</li></ul>
<i>Bloque II Aspectos psico-sociales del aborto</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Género</li><li>• Manejo del duelo</li></ul>
<i>Bloque III Cuidados post-aborto</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Salud sexual y reproductiva</li><li>• Sexo seguro y sexo protegido</li><li>• Metodología anticonceptiva</li></ul>
<i>Bloque IV Herramientas de apoyo psico-social post-aborto</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Comunicación</li><li>• Autoestima</li><li>• Valores</li><li>• Toma de decisiones</li><li>• Proyecto de vida</li></ul>

#### ❖ Bloque I

*Auto-conocimiento:* el 69% de las jóvenes demostró interés en este tema. Podemos nuevamente observar como los porcentajes fueron menores entre la población *apa*, que mostró más desconfianza y apatía, dejando inclusive de asistir al taller.

#### ❖ Bloque II

*Género:* el 27% de la población de *apa* tuvo interés en este tema, comparado con el 50% de las *anpa* ( $p=0.05$ ). Tomando en cuenta la situación familiar de la mayoría de las adolescentes post-aborto, así como su situación "estable" de pareja, su menor "interés" en el tema parece sugerir la integración temprana de estas mujeres al modelo dominante de género y poder, dentro de sus relaciones familiares y de pareja. Su discurso está minimizado y las ideas sobre autonomía y derechos de las mujeres tratadas en el taller, les parecieron "raras" y no lograron despertar su interés.

*Duelo:* el 67% de las *apa* y el 100% de las *anpa* demostraron interés en el tema. Este bloque fue diseñado como uno de los objetivos principales del taller: se partió del

presupuesto que era necesario ayudar a estas adolescentes a manejar la pérdida que habían tenido por su aborto, ya fuera inducido o espontáneo. Sin embargo, las adolescentes evidenciaron otro tipo de duelos, más significativos para ellas, como la pérdida o abandono de su padre o madre, la pérdida de sus novios y de los amigos. Por otro lado, es posible que las adolescentes que recurren al aborto inducido como último recurso, al final lo vivan como un alivio y no como una pérdida. Solo en dos casos se detectó una profunda tristeza por haber perdido el embarazo, que había sido planeado y deseado.

### ❖ Bloque III

**Auto-estima:** el 75% de las *apa* y el 100% de las *anpa* tuvo interés en este bloque. Las adolescentes en general disfrutaron mucho el tema, que se llevó a cabo con técnicas y dinámica dirigidas a evidenciar sus cualidades y habilidades individuales, trabajando en la construcción de un auto-concepto positivo. En general, les costó mucho trabajo dirigir la mirada hacia ellas y reconocer que tenían capacidades y virtudes. La situación de dependencia y sumisión en la que viven estas adolescentes les impide una visualización positiva de sí mismas. Información adicional sobre el "estado de ánimo" de estas jóvenes se recabó en base a una pregunta incluida en el cuestionario aplicado al inicio de cada taller: "¿En el último mes te has sentido tan triste y descorazonada, desesperada o has tenido dificultades como para pensar que nada vale la pena?". El 30% de la población total de las adolescentes (*apa* y *anpa*) manifestaron que eran infelices; el 7.7% respondió que estaba a punto de "dejarlo todo" y el 11.5% del total que estaba "bastante triste". Esto evidencia que un porcentaje significativo de esta población total se encontraba en situación crítica.

### ❖ Bloque IV

- **Anticoncepción:** El 100% de las *apa* manifestó interés en este bloque; entre las *anpa*, sólo hubo un caso que mostró desconfianza, debida expresamente a sus creencias religiosas. Este apabullante interés en los métodos anticonceptivos muestra, en primer lugar, que las adolescentes carecen de información y además que existe entre ellas una gran necesidad no satisfecha de anticoncepción. Este bloque debe considerarse parte indispensable del modelo, ya que les proporciona herramientas necesarias para que ejerzan libre y sanamente su sexualidad y para que controlen la reproducción en la medida de sus intereses y

necesidades. Es innegable que las adolescentes necesitan información, aun cuando es probable que para ponerla en práctica, requieran de muchas otras herramientas

#### ❖ Bloque V

- **Toma de decisiones:** el 100% de ambos grupos mostró interés en este bloque. Mostraron interés en aprender cómo mirar las ventajas y desventajas sobre una decisión a tomar. También se mostraron muy entusiastas al aprender cómo negociar con sus padres y con su pareja, siempre tomando en cuenta sus emociones, intereses y necesidades. Este constituye también un bloque indispensable para nuestro modelo.

- **Proyecto de vida:** Ambos grupos, en un porcentaje de 100%, tuvieron interés en este bloque. Fue evidente que muchas de ellas carecían de algún proyecto de vida, ya que están confinadas a las labores del hogar y no han podido reincorporarse a la escuela y se habían resignado. Después de las técnicas que les mostraron cómo era fundamental para ellas tener un proyecto de vida y que tenían derecho a tenerlo muchas de ellas, se mostraron entusiastas para reincorporarse a sus estudios. Aunque mostraron su entusiasmo no todas ellas lograron llevar a cabo su proyecto de vida. Este bloque también es básico en nuestro modelo, ya que vislumbra ante las adolescentes modelos posibles y alternativas de vida, centradas en sus propios intereses, en sus propias cualidades y en sus propios sentimientos.

Es interesante observar que el nivel de participación en cada bloque fue de menos a más, conforme se desarrollaran las dinámicas y pasaban los días del taller: Es posible que este sea un efecto del tiempo, añadido al creciente grado de conocimiento, integración y de confianza que experimentarían las adolescentes, además de la aceptación de los contenidos específicos de los bloques.

#### 6.1.4 La percepción

La especificidad de género que caracteriza a estas chicas caracteriza la forma en que ellas perciben así como también les hace comunicarse de manera distinta, tanto verbal como corporalmente. Las chicas que estaban distraídas en la mayor parte de taller, pertenecían al grupo de *apa*, mientras que en menor proporción el grupo de *anpa* escuchó atentamente a las orientadoras en la mayoría de las dinámicas. La percepción la clasificamos a partir de la escucha: \*escucha atentamente o \*está distraída. El 19% de las *apa* se mostraron distraídas frente a un 8% de las *anpa*.

## 6.2 Características de las participantes

Se presentan aquí las características más importantes de las adolescentes y jóvenes que tomaron parte en los talleres, de acuerdo a los resultados cuantitativos más relevantes recabados a través del cuestionario auto-aplicado. Cabe señalar que el perfil de las adolescentes que participaron coincide con lo recabado en la etapa previa de nuestra investigación, durante las entrevistas de egreso.

El nivel de escolaridad varía en este grupo, donde se encontraron adolescentes sin nivel mínimo de escolaridad hasta nivel universitario; entre las *apa*, dos adolescentes, de edad comprendida entre los 17 y 19 años, no tienen escolaridad, una había cursado la primaria y sólo 6 de ellas habían alcanzado niveles de secundaria. La diferencia entre la proporción de *apa* y *anpa* acerca de su nivel de escolaridad es estadísticamente significativa ( $p=0.50$ ).

La ocupación predominante entre las adolescentes post-aborto (*apa*) es la de ama de casa, 9 casos sobre un total de 13 que corresponde al 69%. Entre las adolescentes no post-aborto (*anpa*) la ocupación preponderante fue la de estudiante, 77% (10 casos). Sólo se registró un caso de *anpa* que realiza ambas actividades. Por otro lado, el 84% de los casos de *apa* dependen económicamente de su pareja o de sus padres: 61.5% y 23% respectivamente. Esto evidencia una situación no solamente de dependencia económica, sino también de dependencia emocional. La falta de autonomía económica hace que estas adolescentes permanezcan en un círculo de opresión y de ausencia de auto-estima. No se consideran valiosas porque no "trabajan" y tienen que acatar reglas que les impiden buscar su autonomía y elaborar un discurso empoderado tomando en cuenta sus necesidades e intereses propios. Otro *antiviverio* en el que se encuentran es en el de la maternidad, a sus escasos 19 años algunas son madres de dos hijos, lo que les impide estudiar o trabajar, ya que tienen que quedarse a cuidar de ellos.

Una variable que incide determinantemente en el contexto en el que se desarrollan las adolescentes, es el número de personas con las que viven y la relación de dormitorios que hay en la casa. El número máximo de dormitorios fue de 5, para un solo caso. El promedio de dormitorios es de 2.8 por casa y de 5.8 personas por hogar, lo que da un mínimo de dos personas por habitación. En algunos casos se observó que un 7.7% (2 casos) de las

adolescentes, ambas pertenecientes a la población, comparten su espacio con 14 personas en una casa de 4 habitaciones. La falta de espacio y de privacidad evidencia que el 45.3% de las adolescentes está molesta en casa y el 33.4% desea irse de casa. 12.5% desea "bastante" irse de casa. 4.2% desea "muchos irse de casa y el 16.7% desea "algo" irse de casa. Los problemas familiares que se detectaron tanto en el instrumento cuantitativo como en el cualitativo son relevantes. La mayoría de estas chicas, *apa* y *anpa*, manifestaron estar a disgusto en sus hogares, así como también manifestaron su gran rivalidad con sus padres y madres básicamente por relaciones carentes de atención y cariño y en ocasiones caracterizadas mas bien por maltrato. El 38.4% de las *apa* aseguró que no se identificaba con ninguno de sus padres.

El contexto familiar de la mayoría de las *apa* es poco favorable para ellas, predominan la marginación, el hacinamiento y hasta el maltrato, lo que provoca en ellas una auto-desvaloración y una baja auto-estima. En sus intervenciones, era evidente el miedo de decir algo que no fuera correcto o inclusive de cuestionar a las demás; no están acostumbradas a expresarse, mas bien están habituadas a que sus familiares las hagan sentir incapaces, inútiles, sin confianza en sí mismas. La integración familiar entre las adolescentes *anpa* es más fuerte y el diálogo entre padres e hijas es más abierto, lo que les ha permitido a algunas de ellas tener más información sobre sexualidad y metodología anticonceptiva. Sin embargo, se dio el caso de hijas de enfermeras que carecían totalmente de conocimientos sobre su cuerpo, su sexualidad y métodos anticonceptivos.

La relación madre/hija es la más dramática de todas las relaciones porque pone en evidencia la condición servil de la mujer, más que ninguna otra, al verse obligada la madre a transmitir a la hija, por toda herencia racional, la opresión discriminación y explotación que ella misma sufre. La hija recibe con la asistencia de la madre la preparación necesaria para seguir perpetuando el sistema de relaciones patriarcal en el seno del cual será por una generación más una esclava.<sup>125</sup> Se observó entre algunas chicas un gran resentimiento hacia sus madres por haberlas "llevado a esa situación".

---

<sup>125</sup> Sau, Victoria, 1981, citada en Lagarde, M. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. PUEG. UNAM, 2001. pág. 429.

Conocer la forma en que estas adolescentes toman sus decisiones fue otro de nuestros objetivos, para integrar en el taller reflexiones y dinámicas que les ayudaran a reforzar los procesos relativos. Los resultados arrojados por el instrumento cuantitativo aplicado previamente al inicio del taller, reflejaron que las *apa* (11 casos) aparentemente tienen la capacidad de analizar ventajas y desventajas antes de tomar una decisión. De ninguna manera ponemos en duda la veracidad de sus respuestas, sin embargo, aun cuando estas adolescentes manifiestan una reflexión previa a la toma de decisiones, las condiciones del contexto en el que se encuentran les impiden llevar a cabo sus acciones y/o decisiones. Del grupo de adolescentes post-aborto se obtuvieron frases que evidenciaban que no había una toma de decisiones contundente con respecto del estado de ánimo que mostraban y la auto-estima que manifestaban.

### 6.3 Las historias sexuales y reproductivas

Las adolescentes que han transgredido el tabú de la sexualidad sin conocer su cuerpo, ni como cuidarlo, son chicas que han quedado embarazadas, que viven casadas a la fuerza por sus padres o que son madres solteras, en ambos casos en dependencia total de los padres o de la pareja. Es un círculo del cual las mujeres pueden escapar a través del conocimiento de su cuerpo, de obtener información veraz y oportuna sobre cómo hacer un ejercicio sano de su sexualidad y sobre cómo controlar su capacidad biológica de reproducción.

Los conceptos de actividad sexual tienen distinto significado en relación con la variable pareja, sexo y abstinencia; significan cosas distintas entre aquellas que recientemente iniciaron su vida sexual y entre aquellas que tienen sexo esporádico y espontáneo. De los 13 casos de *apa*, 9 tienen una pareja estable, mientras que el 100% la población de *anpa* son solteras aun cuando algunas ya tenían hijos. Al preguntarles cuántos años cumplidos tenían al tener su primera relación sexual el 21% de adolescentes post-aborto manifestó que la había tenido entre los 12 y los 15 años; el 25% entre los 16 y los 19 años. El 8.3% de esta misma población (adolescentes post-aborto) manifestó que NUNCA había tenido relaciones sexuales, lo que es biológicamente imposible. Detrás de este ocultamiento está la culpa y la vergüenza que existe al hablar de "sexo". El 29% de las

adolescentes no post-aborto no había tenido relaciones sexuales; el 8% declaró haber tenido esta primera relación entre los 12 y los 15 años.

El 60% de las *apa* sólo había tenido una pareja sexual, mientras que el 13% ha tenido de dos a tres parejas. El 100% de las *ampa* ha tenido sólo una pareja sexual. Sobre la frecuencia de sus relaciones sexuales, 21% de las *apa* declaró tenerlas entre una y cuatro veces al mes, el 29% declaró que varias veces por semana, y un 7% todos los días. Las *ampa* manifestaron en un 21% tener relaciones sexuales dos o tres veces al año o menos, y 7% afirmó que las tenía entre una y cuatro veces al mes. Esto refleja una enorme y apremiante necesidad no satisfecha de anticoncepción, sobre todo entre las *apa*. Sobre su sexualidad, el 14% de las adolescentes no post-aborto manifestaron que nunca es placentero para ellas tener relaciones sexuales. El resto de la población total manifestó en un 50% disfrutar siempre de sus relaciones sexuales, y el 36% manifestó que sólo a veces les es placentero. Esta ausencia de goce se puede deber a la falta de conocimiento de su propio cuerpo y a la poca atención que reciben por parte de sus parejas en el terreno sexual; como manifiestan explícitamente algunas adolescentes.

Las adolescentes que han tenido un aborto viven diversas situaciones, que pueden enmarcarse a partir de las anteriores caracterizaciones. En virtud de la expropiación de su cuerpo, muchas adolescentes son tildadas con la culpa de haber provocado la pérdida de un hijo, de una vida, no importando las condiciones en que se dio el aborto, si fue un aborto espontáneo o fue un aborto inducido. Incluso ellas mismas se auto-castigan en caso cualquiera de los dos casos.

Un elemento que nos llevó a la observación de un gran sentimiento de culpa frente a la sexualidad, el embarazo y el aborto, fue la gran cantidad de preguntas sobre estos temas no contestadas en el cuestionario aplicado antes iniciar el taller. El 44% (11 casos) del total de la población dejó sin contestar todas las preguntas de la sección sobre historia sexual y reproductiva. De ese porcentaje 28% (7 casos) de las participantes pertenecen a la población de adolescentes post-aborto, mientras que el 16% restante, (4 casos) pertenece a la población de adolescentes no post-aborto.

TRABAJOS CON  
MATERIAL DE ORIGEN

A través de un ejercicio sobre ventajas y desventajas de ser mujer, conocimos las distintas ideas que estas chicas tenían sobre la maternidad. Para algunas era una gran ventaja sobre los hombres: la gran mayoría de las participantes afirmaba que, a pesar que el embarazo no había sido planeado, si había sido deseado, es decir se habían sentido contentas - mientras que para una minoría no era una gran ventaja. En los tres talleres realizados, se menciona repetidamente que era una ventaja dar "vida", pero que ello implicaba mucho trabajo, como cuidar de los niños, cambiar pañales, pérdida del tiempo libre, etc. Otras de las ventajas mencionadas recurrentemente en los tres talleres fueron la ausencia de servicio militar, la posibilidad de expresar sentimientos, la ausencia de trabajos pesados, "libertad para la vestimenta", la dedicación en todas las acciones realizadas: "somos más dedicadas", y una de las "ventajas" más socorrida, fue "somos capaces de soportar más dolor".

En otros momentos, se evidenció la dificultad que tienen estas mujeres adolescentes para hacer contacto con su cuerpo, con sus historias sexuales y reproductivas: la falta de participación, en momentos gran apatía, los largos silencios y movimientos corporales que indicaban nerviosismo y ansiedad, tales como un movimiento acelerado de ambas piernas o la total impavidez. Estos factores no solamente una dificultad de contacto de tipo "vergonzoso" por así llamarlo, también hicieron evidente el abuso sexual del cual algunas de las participantes habían sido víctimas. 16% de la población total (4 casos) habían sido abusadas sexualmente. En tres de los cuatro casos, las adolescentes conocían al agresor. Cabe recordar que el 44% de la población total dejó en blanco la sección sobre historia sexual y reproductiva, por lo que a través de otros recursos como información recabada de personas cercanas a ellas como jefas de trabajo, tuvimos conocimiento de otros cuatro casos de abuso sexual, es decir un 16% de la población total. En ambas situaciones, la registrada en el cuestionario y la registrada a partir de otros informantes, se encontró que pertenecían a la categoría de adolescentes post-aborto. La coerción sexual es un síntoma de las opciones de vida tan limitadas entre mujeres y niñas y adolescentes. Los efectos de esta coerción sugieren que la víctima a menudo tiene dañada su autonomía, y esto es más agudo cuando el abuso ocurrió en a temprana edad. Por otro lado, es bien reconocido que el abuso sexual no se reporta, por vergüenza, o por miedo a represalias. El hecho que en estos talleres se

hayan develado estos antecedentes, que no habían sido revelados en ningún otro momento de la atención de las adolescentes, nos habla del grado de confianza que se alcanzó en estas dinámicas.

Las acciones de nuestras adolescentes no están logradas comunicativamente, sino normativamente reguladas. La población adolescente en general es víctima de una invisibilización e infantilización que los y las coloca en lugar donde no caben sus opiniones, reflexiones o decisiones porque les se considera incapaces o inhabilitados para hacerlo. Las adolescentes sufren, como hemos visto una doble marginación, su condición de género y de adolescentes les impide aun más ejercer su derecho desde al libre pensamiento, hasta un ejercicio sano de su sexualidad. Las madres adolescentes, una población aún más marginada, no tienen derechos políticos plenos: no pueden votar, ni decidir, ni ocupar puestos de elección popular, y sin embargo tienen la responsabilidad de formar a los nuevos ciudadanos y de proteger a la familia como célula social.<sup>126</sup>

Sin embargo, nuestras jóvenes mostraron que las acciones aseguradas normativamente dentro de sus círculos de vida cotidiana, pueden transformarse en acciones logradas comunicativamente, es decir, las adolescentes son capaces de transformar su propio discurso en función de crear para sí mismas mejores condiciones dialógicas que les permitan negociar y situarse en términos de acciones, en una posición central; acciones y discursos para sí mismas. En el taller partimos desde conocer nuestro cuerpo: cerrar los ojos y vernos frente al espejo desnudas; observar detenidamente cada parte de nuestro cuerpo, reconocernos. Y logramos que las adolescentes tuvieran una imagen positiva e integral de sí mismas: cuerpo y mente. Intentamos, a través de todas las dinámicas, que comprendieran la importancia de conocerse y respetarse.

Respecto a los roles y a la división del trabajo, llama la atención la series de ventajas y desventajas que las adolescentes atribuyen al ser mujer y a la maternidad. Estas "ventajas" se pueden traducir en "poder". Existe la posibilidad de colocarse en un "círculo de vulnerabilidad", se negocia a través de "un sufrimiento", por ejemplo, padecer las consecuencias de trabajos "pesados" y coloca a las mujeres en una situación donde pueden

---

<sup>126</sup> Lagarde, M. op. cit. pág. 407.

hacer uso de esta "ventaja-desventaja" que les permite tener un poder, sobre hacer o no dichos trabajos pesados. Sin embargo, la división del trabajo sigue siendo una forma de exclusión para las mujeres, aunque algunas contemplen dicha división como una ventaja.

Sus embarazos no deseados, como ya lo hemos argumentado, se deben principalmente al no uso de métodos anticonceptivos por desconocimiento, falta de acceso, desconfianza médica, razones morales, de opresión e ideológicas, en una palabra, por su condición doblemente vulnerable debida a su condición de género y a su edad. Su especificidad, por no decir su "diferencia", marca a estas adolescentes: mujeres y adolescentes que han tenido un aborto.

Nuestro primer acercamiento con ellas fue difícil ya que estas adolescentes no tienen los recursos para resignificar los contenidos de las temáticas y dinámicas de los talleres. No basta asistir a un sólo taller. El inicio puede ser el post-aborto, pero se pueden diseñar talleres en los que se desarrollen paulatinamente herramientas básicas para el auto-conocimiento.

La diferencia marca a estas adolescentes, su condición de género: adolescentes mujeres que han tenido un aborto. Este primer acercamiento fue difícil pues no tienen los recursos para resignificar los contenidos de las temáticas y dinámicas de los talleres. No basta asistir a un solo taller. El inicio puede ser el post-aborto, pero se pueden diseñar talleres en los que se desarrollen paulatinamente herramientas básicas para el auto-conocimiento. Aunque este estudio no fue comparativo entre hombres y mujeres, hace un acercamiento a la forma en que una población determinada (adolescentes post-aborto) participa en las distintas fases de la comunicación: desde la emisión del mensaje, la recepción y la retroalimentación así como los factores, como la empatía que permiten un mejor flujo de la información. De manera que se puedan hacer algunas observaciones sobre cómo diseñar e implementar un taller que atienda las necesidades específicas de estas adolescentes.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## CONCLUSIONES

A partir del análisis de los datos de nuestra investigación reconocemos que las adolescentes post-aborto son un grupo con necesidades específicas en diversos sentidos: necesitan y demandan atención, comprensión y cariño de sus familiares, demandan respeto a sus decisiones, requieren de herramientas como asertividad, auto-estima y empoderamiento para seguir un sano proceso de toma de decisiones, libre de miedos, culpa y discriminación. A través de las dinámicas del taller mostraron que las acciones aseguradas normativamente dentro de sus círculos de vida cotidiana, pueden transformarse en acciones logradas comunicativamente, es decir, las adolescentes son capaces de transformar su propio discurso en función de crear para sí mismas mejores condiciones dialógicas que les permitan negociar y situarse en términos de acciones, en una posición central; acciones y discursos para sí mismas. Logramos también que las adolescentes tuvieran una imagen positiva e integral de sí mismas: cuerpo y mente. Intentamos, a través de todas las dinámicas, que comprendieran la importancia de conocerse y respetarse. Les mostramos cómo ser asertivas, es decir, cómo decir lo que realmente querían decir, evidenciamos el prejuicio sobre el "verdadero significado" de la palabra "no" entre las mujeres: un "sí". Hablamos con ellas sobre sexualidad y los prejuicios que existen alrededor de ella. Hablamos del "pecado", hablamos del proceso de construcción del culto a la madre y del deber ser de las mujeres en nuestra cultura machista. Sin embargo, observamos que un sólo taller post-aborto no es suficiente para tratar por completo la problemática en la que estas adolescentes se encuentran. Los tres talleres realizados fueron un primer acercamiento a las ideas, sentimientos y necesidades de estas mujeres en desarrollo.

Concluimos de manera preliminar que el tratamiento del tema y la consejería post-aborto es un proceso que consiste en acercarse a representaciones contextos y sociales en los que las mujeres adolescentes son invisibles para la sociedad. Aunque las adolescentes que han enfrentado un aborto requieren de atención específica, las adolescentes en general necesitan ser un foco de atención para la consejería, pues se considera en muchos casos que las adolescentes casadas o con hijos no requieren de información sobre metodología



anticonceptiva debido a la creencia de que el matrimonio otorga madurez y responsabilidades.

Conseguir que las adolescentes realicen acciones logradas comunicativamente, aquellas donde están en una situación dialógica igualitaria y donde su discurso y sus decisiones son respetadas, es una tarea larga, pero posible. Las adolescentes que asistieron a cualquiera de los tres talleres obtuvieron información sobre cómo negociar, sobre cómo ser asertivas.

Las adolescentes requieren de tener información suficiente que les permita realizar acciones logradas comunicativamente, es decir, que logren empoderarse para establecer un diálogo en igualdad de condiciones frente a su pareja y frente a su familia de manera que sus intereses y sentimientos no se vean ni oprimidos, ni dominados, ni minimizados. Trabajar sobre el auto-concepto y la auto-estima es básico para lograr dicho empoderamiento. Si bien los tres talleres llevados a cabo no tuvieron el impacto esperado, tuvimos un primer acercamiento a lo que las adolescentes post-aborto demandan en términos de una consejería en los servicios de salud. Existen aun muchos hospitales donde ni siquiera existe un servicio general de consejería en sexualidad y anticoncepción. Sin embargo, se han sentado precedentes sobre la primera consejería post-aborto orientada hacia las adolescentes que han tenido un aborto.

Realizar un taller de cualquier tipo no es una tarea fácil. Llevar a cabo un taller post-aborto es especialmente una tarea complicada. La consejería post-aborto llevada a cabo a través de un TALLER es una forma diferente e innovadora de tener acceso a la información sobre metodología anticonceptiva que prevenga futuros embarazos no deseados, ya que incluye técnicas y contenidos sobre auto-conocimiento, comunicación, asertividad, proyecto de vida, que permiten no sólo tener la información, sino la posibilidad de HACER USO de ella, que es más importante. La reproducción de estos talleres debe continuar y sumarse a los esfuerzos de muchos hombres y muchas mujeres en todo el mundo para ofrecer a las adolescentes opciones nuevas sobre consejería u orientación en metodología anticonceptiva la cual debería estar siempre acompañada de herramientas para la vida.

El desarrollo de este modelo podrá mejorar también en la medida en que su contexto familiar, su situación de pareja, su escolaridad, su auto-estima y su historia y vida sexual y reproductiva sean tomados en cuenta como aspectos fundamentales dentro de una consejería. Las necesidades básicas de las adolescentes post-aborto están orientadas hacia elevar su auto-estima, lograr que tengan una imagen positiva de sí mismas y también hacia la resolución de problemas familiares y de problemas con su pareja, a través del aprendizaje de habilidades comunicativas y de negociación orientadas hacia su empoderamiento. Un factor determinante de su condición es la discriminación, la falta de educación y una pronta relación de pareja de unión libre o de matrimonio.

En la medida en que se implementen modelos de consejería que trabajen con factores sociales que inciden en la vida de las adolescentes, se adquirirá mayor experiencia y conocimiento sobre las necesidades básicas de consejería de las adolescentes que han tenido un aborto. Es fundamental trabajar estrechamente con ellas desde la invitación al taller hasta el último de los días del mismo.

Casi siempre las investigaciones sobre adolescentes tienen que ver con embarazos no planificados y/o no deseados, adicciones, sexualidad, entre otros temas; son muy pocas las investigaciones que se centran en el aborto como fenómeno importante dentro de la población adolescente. Reconocemos que la población adolescente es vulnerable y que las conductas de riesgo, como el sexo no protegido, acarrea severas dificultades para ellos y ellas. El fenómeno de la adolescencia debe visualizarse de manera integral: situación económica, política y social en que viven los y las adolescentes; historia sexual y reproductiva; representaciones sociales sobre el cuerpo, sexualidad y reproducción, así como tener un acercamiento hacia el auto-concepto de esta población, etc. En síntesis, son muchas las variables que inciden en la construcción de la identidad de las y los adolescentes, sin embargo, queremos hacer notar que son pocos los estudios que se han hecho sobre la adolescencia y el aborto. ¿Cómo lo viven?, ¿qué representa para ellas?, ¿cuál es el contexto en el que viven?, etc. Aunque pareciera que un taller post-aborto no es una estrategia preventiva, en realidad sí lo es. Se previenen futuras relaciones sexuales no

protegidas y no consensuadas; se previenen futuros embarazos no planificados y no deseados y por ende futuros abortos inseguros.

Las recientes conclusiones de diversos estudios sobre comunicación y género han afirmado que la posibilidad de transformación social es precisamente el vínculo entre ambos campos de investigación. Sabemos que el género es una construcción social que se hace a través de pautas comunicacionales. El objetivo de elaborar esta propuesta ha sido contribuir de alguna manera a una de muchas de las necesidades de transformación social.

### *1. Claves para trabajar con adolescentes post-aborto*

Los resultados de la investigación nos llevan a proponer las siguientes claves fundamentales para diseñar e implementar modelos de consejería post-aborto para adolescentes:

- Hacer énfasis en el contexto familiar de las adolescentes: ayudarlas a identificar la o las problemáticas en el seno de su familia. Evidenciarles que también es necesario que ellas se coloquen en un lugar distinto desde el cual podrán negociar con sus padres y madres sus propias necesidades, ideas y decisiones.
- Trabajar con las adolescentes en el aprendizaje de habilidades comunicativas y de negociación. Cooperar con las adolescentes en el proceso de aprender a ser asertivas: decir exactamente lo quieren decir, haciendo contacto con sus emociones y sus necesidades; decirlo bajo las condiciones más adecuadas y con las palabras correctas, sin agredir a las y los demás interlocutores.
- Hacer contacto con las percepciones sobre sexualidad y reproducción de las adolescentes y tenerlas presentes para corregir información incorrecta y derrumbar mitos.
- La perspectiva de género debe permean cada una de las temáticas del taller. Es necesario situarse en el contexto de su condición de género para detectar sus necesidades.
- Hacer en la medida de lo posible un seguimiento de la situación de estas adolescentes a través de una invitación a varios talleres más sobre la misma temática.
- Mantener siempre una relación dialógica igualitaria con las adolescentes. Reconocer y tener presente que son mujeres con la misma capacidad racional que nosotros y con derecho a opinar y sentir de manera distinta.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Tratar de manera integral las problemáticas que las adolescentes hagan evidentes.

## 2. *Apuntes básicos para instrumentar un taller post-aborto*

A partir de nuestra experiencia en el desarrollo de los tres talleres que llevamos a cabo, consideramos fundamental seguir las siguientes recomendaciones, antes, durante y después de un taller post-aborto:

- *Establecer empatía: "Me pongo en su lugar"*

Para comprender las necesidades, sentimientos y actitudes de las adolescentes es imprescindible la empatía: es decir, ponerse en el lugar de ellas e imaginar las circunstancias y sentimientos propios. Empatizar es escuchar con atención a las jóvenes. La empatía y el respeto a la diversidad de las personas que construye un puente de comunicación.

- *La comunicación: analizar las deficiencias en la elaboración del propio discurso de las adolescentes y los problemas en la familia provocados por una falta de igualdad dialógica.*

Es necesario identificar a un emisor (el que hace el mensaje), un receptor (el que lo recibe), un vehículo (el medio que se utiliza) y un código común (un lenguaje, un objeto o símbolo que ambos entiendan de la misma manera). Antes de comunicarnos debemos estructurar el mensaje, es decir expresar las ideas y los sentimientos sin agredir a las demás personas. De la misma manera quien recibe el mensaje debe tener la voluntad de escuchar sin interpretar.

Es fundamental construir una comunicación afectiva y efectiva ya se que transmite información y formación en ambas direcciones. Es decir, apelar siempre a la racionalidad de nuestro interlocutor, y en este caso apelar siempre a la racionalidad de las adolescentes. También la comunicación efectiva y afectiva logra comprometer a las adolescentes en la búsqueda de soluciones a sus problemas en un clima de respeto mutuo.



Hay que recordar que la comunicación es un proceso y éste permite establecer relaciones donde puede prevalecer la confianza al fortalecer la empatía, el respeto entre las personas.

Para que fluya libremente la comunicación es necesario observar las siguientes recomendaciones. No puede darse la comunicación si estamos ausentes, es decir que exista una falta de tiempo para conocer lo que para cada quien resulta importante. Las adolescentes tienen derecho a tener sus propios valores en relación con la sexualidad y en relación con la vida. Es fundamental respetarlos. También a través de los mensajes transmitimos valores y también transmitimos sentimientos.

Es importante saber y manifestar que no hay sentimientos malos: los contradictorios como el odio, miedo, furia o tristeza, nos avisan que algo necesita arreglo en nuestra vida. Lo importante es encontrar que los motiva, asumirlos y, finalmente, expresarlos claramente. Esto se aprende con la práctica. Es importante no perder de vista que las necesidades y los sentimientos de las adolescentes son los factores más importantes, a los que no que perderles la pista dentro del taller.

- *Trabajar permanentemente sobre la auto-estima de las adolescentes.*

*La auto-estima se sostiene y se nutre de un conjunto de capacidades que provienen de la individualización: la auto-valoración, la auto-crítica, la auto-evaluación, la disposición a la responsabilidad propia, la asunción de decisiones propias. Y todo ello conduce al desarrollo de experiencias relacionales y subjetivas primordiales para las mujeres: a la vivencia de tener límites personales, es decir, a la diferenciación en relación con los otros y a la posibilidad de la autonomía entendida como delimitación del Yo.<sup>127</sup>*

Es fundamental que durante todo el taller las adolescentes aprendan a construirse un auto-concepto integral positivo que les permita establecer con los y las otras relaciones más igualitarias que les permitan mejorar su calidad y condición de vida. Cuando se evidencia la necesidad de tener una auto-estima elevada, las adolescentes inician su recorrido hacia la búsqueda de sí mismas y de su satisfacción personal y felicidad. Trabajar con ellas en la andanza de este primer recorrido, posibilita que haya una conciencia sobre el cuidado y cariño hacia sus propios cuerpos.

---

<sup>127</sup> Lagarde, Marcela. *Claves feministas para la auto-estima de las mujeres*. Ed. Horas y Horas. México. 2001. pág. 91.

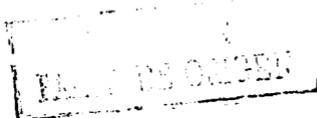
### *3. Propuesta final para elaborar un Manual de Orientación Post-Aborto para Adolescentes*

Como hemos visto en la atención post-aborto además de considerar la salud física se debe tomar en cuenta la salud emocional. A partir de esta idea se desarrolló nuestro estudio: trabajar con adolescentes post-aborto, sin importar las causas de este.

Para replicar el taller se requiere de personas que cuenten con información suficiente sobre salud sexual y reproductiva y metodología anticonceptiva. Así mismo, es importante que tenga conocimiento sobre intervención en crisis y que cuente con experiencia de trabajo con grupos.

El taller deberá estructurarse en cinco sesiones de tres horas diarias para completar un total de 15. Estará dividido en cinco bloques temáticos: integración y auto-conocimiento, aspectos psico-sociales, cuidados post-aborto, herramientas de apoyo psico-sociales y cierre. Una guía importante a lo largo del taller es la sábana programática donde aparecen organizados los bloques temáticos, actividades, materiales requeridos y tiempo estimado. Se proponen los siguientes componentes para integrar el Manual de Orientación:

- Tabla programática de bloques temáticos y actividades
- Bloques temáticos que incluyan a su vez:
  - objetivos específicos
  - indicaciones generales para el desarrollo de los temas,
  - cuadro con las técnicas participativas, material necesario y tiempo estimado para el desarrollo de las mismas,
  - premisas y contenidos con información básica que debe presentarse a las adolescentes, y
  - técnicas para trabajar los contenidos.
- Información básica de apoyo. Se propone una sección que incluya material bibliográfico que complete la sección de premisas y contenidos con el objetivo de que la persona que replique el taller lea anticipadamente dicho material y para tener información suficiente que otorgue respaldo sobre los temas del taller.
- Recomendaciones para la replicación que contengan información básica acerca del trabajo con grupos para que se tengan presentes indicaciones específicas sobre ello.



Para el buen manejo de taller se recomienda utilizar las reflexiones que el grupo haga con cada técnica para enriquecerlas. Es importante mencionar que este taller no tiene como objetivo impartir clases como en una escuela ya que la forma de trabajo es muy distinta: no se debe pretender enseñar ni instruir a las participantes sobre un tema específico. El objetivo es acompañarlas en un proceso de aprendizaje significativo, a partir de la participación, experiencias, ideas y preguntas de las propias adolescentes. La función de la facilitadora será más bien la de guiar a las adolescentes en las dinámicas, proporcionarles información y aclararles dudas.

La tabla programática que a continuación se presenta es una propuesta general que se puede modificar de acuerdo a las circunstancias y características que presente cada grupo. Cada uno de los ejercicios que se incluyen, así como su orden, son en conjunto una propuesta esbozada a partir del pilotaje realizado con los tres talleres anteriormente descritos, más uno de evaluación. Las facilitadoras que impartirán este taller tienen la opción de omitir o modificar las dinámicas de acuerdo al nivel de participación que el grupo vaya mostrando y el nivel de confianza que se establezca con las participantes. El orden de los temas también se puede modificar tomando en cuenta la respuesta de cada grupo, y también se puede más tiempo del planeado para priorizar algún tema considerando las necesidades de las adolescentes. Se pueden realizar todas las modificaciones que se desee con la premisa de cubrir todos los bloques temáticos y de respetar y cumplir los objetivos de cada uno de ellos.

### Propuesta final de Programación de actividades para el taller

BLOQUE I INTEGRACIÓN Y AUTO-CONOCIMIENTO			
Tema	Actividad	Materiales	Tiempo
Presentación	Bienvenida y presentación del taller, de las instituciones participantes y de la facilitadora	Singuno	20 min.
	Establecimiento del encuadre	Pizarrón y gises	20 min.
	Presentación en parejas	Singuno	30 min.
Integración	Expectativas	Pizarrón y gises	20 min.
	Día de campo	Singuno	20 min.
	Caras y gestos	Singuno	15 - 20 min.
	Nudo	Singuno	10 min.
	Mientras	Singuno	20 min.
Autoconocimiento	Fan cerca y tan lejos	Hojas blancas, lápices	60 min.
	Frente al espejo	Singuno	10 min.
	El objeto que viene del mar	Grabadora y música suave	60 min.

**BLOQUE II ASPECTOS PSICO-SOCIALES**

Tema	Actividad	Materiales	Tiempo
Género	Ventajas y desventajas de ser mujer	Cartulinas, plumones, revistas, pegamento, tijeras	30 min.
	Historias de vida	hojas de papel y lápices	60 min
	Estadías	Ninguno	40 min
	Exposición sobre género y maternidad	Pizarra y gises	30 min.
Duelo	Las pérdidas de mi vida	Hojas blancas y lápices	40 min
	Bravas	Ninguno	30 min
	Exposición sobre manejo de duelo	Pizarra y gises	20 min

**BLOQUE III EDUCACION SEXUAL Y CUIDADOS POST-ABORTO**

Tema	Actividad	Materiales	Tiempo
Salud sexual y salud reproductiva	Influencia social	Copias del formato o una por participante, lápices	40 min
	Cacería de firmas	Tarjetas de indicaciones, hojas blancas y lápices	40 min
	Exposición sobre salud sexual y salud reproductivas y sobre sexo seguro y sexo protegido	Pizarra y gises	40 min.
	Caricaturas	Caricaturas de riesgos en tarjetas	40 min.
Metodología anticonceptiva	Cuadro participativo	Pizarra y gises	30 min
	Exposición sobre métodos anticonceptivos	Rotafolios con imágenes de los métodos	40 min
	Eligiendo un método	Tarjetas con casos	30 min
	Uso correcto del condón	Condones, pepinos o plátanos	30 min.
	Exposición sobre anticoncepción de emergencia	Folleto informativo para las participantes	30 min.
Cuidados post-aborto	Cuidando mi cuerpo	Pizarra y gises	30 min
	Exposición contenidos de higiene sexual y cuidados generales	Pizarra y gises	40 min

**BLOQUE IV HABILIDADES PARA LA VIDA**

Tema	Actividad	Materiales	Tiempo
Comunicación	Historia sin historia	Ninguno	20 min.
	Comunicación no verbal	Ninguno	10 min.
	Frases asertivas	Tarjetas con frases	30 min
	Telefono descompuesto	Ninguno	10-15 min
Autoestima	Lucar secreto		10 min
	Regalos		20 min
	Cruzando la línea		10 min.
	Ventanas		60 min.
Valores	Historia de Juan y Ana		30 min
Toma de decisiones	Ventajas y desventajas de un acontecimiento		40 min
	Un caso		35 min
	Autobiografía a futuro		60 min.

**BLOQUE V CIERRE**

	Actividad	Materiales	Tiempo
Cierre	Resumen o síntesis de lo visto en el taller	Síntesis del proceso del taller por escrito (se elabora una noche antes)	10 min.
	Evaluación del taller	Cuestionarios como por participantes	20 min.
	Evaluación verbal final	Ninguno	30 min.
	Hoja a la espalda	Hojas, cinta adhesiva, plumas	40 min.
	Entrega de constancias o equivalente	Constancias o equivalente	10 min..

#### 4. Los retos

Son varios los retos que tiene la construcción de una consejería post-aborto para adolescentes. Uno de los principales retos es no perder de vista que una consejería de este tipo abarca de manera más integral las problemáticas de las adolescentes que les impiden u obstaculizan un uso efectivo, real y eficaz de métodos anticonceptivos que previenen embarazos no planificados y no deseados, así como también abortos inseguros.

Crear una conciencia entre los proveedores de salud que ofrecen servicios de consejería sobre la importancia de ofrecer información y un tratamiento integral post-aborto, es quizá uno de los mayores retos. Para conseguir este objetivo es necesario trabajar también con los proveedores de salud; es fundamental conocer sus percepciones sobre la sexualidad, la reproducción y sobre los servicios de consejería que ellos consideran pertinentes y eficaces.

Son ya muchas las experiencias que han registrado el trabajo con el personal de salud; se ha tratado de establecer patrones de calidad de la atención que contemplen las necesidades de los y las pacientes y sobre todo que no pierdan de vista el ofrecer un trato respetuoso y cálido basado en herramientas de la comunicación, tales como la empatía y la asertividad. Sin embargo, resta por hacer mucho trabajo sobre estas cuestiones.

Un reto más consiste en tener presentes los resultados de investigaciones e intervenciones anteriores, dirigidas a elevar la calidad de la atención hospitalarias en relación con los servicios de consejería tratando de ofrecer a los y las pacientes un servicio hospitalario integral.

Las interrogantes que ha dejado la presente investigación se refieren a cómo elaborar mejores estrategias discursivas creativas de reclutamiento de adolescentes para los talleres post-aborto, así como de buscar herramientas para evitar la deserción y el ausentismo de las adolescentes.

Finalmente consideramos que el mayor de los retos es seguir poniendo en el mapa de las intervenciones sobre salud sexual y reproductiva a las adolescentes que han tenido un aborto.

## Bibliografía

Adelaida Martínez *La televisión como un medio alternativo en la comunicación no formal en México*. Tesis de Licenciatura. UAM-I. México, 2000.

Arnoldo Kraus. "Salud Reproductiva: Del papel a la realidad". Ponencia presentada en el Seminario Nacional sobre Políticas Sociales, Sexualidad y Salud Reproductiva llevado a cabo en El Colegio de México el 20-21 de noviembre de 1996. México

Asociación de Estudios de Población Argentina. Centro de Estudios de Estado y Sociedad *Avances en la investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad*. Centro de estudios de Población. Buenos Aires, Argentina, 1998

Barraza, Eduardo. *Leyes sobre aborto en el mundo*. Hoja Informativa. GIRE. Mayo 2001

Benson, et. al. *Temas en el tratamiento del aborto: Cubriendo las necesidades de las mujeres en cuanto a la planificación familiar post-aborto, articulando las preguntas*. IPAS, 1993.

Brazier; Rizzuto; Wolf. *Prevención y Manejo del Aborto cuando ocurre en condiciones de riesgo. Guía de acción*. Family Care International-IPAS-International Planned Parenthood-Population Council. Nueva York, 1999.

Brentano, F. *Psicología*. FCE, 1948.

Bustos; Bedolla; Flores; García y García. (comps.) *Estudios de Género y feminismo I*. Ed. Fontamara. México, 2000

Castro, Mercedes. *Virginidad e iniciación sexual*. Tesis de licenciatura. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, 2000.

CLADEM. *Declaración de los Derechos Humanos desde una Perspectiva de Género*. Aportes al 50 aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

CRLP; DEMUS. *Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que afectan sus vidas Reproductivas*. América latina y el Caribe. Nueva York, 1997.

Declaración Universal de los Derechos Humanos

De Martino, Giulio; Bruzzese, Marina. *Las filósofas*. Ed. Cátedra. Madrid España, 1994.

DeFleur; Ball-Rokeach. *Teoría de la comunicación de masas*. Ed. Paidós. México, 1997.

Figueroa, J. "Aproximación al estudio de los derechos reproductivos", *Reflexiones*, núm. 8, octubre de 1995

Figueroa J. G.; Stern, C. (coords) *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. políticas públicas, marcos normativos y actores sociales.* El Colegio de México. México. 2000.

Flores; Sayavedra. *Ser Mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud.* Red de Mujeres, A.C. México. 1997.

Fraser, Nancy et. al. *Teoría de Género y Teoría crítica.* Ed. Cátedra. España.

Gallardo Cano, Alejandro. *Curso de Teorías de la Comunicación.* Ed. Cromocolor. México. 1998.

GIRE. *Miradas sobre el aborto.* México. 2000.

Greenlade, F. et al. *Identificando la intersección: adolescencia, embarazo no deseado, VIH/SIDA y aborto en condiciones de riesgo.* Temas en el tratamiento del aborto. No. 4. Carolina del Norte. 1999.

Habermas, J. *Estudios previos.* E. Cátedra. Madrid. 1993.

Habermas, J. *Teoría de la acción comunicativa.* Tomo II. E. Cátedra. Madrid. 1990.

Huntington, Dale. 2000. *Cómo satisfacer las necesidades de atención a la salud de la mujer después de un aborto.* Documentos de programas Núm. 1 México, D.F. Population Council/Fronteras.

Lagarde, M. *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia.* Cuadernos inacabados. Ed. Horas y Horas. México. 2001.

Lagarde, M. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas.* PUEG. UNAM. México. 2001.

Lagarde, Marcela. *Una mirada feminista en el umbral del milenio.* Instituto de Estudios de la Mujer. México. 1999

Lamas, M. (comp.) *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual.* PUEG. UNAM. Ed. Porrúa. México. 2000.

Langer, Ana; Tolbert, Catherine. (Coordinadoras). *Mujer: sexualidad y salud reproductiva.* The Population Council. EDAMEX. México. 1995.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

León R., Federico. *Investigación operativa en planificación familiar y salud reproductiva*. The POPULATION COUNCIL. Documentos de trabajo, núm. 12, 1998. México.

Levi-Strauss. *El pensamiento salvaje*. FCE. México. 1978.

*Libertad y Reconocimiento de la Investigación Feminista en Ciencias de la Comunicación*. Elvira Hernández Carballido. Ponencia presentada en la Mesa temática: Feminismo y Reforma Académica. Libertad y reconocimiento de la investigación feminista del Foro La Universidad que queremos las Académicas: logros, perspectivas y propuestas.

Maureen, Paul et. al. *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. 1999. USA.

Miége, Bernard. *El pensamiento comunicacional*. UIA. México. 1996.

Pearson, J.; Turner, L.; Todd-Mancillas, W. *Comunicación y Género*. Ed. Paidós. Barcelona, España. 1993.

Revista Nueva Política. Vol. I. No. 3. *El Estado y la Televisión* Roman Gubern. "Condicionamientos Políticos y Estructurales de la Libertad de Expresión" FCE. México. Julio-Septiembre. 1976.

Salles, V.; Tuirán R. *Dentro del laberinto: primeros pasos en la elaboración de una Propuesta Teórico-analítica para el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México*. El Colegio de México, México. 1995.

Sánchez Olvera. *La Creación Feminista de los Derechos sexuales y reproductivos y la Ciudadanía de las Mujeres en México*. Tesis Doctoral. FCPyS. UNAM. 2002

Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*.

*Sistema de Indicadores para el Seguimiento de la Situación de la Mujer en México*. INEGI. 2000.

Solares, Blanca. *El síndrome Habermas*. Ed. Porrúa/UNAM. 1ª. Ed. México. 1997.

Stern; Figueroa. (coords.) *Sexualidad y Salud Reproductiva. Avances y retos para la investigación*. El Colegio de México. 2001.

Stewart, F.H., E.S. Wells, S.K. Flinn, T. A. Weitz. *Aborto temprano con asistencia médica: temas para la práctica*. UCSF Center for Reproductive Health Research & Policy. San Francisco, California. 2001.

*Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of a mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*. Third edition. 1997

Vania Salles, Rodolfo Tuirán. "El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma?". Ponencia presentada en el Seminario Internacional sobre Avances en Salud reproductiva y Sexualidad. El Colegio de México. Noviembre, de 1996.

Zendentein; Moore, (eds.) *Aprendiendo sobre sexualidad. Una manera práctica de comenzar*. The Population Council. Nueva York. 1999.

## Documentos electrónicos

Adorno; Horkeimer. *Dialéctica de la Ilustración. Fragmentos Filosóficos*. Madrid, 1994. citado en Sergio Pablo Fernández. "Habermas y la Teoría Crítica de la sociedad". Cinta de Moebio No. 1 Septiembre de 1997. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. [http://rehue.esociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/01\\_frames30.htm](http://rehue.esociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/01_frames30.htm)

El primer congreso Feminista de Yucatán, Mérida Yucatán. Talleres Tipográficos del Ateneo Peninsular, 1916, p. 31 citado en Patricia Castañeda. *Historia del Feminismo: s. XIX*. <http://www.indemujer.org/historia/s-s-xix/historia.htm>

<http://www.cndh.org.mx>

<http://www.convencion.org.uy/menu2-001.htm>

[http://www.nodo50.org/mujeresred/feminismo-maria\\_salas.html](http://www.nodo50.org/mujeresred/feminismo-maria_salas.html)

<http://www.rolac.unep.mx/mujer98/mhis-e.htm>

[http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM\\_97\\_16/MSM\\_97\\_16\\_chapter1.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_97_16/MSM_97_16_chapter1.en.html)

Los feminismos a través de la historia. Ana De Miguel. *Mujeres en Red*. <http://www.nodo50.org/mujeresred/historia-feminismo1.html>

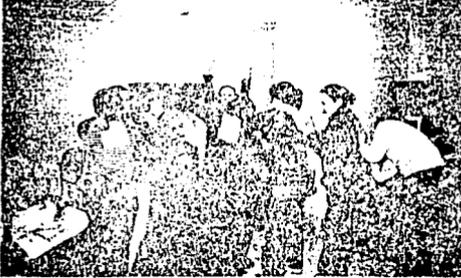
Los feminismos a través de la historia. Ana De Miguel. *Mujeres en Red*. Capítulo I Feminismo Premoderno. En <http://www.nodo50.org/mujeresred/historia-feminismo1.html> Patricia Castañeda. *Historia del Feminismo: s. XIX*. <http://www.indemujer.org/historia/s-s-xix/historia.htm>

Una mirada sobre los sucesivos feminismos. María Salas. *Mujeres en Red*. [http://www.nodo50.org/mujeresred/feminismo-maria\\_salas.html](http://www.nodo50.org/mujeresred/feminismo-maria_salas.html)  
[www.gire.org.mx](http://www.gire.org.mx)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Anexo I

FOTOGRAFÍAS DEL PRIMERO Y SEGUNDO TALLER



Primer Taller  
Enero 2002



Primer Taller  
Enero 2002



Primer Taller  
Enero 2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Segundo Taller  
Pamplona Clínica  
San Rafael  
Luis Sasama García



Segundo Taller  
Febrero 2002



Segundo Taller  
Febrero 2002

TESIC CON  
FALLA DE ORIGEN



Elizendo un método anticonceptivo  
Segundo taller



Enf. Libertad Luna,  
Psic. Carmina Saldo,  
Lic. Susana Garcia,  
Lic. Adelaida Martinez y Luisito



Luisito, Ana (su mamá) y Adelaida Martínez

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

TABLAS DE CONTINGENCIA

¿Completó taller?

Tabla de contingencia

		Adolescente Post-aborto		Total	
		si	no		
¿Completó taller?	sí	Recuento	5	5	10
		% de ¿Completó taller?	50.0%	50.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	38.5%	38.5%	38.5%
	% del total	19.2%	19.2%	38.5%	
	asistió un día	Recuento	5	1	6
		% de ¿Completó taller?	83.3%	16.7%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	38.5%	7.7%	23.1%
	% del total	19.2%	3.8%	23.1%	
	asistió dos días	Recuento	1	1	2
		% de ¿Completó taller?	50.0%	50.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	7.7%	7.7%	7.7%
	% del total	3.8%	3.8%	7.7%	
	asistió tres días	Recuento	1	1	2
		% de ¿Completó taller?	50.0%	50.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	7.7%	7.7%	7.7%
	% del total	3.8%	3.8%	7.7%	
asistió cuatro días	Recuento	1	5	6	
	% de ¿Completó taller?	16.7%	83.3%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	7.7%	38.5%	23.1%	
% del total	3.8%	19.2%	23.1%		
Total	Recuento	13	13	26	
	% de ¿Completó taller?	50.0%	50.0%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	50.0%	50.0%	100.0%	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Edad

Tabla de contingencia

			Adolescente Post-aborto		Total
			sí	no	
edad	menos de 16	Recuento	2	2	4
		% de edad	50.0%	50.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	15.4%	15.4%	15.4%
		% del total	7.7%	7.7%	15.4%
	17 a 19	Recuento	5	7	12
		% de edad	41.7%	58.3%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	38.5%	53.8%	46.2%
		% del total	19.2%	26.9%	46.2%
	20 a 23	Recuento	5	3	8
		% de edad	62.5%	37.5%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	38.5%	23.1%	30.8%
		% del total	19.2%	11.5%	30.8%
	24 o más	Recuento	1	1	2
		% de edad	50.0%	50.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	7.7%	7.7%	7.7%
		% del total	3.8%	3.8%	7.7%
Total	Recuento	13	13	26	
	% de edad	50.0%	50.0%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	50.0%	50.0%	100.0%	

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

**Ocupación**  
**Tabla de contingencia**

			Adolescente Post-aborto		Total
			si	no	
ocupación	ama de casa	Recuento	9		9
		% de ocupación	100.0%		100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	69.2%		34.6%
		% del total	34.6%		34.6%
	obrera o empleada en comercio u oficina	Recuento	1	1	2
		% de ocupación	50.0%	50.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	7.7%	7.7%	7.7%
		% del total	3.8%	3.8%	7.7%
	estudiante	Recuento	3	10	13
		% de ocupación	23.1%	76.9%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	23.1%	76.9%	50.0%
		% del total	11.5%	38.5%	50.0%
	profesional independiente	Recuento		1	1
		% de ocupación		100.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto		7.7%	3.8%
		% del total		3.8%	3.8%
	ama de casa y estudiante	Recuento		1	1
		% de ocupación		100.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto		7.7%	3.8%
		% del total		3.8%	3.8%
Total	Recuento	13	13	26	
	% de ocupación	50.0%	50.0%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	50.0%	50.0%	100.0%	

TERCER COM  
 DE ORIGEN

Estado civil

Tabla de contingencia

		Recuento	Adolescente Post-aborto		Total
			sí	no	
Estado civil	casada	Recuento	5		5
		% de Estado civil	100.0%		100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	38.5%		19.2%
		% del total	19.2%		19.2%
	unión libre	Recuento	4		4
		% de Estado civil	100.0%		100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	30.8%		15.4%
		% del total	15.4%		15.4%
	soltera	Recuento	4	13	17
		% de Estado civil	23.5%	76.5%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	30.8%	100.0%	65.4%
		% del total	15.4%	50.0%	65.4%
Total	Recuento	13	13	26	
	% de Estado civil	50.0%	50.0%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	50.0%	50.0%	100.0%	

TESIS CON  
TABLA DE ORIGEN

¿Has escuchado hablar de los métodos para evitar un embarazo?

Tabla de contingencia

			Adolescente Post-aborto		Total
			sí	no	
¿Has escuchado hablar de los métodos para evitar un embarazo?	Sí	Recuento	12	13	25
		% de ¿Has escuchado hablar de los métodos para evitar un embarazo?	48.0%	52.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	92.3%	100.0%	96.2%
		% del total	46.2%	50.0%	96.2%
	No	Recuento	1	1	2
		% de ¿Has escuchado hablar de los métodos para evitar un embarazo?	100.0%	100.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	7.7%	7.7%	3.8%
		% del total	3.8%	3.8%	3.8%
Total	Recuento	13	13	26	
	% de ¿Has escuchado hablar de los métodos para evitar un embarazo?	50.0%	50.0%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	50.0%	50.0%	100.0%	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

¿Cuántos años cumplidos tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?

Tabla de contingencia

			Adolescente Post-aborto		
			si	no	Total
¿Cuántos años cumplidos tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?	no he tenido relaciones sexuales	Recuento	2	7	9
		% de ¿Cuántos años cumplidos tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?	22.2%	77.8%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	15.4%	63.6%	37.5%
		% del total	8.3%	29.2%	37.5%
	12 a 15	Recuento	5	2	7
		% de ¿Cuántos años cumplidos tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?	71.4%	28.6%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	38.5%	18.2%	29.2%
		% del total	20.8%	8.3%	29.2%
	16 a 19	Recuento	6	1	7
		% de ¿Cuántos años cumplidos tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?	85.7%	14.3%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	46.2%	9.1%	29.2%
		% del total	25.0%	4.2%	29.2%
	más de 20	Recuento		1	1
		% de ¿Cuántos años cumplidos tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?		100.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto		9.1%	4.2%
		% del total		4.2%	4.2%
Total	Recuento	13	11	24	
	% de ¿Cuántos años cumplidos tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?	54.2%	45.8%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	54.2%	45.8%	100.0%	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

¿Fue una relación voluntaria?

Tabla de contingencia

			Adolescente Post-aborto		Total
			si	no	
¿Fue una relación voluntaria?	si	Recuento	11	4	15
		% de ¿Fue una relación voluntaria?	73.3%	26.7%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	73.3%	26.7%	100.0%
Total		Recuento	11	4	15
		% de ¿Fue una relación voluntaria?	73.3%	26.7%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	73.3%	26.7%	100.0%

¿Cuántas parejas sexuales has tenido?

Tabla de contingencia

			Adolescente Post-aborto		Total
			si	no	
¿Cuántas parejas sexuales has tenido?	1	Recuento	9	4	13
		% de ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?	69.2%	30.8%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	81.8%	100.0%	86.7%
		% del total	60.0%	26.7%	86.7%
	2 a 3	Recuento	2	2	4
		% de ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?	100.0%		100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	18.2%		13.3%
		% del total	13.3%		13.3%
Total		Recuento	11	4	15
		% de ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?	73.3%	26.7%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	73.3%	26.7%	100.0%

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?

Tabla de contingencia

			Adolescente Post-aborto		Total
			si	no	
¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?	rara vez (dos o tres veces al año o menos)	Recuento	1	3	4
		% de ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?	25.0%	75.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	10.0%	75.0%	28.6%
		% del total	7.1%	21.4%	28.6%
	algunas veces (de 1 a 4 veces al mes)	Recuento	3	1	4
		% de ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?	75.0%	25.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	30.0%	25.0%	28.6%
		% del total	21.4%	7.1%	28.6%
	varias veces por semana	Recuento	4	1	5
		% de ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?	100.0%	20.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	40.0%	28.6%	28.6%
		% del total	28.6%	7.1%	28.6%
	casi todos los días	Recuento	1	1	2
		% de ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?	100.0%	50.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	10.0%	7.1%	7.1%
		% del total	7.1%	7.1%	7.1%
no estoy segura	Recuento	1	1	2	
	% de ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?	100.0%	50.0%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	10.0%	7.1%	7.1%	
	% del total	7.1%	7.1%	7.1%	
Total	Recuento	10	4	14	
	% de ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?	71.4%	28.6%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	71.4%	28.6%	100.0%	

ESTO CON  
 FALLA DE ORIGEN

¿Con quién has tenido relaciones sexuales?

Tabla de contingencia

			Adolescente Post-aborto		Total
			sí	no	
¿Con quién has tenido relaciones sexuales?	con mi novio(s)	Recuento	7	4	11
		% de ¿Con quién has tenido relaciones sexuales?	63.6%	36.4%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	63.6%	100.0%	73.3%
		% del total	46.7%	26.7%	73.3%
	esposo	Recuento	4	4	4
		% de ¿Con quién has tenido relaciones sexuales?	100.0%		100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	36.4%		26.7%
		% del total	26.7%		26.7%
Total	Recuento	11	4	15	
	% de ¿Con quién has tenido relaciones sexuales?	73.3%	26.7%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	73.3%	26.7%	100.0%	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Nivel de estudios  
Tabla de contingencia

			Adolescente Post-aborto		Total
			si	no	
Nivel de estudios	sin escolaridad	Recuento	2		2
		% de Nivel de estudios	100.0%		100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	15.4%		7.7%
		% del total	7.7%		7.7%
	hasta primaria	Recuento	1		1
		% de Nivel de estudios	100.0%		100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	7.7%		3.8%
		% del total	3.8%		3.8%
	hasta secundaria	Recuento	6	2	8
		% de Nivel de estudios	75.0%	25.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	46.2%	15.4%	30.8%
		% del total	23.1%	7.7%	30.8%
	hasta preparatoria	Recuento	1	5	6
		% de Nivel de estudios	16.7%	83.3%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	7.7%	38.5%	23.1%
		% del total	3.8%	19.2%	23.1%
	otro	Recuento		1	1
		% de Nivel de estudios		100.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto		7.7%	3.8%
		% del total		3.8%	3.8%
facultad	Recuento	3	5	8	
	% de Nivel de estudios	37.5%	62.5%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	23.1%	38.5%	30.8%	
	% del total	11.5%	19.2%	30.8%	
Total	Recuento	13	13	26	
	% de Nivel de estudios	50.0%	50.0%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	50.0%	50.0%	100.0%	

TESIS CON  
 FALTA DE ORIGEN

¿En los últimos seis meses has usado métodos anticonceptivos en tus relaciones sexuales?

Tabla de contingencia

		Adolescente Post-aborto		Total	
		sí	no		
¿En los últimos seis meses has usado métodos anticonceptivos en tus relaciones sexuales?	si	Recuento	3	2	5
		% de ¿En los últimos seis meses has usado métodos anticonceptivos en tus relaciones sexuales?	60.0%	40.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	60.0%	66.7%	62.5%
		% del total	37.5%	25.0%	62.5%
	no	Recuento	2	1	3
		% de ¿En los últimos seis meses has usado métodos anticonceptivos en tus relaciones sexuales?	66.7%	33.3%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	40.0%	33.3%	37.5%
		% del total	25.0%	12.5%	37.5%
Total	Recuento	5	3	8	
	% de ¿En los últimos seis meses has usado métodos anticonceptivos en tus relaciones sexuales?	62.5%	37.5%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	62.5%	37.5%	100.0%	

TERCER CON  
 FALLA DE ORIGEN

¿Cuál?

Tabla de contingencia

		Adolescente Post-aborto		Total
		sí	no	
¿Cuál?	condón	Recuento	1	1
		% de ¿Cuál?	100.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	50.0%	16.7%
		% del total	16.7%	16.7%
	píldoras	Recuento	3	3
		% de ¿Cuál?	100.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	75.0%	50.0%
		% del total	50.0%	50.0%
	condón y abstinencia	Recuento	1	1
		% de ¿Cuál?	100.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	50.0%	16.7%
		% del total	16.7%	16.7%
	píldoras y diu	Recuento	1	1
		% de ¿Cuál?	100.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	25.0%	16.7%
		% del total	16.7%	16.7%
Total	Recuento	4	2	6
	% de ¿Cuál?	66.7%	33.3%	100.0%
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	66.7%	33.3%	100.0%

FALTA DE ORIGEN  
 TERCERA FON

¿Alguna vez has estado embarazada?

Tabla de contingencia

		Recuento	Adolescente Post-aborto		Total
			si	no	
¿Alguna vez has estado embarazada?	1	Recuento	5	1	6
		% de ¿Alguna vez has estado embarazada?	83.3%	16.7%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	55.6%	25.0%	46.2%
		% del total	38.5%	7.7%	46.2%
	2 a 3	Recuento	1	1	2
		% de ¿Alguna vez has estado embarazada?	50.0%	50.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	11.1%	25.0%	15.4%
		% del total	7.7%	7.7%	15.4%
	6 a 7	Recuento	2		2
		% de ¿Alguna vez has estado embarazada?	100.0%		100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	22.2%		15.4%
		% del total	15.4%		15.4%
	no	Recuento	1	2	3
		% de ¿Alguna vez has estado embarazada?	33.3%	66.7%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	11.1%	50.0%	23.1%
		% del total	7.7%	15.4%	23.1%
Total	Recuento	9	4	13	
	% de ¿Alguna vez has estado embarazada?	69.2%	30.8%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.2%	30.8%	100.0%	

TESIS CON  
 FALTA DE ORIGEN

¿Cuántos hijos vivos has tenido, aun cuando murieron después de nacer?

Tabla de contingencia

		Adolescente Post-aborto		Total	
		sí	no		
¿Cuántos hijos vivos has tenido, aun cuando murieron después de nacer?	0	Recuento	4		4
		% de ¿Cuántos hijos vivos has tenido, aun cuando murieron después de nacer?	100.0%		100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	50.0%		40.0%
		% del total	40.0%		40.0%
	1	Recuento	1	1	2
		% de ¿Cuántos hijos vivos has tenido, aun cuando murieron después de nacer?	50.0%	50.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	12.5%	50.0%	20.0%
		% del total	10.0%	10.0%	20.0%
	2	Recuento	2	1	3
		% de ¿Cuántos hijos vivos has tenido, aun cuando murieron después de nacer?	66.7%	33.3%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	25.0%	50.0%	30.0%
		% del total	20.0%	10.0%	30.0%
3	Recuento	1		1	
	% de ¿Cuántos hijos vivos has tenido, aun cuando murieron después de nacer?	100.0%		100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	12.5%		10.0%	
	% del total	10.0%		10.0%	
Total	Recuento	8	2	10	
	% de ¿Cuántos hijos vivos has tenido, aun cuando murieron después de nacer?	80.0%	20.0%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	80.0%	20.0%	100.0%	

INSTITUCION  
 DE INVESTIGACIONES  
 SOCIALES  
 CON  
 SERVICIO SOCIAL

¿Cuántos años cumplidos tenías cuando nació tu primer hijo(a)?

Tabla de contingencia

			Adolescente Post-aborto		Total
			sí	no	
¿Cuántos años cumplidos tenías cuando nació tu primer hijo(a)?	13 a 16	Recuento	2	1	3
		% de ¿Cuántos años cumplidos tenías cuando nació tu primer hijo(a)?	66.7%	33.3%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	33.3%	50.0%	37.5%
		% del total	25.0%	12.5%	37.5%
	17 a 19	Recuento	4	1	5
		% de ¿Cuántos años cumplidos tenías cuando nació tu primer hijo(a)?	80.0%	20.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	66.7%	50.0%	62.5%
		% del total	50.0%	12.5%	62.5%
Total	Recuento	6	2	8	
	% de ¿Cuántos años cumplidos tenías cuando nació tu primer hijo(a)?	75.0%	25.0%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	75.0%	25.0%	100.0%	

TESIS DE  
FALLA DE ORIGEN

¿Alguna vez has perdido un embarazo?

Tabla de contingencia

			Adolescente Post-aborto		Total
			si	no	
¿Alguna vez has perdido un embarazo?	1 vez	Recuento	6		6
		% de ¿Alguna vez has perdido un embarazo?	100.0%		100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	75.0%		60.0%
		% del total	60.0%		60.0%
	2 veces	Recuento	1		1
		% de ¿Alguna vez has perdido un embarazo?	100.0%		100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	12.5%		10.0%
		% del total	10.0%		10.0%
	no	Recuento	1	2	3
		% de ¿Alguna vez has perdido un embarazo?	33.3%	66.7%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	12.5%	100.0%	30.0%
		% del total	10.0%	20.0%	30.0%
Total	Recuento	8	2	10	
	% de ¿Alguna vez has perdido un embarazo?	80.0%	20.0%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	80.0%	20.0%	100.0%	

**¿El embarazo o los embarazos que has tenido fueron planeados? es decir, ¿los buscaste?**

**Tabla de contingencia**

		Adolescente Post-aborto		Total		
		si	no			
¿El embarazo o los embarazos que has tenido fueron planeados? es decir, ¿los buscaste?	sí	Recuento	4		4	
		% de ¿El embarazo o los embarazos que has tenido fueron planeados? es decir, ¿los buscaste?	100.0%		100.0%	
		% de Adolescente Post-aborto	57.1%		50.0%	
		% del total	50.0%		50.0%	
	no	Recuento		3		3
		% de ¿El embarazo o los embarazos que has tenido fueron planeados? es decir, ¿los buscaste?		100.0%		100.0%
		% de Adolescente Post-aborto		42.9%		37.5%
		% del total		37.5%		37.5%
	no sé	Recuento			1	1
		% de ¿El embarazo o los embarazos que has tenido fueron planeados? es decir, ¿los buscaste?			100.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto			100.0%	12.5%
		% del total			12.5%	12.5%
Total	Recuento	7	1		8	
	% de ¿El embarazo o los embarazos que has tenido fueron planeados? es decir, ¿los buscaste?	87.5%	12.5%		100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%		100.0%	
	% del total	87.5%	12.5%		100.0%	

¿Deseabas ese o esos embarazos, es decir, estabas contenta una vez que supiste que estabas embarazada?

Tabla de contingencia

			Adolescente Post-aborto		Total
			si	no	
¿deseabas ese o esos embarazos, es decir, estabas contenta una vez que supiste que estabas embarazada?	si	Recuento	6	1	7
		% de ¿deseabas ese o esos embarazos, es decir, estabas contenta una vez que supiste que estabas embarazada?	85.7%	14.3%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	85.7%	100.0%	87.5%
		% del total	75.0%	12.5%	87.5%
	no sé	Recuento	1		1
		% de ¿deseabas ese o esos embarazos, es decir, estabas contenta una vez que supiste que estabas embarazada?	100.0%		100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	14.3%		12.5%
		% del total	12.5%		12.5%
Total	Recuento	7	1	8	
	% de ¿deseabas ese o esos embarazos, es decir, estabas contenta una vez que supiste que estabas embarazada?	87.5%	12.5%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	87.5%	12.5%	100.0%	

**¿Algún día deseas tener otro embarazo?**

**Tabla de contingencia**

		Adolescente Post-aborto		Total
		sí	no	
<b>¿Algún día deseas tener otro embarazo?</b>	<b>sí</b>	<b>Recuento</b>	7	7
		% de ¿Algún día deseas tener otro embarazo?	100.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	100.0%	87.5%
		% del total	87.5%	87.5%
	<b>no sé</b>	<b>Recuento</b>	1	1
		% de ¿Algún día deseas tener otro embarazo?	100.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	100.0%	12.5%
		% del total	12.5%	12.5%
<b>Total</b>	<b>Recuento</b>	7	1	8
	% de ¿Algún día deseas tener otro embarazo?	87.5%	12.5%	100.0%
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	87.5%	12.5%	100.0%

A la hora de tener relaciones sexuales ¿cuántas veces usarías métodos anticonceptivos?

Tabla de contingencia

		Adolescente Post-aborto		Total	
		si	no		
A la hora de tener relaciones sexuales ¿cuántas veces usarías métodos anticonceptivos?	todas las veces	Recuento	4	6	10
		% de A la hora de tener relaciones sexuales ¿cuántas veces usarías métodos anticonceptivos?	40.0%	60.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	36.4%	50.0%	43.5%
		% del total	17.4%	26.1%	43.5%
	casi todas las veces	Recuento	3	4	7
		% de A la hora de tener relaciones sexuales ¿cuántas veces usarías métodos anticonceptivos?	42.9%	57.1%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	27.3%	33.3%	30.4%
		% del total	13.0%	17.4%	30.4%
	rara vez	Recuento	3	2	5
		% de A la hora de tener relaciones sexuales ¿cuántas veces usarías métodos anticonceptivos?	60.0%	40.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	27.3%	16.7%	21.7%
		% del total	13.0%	8.7%	21.7%
	nunca	Recuento	1		1
		% de A la hora de tener relaciones sexuales ¿cuántas veces usarías métodos anticonceptivos?	100.0%		100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	9.1%		4.3%
		% del total	4.3%		4.3%
Total	Recuento	11	12	23	
	% de A la hora de tener relaciones sexuales ¿cuántas veces usarías métodos anticonceptivos?	47.8%	52.2%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	47.8%	52.2%	100.0%	

Taller al que asistieron

Tabla de contingencia

			Adolescente Post-aborto		Total
			sí	no	
<b>Taller al que asistieron</b>	<b>primer taller</b>	Recuento	5	5	10
		% de Taller al que asistieron	50,0%	50,0%	100,0%
		% de Adolescentes Post-aborto	38,5%	38,5%	38,5%
		% del total	19,2%	19,2%	38,5%
	<b>segundo taller</b>	Recuento	8	4	12
		% de Taller al que asistieron	66,7%	33,3%	100,0%
		% de Adolescentes Post-aborto	61,5%	30,8%	46,2%
		% del total	30,8%	15,4%	46,2%
	<b>tercer taller</b>	Recuento		4	4
		% de Taller al que asistieron		100,0%	100,0%
		% de Adolescentes Post-aborto		30,8%	15,4%
		% del total		15,4%	15,4%
<b>Total</b>	Recuento	13	13	26	
	% de Taller al que asistieron	50,0%	50,0%	100,0%	
	% de Adolescentes Post-aborto	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%	

Integración al taller

Tabla de contingencia

			Adolescente Post-aborto		
			si	no	Total
Integración al taller	total	Recuento	4	7	11
		% de Integración al taller	36.4%	63.6%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	30.8%	53.8%	42.3%
		% del total	15.4%	26.9%	42.3%
	parcial	Recuento	3	4	7
		% de Integración al taller	42.9%	57.1%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	23.1%	30.8%	26.9%
		% del total	11.5%	15.4%	26.9%
	nula	Recuento	6	2	8
		% de Integración al taller	75.0%	25.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	46.2%	15.4%	30.8%
		% del total	23.1%	7.7%	30.8%
Total	Recuento	13	13	26	
	% de Integración al taller	50.0%	50.0%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	50.0%	50.0%	100.0%	

¿Cómo fueron la mayor parte de sus participaciones?

Tabla de contingencia

			Adolescente Post-aborto		Total
			si	no	
¿Cómo fueron la mayor parte de sus participaciones?	comparte experiencias	Recuento	6	6	12
		% de ¿Cómo fueron la mayor parte de sus participaciones?	50.0%	50.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	46.2%	46.2%	46.2%
		% del total	23.1%	23.1%	46.2%
	opinión	Recuento		1	1
		% de ¿Cómo fueron la mayor parte de sus participaciones?		100.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto		7.7%	3.8%
		% del total		3.8%	3.8%
	bromas	Recuento		3	3
		% de ¿Cómo fueron la mayor parte de sus participaciones?		100.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto		23.1%	11.5%
		% del total		11.5%	11.5%
	ninguna	Recuento	7	3	10
		% de ¿Cómo fueron la mayor parte de sus participaciones?	70.0%	30.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	53.8%	23.1%	38.5%
		% del total	26.9%	11.5%	38.5%
Total	Recuento	13	13	26	
	% de ¿Cómo fueron la mayor parte de sus participaciones?	50.0%	50.0%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	50.0%	50.0%	100.0%	

TEJIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Percepción**

**Tabla de contingencia**

		Adolescente Post-aborto		Total	
		sí	no		
Percepción	escucha atentamente	Recuento	8	11	19
		% de Percepción	42.1%	57.9%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	61.5%	84.6%	73.1%
		% del total	30.8%	42.3%	73.1%
	está distraída	Recuento	5	2	7
		% de Percepción	71.4%	28.6%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	38.5%	15.4%	26.9%
		% del total	19.2%	7.7%	26.9%
Total	Recuento	13	13	26	
	% de Percepción	50.0%	50.0%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	50.0%	50.0%	100.0%	

¿Cómo fue su participación en el bloque de comunicación?

Tabla de contingencia

		Adolescente Post-aborto		Total	
		si	no		
¿Cómo fue su participación en el bloque de comunicación?	tuvo interés	Recuento	7	12	19
		% de ¿Cómo fue su participación en el bloque de comunicación?	36.8%	63.2%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	53.8%	92.3%	73.1%
		% del total	26.9%	46.2%	73.1%
	mostró desconfianza	Recuento	2		2
		% de ¿Cómo fue su participación en el bloque de comunicación?	100.0%		100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	15.4%		7.7%
		% del total	7.7%		7.7%
	mostro apatía	Recuento	4	1	5
		% de ¿Cómo fue su participación en el bloque de comunicación?	80.0%	20.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	30.8%	7.7%	19.2%
		% del total	15.4%	3.8%	19.2%
Total	Recuento	13	13	26	
	% de ¿Cómo fue su participación en el bloque de comunicación?	50.0%	50.0%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	50.0%	50.0%	100.0%	

**¿Cómo fue su participación en el bloque de auto-conocimiento?**

**Tabla de contingencia**

			Adolescente Post-aborto		Total
			sí	no	
¿Cómo fue su participación en el bloque de auto-conocimiento?	tuvo interés	Recuento	7	11	18
		% de ¿Cómo fue su participación en el bloque de auto-conocimiento?	38.9%	61.1%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	53.8%	84.6%	69.2%
		% del total	26.9%	42.3%	69.2%
	mostró desconfianza	Recuento	1	1	2
		% de ¿Cómo fue su participación en el bloque de auto-conocimiento?	50.0%	50.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	7.7%	7.7%	7.7%
		% del total	3.8%	3.8%	7.7%
	mostró apatía	Recuento	1	1	2
		% de ¿Cómo fue su participación en el bloque de auto-conocimiento?	50.0%	50.0%	100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	7.7%	7.7%	7.7%
		% del total	3.8%	3.8%	7.7%
	dejó de asistir	Recuento	4		4
		% de ¿Cómo fue su participación en el bloque de auto-conocimiento?	100.0%		100.0%
		% de Adolescente Post-aborto	30.8%		15.4%
		% del total	15.4%		15.4%
Total	Recuento	13	13	26	
	% de ¿Cómo fue su participación en el bloque de auto-conocimiento?	50.0%	50.0%	100.0%	
	% de Adolescente Post-aborto	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	50.0%	50.0%	100.0%	