

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CONCEPTUALIZACIÓN DEL ABORTO EN EL GREMIO MÉDICO A
TRAVÉS DE LA TÉCNICA DE REDES SEMÁNTICAS NATURALES**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

LILIA ACOSTA BLANCO

DIRECTORA DE TESIS: LIC. PATRICIA BEDOLLA MIRANDA

REVISORA DE TESIS: DRA. BERTHA BLUM GRINBERG

MÉXICO, D. F., AÑO 2010



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.

A mi madre:

Teresa Blanco Ocampo por ser quien es y porque me enseñó el camino a la libertad, gracias.

A mi hermano:

Ángel Acosta Blanco por sus enseñanzas y su apoyo invaluable en los momentos álgidos, gracias.

Agradezco:

A la maestra Paty Bedolla, quien por su alto profesionalismo y humanismo, siempre hizo aportaciones invaluableles a la presente tesis.

Agradezco:

A los sinodales, Dra. Bertha Blum Grinberg, Mtra. Martha Cuevas Abad, Lic. María Isabel Martínez Torres y Lic. Leticia Bustos de la Tijera, por sus tiempos, observaciones y exigencias académicas que se requieren para cada nivel de estudio, en especial para la mejora de esta tesis.

Finalmente agradezco el servicio de las diferentes instituciones públicas: Biblioteca de la Facultad de Psicología; Biblioteca “Samuel Ramos” de la Facultad de Filosofía y Letras; Biblioteca Central; las tres de la Universidad Nacional Autónoma de México; de igual forma a la Biblioteca “Daniel Cosío Villegas” del Colegio de México; al Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE); y a las administraciones directivas en turno (2002-2003) y médicos de los centros de salud pública que facilitaron la aplicación de mi encuesta: “Hospital de la Mujer” de la Secretaría de Salud y Asistencia Pública del Gobierno Federal y la Clínica 4 “Luis Castelazo Ayala” del Seguro Social.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1: CONSIDERACIONES GENERALES DEL ABORTO	Pág.
1.1 Definición de Aborto	13
1.2 Categoría de Aborto	15
1.3 Métodos y Técnicas Abortivas	19
CAPÍTULO 2: COMPLICACIONES Y RIESGOS DE ABORTAR	
2.1 Complicaciones del Aborto Legal	34
2.2 Complicaciones en el Aborto Ilegal o Clandestino	36
2.3 Consecuencias Psicológicas	39
CAPÍTULO 3: ¿POR QUÉ LAS MUJERES ABORTAN?	
3.1 Motivos para Abortar	42
3.2 Aborto y Maternidad	45
3.3 El Derecho a Decidir	48
CAPÍTULO 4: ABORTO EN MÉXICO EN LA ACTUALIDAD	
4.1 Estimaciones Sobre la Incidencia y Muertes Maternas en México	51
4.2 Planificación Familiar	58
4.3 Las Leyes y el Aborto	61
4.3.1 La Ley del Aborto en México	62
4.3.2 Situación Legal del Aborto en el DF	68
4.4 La Iglesia Católica y al Aborto	72
4.4.1 Argumento de la Iglesia Católica	72

4.4.2	Antecedentes del Argumento de la Iglesia Católica	72
4.5	Postura Médica ante el Aborto Inducido	84
4.5.1	Opiniones de Algunos Médicos con Respecto al Aborto	85
4.5.2	Estudios sobre la Actitudes de los Médicos ante el Aborto	89
4.5.3	Ética en el Gremio Médico	99

CAPÍTULO 5: EL SIGNIFICADO DEL CONCEPTO ABORTO: MÉTODO

5.1	Planteamiento del Problema	107
5.2	Objetivo General	107
5.3	Objetivo Específico	107
5.4	Definición Conceptual de Indicadores	107
5.5	Sujetos	108
5.6	Muestreo	108
5.7	Tipo de Estudio	108
5.8	Diseño	109
5.9	Técnica	109
5.10	Instrumento	110
5.11	Escenario	111
5.12	Materiales	111
5.13	Procedimiento	111

CAPÍTULO 6: RESULTADOS DE LA BUSQUEDA DEL SIGNIFICADO ABORTO, EN MÉDICOS MEXICANOS 115

CAPÍTULO 7: ANÁLISIS Y CONCLUSIONES SOBRE EL SIGNIFICADO DEL CONCEPTO ABORTO 130

REFERENCIAS	144
-------------	-----

ANEXOS

Anexo 1 Formulario de Aplicación	155
----------------------------------	-----

Anexo 2 Valor J o Valor Semántico Vaciado de Información Textual de las Palabras Definidoras y sus Jerarquías por Sujeto (Masculino y Femenino).	156
--	-----

Anexo 3 Valor M o Peso Semántico Peso Semántico (VMT) Muestra Masculina	161
Peso Semántico (VMT) Muestra Femenina	165

Anexo 4 Valoración JC Peso Semántico Total de Palabras Definidoras Agrupadas por Sinónimos Muestra Masculino	169
Peso Semántico Total de Palabras Definidoras Agrupadas por Sinónimos Muestra Femenina	172

Anexo 5 Conjunto SAM, Valor M Total (VMT) Hombres	175
---	-----

Anexo 6 Conjunto SAM, Valor M Total (VMT) Mujeres	175
---	-----

Anexo 7 Conjunto SAM, Valor M Total (VMT) Población Total	175
---	-----

Anexo 8, 9 Y 10 Valor FMG Valor FMG del Conjunto SAM Muestra Masculina	176
Valor FMG del Conjunto SAM Muestra Femenina	177
Valor FMG del Conjunto SAM Muestra Población Total	178

Anexo 11 Valor V o Riqueza Verbal Riqueza Verbal de la Muestra Masculina y Femenina	179
Riqueza Verbal de la Muestra Total	180
Verbos Comunes	181

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta investigación, es presentar como el aborto en el presente y en el pasado es un tema tabú en algunos sectores de nuestra sociedad. Es valorado de manera variada de acuerdo con diferentes perspectivas ideológicas: hay sociedades, gobiernos y grupos religiosos que lo condenan sin considerar las razones que llevan a las mujeres a tomar la decisión de interrumpir su embarazo. La ilegalidad del aborto refiere que un pequeño sector de la población pueda obtener abortos seguros mientras que la mayor parte de las mujeres del país tengan que recurrir a prácticas insalubres y riesgosas para autoinducir la interrupción del embarazo, o que recurran, muchas veces en forma tardía, a practicantes no calificados que realizan abortos con instrumentos contaminados. La amenaza de la sanción penal tampoco evita que el aborto se practique en numerosos consultorios y clínicas privadas, ni que para muchos(as) profesionales de la medicina represente un negocio que genera importantes ganancias. Un aborto practicado en condiciones inseguras es un problema social y de salud pública de gran importancia en México. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el “aborto inseguro como un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, practicado por personas sin capacitación o experiencia, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos” (OMS, 1992 citado en IPAS 2002).

A pesar de las restricciones legales, el aborto inducido en México ha aumentado un 64 por ciento. De 553,000 abortos inducidos que se estimaban en 1990, han crecido hasta llegar a 875,000 en 2006. Las cifras surgen del estudio Estimaciones del Aborto Inducido en México: ¿Qué ha cambiado entre 1990 y 2006? realizado por El Colegio de México, el Instituto Guttmacher y el Population Council México. La investigadora Fátima Juárez, de El Colegio de México, aseguró que las cifras presentadas muestran “de manera clara que las restricciones legales del aborto en México no reducen el número de abortos inducidos, sólo lo tornan clandestino e inseguro” (citada en GIRE, 2008 pág. 1). En el estudio también se señala que la tasa anual de abortos inducidos en México --el número de abortos inducidos dividido entre el número de mujeres de 15-44 años del país-- es de 33 abortos por cada 1,000 mujeres de 15–44 años; una cifra superior al promedio que se reporta en todos los países en desarrollo (29 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva) y también superior al de América Latina (31 por 1,000 mujeres en edad reproductiva). Fátima Juárez señaló que “la tasa de aborto en México aumentó un 33% entre 1990 y 2006” (pág.1). Claudia Díaz, investigadora del Population Council, puntualizó que a nivel nacional 58 por ciento de la población está a favor de permitir la interrupción del embarazo en algunos casos y el 45 por ciento de la población considera que a la hora de decidir sobre el tema, la opinión de las mujeres es la más importante (2008).

El estudio presentado, en el que se demuestra el aumento en el número de abortos inducidos en el país, da a entender que la penalización del aborto no disminuye su incidencia que las mujeres mexicanas están abortando en números significativos, y lo están haciendo aunque en ello pongan en riesgo su vida.

A pesar de que en la actualidad existe una gran variedad de métodos para el control de la fertilidad, el embarazo no deseado y el aborto son problemas a los que cotidianamente se enfrenta una gran cantidad de mujeres de todas las edades y de todos los sectores sociales. Para muchas de las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado, la maternidad representa una experiencia impuesta por los patrones culturales que prevalecen en nuestra sociedad. Estudios realizados en otros contextos indican que la maternidad no deseada tiene importantes costos sociales y psicológicos para las mujeres y para los niños y niñas que nacen en estas condiciones. Las explicaciones sobre la elevada frecuencia de los embarazos no deseados casi siempre se atribuyen a la falta de responsabilidad de las mujeres, o bien a que carecen de información para utilizar correctamente los métodos anticonceptivos. Es cierto que el acceso a la información permite un ejercicio más responsable de la sexualidad y disminuye de manera importante el riesgo de un embarazo no deseado; no obstante, el hecho de que las mujeres cuenten con información no es suficiente en todos los casos ya que cualquiera de los métodos anticonceptivos que existe en la actualidad aun cuando se use correctamente puede fallar. Los programas de planificación familiar se dirigen primordialmente a las mujeres de los sectores sociales populares, con mensajes apoyados en una perspectiva que refuerza sus roles sociales más tradicionales y contribuye a que pocos hombres asuman su responsabilidad frente a la sexualidad y la reproducción. En muchos servicios la variedad de métodos anticonceptivos es limitada y es común que el personal carezca de la capacitación o del tiempo necesario para ofrecer a las usuarias información completa y accesible sobre los métodos que se prescriben, incluyendo aspectos relacionados con su efectividad, seguridad y efectos secundarios. Con frecuencia se da poca importancia a las necesidades individuales de las mujeres y al contexto socioeconómico y cultural en el que viven, y se da prioridad a las metas de captación de usuarias definidas en los niveles centrales de las instituciones de salud. En muchas ocasiones, estas carencias de calidad de los servicios provocan que las mujeres se nieguen a aceptar un determinado método o inducen al abandono del que ya utilizaban. Cabe también señalar que el acceso a los métodos anticonceptivos no es igual para todas las personas (GIRE, 2009).

Un embarazo no deseado en la mayoría de los casos va a terminar en aborto los motivos que llevan a las mujeres a interrumpirlo son diferentes para cada una de ellas desde los familiares,

personales, económicos y de salud. Y nunca es fácil decidir abortar pero es el último recurso al que acuden las mujeres. En la mayoría de las mujeres toman su decisión con responsabilidad.

En México, el aborto es legal bajo ocho circunstancias: violación, cuando la mujer está en riesgo de muerte a causa del embarazo, malformaciones graves del producto, grave salud de la mujer a causa del embarazo, inseminación artificial sin consentimiento, razones económicas cuando la mujer tiene por lo menos 3 hijos y cuando el aborto es provocado por accidente y cuando la mujer por voluntad lo solicite, ésta causal última sólo en el DF. Circunstancias que no son uniformes para toda la república, es decir, que las circunstancias que permite el aborto legal son diferentes en cada estado. Esto hace que las mujeres no tengan una igualdad ante la ley así como tampoco hay falta de reglamento, que hace aún más difícil el acceso a un aborto legal y seguro. Sólo en el Distrito Federal, el estado de Morelos y Baja California Sur hay reglamentos de los procedimientos para obtener un aborto. En el resto del país hay una falta de reglamentación.

Por otra parte el fallo de la Suprema Corte de Justicia de la Nación sentó jurisprudencia sobre la constitucionalidad de la reforma en la Ciudad de México despenalizando el aborto en las 12 semanas de gestación. El asesor jurídico del GIRE Pedro Morales Aché dijo:

“Desde la perspectiva de los derechos fundamentales de las mujeres la sentencia reciente de la Suprema Corte de Justicia a favor de la constitucionalidad de la despenalización del aborto en el DF es la más importante de la historia constitucional de nuestro país” (en Gire 2008, pág. 1). Esto por varias razones: “La Suprema Corte partió del reconocimiento expreso de los derechos fundamentales de las mujeres constituye bienes constitucionales relevantes, que no deben ser afectados de manera preponderante por la protección de la vida en gestación que deriva de la propia Constitución” (GIRE, 2008 pág. 2).

María Consuelo Mejía, directora de Católicas por el Derecho a Decidir, señaló que:

“El fallo de la Suprema Corte le ha conferido a los derechos de las mujeres una legitimidad indiscutible. Hoy las mujeres del DF pueden respaldar su decisión de interrumpir un embarazo en los pronunciamientos que los ministros y ministras hicieron el 27 y 28 de agosto” de 2007. Sin embargo, remarcó, “...estas condiciones de privilegio son indudablemente un avance, pero al mismo tiempo marcan una diferencia sustancial con las mujeres de los demás estados de la república. Una diferencia que tiene un fuerte impacto en la vida y la salud de las mujeres mexicanas que se ven obligadas a seguir recurriendo a servicios inseguros al enfrentar el difícil dilema del embarazo no deseado” (pág. 2).

Este logro tan grande que se dio en nuestro país con la despenalización del aborto en el DF que se debe al trabajo constante de las organizaciones civiles no gubernamentales que luchan por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, se vio obstaculizado debido al activismo de

la Iglesia Católica pues es la jerarquía de esta institución la que se opone a la despenalización del aborto junto con los sectores conservadores como el partido político PAN y organizaciones civiles que comparten su postura. Argumentando “el derecho a la vida”, pero se les olvida a sus máximas autoridades de la Iglesia, del partido político Pan y de Provida que México es un país laico.

Como se ve la situación legal del aborto, junto con las políticas públicas de salud, determinan los tipos de oferta de servicios de aborto disponibles en un lugar dado, así como los efectos que ambas cosas tengan sobre la salud de las mujeres.

El sector médico juega un papel importante dentro del fenómeno aborto ya que ellos son quienes están más cerca de las mujeres que abortan además de conocer las técnicas y métodos que se emplean para esta práctica, sin embargo la postura del médico ante la despenalización del aborto en nuestro país ha mantenido una postura de reserva y conservadora ante el debate del aborto. No obstante lo reconocen como problema de salud pública, como uno de los principales factores que contribuyen a las altas tasas de mortalidad y morbilidad materna, y con frecuencia se hace alusión a los importantes recursos que se requieren para la atención de las complicaciones de abortos ([Langer, 1999, 2002 y 2003](#); [Elú, 1992](#); González de León-Aguirre, 2008; [Faúndes y Barzelatto, 2005](#)). Sin embargo, estos argumentos no han sido suficientes para movilizarlos y convertir a los prestadores de servicios médicos y profesionales de la salud en actores constantes y activos del debate, a excepción de algunos valiosos integrantes de la comunidad médica que se han sumado a las actividades por disminuir las inequidades e injusticias ocasionadas por el aborto ilegal e inseguro. Las razones que subyacen a su escasa participación en el debate van desde consideraciones éticas y religiosas propias, hasta el desconocimiento del marco jurídico y/o la inadecuada comprensión e interpretación del mismo, pasando por los temores reales o supuestos de posibles sanciones. Otras razones esgrimidas son la preparación curricular médica que adolece de orientaciones para sensibilizar a los futuros profesionales sobre las necesidades y derechos de las mujeres, así como la ventaja económica que supone para algunos profesionales de la salud la realización clandestina de procedimientos de aborto. Adicionalmente, estos profesionales enfrentan dilemas éticos entre sus convicciones, las normatividades médicas vigentes y en ocasiones obsoletas, y el desarrollo tecnológico. Ejemplo de esto último es su postura ante los trasplantes de órganos, la prolongación o suspensión definitiva de la vida de pacientes con enfermedades irreversibles y en coma, la reproducción asistida, la manipulación de embarazos, entre otras cuestiones que son hoy día altamente debatidas y que pertenecen al campo de la bioética, dentro del cual se sitúa el aborto (<http://www.andar.org.mx>).

En las posturas de los médicos con respecto al aborto hay que considerar dos aspectos sumamente relevantes. El primero es la dimensión institucional, cuya estructura autoritaria vertical implica para el personal del hospital acatar las disposiciones en materia de aborto legal, aunque también se reconozca "la objeción de conciencia" como elemento que algunos médicos utilizan para negarse a realizar abortos.

El recurso al aborto depende de realidades sociales particulares de cada país, de su situación legal, del acceso a servicios de salud reproductiva de calidad, de las condiciones materiales y culturales, de las expectativas de vida de las mujeres. Depende, asimismo, de los obstáculos que ellas enfrentan para ejercer de manera libre su sexualidad y maternidad y, por tanto, sus derechos sexuales y reproductivos.

Por todo lo dicho anteriormente, el aborto es un problema social y de salud que afecta a la población femenina y que involucra a tres instituciones la Iglesia, el Jurídico y el Médico. Es un asunto donde prevalecen los prejuicios culturales, teniendo un impacto desfavorable en el gremio médico sobre sus actitudes hacia las mujeres y la calidad de los servicios que llegan por situación de complicación debido a un aborto. Visto este panorama nace mi inquietud de estudiar el fenómeno de aborto desde su propia percepción del médico que al ser subjetiva es difícil de medir; pues cada grupo de personas inmersas en distintos contextos culturales tienen formas particulares y específicas de percibir, de aprender, de vivir, de pensar, de actuar y significar. Así el objetivo general del siguiente trabajo es saber y mostrar cuál es el significado que conceptualiza "aborto" en el gremio médico especialista en ginecología y obstetricia del Distrito Federal. Se basó en la recopilación de léxicos conceptualizadores de varones y mujeres médicos de dicho nivel de conocimiento. Una vez obtenido esto, mediante el captador protocolar del método de la "Técnica de Redes Semánticas Naturales", se realizó la jerarquización de todos y cada uno de los conceptos obtenidos, recabando así dos tipos de resultados; por un lado, el de mujeres y el de varones médicos y, por otro, el resultado de la suma de los dos primeros. Mediante la cotejación entre los resultados y el análisis hermenéutico de estos, se emitieron conclusiones. En aras de proponer otra alternativa.

Para presentar esta investigación, es indispensable contextualizar el tema de aborto que abarcará varios puntos sistematizados:

En el capítulo 1 se describe los aspectos generales del aborto: diacrónicamente mostraré una serie de definiciones de las instituciones más relevantes (médica-científica, ideológica-religiosa y objetiva-legal). Las categorías de aborto (inducido y espontáneo) y métodos y técnicas abortivas que han utilizado los practicantes de aborto con sus pacientes.

En el capítulo 2 se destaca los riesgos y consecuencias de abortar legalmente y clandestinamente así como los riesgos y las consecuencias psicológicas de quienes se practican un aborto.

El capítulo 3 se menciona los motivos que llevan a las mujeres a abortar, el concepto que se tiene de la maternidad y como consecuencia la del aborto, así como el derecho a decidir la interrupción del embarazo.

En el capítulo 4 se señala la situación del aborto en México las estimaciones sobre su incidencia y muertes maternas, la función del programa de planificación familiar como estrategia para abatir las cifras de aborto, el marco legal en el que se encuentra el aborto a nivel nacional y en particular el del DF, la postura de la iglesia y sus antecedentes, la postura médica, las opiniones de algunos médicos, los estudios de las actitudes de los médicos mexicanos y su ética ante el aborto inducido.

El capítulo 5 se describe minuciosamente el método utilizado para encontrar las definidoras o léxico conceptualizadores de aborto que un sector particular de médicos gineco-obstetras usa desde su rol de género y desde el profesional.

En el capítulo 6 se presentan los resultados de la aplicación de la investigación y recaudación de definidoras obtenidas en la práctica de campo.

Por último el capítulo 7 a través de un análisis hermenéutico se exponen los resultados finales vertiendo simultáneamente las conclusiones generales y específicas de este trabajo titulado “Conceptualización del aborto en el gremio médico a través de la Técnica De Redes Semánticas Naturales”.

Quiero mencionar que estas tesis tiene como meta tres cosas; una, después de su valoración de quienes estén en el poder de hacerlo, sirva para mi titulación de licenciatura; dos, sea este para su autora el inicio de otro proyecto a futuro inmediato; tres, que lo presentado sea una aportación a la Psicología y tenga un impacto positivo a los sectores pertinentes.

CAPITULO 1

ABORTO. CONSIDERACIONES GENERALES

Para estudiar tan polémico hecho como es el aborto primero se tiene que conocer las definiciones que hay acerca del término aborto las cuales tienen sus particularidades debido al ámbito de las que parten, luego se hablara de las categorías de aborto que son aborto espontáneo e inducido abarcando las diferencias de cada uno así como sus clasificaciones. Para finalizar este capítulo se hace con la exposición de un abanico bastante amplio de técnicas y métodos abortivos que van desde los tradicionales hasta los más modernos señalando los riesgos de cada uno de estos. Con esta información nos permitirá introducirnos al tema del aborto.

1.1 Definición de Aborto

Para hablar del aborto nos remitimos a la definición etimológicamente y conceptual de la palabra aborto procede del término latino *abortus*, participio pasado del verbo *aboriri*, formado por el prefijo privativo “ab” y el verbo *oriri* que significa surgir o nacer; de modo que etimológicamente “aborto” significa no surgido o nacido (Diccionario Enciclopédico Larousse Ilustrado, 2000, pág.3). Así que lo entendemos el aborto por el suceso consistente en la interrupción de un embarazo humano no llegado a término, con la consiguiente muerte del embrión o feto. El aborto, en este sentido, puede ser algo que suceda de manera espontánea o inducida (Valdez, 2000); es decir, puede acontecer de manera no intencional o provocado. Existen varias definiciones de aborto, las cuales están matizadas por los diferentes aspectos teóricos de las que parten, cabe aclarar que las definiciones están basadas en las tres principales instituciones la Médica, la Legal y la Iglesia Católica pues son las que juegan un papel importante en tan polémico tema el aborto que a continuación se exponen.

Área Médica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) el aborto lo define como “la expulsión o extracción de un feto o embrión que pesa menos de 500 gramos - edad gestacional aproximada de 20-22 semanas completas o de 140-154 días completos-, o de cualquier otro producto de gestación de cualquier peso y designación específica –por ejemplo la mola hidatiforme- independientemente de la edad gestacional, tenga o no evidencia de vida y sea no el aborto espontáneo o inducido” (CLAP-OPS/OMS, 1985 citado en Tolbert y Langer 1996, pág. 290).

Área legal

En muy pocos países, los legisladores han optado por definir lo que entienden por aborto. Sin embargo podemos encontrar definiciones en las normas de México. En el Código Penal Federal Mexicano de 1931, artículo 329 establecía que “aborto es la muerte del producto de la concepción, en cualquier momento de la preñez”. La normatividad sobre el aborto en los códigos penales de la República Mexicana data, en la mayor parte del país, de los años treinta. Sólo la mitad o una tercera parte han vuelto a revisarse desde entonces. Nuestras leyes se encuentran claramente a la zaga de las del resto del mundo en esta materia. Por ello, podemos ver que tanto la regulación como el concepto de aborto es casi idéntico al establecido en el código federal, que lo ubica como la “muerte del producto” de la concepción o del embarazo. Únicamente los códigos penales de Tlaxcala y ahora el Distrito Federal definen al aborto de manera distinta, como la “expulsión del producto de la preñez antes del tiempo en que el feto puede vivir”, o como la “interrupción del embarazo después de la decimosegunda semana de gestación”, respectivamente.

Iglesia Católica

La Iglesia Católica se refiere al aborto como: “la muerte provocada del feto, realizada por cualquier método y en cualquier momento del embarazo desde el instante mismo de la concepción” (Comité Episcopal para la Defensa de la Vida 1995, pág. 75). Así fue declarado el 23 de mayo de 1988 por la Comisión para la interpretación Auténtica del Código de Derecho Canónico. Antiguamente se excomulgaba de la iglesia a toda persona que había abortado. Cabe aclarar que la posición de esta religión la mayoría de sus miembros son antiabortistas. Consideran al aborto como un crimen, y opuesto totalmente a la naturaleza humana y los planes de la divinidad. Se argumenta desde esta perspectiva que la ley debe prohibir y castigar el aborto en el capítulo cuatro se explicara detalladamente su postura aquí sólo nos limitamos a la definición.

De esta manera nos damos cuenta de no existe una definición exacta, ni homogénea, y que efectivamente, dependerá del punto de vista con el que se vea al embarazo, el concepto que se tenga de éste dependerá de las experiencias vividas, además de las influencias que se han tenido a lo largo de nuestras vidas. Así que cuando una mujer tiene un aborto espontáneo no se le mira de la misma forma que cuando una mujer se induce un aborto veamos pues entonces las diferencias entre estas dos categorías de abortos.

1.2 Categorías de Aborto

Existen dos categorías de aborto. Una es aquella que representa el aborto espontáneo y la otra lo constituye el aborto inducido o provocado. El primero puede ser por diversas razones, por anomalías en el feto o en la placenta, expulsando al feto involuntariamente del vientre materno este tipo de aborto puede traer tanto consecuencias físicas en el organismo, como emocionales, ya que al tratarse también de una pérdida, se tendrá que elaborar el duelo y la mujer podría presentar algunos de los síntomas del síndrome posaborto, obviamente manifiestos de diferente manera que el provocado, debido a que la naturaleza de ambos es distinta, aunque comparten la misma finalidad, expulsar del cuerpo de la mujer al producto. En cuanto al segundo, existe la voluntad, el deseo, de deshacerse de la materia orgánica, la intención de expulsar al producto, la decisión de salir del problema en una sola palabra abortar. Este tipo de aborto al ser provocado, trae como consecuencias una serie de signos y síntomas que conforman el síndrome posaborto, y que serán manifestados de diferentes maneras por las mujeres que lo llevan a cabo. Hay que enfatizar el hecho de que la manifestación de dichos signos y síntomas varían dependiendo de cada mujer, ya que tiene que ver mucho con la estructura emocional, la historia personal, la estructura familiar, es decir, todos los aspectos que en algún momento pudieron ser una fuerte influencia en la toma de decisiones al momento de abortar.

A continuación se exponen las definiciones de aborto espontáneo y aborto inducido o provocado.

Aborto Espontáneo: La Sociedad Mexicana de Salud Pública, define al aborto espontáneo cuando "...ocurre por sí solo, como consecuencia de anomalías en la formación ovular o embrionaria, o por enfermedad materna" (2000, pág.1). El embarazo se interrumpe sin que haya de por medio una maniobra abortiva. El aborto espontáneo que se produce por causas naturales se puede considerar como una sabia defensa del organismo que rechaza los embriones defectuosos. Sin embargo, existe abortos espontáneos por causas no naturales, como pueden ser tóxicos ambientales, medicamentos, etc. Es muy difícil calcular el número de abortos espontáneos, entre otras cosas, porque algunos se confunden con simples retrasos del ciclo menstrual.

Aborto inducido: se define "como la acción deliberada de una mujer u otra persona de terminar con un embarazo no deseado, no previsto o no planeado" (Guillaume y Leren 2006, pág. 1). La Sociedad Mexicana de Salud Pública (2000) por su parte, define al aborto inducido como "la interrupción artificial del embarazo que transcurre normalmente". Por otro lado, el aborto inducido para Tolbert, Morris y Romero, (1996) "es la interrupción intencional y generalmente, voluntario del embarazo" (pág. 292). Según la Organización Mundial de la Salud: el aborto inducido "es el embarazo terminado deliberadamente con una intervención" (OMS citado en CRLP, 1999, pág. 1)

Mateos (1980) señala que el aborto inducido se puede clasificar de la siguiente manera:

Inducido por razones médicas

- Inducido por razones médicas en relación con la madre terapéutico: es aquel que se efectúa cuando la continuación del embarazo puede causarle la muerte de la madre o gravar alguna enfermedad física o mental que padezca, de tal suerte que la salud pueda ser permanentemente dañada.
- Inducido por razones médicas en relación con el feto (eugenésico): es aquel que se realiza con el fin de prevenir enfermedades congénitas de naturaleza ambiental o genética.

Inducido por razones éticas o humanistas

Es aquel que se realiza por resultar un embarazo producto de una violación incesto, trato sexual con menores o personas enfermas o con deficiencia mental.

Inducido por razones sociales

En este tipo de aborto inducido, se toman en cuenta factores como la comunidad, los familiares, los de planificación familiar, los de ilegitimidad, etc.

Inducido por razones personales

Se realiza por voluntad propia y sin necesidad de causales.

El aborto inducido también llamado intencional, provocado, voluntario, directo o artificial, como podemos observar es definido por multitud de términos. Este puede llevarse tanto en hospitales y bajo las condiciones de higiene que la intervención amerita, o bien se puede dar fuera del sistema médico, lo que convierte en un aborto inseguro.

El aborto inseguro: tiene por características la “falta de capacidad por parte del proveedor, que utiliza técnicas peligrosas, y por llevarse a cabo en recintos carentes de criterios higiénicos” (OMS, citado en CRLP, 1999 pág.1). El aborto inseguro puede ser inducido por la misma mujer o por una persona sin entrenamiento médico o por un profesional de la salud en condiciones antihigiénicas.

Existen otras clasificaciones de los abortos. Algunas pueden aludir a las fases y formas clínicas del aborto u otros criterios. La siguiente es una lista de diferentes denominaciones para el mismo, identificadas por Mateo (1980), quien menciona que se pueden distinguir tres frases o etapas del aborto: amenaza, en evolución o inevitable. En cuanto a la consumación se encuentran: Completo o Incompleto:

Amenaza de aborto

Aparición de signos premonitorios de terminación del embarazo y expulsión del producto de la concepción como síntoma frecuente se presenta el sangrado vaginal, acompañado o no de contracciones del útero.

Aborto en evolución

Intensos sino premonitorios de terminación del embarazo y expulsión del producto. Sangrado abundante, contracciones enérgicas, rítmicas y progresivas.

Aborto inevitable

Sangrado profuso, contracciones intensas del útero, rítmicas y progresivas, salida o no de líquido amniótico, dilatación del cuello de la matriz y protusión de una parte del feto, placenta o membrana a través del canal cervical.

Aborto consumado completo

Se efectúa la expulsión o extracción total de la placenta, membrana y feto.

Aborto esporádico

Se produce en una sola ocasión.

Aborto habitual o repetido

Ocurrencia de tres o más abortos espontáneos consecutivos.

Aborto infectado

Aborto asociado con infección de órgano genital.

Aborto séptico

Aborto infectado en el que hay diseminación de microorganismos y sus productos en el sistema circulatorio materno.

Aborto temprano o de principio

Se verifica antes de concluir la décima semana (69 días) contados a partir del primer día de la última menstruación.

Aborto tardío

Se verifica a partir de la décima semana y antes de concluir la vigésima semana de gestación.

Aborto diferido, retenido u óbito en útero

Aquel en el que el embrión muere, pero el producto de la concepción es retenido en el útero.

Aborto inaparente o dudoso

Su evolución es desconocida. Sólo se presenta un ligero sangrado de origen sin ningún otro síntoma o signo.

Aborto franco o demostrable

Su existencia es indudable.

Aborto complicado

Presenta patología como consecuencia del mismo.

Aborto no complicado

No presenta patología como consecuencia del mismo.

Clínicamente se distinguen en completos o incompletos, dependiendo de si hubo expulsión total del huevo o de si únicamente se expulsó una parte y el resto permaneció en la cavidad uterina (Sociedad Mexicana de Salud Pública, 2000).

Las causa médicas de un aborto son las siguientes:

- Malformación de cigoto
- Factores inmunológicos en enfermedades generales de la madre
- Anomalías uterinas
- Insuficiencia renal
- Fármacos
- Traumatismo severo del útero

- Trastorno emocional agudo (después de un susto o el luto supuestamente porque se presentaron fuertes contracciones uterinas para que se acepte esta causa el aborto se debe presentar inmediato al incidente).

En el área jurídica también se clasifica el aborto inducido este puede ser legal o ilegal según se realice en un país donde sea aceptado por la ley, o por el contrario de forma clandestina y al margen de la legalidad en el capítulo cuatro se expondrá ampliamente bajo que condiciones se considera ilegal un aborto, ya que las regulaciones del mismo difieren de un país a otro y en el caso de México de estado a estado.

Como hemos visto existen una variedad de clasificaciones del aborto y cada una de ellas atiende a aspectos particulares del mismo, el aborto inducido es el que pone en mayor riesgo la vida de las mujeres, es por ello que es importante conocer las técnicas y métodos que se usan actualmente para inducir un aborto. Ya que las condiciones para recurrir a éste y los métodos que se proponen a las mujeres dependen de la situación legal de esta práctica existente en cada país, de las condiciones de acceso a los servicios de salud disponibles para practicar los abortos legales, o de la oferta, tanto formal como informal, cuando están prohibidos por la ley. Además, el nivel socioeconómico y el estatus y autonomía que tengan las mujeres son factores clave para ello. Existe un abanico bastante amplio de métodos y técnicas abortivas, desde los tradicionales, que presentan los mayores riesgos, hasta los métodos y técnicas más modernos que ofrecen una mayor seguridad, aunque ésta también dependa de las condiciones bajo las cuales se efectúen y de la capacitación profesional de quienes los practiquen, estos métodos y técnicas a continuación se presentan.

1.3 Métodos y Técnicas Abortivas

Las mujeres conocen toda una gama de procedimientos abortivos, o que supuestamente funcionan como tales, aunque su eficacia no haya sido comprobada científicamente. Si bien la capacidad abortiva de dichos métodos es dudosa, se sabe que muchos de ellos sí provocan complicaciones graves que requieren a veces la hospitalización de la mujer para terminar el aborto. Dichas complicaciones pueden, en muchos casos, llegar a provocar la muerte de la mujer. Para interrumpir un embarazo, las mujeres recurren al servicio de una partera, de profesionales de la salud o de personas no calificadas e incluso pueden intentar una acción por sí mismas. La persona que practica el aborto determina, en gran medida, el método o la técnica a utilizar. Los métodos o técnicas para abortar han evolucionado con el transcurso del tiempo en función de los avances

tecnológicos y médicos, aunque la accesibilidad a los mismos está estrechamente asociada a la legalidad o ilegalidad de este acto. Mientras que en los países donde el aborto es legal se introdujeron y se utilizan nuevos métodos, en aquéllos en los que sigue siendo clandestino, las mujeres continúan recurriendo a métodos a veces arcaicos, con graves consecuencias para su salud. Sin embargo, incluso en los países donde el aborto es considerado ilegal, existe un “mercado del aborto medicalizado”, sin riesgo o con un riesgo menor. Las prácticas abortivas van de los métodos tradicionales, en ocasiones arcaicos, a métodos médicos más sofisticados y la elección de los métodos abortivos dependerá del nivel socioeconómico de las mujeres, del que en muchas ocasiones deriva su nivel de instrucción: las mujeres más pobres y con menor escolaridad recurren a métodos riesgosos, como las plantas vendidas por los herbolarios, y las otras, de mayores recursos, a servicios de salud que ofrecen una mayor seguridad ([Espinoza y López Carrillo, 2003](#)). Así, dependiendo de la condición socioeconómica de las mujeres, su exposición a abortos riesgosos será muy distinta.

En un trabajo sobre el aborto en América Latina realizado por el Instituto Alan Guttmacher ([AGI, 1994](#)) se incluye una relación exhaustiva de los métodos y técnicas para abortar que se utilizan en diversos países de la región (Brasil, Colombia Chile, México y la República Dominicana). Los métodos se clasificaron en siete grupos: los rezos y los traumatismos voluntarios, los tradicionales-naturales o a base de plantas, los tradicionales-fabricados, los tradicionales- físicos, las técnicas médicas, las técnicas farmacéuticas. Cabe aclarar que usaremos esta clasificación para la exposición de este apartado.

Rezos (religiosos)

Los rezos son mucho menos peligrosos para la salud así como los talismanes y amuletos que corresponden a otro tipo de métodos, de naturaleza muy distinta y a los cuales se les atribuyen efectos abortivos.

Trauma voluntaria

Baile y licor, caídas intencionales (de un árbol, escaleras y techo), estandón prolongado, golpes voluntarios (del marido en el vientre).

Métodos tradicionales naturales

Agujas de borraja, algas, aralén, arena verde, brote de papas, calabaza, cebolla, comino, flor de retama, infusiones, brabajes y tés de marihuana, pepillas de calabaza, perejil, y cilantro, roble y aguacate, junquillo o arfillerio, maíz germinado, mejoral y lurica, ruda u orégano, papa de

palta y rudas hervidas, radal, raíz de mullaca, raíz y corteza de apio, ramas de ruda, ramitas y raíces de perejil semilla de pelta conocida, tallos de cardenal, tallos de hierba para dilatar, tallos de laminaria y tallos de recino.

Los métodos tradicionales son a base de plantas se sustentan en la farmacopea y saberes tradicionales y populares. En algunas ocasiones, estos métodos son descritos en los estudios como métodos para “que llegue la regla” y no para abortar. Se compran en los mercados o son prescritos por los curanderos o yerberas. Se utilizan en forma de brebajes, de lavados o de óvulos vegetales (Guillaume y Leren, 2006). Así, en México, donde el acceso al aborto es restringido, existe un “mercado informal”, a cargo de los vendedores de plantas medicinales, tanto en los mercados como en las farmacias. Las plantas se venden por sus propiedades abortivas, pues son conocidas por provocar las menstruaciones, favorecer las contracciones o evitar la implantación del embrión. Entre otras, se menciona el zoapatle (montanoa tormentosa) y la ruda (ruta graveolens), dos plantas prescritas a veces solas y a veces asociadas a otras ([Pick 1999](#)). Ehrenfeld ([1999](#)) menciona que las mujeres utilizan tes hechos a base de especies (canela y orégano), ocasionalmente mezclados con chocolate, así como con las infusiones de zoapatle. En este caso, dos litros de la infusión con dicha planta se toman en un periodo de dos horas. Sin embargo diversos estudios han demostrado la ineficacia de los métodos tradicionales.

Métodos tradicionales fabricados

Cerveza con aspirina, hierba y cerveza, malta o vino (tinto tibio), jabón de cuaba, sustancias cáusticas (ácidos-acetilo, silícico, alubre, fuerte azul, fuerte azul con orina, formol, hipoclorito de sodio, lejía (cloro), pastillas de éter con hierbas, permanganato de potasio, tintura barata de pelo); sustancias jabonosas, té de monedas hervidas, té con inyección hormonal y vinagre.

Estos productos que, si bien no son realmente abortivos, dejan frecuentemente secuelas importantes en la salud de las mujeres pues son productos químicos manufacturados, utilizados como bebidas o inyecciones vaginales .

Métodos tradicionales físicos

Catéter, sonda, perita; manipulación vaginal uterina (objetos punzantes: agujas de tejer, alambres, crochet, cucharas, ganchos de ropa, lápices, palillos, varillas de sombrilla).

Con frecuencia estas técnicas provocan perforaciones del útero, así como hemorragias. Incluso pueden ocasionar la muerte de la mujer.

Técnicas farmacéuticas

Cytotec, diu con fines abortivos, dosis altas de estrógenos, ergotrate, hipofisinas, inyecciones de (entocol, flaricorpin, nupavin, pitocin, sintocinón, tocofinal), laxantes, ocitócicos con suero, prostaglandina veterinaria, prostaglandina y urea, quinina retractores uterinos.

Algunos productos farmacéuticos también son reputados por sus propiedades abortivas. La venta libre de los mismos contribuye a su utilización masiva, aunque en realidad están prescritos para un fin distinto al de interrumpir la gestación. Se trata de productos médicamente desaconsejados en caso de embarazo y que, empleados como abortivos, se utilizan en dosis mayores a las habituales. Entre ellos se encuentran los antipalúdicos (la nivaquina y la quinina), las hormonas (como el crinex y el synergon), la aspirina o el paracetamol, los antibióticos, los laxantes, etcétera. En México, los empleados de las farmacias venden a las mujeres productos que se supone son abortivos, pero que no necesariamente provocan abortos, aunque sí efectos secundarios graves. Entre tales productos destacan, por la frecuencia de uso, el metrigen y la quinina ([Pick, 1999](#)). El caso del misoprostol o Cytotec será tratado más adelante, ya que responde a una técnica ocasionalmente prescrito por los médicos como producto abortivo, aunque también es utilizado por las mujeres sin requerir de prescripción médica.

Técnicas médicas

En un aborto se extrae el contenido del útero gestante a través del cuello uterino. Las técnicas médicas con medicamentos o quirúrgicas serán diferentes dependiendo de la etapa en que se interrumpa el embarazo. Pero la técnica empleada también va depender si el aborto es legal o ilegal en los países ya que cuando es ilegal se prohíbe ciertos medicamentos y usos quirúrgicos. Actualmente se utilizan medicamentos para la interrupción de los embarazos o aborto con medicamentos en el primer trimestre como tratamiento ambulatorio, estos medicamentos son Mifepristona (RU-486); Metrotexate (Ledertrexate) y Misoprostol (Cytotec) ([Schiavon, 2003](#)). Tales medicamentos pueden utilizarse solos o combinados ([Espinoza, 2002](#)). Las condiciones para la prescripción y utilización de estos productos están estrechamente ligadas a la situación legal del aborto y a la disponibilidad de aquéllos en cada país.

- Mifepristona (RU-486): es una antiprogesterona (bloqueador de receptores de progesterona); tiene una vida media de 18 horas e interrumpe la circulación sanguínea de la capa interna del útero (decidua) y consecuentemente la capa se desprende.

- Metrotexate (Ledertrexate): es un antifolato (inhibidor de síntesis de ácido fólico); tiene una vida media de 8 a 10 horas, su función es detener el crecimiento y desarrollo de las células que darán origen a la placenta (sincitio trofoblasto).
- Misoprostrol (Cytotec): es una análoga de prostaglandina E (estimulador de receptores de prostaglandinas), tiene una vida de 20-40 minutos, genera contracciones del músculo uterino y produce maduración cervical.

Cuadro 1. Regímenes Utilizados para el Aborto Médico

RÉGIMEN	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EDAD GESTACIONAL LIMITE	EFFECTIVIDAD
Mifepristona+ misoprostrol (Régimen aprobado por la FDA)	Mifepristona 600mg vía oral + misoprostrol 400 mcg, (48 horas después de la mifepristona)	49 días o menos después de la última menstruación.	92 a 97%
Mifepristona+ misoprostrol (régimen basado en estudios clínicos)	Mifepristona 200mg vía oral + misoprostrol 800 mcg, vía vaginal (24 a 72 horas después de la mifepristona)	63 días o menos después de la última menstruación.	97%
Metrotrexate +misoprostrol	Metrotrexate 50mg/m ² , intramuscular + misoprostrol 800mcg. Vía vaginal (3 a 7 días después del metrotrexate)	49 días o menos después de la última menstruación.	90 a 96%
Misoprostrol sólo	800mg por vía vaginal (repetir dosis en 24 horas. Total de dosis 2)	63 días	80%

Fuente: Opiniones y respuestas. Resultados de una encuesta de opinión a médicos mexicanos sobre el aborto, realizada en 2002 por Population Council (México), 2004 y resultados de un grupo presidentes en el centro de estudios y conferencias de Bellagio en 2003, realizado por Population Council, 2004.

Como anteriormente se dijo los medicamentos se pueden usar solos o combinados los tecnicismos médicos se le llama regímenes, en el siguiente cuadro muestra la dosis, vía de administración, edad gestacional límite y efectividad de los primeros regímenes del aborto médico.

En el siguiente cuadro se muestran las ventajas y desventajas de los regímenes usados para el aborto.

Cuadro 2. Ventajas y Desventajas de los Tres Regímenes Médicos

REGÍMENES	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Mifepristona + misoprostrol	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Efectividad muy alta ◦ Hasta 63 días ◦ Actúa más rápido 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ No hay en América Latina ◦ No resuelve embarazo ectópico.
Metotrexate+ misoprostrol	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Efectividad alta ◦ Hasta 49 días ◦ Menor costo ◦ Resuelve embarazo ectópico 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Actúa más lento ◦ Causa malformaciones si continua el embarazo
Misoprostrol solo	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Menos eficaz ◦ Hasta 63 días ◦ Menor costo 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Asociado con malformaciones ◦ No resuelve embarazo ectópico

Revisando la estudios que hay sobre el aborto con medicamentos en nuestro país se encontró que no esta aún disponible la mifepristona más misoprostol, sin embargo se usa otro régimen que ha sido ampliamente estudiado la combinación de metotrexato con misiprostol. (Espinoza H, Norris A, Díaz- Olavarrieta 2003).

El misoprostol mejor conocido por su marca comercial Cytotec en México lo vende el laboratorio Pzifer y su costo oscila entre \$612 y \$875 pesos; la presentación es de 28 tabletas de 200 microgramos. Y también se encuentra disponible el metotrexate bajo la marca comercial Ledertrexante y es usado desde hace 40 años para el tratamiento de enfermedades neo-plásticas, artritis reumatoide y psoriasis.

En México, es sorprendente comprobar el poco conocimiento que se tiene del Cytotec como producto abortivo. Un estudio llevado a cabo con mujeres y hombres de clase media demuestra un conocimiento bajo de los métodos para abortar con fármacos, pese a tener la ventaja de que pueden reducir la morbilidad y la mortalidad asociada al aborto ([Gould, 2002](#)). En México, sólo 49% de los médicos conocen las virtudes del Cytotec para el tratamiento de abortos incompletos ([García, 2003](#)). Los empleados de las farmacias en México parecen ignorar las propiedades abortivas del Cytotec, por lo que se vende, por lo general, solamente para tratar las úlceras, como lo mostró en el estudio de Pick ([1999](#)). En una encuesta de opinión a médicos mexicanos sobre el aborto que realizada por la Pupalation Council en el 2002, reportó que más de la mitad de los entrevistados conocían el uso del medicamento misoprostol para la inducción de un aborto (61)%, mientras que una proporción menor conocía los regímenes combinados, científicamente probados y utilizados con frecuencia en países desarrollados, como mifepristona más misoprostol (43%), y metotrexate más misoprostol (34%). La mitad de los entrevistados sabían del uso del misoprostol para la atención de abortos incompletos. A pesar de que hubo un bajo nivel de conocimiento sobre los regímenes de aborto médico, los médicos expresan interés en recibir cursos de entrenamiento y capacitación en este tema; 56% dijo que quería aprender más sobre el aborto legal con medicamentos.

Para contribuir a reducir los riesgos por la utilización del misoprostol, solo o combinado con otros medicamentos, han sido elaboradas diversas guías. Entre ellas se encuentra el folleto que Ipas elaboró con la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) sobre la interrupción segura del embarazo durante el primer trimestre con dicho fármaco ([FLASOG e Ipas, 2005](#)), además del número de julio de 2005 de la revista Outlook ([2005](#)), dedicado al uso del misprostol. También debe incluirse el manual de Faúndes, una guía pormenorizada acerca de la utilización del misoprostol para diversas finalidades, incluyendo el aborto ([Faúndes, 2003](#)).

Por otra parte se encuentra el texto *Prestación de servicios de aborto con medicamentos en los países en desarrollo: guía introductoria* ([Blumenthal, 2004](#)) en el cual se brinda información específica sobre el uso del metotrexate y el misoprostol, además del de la mifepristona, para

aquellos países cuya legislación permite la utilización de este último fármaco de reconocida efectividad.

Acerca de la RU-486 (mifeprestona), Marta Lamas considera que con este fármaco “el aborto deja de depender de una tercera persona y pasa a convertirse en un procedimiento mucho más simple y accesible”. Con su uso –añade la antropóloga mexicana– “se podría dejar en las mujeres la plena responsabilidad de una decisión privada” ([Lamas, 2005](#) pág. 58).

Gracias al uso de los medicamentos antes descritos, se ha reducido el número de mujeres que acuden a los hospitales con complicaciones de aborto realizados en condiciones de riesgo ([Coeytaux, 2002](#)), lo cual se refleja notablemente en los registros y en las estimaciones existentes sobre tal práctica.

Por último es importante mencionar que los medicamentos para la interrupción del embarazo no es lo mismo que las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) esto se considera porque existe desconocimiento del tema; en el siguiente cuadro 3 presentamos las diferencias entre estas dos métodos médicos.

Cuadro 3. Diferencias de Medicamentos para Aborto y Pastillas Anticonceptivas de Emergencia

MEDICAMENTOS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA (PAE)
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Terminan con el embarazo. ◦ Se toman dentro de las 7 a 9 semanas de un embarazo ya confirmado. ◦ Riesgo de malformaciones (muy alto con metotrexato). 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Previene el embarazo (si ya esta embarazada, las PAE no funcionan). ◦ Se toman dentro de las 72 horas siguientes a una relación sexual sin protección. ◦ No presentan riesgos de malformaciones.

El desarrollo de mejores métodos abortivos se complementa con el empleo de medios más eficaces para prevenir embarazos no deseados y en consecuencia abortos, como es la anticoncepción de emergencia. La utilización de este método anticonceptivo es muy eficaz después de las relaciones sexuales con coito no planeadas, que ocurren con mucha frecuencia, o en casos de violación. También cuando éstas se realizan sin ninguna protección, o si se presentan fallas en el uso del método anticonceptivo empleado (condón, pastillas, inyecciones, ritmo, abstinencia) y ante una violación, ya que es el único método que permite prevenir el embarazo durante las 72 horas que siguen a estos contactos sexuales (la llamada “píldora del día después” puede administrarse hasta 120 después del coito, pero se recomienda ingerirla lo antes posible). En México, este método fue incluido, en enero de 2004, en la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar y se ofrece de manera oficial a las mujeres que han sido víctimas de violación, a fin de que puedan optar por esta alternativa, si es su deseo. Además, se ha puesto a disposición de las usuarias de los servicios gubernamentales de planificación familiar, con lo cual se espera que cada vez se eviten más embarazos no deseados y no planeados. De acuerdo con el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE).

También en el primer trimestre se utilizan las técnicas quirúrgicas para abortos generalmente se realizan por dilatación y legrado o por aspiración manual endouterina (AMEU). La elección entre estos dos métodos depende del tiempo de embarazo y de la capacitación de las personas que pueden llevarlos a cabo, pero también del carácter legal o no de este acto. Los legrados uterinos instrumentales (LUI) a veces los practican personas insuficientemente calificadas, sobre todo en el caso de abortos ilegales, con el riesgo consiguiente de causar a las mujeres infecciones, hemorragias, o secuelas ginecológicas que pueden afectar sus embarazos posteriores.

La técnica por aspiración se utiliza de manera muy frecuente cuando el aborto está autorizado. Se trata de una técnica menos traumático que el legrado; se realiza con anestesia local o, a veces general, hasta las 12 semanas de embarazo. Es raro que se presenten complicaciones con la utilización de este método. Cada vez se utiliza más para los tratamientos de las complicaciones postaborto y en muchos países los programas de salud ya lo introdujeron ([Rayas y Catotti 2004](#)), ([Rayas, 2004](#)). Ciertas clínicas clandestinas son atendidas por médicos y médicas especialistas en ginecología y ofrecen este método de manera responsable y en ocasiones a precios accesibles para la mayoría de la población. Este procedimiento también es ofrecido por médicos especializados privados, cuyos honorarios son altos y accesibles solamente para una parte de la población de mujeres, las privilegiadas económicamente.

Cualquier técnica de aborto, como el legrado o la aspiración, tiene que ir precedida por la dilatación del cuello del útero, que es una maniobra simple pero que debe realizarse con cuidado antes del vaciamiento uterino. Veamos los procedimientos de la dilatación y legrado (LUI) o por aspiración manual endouterina (AMEU).

Dilatación

Antes de la dilatación es necesaria una exploración del útero. Su tamaño, que depende del tiempo de embarazo, va a definir el grado de dilatación que hay que conseguir para evacuarlos sin problema. Si se fuerza la dilatación sobrepasa los 12mm es probable que se produzca desgarros o lesiones en el cuello pero si es insuficiente pueden quedar restos del embarazo dentro del útero, con peligro de hemorragia o infección. Los mecanismos más utilizados para dilatar el cuello del útero son:

- Dilatadores metálicos tradicionales: conocidos desde hace siglos y que se introducen por el cuello de mayor a mayor tamaño, aumentando así progresivamente la dilatación. Actualmente se están utilizando dilatadores de plásticos que pueden ser desechables.
- Tallos de laminaria: es una especie de alga marina que crece en las aguas del océano. Con la humedad del cuello uterino se hincha hasta cinco veces su tamaño, dilatándolo lenta y progresivamente.

Vaciamiento Uterino

Se puede realizar por legrado tradicional o por aspiración

- Legrado tradicional: consiste en el “raspado” total de las paredes internas de útero con lo que los médicos llaman legra (que es un aro metálico colocado al final de un mango y fino). Se utilizan también unas pinzas que termina en dos cucharillas ovales, para extraer los restos desprendidos en el raspado.
- Aspiración: técnica basada en la aspiración del contenido del útero. Se necesita, un aparato aspirador (que succione) y cánulas (tubos) de aspiración. Estas cánulas pueden ser metálicas o de plástico rígido o flexible muy finas, tiene entre 6 y 12 mm y disponen de 1 o 2 orificios por donde aspirar. Una variante son las cánulas de karman de plástico flexible que pueden ser utilizadas sin anestesia.

Las razones por lo que las aspiraciones uterinas se han impuesto al legrado tradicional en los abortos del primer trimestre son:

- Se necesita menor dilatación del cuello.
- Es un procedimiento más rápido que el legrado. La aspiración dura 45 segundos a 20 minutos dependiendo del embarazo.
- No se necesita anestesia general; en todo caso local (para cervical) o un analgésico.
- Hay menores perforaciones del útero, menos hemorragias y menos complicaciones con el legrado.
- Se puede realizar sin hospitalización, es decir en una consulta externa.
- El aborto en el primer trimestre, por el método de aspiración, implica menos peligros que un embarazo y un parto normal.

La práctica de estos dos métodos en Latino América se describe sobre todo como “intervencionista”, por el hecho de que muchas veces se emplean para atender las complicaciones postaborto y no para la realización misma de abortos. Generalmente las discusiones se centran en las ventajas e inconvenientes que presentan los dos métodos (Guillaume y Lerner, 2006).

En México se constató una disminución de la morbilidad y mortalidad materna después de la introducción de este método para tratar las complicaciones por aborto, así como la reducción del costo del tratamiento y el mejoramiento del uso de la capacidad instalada en las unidades de salud ([Quiroz](#); Billings; Gasman, 2003). El costo de los servicios de atención postaborto por paciente, señalan los autores, disminuyó de 264 dólares americanos a 180, cuando se usaba dicho método en lugar del legrado. México, además, introdujo la aspiración manual, como parte de la intención de las autoridades de introducir nuevas tecnologías y en concordancia con el Pacto Internacional de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales. El pacto es auspiciado por la Organización de las Naciones Unidas y estipula que los individuos tienen el derecho de gozar de todos los progresos científicos y sus aplicaciones consecuentes.

Los procedimientos de aspiración manual son bastante conocidos en México, ya que alrededor de 60% de los médicos de los servicios hospitalarios públicos se formaron en estas técnicas, así como en los servicios de planificación familiar postaborto ([Reproductive Health Matters, 2002](#)). Sin embargo, Raya, (2004) estiman que en México de 60 a 70% de los procedimientos se realizan todavía a través de legrados. En una encuesta de opinión a médicos mexicanos sobre el aborto reportó que la técnica quirúrgica más conocida por los médicos es el legrado uterino instrumental (LUI), tanto para evacuar la cavidad uterina (91%) como para inducir

un aborto legal (72%). Menos de la mitad de los médicos mencionaron la aspiración manual endouterina (AMEU) para ambas indicaciones. El conocimiento de la AMEU fue mucho menor en el grupo de médicos familiares (MF) y médicos generales (MG), comparando con los médicos gineco-obstetras (MGO), tanto en la atención de abortos incompletos como en la inducción de abortos legales (Population Council México en el 2004).

En un estudio que tuvo lugar en el estado mexicano de Oaxaca, los autores mostraron que, gracias al método de aspiración, hubo una disminución de los costos de tratamiento del 32%, así como una reducción de más de 10 horas del tiempo de hospitalización. También verificaron un incremento en la prevalencia anticonceptiva postaborto del 29 al 57% ([Population Council, Latin America, 1998](#); [Langer, 1998](#)).

Debe destacarse otro método que, pese a no ser específicamente recomendado en los abortos, en ciertos países se emplea con frecuencia. Se trata de la regulación menstrual, un procedimiento médico que, como explican Faúndes y Barzelatto (2005), “consiste en la evacuación del contenido uterino de una mujer con un breve retraso en la menstruación (por lo común, de más de dos semanas) sin determinar si está o no embarazada”. El método, añaden los autores, “se originó con la introducción de la aspiración al vacío, en una época en que no había exámenes de laboratorio que permitieran el diagnóstico temprano del embarazo”. Del mismo modo, indican, el empleo de la regulación menstrual puede obedecer a que la mujer embarazada prefiera “mantener la duda y persistir, por razones morales, religiosas o culturales, en la creencia de que sólo se trata de un retraso menstrual”. Además de las mujeres, los médicos también pueden preferir dicho método “por conveniencias legales en los países con legislación restrictiva”. Con el paso del tiempo, el periodo durante el cual puede recurrirse a la regulación menstrual se amplió “hasta las ocho e incluso doce semanas de gestación, siempre que pueda realizarse con aspiración al vacío y anestesia local”.

A medida que el embarazo avanza, el útero crece y las paredes se vuelven más delgadas y blandas. La aspiración o el legrado pueden producir más fácilmente perforaciones o hemorragias. Además el feto ya es demasiado grande, para ser extraído con seguridad con estos métodos. Por esto, la técnica utilizada en embarazos que estén en el segundo trimestre es provocar un parto. Se trata de que el aborto ocurra por el proceso normal de las contracciones uterinas. Las contracciones provocan la dilatación del cuello siendo expulsado el feto y la placenta por el mismo proceso que tiene lugar en el parto normal. La histerotomía es la apertura del útero para la extracción fetal como en la cesárea, se ha utilizado como técnica para

interrumpir el embarazo en el segundo trimestre. Sin embargo hoy en día con toda la tecnología desarrollada en el área médica sería la menos recurrente.

Aunque en ciertas etapas del embarazo u otros casos llegan a ser recomendables los métodos quirúrgicos, diversos estudios confirman que el aborto con medicamentos tiene ventajas sobre aquéllos, entre las cuales destaca que puede practicarse sin hospitalización. Dicho método constituye una alternativa importante en los países donde el acceso a métodos quirúrgicos es difícil, o si la práctica del aborto es ilegal o de acceso limitado. El aborto con medicamentos puede ser practicado, inclusive en la casa de la mujer, lo cual facilita su acceso y un cierto anonimato (Barrer 2005; Shiavion, 2003). En el cuadro 4 se muestran las ventajas y desventajas de los métodos de aborto temprano.

Cuadro. 4 Ventajas y Desventajas de Aborto con Medicamentos y Aborto Quirúrgico

	ABORTO CON MÉDICAMENTOS	ABORTO QUIRÚRGICO
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Evita la cirugía y la anestesia. Más natural, como la menstruación. Menos doloroso para las mujeres. ◦ Puede ser practicado por personal de nivel intermedio de capacitación. La mujer tiene mayor control, mayor participación. 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Más rápido. ◦ Mayor certeza. ◦ Menos doloroso para algunas mujeres. Más fácil emocionalmente para algunas mujeres. ◦ Puede ser practicado por personal de nivel intermedio de capacitación. ◦ Controlado por el proveedor. ◦ La mujer tiene menos participación.
DESVENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Sangrado, cólicos, náuseas (real o temido). Tiempo de espera, incertidumbre. ◦ Según el protocolo, mayor número de visitas de control o más demoradas. ◦ Costos. 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Invasivo. Bajo riesgo de daño uterino o cervical. Riesgo de infección pérdida de la privacidad, autonomía.

La cantidad y los diferentes métodos y técnicas abortivas expuestas reflejan un hecho: dependiendo de la técnica, las pueden practicar desde un doctor hasta un personal no calificado, yerbera o la misma mujer. Es claro que cada persona que realiza la maniobra estará o no capacitada para llevarla a cabo. Lo anterior ocasiona una serie de consecuencias tanto físicas como psicológicas en la mujer abortante. Sin embargo, es importante señalar que un aborto

realizado por profesionales y en condiciones higiénicas genera riesgos mínimos o nulos. En el siguiente capítulo se describen estos riesgos, las complicaciones físicas y las consecuencias psicológicas resultantes de un aborto practicado en condiciones insalubres, la mayoría de las veces realizado por personal no capacitado debido a una ilegalidad del aborto.

CAPÍTULO 2

COMPLICACIONES Y RIESGOS DE ABORTAR

Los factores que influyen en que un aborto sea peligroso tanto en un aborto legal como en el ilegal son: la duración o el tiempo de embarazo, la preparación del personal que lleva a cabo la intervención, las condiciones sanitarias en que se realiza, el método o la técnica. Si la interrupción del embarazo se practica durante las primeras semanas de gestación, por personas preparadas y en las condiciones sanitarias adecuadas supone menos riesgos que el embarazo y el parto. La mejor garantía de que el aborto se haga en esas condiciones es que el aborto sea legal. Por el contrario el aborto clandestino es uno de los peligros más graves para la salud y la vida de las mujeres.

2.1 Complicaciones del Aborto Legal

Las complicaciones que una mujer pudiera tener después de haberse practicado un aborto no sólo depende de las condiciones y quién lo llevó a cabo, sino también, es importante tener en cuenta la etapa en la que se interrumpe el embarazo pues las complicaciones son menores en los abortos practicados durante las primeras doce semanas, ya que los métodos son mas sencillos y menos traumático y más seguros si los lleva a cabo un profesional de la salud. El aborto en el primer trimestre del embarazo cuando hay suficientes garantías jurídicas y sanitarias se considera una de las interrupciones médicas y quirúrgicas más sencillas, seguras y eficaces.

De acuerdo con Dan Grossman (2004) y Population Council (2004), mencionan que los efectos indeseables comunes derivados de un aborto con medicamentos son:

- Escalofríos, febrículas.
- Gastrointestinales: náuseas, vómito y diarrea.
- Mareos y cefalea.
- Sangrado vaginal.
- Dolor tipo cólico.

Los cólicos y sangrado son parte del proceso de expulsión del contenido uterino.

- Las complicaciones más graves pero menos frecuentes y que tiene que intervenir el personal médico es cuando:
- Hemorragia (abúndate).

- Un embarazo ectópico.
- Falla de los medicamentos (aborto incompleto, aborto diferido o frustrado, persistencia del embarazo).
- Infección.

La garantía del método de aborto con medicamento recae no sólo en la capacidad fidedigna del dictamen médico o prescripción médica (historia clínica, auscultación, previos análisis de laboratorio...) y en la calidad de la fórmula del producto farmacéutico, sino además en la responsabilidad del paciente para que éste siga las indicaciones terapéutica, las cuales no olvidemos que casi siempre nos anuncian dosis, modos de empleo, contraindicaciones, precauciones y advertencias, reitero, responsabilidad exclusiva del paciente. Por ejemplo se han suscitado casos recientemente donde el método de aborto con medicamento ha fallado teniendo resultados muy graves o de muerte en pacientes, no por dictamen, ni por el componente químico, lamentablemente por descuido del paciente al no seguir algunas de las indicaciones en el periodo de margen de prevención poco después de haber concretado un aborto.

Quiróz y Colaboradores (2003) y Lacayo (2003); señalan que los problemas más frecuentes en un aborto quirúrgico son:

- Leves desgarros o heridas en el cuello uterino.
- Sangrado moderado
- Dolores abdominales después de la intervención

Las complicaciones más graves pero poco frecuentes son:

- Perforación uterina.
- Sangrado excesivo.
- Infección pélvica.
- Lesiones cervicales.

Cabe señalar que la aspiración manual endometrial (AMEU) se asocia con niveles más bajos de complicaciones que se presentan con el legrado (LUI).

2.2 Complicaciones en el Aborto Ilegal o Clandestino

En los países que no está legalizado el aborto se vuelve una práctica clandestina que provoca que miles y miles de mujeres mueran cada año. Practicar el aborto en situación ilegal por personal capacitado y no capacitado los lleva a usar una serie de técnicas y métodos como medio de inducir o interrumpir el embarazo que pueden generar complicaciones si son mal empleados.

Los efectos posibles de estas técnicas son a nivel local y nivel general.

Nivel Local

- Substancias químicas del tipo del permanganato potásico o similares, causa quemaduras y hemorragias y pueden conducir a la formación de fístulas en la vejiga de la orina o en el recto.
- Objetos punzantes ocasionan también lesiones en vagina, cuello y útero, llegando en ocasiones a producir la perforación del útero y otros órganos

Nivel General

- Productos Químicos ingeridos oralmente pueden causar vómito y envenenamiento.
- Hemorragia y la Infección son las más graves, que primero pueden ser localizadas pero en su evolución puede generalizarse.

Las complicaciones más importantes son:

- Lesiones del cuello del útero.

El cuello uterino es el conducto o canal que comunica el interior del útero o matriz con el exterior, a través de la vagina. Se comunica con el interior de la matriz por el orificio cervical interno y con la vagina por el orificio cervical externo. Pues bien muchas de las heridas o lesiones que sufre el cuello están relacionadas con la fuerza que se aplica a los instrumentos de dilatación, a sí como el uso de la pinza de tenáculo que sirve para fijar el útero en el momento de la dilatación. Si la tracción efectuada con esta pinza, o su colocación, pueden producirse desgarros del cuello uterino, que dan lugar a hemorragias fácilmente corregibles mediante algunos puntos de sutura en la zona

desgarrada. Si la dilatación del cuello se fuerza por mala utilización de los dilatadores pueden desgarrarse las fibras elásticas que rodean el canal cervical. Esto ocurre con más frecuencia cuando los abortos son repetidos (Faudes, 2005).

- Hemorragias intensas.

No se debe confundir con el sangrado leve que sucede en un aborto normal. Si la hemorragia es grande es necesario en primer lugar, buscar la causa, porque puede indicar que no todo el material fetal ha sido extraído o que el útero no se ha contraído a su tamaño normal por otras causas, con la existencia de miomas, trastornos de la coagulación sanguínea y en caso extraordinario, alteraciones degenerativas del propio material fetal (mola). Estas complicaciones cuando el aborto es legal, tienen fácil solución en un hospital, pero si es ilegal constituye uno de los principales riesgos para la vida de la mujer.

- Infección.

Se puede producir porque las defensas estén bajas, lo que permite que cualquier infección vaginal presente antes del aborto, se extienda por el útero y las trompas, dando lugar en ocasiones a una peritonitis. Pero el más frecuente es que los instrumentos utilizados no sean estériles provocados desde infecciones de tétanos hasta choque séptico, o insuficiencia renal. La gravedad depende de lo importante que sea la infección, si sólo se limita al útero es más leve, pero si se extiende fuera de la matriz puede conducir a una infección generalizada que es la complicación más grave.

- Perforación.

Es la rotura de la pared del útero, que ocasionalmente puede hacerse con algunos de los instrumentos utilizados. Si es pequeño el agujero, este puede cerrarse espontáneamente con el tiempo, sin ningún problema, pero si es grande, el sangrado y el dolor pueden ser muy importantes. Cuando el agujero es grande es necesario realizar una laparoscopia. Si esto no es posible, no queda más remedio que hacer lo que los médicos llaman laparotomía (abrir el vientre) y en algunos casos más graves quitar el útero

- Otras complicaciones.

El tipo de sangre si la mujer tiene Rh negativo y su pareja positivo es preciso, aún en abortos de pocas semanas, poner una inyección de gammaglobulina para evitar que las defensas de la mujer fabriquen anticuerpos antiRh. Esos anticuerpos en embarazos normales atacarán al feto (si se tiene unir distinto al de la madre) dañándole seriamente.

Los riesgos y complicaciones son mínimos o no se presentan cuando la maniobra abortiva es llevada a cabo por profesionales de la salud y en condiciones higiénicas. Las técnicas practicadas por personal capacitado para ello son probadas y altamente confiables, lo que disminuye cualquier riesgo para la mujer y su fertilidad. Por otra parte los riesgos y complicaciones se reducen si las pacientes siguen todas las indicaciones médicas que se les indiquen.

Es importante señalar que en los últimos años se ha vinculado el cáncer de mama con el aborto que a continuación se expone.

El Cáncer de Mama y su Relación con el Aborto

El aborto se cree que es un hecho antinatural, porque inhibe un proceso natural, el embarazo, estando en contra del instinto de supervivencia propio del ser humano, entonces, esta interrupción violenta del embarazo o gestación afecta las células de la mamas, haciéndolas sensiblemente más propensas al cáncer. Esto es porque desde el momento en que se da la concepción el cuerpo de la mujer sufre cambios, no sólo a nivel físico, sino también psicológico y social. Detengámonos a pensar en los cambios físicos. Cuando una mujer está encinta, se siente distinta. A los pocos días de la concepción, aún antes de que el pequeño embrión se haya anidado en la pared del útero, las hormonas ya se encuentran en la sangre, avisando a las células del cuerpo del embarazo. Nuevas células empiezan a crecer en sus senos, células que habrán de madurar y producir leche preparada especialmente para las necesidades del recién nacido. (Alva M, 2000), por lo tanto, si se produce el aborto, se termina con este proceso de maduración y producción de las células que habitan en los senos, la leche que se haya producido queda almacenada en los senos, provocando el nacimiento de nódulos de leche que posteriormente podrían resultar malignos para el organismo de la mujer (Joel Brind, Ph. D. citado en Alva M, 2000), ha señalado en diversos estudios, que no se trata de una mera conexión estadística, sino que se apoya en datos biológicos y endocrinológicos.

“El cáncer de mama ha alcanzado proporciones alarmantes en Estados Unidos en 1973, cuando se legalizó el aborto en todo el país, alrededor de 85 mujeres de cada 100, 000 sufrían esta terrible enfermedad. Para 1983 la proporción había aumentado a 95 de cada 100, 000. Hoy en día es más de 110 de cada 100, 000. Cada año alrededor de 182, 000

mujeres reciben este terrible diagnóstico. Este tipo de cáncer también está aumentando en el mundo entero. Los científicos han podido identificar muchos de los factores de riesgo asociados con el aumento del cáncer del seno, tales como el tipo de alimentos que se consume y los desórdenes genéticos” (Revista “Escoge la Vida” Estados Unidos, julio-agosto 1994).

Con la información presentada, queda en evidencia la existencia de una serie de complicaciones físicas con mayor riesgo de un aborto practicado en condiciones insalubres e ilegales que ponen en peligro la salud y la fertilidad de la mujer, mismas que pueden variar en un amplio rango tales como la infección hasta la muerte. De manera similar al daño físico producto de un aborto mal practicado, las consecuencias psicológicas en la mujer que practica un aborto son variadas y pueden ir desde la culpa hasta la liberación, como a continuación se presenta.

2.3 Consecuencias Psicológicas

La práctica del aborto también acarrea consecuencias psicológicas, que dependen de la libertad de decisión que tenga la mujer y de las posibles presiones que sufra. Ninguna mujer considera el aborto como una experiencia agradable sobre todo para aquellas mujeres que se practican un aborto inducido, la decisión es difícil y a veces experimenta algunos sentimientos negativos que a continuación enlistamos:

- Dudas y culpa, al enfrentarse con valores sociales, culturales y religiosos suyos y los de su entorno derivados de quebrantamientos de reglas y temor a sanciones legales; cuando el aborto se ha practicado en condiciones que las traumatizaban ([Langer, 2002](#)).
- Ansiedad y miedo (Langer, 2002)
- Depresiones; si el aborto se realiza sin la voluntad de la mujer (presión familiar, problemas económicos, etcétera) puede constituir una causa de depresión ([GIRE, 2000](#))
- Tristeza y sentimientos de pérdida, rechazo hacia las relaciones sexuales (CIMAC, 2000; GIRE, 2000; Langer 2002).

Todos estos sentimientos pueden ser parte del Síndrome Posaborto (SPA) que es definido por Dr. J.C. Willke como “La incapacidad de resolver el temor, el coraje, la tristeza y la pena que se asocian con la pérdida de un hijo abortado” (Willke, 2000 pág.30).

El Instituto IRMA (2003), señala que el Síndrome Posaborto tiene su origen en una continua negación, represión y racionalización de pensamientos y sentimientos hasta que

comienzan a manifestarse en los diversos signos y síntomas. Este síndrome consiste en creer en la liberación de un problema (en este caso el embarazo inesperado), y en negar consecuentemente que perciba dolor o remordimiento alguno. Este sentimiento va acompañado generalmente de angustia depresión y/o sentimiento de una culpa que no logra entender de manera consciente. Este proceso lo padece temprana o tardíamente la mujer, por el solo hecho de haber abortado.

Es importante señalar que el SPA no aparece exclusivamente después de la práctica del aborto, sino que aparece incluso antes de que éste se lleve a cabo. Es decir, la mujer en la toma de decisión se enfrenta ante una serie de situaciones que favorecerán o entorpecerán el camino hacia el aborto, y dentro de este camino también se encuentran los llamados mecanismos de defensa, que son la base del SPA, y que juegan un papel fundamental dentro de la toma de decisión de la mujer que a continuación se enlistan los más utilizados pero que no son los únicos.

- Negación
- Racionalización
- Represión
- Compensación
- Formación reactiva

En un momento determinado, la mujer después de haber pasado la angustia indecisión, urgencia para abortar, se da cuenta de un modo u otro de lo que hizo con su propio hijo (deseado o no), es capaz de percibir que nunca tendrá un hijo que supla a éste, esto puede presentarse inmediatamente después haber abortado o en el transcurso de los años como ya mencionamos. En ocasiones se presentan en la mujer trastornos psicológicos o emocionales, los cuales nunca son asociados con la experiencia de aborto, sino que son atribuidos a cualquier otra experiencia que esté viviendo en ese momento. Es un modo de evadir, racionalizar y negar el problema de aborto que tuvo, probablemente para evitar los sentimientos de culpa, la sensación de arrepentimiento.

Sin embargo, las consecuencias psicológicas del aborto no solo sentimientos negativos sino que pueden llegar a ser incluso positivas cuando la mujer pone fin a un embarazo en buenas condiciones sanitarias y, sobre todo, cuando ella opta por esta práctica de manera consciente, libre e informada ([GIRE, 2005](#)). Estos sentimientos positivos son los siguientes:

- Alivio y liberación, (GIRE, 2005; Langer 2003).

- Tranquilidad, practicado de manera segura y siendo tratadas con respeto por el personal médico que las atendió. ([Amuchástegui y Rivas, 2002](#)),

Langer Glass (2003), señala que es importante considerar que muchas mujeres después del aborto sienten alivio porque la obligación de seguir con un embarazo no planeado tiene consecuencias emocionales más importantes que la interrupción del mismo. La autora destaca, asimismo, que un tema ausente en los estudios sobre mortalidad materna y asociados al aborto, es el de los casos en las cuales las mujeres terminan suicidándose por la presión en que viven cuando tienen un embarazo no deseado, o son asesinadas por sus cónyuges u otras personas opuestas a que continúe su gestación.

Ninguna mujer considera el aborto como una experiencia agradable. La decisión la mayoría de las veces es difícil y a veces experimentan sentimientos de angustia, culpabilidad y confusión antes o después del aborto debido a la opinión que la mujer tenga de éste, de las condiciones que rodea el hecho de abortar, del deseo del embarazo y también de la legalidad o ilegalidad del aborto. En los países en los que el aborto es legal y aceptado por la sociedad, las repercusiones negativas y los sentimientos de culpa son mínimos al igual que los riesgos y complicaciones físicas. No obstante, la existencia de la legalidad y de la ilegalidad siempre existirán motivos para que haya mujeres que recurran al aborto que en el siguiente capítulo se explican el por qué las mujeres deciden abortar.

CAPÍTULO 3

¿POR QUÉ LAS MUJERES ABORTAN?

Las mujeres tienen abortos espontáneos porque ciertas protecciones naturales del cuerpo hacen que los embarazos con pocas probabilidades de éxito se interrumpen de manera natural. Sin embargo el aborto inducido, como producto de un embarazo no deseado es un problema que está determinado por muchos factores muy diversos depende de realidades sociales particulares de cada país, de su situación legal, del acceso a servicios de salud reproductiva de calidad, de las condiciones materiales y culturales, de las expectativas de vida de las mujeres. Depende, asimismo, de los obstáculos que ellas enfrentan para ejercer de manera libre su sexualidad y maternidad y, por tanto, sus derechos sexuales y reproductivos.

3.1 Motivos para Abortar

Para las mujeres que recurren con frecuencia al aborto inducido, puede ser en muchas ocasiones el único y último recurso ante un embarazo no deseado o no previsto. Los motivos que llevan a las mujeres a buscar un aborto inducido son muchos y diferentes. A continuación se presenta. La síntesis realizada por diversas instituciones dedicadas al tema del aborto, o por especialistas en el mismo, se desprende una lista de los principales motivos para interrumpir un embarazo, que pueden corresponder al conjunto de la población o a grupos específicos de la misma, en los cuales subyacen circunstancias muy particulares, como sería el caso de las que suelen enfrentar las adolescentes. Tales motivos están presentes en estudios realizados en diferentes países ([Instituto Alan Guttmacher, 1994](#); [Bankole, 1998](#); [Olukoya, 2001](#); [Guillaume, 2004](#); L Lovet y Ramos [2001](#)).

Entre las razones primordiales para recurrir al aborto que se mencionan en los estudios sobre el tema se encuentran las siguientes:

Motivos Económicos

- Problemas y dificultades económicas, que se agudizan cuando las mujeres o la pareja no tiene los suficientes medios económicos o éstas carecen del apoyo familiar o del Estado para el cuidado de los hijos, sobre todo para quienes tienen un trabajo de tiempo completo o doble jornada. Las adolescentes y jóvenes por lo general no cuentan con autonomía financiera o recursos propios. También puede faltarles la ayuda de sus familiares, de la pareja o del padre del hijo.

Motivos Familiares

- Relaciones no estables o de conflicto con la pareja o de desamor con el padre del hijo, en el caso de los adolescentes.
- Estigmatización, reprobación o presión social y moral ocasionada por un embarazo prenupcial, o fuera del matrimonio y la percepción del rechazo (incluso penalización, en algunas sociedades) que pueden sufrir las mujeres en tal situación por parte de la familia y la comunidad.
- Presión de los padres o de quien las haya embarazado para que las mujeres aborten, o bien, ante un embarazo prematuro, siendo ya madres de un hijo con pocos meses de nacido.

Motivos Personales

- Finalmente, aunque son casi nulas o inexistentes las evidencias al respecto, se encuentra la decisión personal de las mujeres, el ejercicio de su libertad para decidir cuándo y cuántos hijos tener, o no tener hijos, o sea, cuando ejercen sus derechos sexuales y reproductivos. Relacionado con lo anterior, también se encuentran las aspiraciones, expectativas y proyectos de vida de la mujer en determinadas etapas (continuar y terminar una carrera, encontrar trabajo, etcétera).
- Imposibilidad de seguir los estudios a causa del embarazo, por lo cual las jóvenes estudiantes pueden optar por el aborto para continuar su educación.

Motivos de Salud

- Fallas del método anticonceptivo empleado, debido a su ineficacia, utilización incorrecta o a temores por sus posibles efectos secundarios. Esta clase de motivos varían según las condiciones de acceso a la práctica anticonceptiva, tales como: las razones para recurrir o no a anticonceptivos, la falta de información precisa sobre tales métodos, la adecuación de los mismos a las características específicas de las usuarias, y las limitaciones para acceder a servicios de calidad de planificación familiar, sobre todo para determinados sectores y grupos de población (jóvenes, residentes en áreas rurales, indígenas, etcétera).
- Si el embarazo es resultado de una violación o de un incesto, o sea, debido a la coacción, abuso o violencia sexual.

- Cuando los motivos para recurrir al aborto están estrechamente relacionados con las causales que establecen las legislaciones, tales como interrumpir un embarazo para preservar la salud física y mental de mujer, si éste pone en peligro su vida y por malformaciones del feto.

Cabe aclarar que la información disponible sobre los motivos que tienen las mujeres para recurrir al aborto es insuficiente. A ello contribuye la ilegalidad del aborto inducido. En paralelo, la existencia de preceptos morales y religiosos propicia que muchas de las mujeres que abortan de manera voluntaria prefieran guardar silencio o expresar otros motivos antes que verse inmersas en el desprestigio social que provoca esta práctica.

Pero ahora que hay tantas cosas para protegerse ¿cómo es que las mujeres se embarazan sin quererlo? Aunque sea difícil creerlo, las mujeres no siempre pueden evitar embarazarse cuando no quieren tener un hijo. De acuerdo con Langer (2000) quien examina las causas y los resultados del embarazo no deseado en América Latina y el Caribe, sintetiza las cuatro principales razones por las cuales éste se ha incrementado en la región: 1) el creciente deseo de las personas por reducir el tamaño de la familia; 2) el poco acceso a los métodos de planificación familiar; 3) el porcentaje de confiabilidad de los métodos anticonceptivos y sus posibles fallas; y 4) las relaciones sexuales involuntarias. Entonces una mujer puede embarazarse porque:

- Falló el anticonceptivo que estaba usando. Los anticonceptivos modernos como el condón, las pastillas, las inyecciones, el DIU y el parche son muy eficaces, pero ninguno es totalmente efectivo.
- No tiene anticonceptivo a la mano. En el campo y en algunas colonias marginadas hay dificultad para conseguir anticonceptivos, porque escasea el dinero para comprarlos o porque no existen clínicas o farmacias. En muchos servicios de salud sólo se ofrecen dos o tres métodos; eso hace difícil elegir, porque a veces los métodos disponibles no responden a las necesidades de las personas.
- Poco conocimiento sobre los anticonceptivos o les tienen miedo. Hay quienes usan métodos poco efectivos como el ritmo o el retiro por temor a los efectos de los métodos modernos, pero no saben que siempre hay un método adecuado para cada persona. A veces, la influencia de la pareja o de la religión impide el uso de métodos anticonceptivos más seguros.

- Las personas también fallan. Muchas veces las parejas tienen relaciones sexuales sin protección aunque no quieran tener hijos. A veces se les olvida tomar la pastilla. A veces no saben cómo usar los anticonceptivos porque no entienden las instrucciones.
- Hay violencia sexual. Una violación puede provocar que una mujer se embarace sin quererlo. No hay que olvidar que hay muchas formas de violación, incluso dentro de la familia o del matrimonio.

En estas condiciones, se pueden decir que las mujeres abortan porque los métodos anticonceptivos fallan o no siempre sirven, porque una parte importante de la población no puede conseguirlos y porque hasta los deseos más íntimos están marcados por condicionamientos económicos y sociales en todo el mundo.

Con respecto a los condicionamientos sociales Ortner (2000), sostiene que el pensamiento cultural existe con una tendencia universal a asociar lo masculino con lo cultural y a considerar que lo femenino se encuentra más cercano a la naturaleza. Una de las agresiones más frecuentes como consecuencias de actitudes, pensamientos y creencias adjudicados en un proceso de construcción social a cada sexo, es cuando una mujer se quiere salir de la esfera natural, o sea que no quiere ser madre se le tacha de antinatural; pero porque, tema a tratar en el siguiente apartado.

3.2 Aborto y Maternidad

Toda mujer que no desee un embarazo y decida evitarlo a través de un aborto se le considera desnaturalizada. No sólo atenta contra la vida de otro, sino contra la naturaleza en sí misma y más todavía contra sus propios proyectos en los que el ser humano no debe intervenir y a los que no se debe contradecir. El resultado de esta condena consiste en descalificar a la mujer que aborta. Por que la sexualidad, especialmente la femenina es reducida a la función reproductiva y la feminidad a la maternidad. La maternidad no es representada sólo como algo positivo, sino esta asociada con el deber más que con la elección y alegría. El sexo y la sexualidad son representados exclusivamente como comportamientos y capacidades reproductivas. Y el embarazo y la maternidad resultan inevitables para una mujer y resultado del destino (Ortner, 2000).

Esto es porque en nuestra sociedad, la maternidad es la institución que establece, prescribe y asigna el lugar de madre a las mujeres. Se le considera como un rol primordial por su función de reproducción y perpetuación de la especie, se apoya para su reforzamiento en mitos, tradiciones, costumbres, tabúes sexuales y sociales. El rol maternal de las mujeres se ha dado por supuesto, debido a la vinculación aparentemente natural entre capacidad de criar y lactar. Dicho rol tiene efectos profundos, en la vida de las mujeres, en la ideología la reproducción y la desigualdad social (Chodorow, 1984; Sánchez, 2003).

La maternidad ha sido un referente social para la construcción de la identidad de las mujeres, no como algo natural sino precisamente como un producto social, a lo largo de la historia de la humanidad. A su vez el cuerpo de las mujeres ha sido normado, se le ha definido como un cuerpo-ser-para-los-otros cuerpo para la procreación, para servir, para materializar, para reproducir (Najera, 1998).

La identidad de las mujeres como madres reduce sus espacios de interacción y limita sus posibilidades de desarrollo como seres humanos, ya que desde niñas se les ha inculcado su rol de madre. Como afirma Lagarde (1990), el significado que las mujeres atribuyen a la maternidad se constituyen en el eje organizador de sus vidas, ya que a través de esta vivencia se quiere encontrar la completud a través de la satisfacción de las necesidades de "otros", la legitimidad como mujer, en un mundo donde para ser reconocida, para ser visibles se necesita haber parido. Pero en este vivir y ser para los otros, las mujeres encuentran también la satisfacción que les dan los hijos a través del trato cotidiano en el proceso de socialización y crianza además de la satisfacción que obtienen al cumplir con la norma de la maternidad, la percepción de obtener un lazo más fuerte en la unión, el sentirse más femeninas, el sentir que sus hijos son la prolongación de ellas mismas además del poder que se obtiene a través de la manipulación de los efectos de los hijos en la familia.

La maternidad no se reduce al hecho de parir sino que en ella convergen diversos órdenes como el psicológico, histórico, el social, el jurídico, el sexual, etcétera. Dicho de otro modo, la maternidad, a diferencia de lo que circula en el imaginario colectivo, no es un hecho natural, sino más bien puede ser entendida como un hecho cultural mediante el cual es posible mantener a las mujeres en un espacio de control y reproducción de un poder jerarquizado y opresor (Shimada, 2003). La maternidad resulta que es un fenómeno complejo que incluye por lo menos dos funciones: la función biológica (gestación, parto y lactancia) y la función social (crianza o maternaje de las/os hijas/os). Sin embargo, la ideología patriarcal tiende a reducirla a su función biológica y a

otorgarle un carácter “natural” atribuyéndole a la mujer una responsabilidad exclusiva y excluyente (Sau, 1999; Coria, 2004).

Coria (2004), señala que la maternidad entendida desde el plano social, como tal implica ciertas características y recursos psíquicos que cualquier persona, hombre o mujer, debiera tener para con un bebé, para que éste devenga en sujeto psíquico. Llamamos función maternal al requerimiento social de ser tolerante, incondicional, altruista y continente. Entonces se identifica lo “femenino” con lo “maternal”, perpetuando el consenso de que ser mujer es equivalente a ser madre. Aunque claro está, continúa la autora, no cualquier madre, sino una madre buena, desinteresada, abnegada e incondicional.

“A partir de la identificación mujer-madre, los atributos adscritos a la maternidad son transferidos a la mujer. De esta manera, actitudes tales como tolerancia paciencia generosidad, renunciamiento, entrega, bondad dedicación, que son atributos de una **buena madre**, resultan ser las expresiones más acabadas de la feminidad” (Coria, pág. 65).

A través de la socialización de género, la mujer va configurando sus sentimientos y expectativas respecto de la maternidad mucho antes de que este hecho se produzca. Lo hace en términos de un ideal maternal, en un contexto social altamente cargada de valoraciones respecto de la misma (Velásquez, 2002). Entonces que sucede cuando una mujer renuncia a ser madre y opta por el aborto.

Señala la feminista María José Rosado Nunes (2006), “la maternidad en la forma como la sociedad la trata, deshumaniza a las mujeres, mientras que el aborto –esto es como la sociedad las trata- las humaniza” (pág. 81). Esto sucede porque el embarazo es visto como si fuese “natural”, resultado de un proceso en el cual el pensamiento, la emoción y las relaciones pasan a ser un segundo término respecto de la capacidad biológica que las mujeres tiene que engendrar. ¿Las mujeres son madres, reales o potenciales, porque la biología no los permite? En el caso del aborto, se exige pensamiento de decisión, elección. Es decir, se tiene en cuenta las relaciones en cuestión.

El aborto no se puede desvincular de la maternidad. Lo que implica que la capacidad humana de hacer un nuevo ser es también, y al mismo tiempo, la posibilidad de hacerlo o no hacerlo. En general, asociamos la “elección” al aborto. Se piensa que quienes están a favor de la “elección” está a favor del aborto no se asocia “elección” a maternidad. De ahí que el aborto sea tratado como algo que va “contra la naturaleza” de la mujer. Sin embargo, no es pensable que

vaya “contra la naturaleza” que un hombre rechaza la paternidad como proyecto de vida. Sin embargo, la mujer debe dar explicaciones cuando elige no ser madre.

El ser madre es lo que se pone en cuestión cuando se presenta el hecho concreto de la gestación. Es en ese punto donde se sitúa la complejidad y la problemática del aborto. Cuando se presenta el embarazo, la cuestión supera el hecho biológico y se centra en la posibilidad o imposibilidad, en ese momento, de asumir o no la maternidad como significaciones de la sociedad. Las mujeres no son substancialmente madres. El sentido que la maternidad tiene, se encarna en momentos determinados de la vida de cada sujeto. Es una situación en la que todo el universo simbólico y de significaciones en el que vivimos y actuamos los humanos se actualiza: la femineidad, la identidad, el deseo, el amor, las normas, el reconocimiento y aceptación del otro, su propio renacimiento y aceptación de su medio familiar y social. Más esta situación no necesariamente conduce a asumir la maternidad. Cuando una mujer no puede enfrentar estas instituciones (por múltiples razones que puedan estar en ellos actuando), toman decisiones frente a éstas.

Los grupos feministas luchan porque la mujer tome sus propias decisiones sobre su propio cuerpo, de interrumpir su embarazo de ejercer libremente su maternidad, es decir el derecho a decidir tema que en el siguiente apartado se expone.

3.3 El Derecho a Decidir

En la década de los setenta, el feminismo estuvo caracterizado por la autodeterminación, retomando el concepto de maternidad voluntaria que habían utilizado las italianas, y pugnaba por modificar las leyes de aborto para lograr su legalización, apoyando su argumentación en razones de justicia social y de salud pública ([Lamas, 2001](#)). A nivel mundial en la década de los ochenta, el movimiento feminista adoptó una estrategia centrada en "el derecho a decidir" ubicando, en muchos casos; A la cuestión del derecho al aborto como una condición de autodeterminación y libertad de las mujeres. El concepto de derechos reproductivos es asumido por numerosas feministas que reclaman el cumplimiento tanto de nuevos como de antiguos derechos, coincidiendo en muchos países con el auge de las políticas de población. En este escenario, en la década de los noventa, el lenguaje de los derechos sexuales y reproductivos obtuvo una legitimación internacional, como resultado de las discusiones y acuerdos surgidos de las Conferencias de Naciones Unidas y del proceso que implicó la adopción de estos términos, primero en el espacio académico y en el movimiento de mujeres, y después en los documentos

internacionales de Naciones Unidas, en las leyes nacionales y en el discurso público de los tomadores de decisiones.

La posición sustentada por las feministas que pugnan a favor de la despenalización del aborto se fundamenta en el derecho que tienen las mujeres a elegir si quieren ser madres y a tener la libertad para definir el número y espaciamiento de sus hijos, cuestión altamente relacionada con la autonomía de las mujeres, o su carencia. Reivindican así el libre acceso a la anticoncepción y al aborto y enfatizan el hecho de que las mujeres son dueñas de sus cuerpos antes que los otros y por tanto son ellas las que deben decidir libremente sobre él (Tarrés, 1993; www.decidir.org.mx). Para las defensoras de esta postura en la disyuntiva que trae consigo la práctica del aborto inducido, se debe privilegiar el derecho de la persona presente, la mujer que está embarazada, ante el proyecto de vida del feto (Ortiz, 1992). Se busca romper con la ideología impuesta por la religión católica a lo largo de la historia, tanto en lo que se refiere a la idea de que la sexualidad femenina no puede "ser", no se justifica por el placer sexual, sino que sólo con la maternidad, es decir, si esa tiene como finalidad la procreación, como en lo que tiene que ver con las limitantes impuestas a las mujeres que les quitan la posibilidad de proponer y optar por otras formas de vida dentro de un espacio social (Hierro, 2003).

La cuestión de los embarazos no planeados o no deseados y sus costos emocionales, económicos y sociales en la vida de las mujeres y sus familias, se ha erigido en uno de los argumentos centrales de las feministas vinculado estrechamente con el derecho a decidir (De Barbieri, 2003; Lamas, 2001 y 2003). El hacer referencia a la importancia del producto, en el marco de la postura feminista, implica la necesidad de que todos los niños que nazcan realmente sean deseados (Ortiz, 1992). Asimismo, se plantea que en los nuevos contextos "...los encuentros sexuales se multiplican y los obstáculos, ideológicos y materiales, (hacia) una responsabilización de la vida sexual conducen no sólo a cientos de miles de abortos, sino también a miles de nacimientos de hijos no deseados. Estas criaturas, antes bienvenidas como un seguro para la vejez, son vividas como lastre en una sociedad que no ofrece apoyo al difícil trabajo de la crianza infantil" (Lamas, 2003, pág.19). Por lo tanto, la resistencia de las mujeres ante las posibles excomuniones es indicativa de que aun cuando el aborto sea considerado un pecado por la religión católica, y por más que sea ilegal, para las mujeres que optan por interrumpir un embarazo no deseado ello significa "que para ellas, primero, está su conciencia; y que elegir la maternidad es un derecho que les pertenece"... (Por lo que) "una maternidad voluntaria es la única opción legítimamente ética" (Lamas, pág. 20). Se señala, además, que el discurso ligado a la libertad de la mujer está asociado a la justicia social, ya que son las mujeres que pertenecen a los grupos de

población más pobres quienes son las víctimas principales de las secuelas del aborto ([Tarrés, 1993](#)).

La situación económica, los modelos familiares tradicionales, las creencias religiosas, las presiones del entorno social y el acceso o no a los servicios de salud influyen a la hora de decidir y planear un embarazo y por tanto, también a la hora de interrumpirlo. El aborto como respuesta a un embarazo no previsto o no deseado se va a vivir de manera diferente encada caso, también la posibilidades de elección y las prácticas de acceso; habrá mujeres que por el estigma negativo que socialmente en su país se tenga del aborto repercutirá en algunas de ellas a la hora de decidirse a abortar, tendrán que encarar una serie de conflictos internos y externos, sin embargo existirán otras mujeres que cuando elijan abortar sentirán un gran alivio. La mayoría de las mujeres que llegan a la conclusión de que no quiere continuar su embarazo hacen antes un juicio moral. Muchas piensan en las consecuencias de ese embarazo, en otros hijos y en su familia; la mayoría toma su decisión con responsabilidad. Como se ha mencionado el aborto se va mirar de acuerdo en el contexto en el que se encuentre veamos entonces en el siguiente capítulo la situación actual del aborto en México.

CAPÍTULO 4

ABORTO EN MÉXICO EN LA ACTUALIDAD

En este capítulo se expondrá la situación del aborto en México, abarcando los siguientes apartados: estimaciones e incidencia sobre la muerte materna por aborto, la planificación familiar, situación legal del aborto en México principalmente en el DF, argumentos de la Iglesia Católica sus antecedentes y los grupos ligados a ella como Provida y Católicas por el Derecho a Decidir, la postura médica ante el aborto inducido, opiniones de algunos médicos, estudios sobre la actitud de los médicos y la ética del gremio médico.

4.1 Estimaciones Sobre la Incidencia y Muerte Materna por Aborto

La problemática del aborto es un tema complejo y difícil de estudiar y, en particular, de medir. Tal situación se acentúa cuando se trata del aborto inducido, ya que su práctica es negada y ocultada, sobre todo cuando se realiza en condiciones de ilegalidad. La negación o la declaración errónea del aborto inducido obedecen a múltiples y variadas razones. Se trata de un hecho sensible e íntimo para las mujeres, que puede ser doloroso cuando es prohibido por la religión, proscrito por diversos profesionales de la salud, sancionado legalmente, y recriminado ética y moralmente; por lo tanto, cuando el aborto es estigmatizado y poco aceptado por la sociedad. Donde existen leyes restrictivas en la materia, la interrupción del embarazo suele realizarse en ámbitos clandestinos, bajo condiciones de alto riesgo para la vida y salud de las mujeres. Además, la mujer y quienes lo practican pueden ser denunciados penalmente.

La omisión o inexactitud en la declaración de la práctica del aborto, que responde principalmente a estas razones, no sólo se da por parte de las mujeres, sino también se extiende a las instituciones de salud, de procuración de justicia y a sus diversos agentes. Esta situación se traduce en que la información recopilada sobre el tema no sólo es poco confiable, dada la subdeclaración y el consecuente subregistro de los casos de aborto, sino que además son escasas las fuentes que generen datos sobre la incidencia, características y efectos de dicho fenómeno.

De los estudios publicados se desprenden varias conclusiones que deben tenerse en cuenta al presentar un escenario de la incidencia del aborto entre los países y, sobre todo, al interior de los mismos. Los datos presentados muestran una heterogeneidad de estimaciones que depende de la selección del universo de estudio (población general, personas escolarizadas,

estudiantes, registros en ámbitos hospitalarios, etcétera), del tamaño de la muestra y del método utilizado para la obtención de la información. Asimismo, algunos estudios se basan en encuestas nacionales, pero la mayoría abarcan contextos locales muy específicos. Otras investigaciones tienen un tamaño de la muestra muy reducido, por lo cual a veces se cuestiona su representatividad. Más aún, la descripción de la metodología y estrategia analítica utilizada es a menudo poco precisa, razón por la cual es difícil juzgar el rigor científico y validez de los datos publicados. Algunos especialistas en el tema, en particular de instituciones internacionales, recurren al uso de metodologías más complejas o a estimaciones indirectas que se aproximan al problema, aunque no lo midan con certeza. Por lo mismo, advierten acerca del singular cuidado que se requiere en la interpretación de los resultados que obtienen. A pesar de las dificultades y limitaciones en relación con su confiabilidad, validez y certeza, las estimaciones existentes pueden proporcionarnos un panorama aproximado de la magnitud de un fenómeno como el aborto, de sus características, de las diferencias con que se manifiesta, dependiendo de la región del mundo o país donde ocurra y en el interior de estos últimos y, sobre todo, de sus implicaciones. Contar con información de lo anterior resulta de suma importancia y utilidad, no sólo para tener un conocimiento más riguroso del fenómeno, sino también para fundamentar y legitimar las acciones que las instancias políticas y públicas deben llevar a cabo (Guillaume y Lerner, 2006).

Debido a que no todas las mujeres que son víctima de complicaciones durante el aborto asisten a instituciones y/o consultas médicas, es difícil estimar y conocer la frecuencia con que se presentan sus consecuencias. La mortalidad materna seguida de un aborto es difícil de medir y en la mayoría de los casos se estima a partir de las defunciones maternas que se registran en los hospitales. Además, la declaración de las causas de las defunciones varía mucho, según sean los declarantes ([Langer, 2002](#); [Langer Glass, 2003](#)).

Una vez expuestos los problemas que conllevan registrar los abortos, se exponen los datos arrojados de diferentes fuentes en México con las reservas antes mencionadas.

Estadísticas Provenientes de los Servicios de Salud

En el caso de un aborto, se acude al hospital - si se tiene acceso a él - y se procede a la intervención. El personal levanta el registro del mismo y ese dato permite contabilizar el número de abortos. Los datos obtenidos en registros hospitalarios son utilizados para estimar el número de «abortos riesgosos» y en algunas ocasiones, mediante la aplicación de un factor de corrección, para estimar el nivel de abortos a nivel nacional ([Faúndes, 2005](#)). En el caso de haber ocurrido una muerte materna – entendida como la defunción de una mujer por causas relacionadas con el

embarazo, parto o puerperio y considera estadísticamente en una población como el número de muertes por cada 10, 000 nacimientos- (Langer, G. 1994), también se procede a su registro.

Se cuenta pues con información que arrojan las estadísticas de los hospitales e instituciones a cargo del estado.

- En los años ochenta las cifras en México muestra que el aborto representaba la tercera causa de morbilidad hospitalaria a nivel nacional en las mujeres de acuerdo a cuatro instituciones públicas de salud: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Departamento del Distrito Federal (DDF) (González, 1990). Las estadísticas de la Secretaría de Salud, en 1986 reportó que el aborto fue la cuarta causa de morbilidad hospitalaria, con 6% de los egresos hospitalarios (Agenda Estadística de la Secretaría de Salud, 1988).
- En los años noventa en México, de acuerdo con informes oficiales, las instituciones del Sistema Nacional de Salud reportan que las complicaciones derivadas de un aborto constituyeron la cuarta causa de mortalidad materna (Lerner y Salas, 2003; CIMAC, 2000). Las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reconocieron públicamente que en México en los noventa el número de abortos clandestinos practicados cada año es de 700, 000 mil, de ahí que el aborto ocupe el quinto lugar como causa de muerte materna para ese periodo (Amuchástegui y Rivas, 2000).
- De acuerdo con informes oficiales de la Secretaría de Salud reporta que en el 2002, 80 707 egresos hospitalarios con diagnóstico de aborto. Para el año dos mil hasta la fecha se reporta que el aborto ocupa la quinta causa que provoca la muerte a mujeres embarazadas.
- La Secretaría de Salud del DF indicó que a partir de la despenalización del aborto en DF (abril de 2007), el flujo de información se ha transparentado ya que pueden registrar los embarazos interrumpidos.

- Para el 2008, 85, 845 mujeres habían decidido interrumpir su embarazo de las cuales fueron 264 menores de edad. (El Universal, 20 de febrero de 2008). EL total de interrupción legal de embarazos (ILE) realizadas en el DF después de la legalización del 24 de abril del 2007 al 20 de abril de 2009 es de 23, 233 (GIRE, 2009).
- La Dirección de Información en Salud del DF reporta en su Agenda Estadística 2008 las siguientes cifras:
 - Unas de las principales causas de muerte materna en el 2007–2008 fueron embarazos terminados en aborto 13 defunciones y una tasa de 9.9 de los cuales 2 fueron abortos espontáneos con una tasa de 1.5 y 11 defunciones con una tasa de 8.4 que corresponde a otros tipos de aborto.
 - Principales causas de egresos hospitalarios en el DF, en primer lugar parto único espontáneo (solo morbilidad) el total fue de 31 439 egresos (23.4%), quien ocupó el lugar cuarto fue el aborto (solo morbilidad) con 8, 824 egresados (6.6%).
 - Las principales causas de egresos hospitalarios en mujeres 2007-2008, en primer lugar fue el parto único espontáneo (solo morbilidad) 31, 439 (32.8%) y en tercer lugar el aborto (solo morbilidad) 8,824 (9.2%).
 - Los principales procedimientos quirúrgicos en tercer lugar esta la dilatación y legrado después de parto o aborto 7,476 (100%), en sexto lugar el legrado por aspiración del útero para terminación del embarazo con 2, 499 (100%), y en séptimo lugar la dilatación y legrado con 2, 137 (100%).
 - Tipo usado para realizar la interrupción es misoprostol mas LUI con 14.7%, misoprostol mas AMEU 40.2% y misoprostol 45.1%.
 - Porcentaje de interrupción legal del embarazo realizadas según la entidad federativa de procedencia fue 79.7% el DF, 18.7% el Estado de México y otra el 1.6%.
 - El porcentaje de interrupción realizadas según el grupo de edad fue 11-14 (0.8%), 15-17 (5.3%), 18-24 (46.6%), 25-29 (21.4%), 30-34(14.1%), 35-39 (8.0%), 40-44 (2.6%), 45-54 (0.2%) y NE (1.1%).
 - La interrupción del embarazo según el nivel de escolaridad es el siguiente: primaria 9.8%, secundaria 30.2%, preparatoria 34.9%, superior 20.4%, técnica 2.0% y ninguna 2.6%.

- En el DF se registró la primera muerte de una mujer que solicitó la interrupción legal del embarazo conforme a la legislación aprobada por la Asamblea Legislativa del DF. Este hecho sucedió el 15 de febrero del 2008, fue una joven de 15 años quien falleció en el Hospital de Balbuena debido a una hemorragia que se complicó cuando el médico que practicaba la interrupción del embarazo aspiraba el producto. (El Universal 20 de febrero de 2008).

Estadísticas Provenientes de las Encuestas Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)

Las encuestas nacionales de fecundidad son estudios en los que se selecciona aleatoriamente una muestra de viviendas en todo el país y se entrevista a las mujeres en edad fértil que habitan en ellas ([Católicas por el Derecho a Decidir, 2004](#))

- ENADID reportó que en los noventa un 8.4% de los embarazos término en aborto; para el 2003 el 6.6% de las muertes maternas se derivan a un aborto, también señaló que las mujeres que han estado embarazadas solamente una vez) 5.0% dio a luz un nacido vivo y 4.1% aborto; entre las que se han embarazado más de siete veces las cifras son 88.7 y 8.3 % respectivamente. Esta misma fuente señala que el aborto representa la quinta causa de mortalidad materna en México en el 2009.

Estadísticas Provenientes del Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI)

- El INEGI en el 2003 registró 1 334 defunciones por causas vinculadas al proceso de parto y el aborto es la tercera causa con un 6.4%.
- El aborto atendido por instituciones del Sistema Nacional de Salud en el 2001 registro 89,570 casos. Y en abortos atendidos en establecimientos particulares la cifra fue de 29, 059 en el primer trimestre del 2003 (INEGI, 2003).

Estadísticas Procedentes del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

- CONAPO, (2000) estima que aproximadamente 220 mil abortos anuales se registraron para el periodo de 1990-1992 y 200 mil para 1993-1995. Del mismo modo, indica dicho organismo, “la tasa global de aborto se redujo de 1.2, en 1976,

a 0.1, en 1997”. Tal descenso coincidió con el rápido incremento en el uso de anticonceptivos. Sin embargo, añade CONAPO, “la proporción de mujeres alguna vez embarazadas que ha experimentado al menos un aborto se mantuvo casi constante entre 1992 y 1997 en el ámbito nacional (de 19.6% a 19% respectivamente). La baja tasa de aborto estimada, en comparación con otros países de latinoamérica con similares niveles de desarrollo se explica, en gran parte, por el impacto favorable que ha tenido la política de planificación familiar en México.

- La penúltima estadística del Consejo Nacional de Población (CONAPO) registran 110 mil abortos (CIMAC, 2001).
- CONAPO, (2003) ha calculado que el porcentaje de mujeres en edad fértil alguna vez embarazada que había experimentado un aborto era de 17%.

Elena Zúñiga, coordinadora de asesores del Consejo Nacional de Población, resaltó que una de cada cinco mujeres en edad fértil ha experimentado un aborto. Es la quinta causa de ingresos a un hospital y entre la tercera y cuarta causa de muerte materna.

Estadísticas Derivadas de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's)

En la actualización sobre los datos de un estudio sobre aborto inducido en México realizado por Instituto Alan Guttmacher (AGI), el Colegio México y Population Council, (2008) los hallazgos fueron los siguientes:

- La incidencia del aborto en el 2006 en México se estima que se llevaron a cabo 874, 747 abortos inducidos lo cual indica que cada año, un número de mujeres mexicanas tiene embarazos no planeados. La tasa anual de abortos inducidos en México es de 33 abortos por cada 1, 000 mujeres de 15-44años; una cifra ligeramente superior al promedio que se reporta en América Latina (31 por 1000). A nivel nacional, ocurre aproximadamente 44 abortos por cada 100 nacidos vivos. En 2006, la Ciudad de México y las regiones Norte y Centro del país reportaron tasas de aborto similares (34-36 por cada 1, 000 mujeres en edad reproductiva). Esta tasa fue sustancialmente menor en la región Sureste (25 por 1, 000) el área menos desarrollada por el país.

- Se estima que Las consecuencias del aborto inducido en el 2006 fue de 149, 700 mujeres fueron hospitalizadas por complicación posaborto, es decir, un incremento del 40% en comparación con las cifras reportadas para 1990 crecimiento poblacional. La tasa anual de hospitalización por complicaciones posaborto de hecho se mantuvo estable con un poco más de cinco ingresos por cada 1, 000 mujeres en edad reproductiva, cada año. La tasa de hospitalización asociada al aborto en México en el 2006 (5.7 por cada 1, 000 mujeres en edad reproductiva) fue aproximadamente igual al promedio reportado para el mundo en desarrollo y un poco menor al promedio estimado para América Latina (aproximadamente ocho por cada 1, 000 mujeres). La estancia hospitalaria promedio para cuidado postaborto se redujo entre 1990 y 2006 (dicha estancia pasó de 1.2 días a 0.8 días para casos con complicaciones no severas).
- Las tendencias en abortos y factores asociados en México de acuerdo AGI (2006) el número estimado de mujeres que han obtenido un aborto se ha incrementado 64% entre 1990 y 2006; la tasa de aborto inducido se incrementó 33% de 24.1 a 33 por cada 1, 000 mujeres en edad reproductiva. La razón de aborto se duplicó en ese mismo periodo (21 vs. 44 abortos por cada 100 nacidos vivos). El 71% de las mujeres casadas utilizaban algún método anticonceptivo en el año 2006, comparado con 62% en 1992 y 68% en 1997. Entre las mujeres sexualmente activas de 15-24 años, la proporción que son solteras incrementó en años recientes (de 23% a 28%); sin embargo, el uso de métodos anticonceptivos permaneció muy bajo entre las mujeres jóvenes. La demanda insatisfecha de anticoncepción entre los adolescentes sexualmente activos se ha subrayado como uno de los principales retos que actualmente enfrenta el gobierno. En la década pasada la necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos entre mujeres casadas se mantuvo estable, en 12%. Sin embargo, la tasa global de fecundidad ha disminuido de manera continua lo que sugiere que las mujeres que experimentan embarazos no planeados están recurriendo al aborto con mayor frecuencia.

Las estadísticas correspondientes a la incidencia y muerte por aborto en México descritas con anterioridad reflejan el carácter que se vive en torno a este fenómeno en el país. Sin duda, los programas de planificación familiar debería de abatir el número de abortos registrados, pero a pesar de ello las mujeres mexicanas siguen abortando. En el siguiente apartado se expone las

metas de dichos programas y algunos factores que los impiden llegar hasta la mujer, en donde la educación sexual juega un papel preponderante.

4.2 Planificación Familiar

La puesta en práctica de la política de salud reproductiva y planificación familiar forma parte del programa de Reforma del Sector Salud (1995-2000), y se desarrolla específicamente en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1995-2000). Las acciones de dicho programa se basan en los lineamientos de las normas oficiales vigentes en la materia, por lo que respecta a los derechos reproductivos: La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993).

El objetivo de esta norma es “uniformar los principios, criterios de operación políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México”. Por tanto, sus instancias de ejecución son “todos los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores públicos, social y privado de la república”. La principal tarea y obligación que determina esta norma es “la regulación de los requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar”. En este sentido se encuentran definidas, detalladas y reguladas las siguientes temáticas y acciones:

- Servicios de planificación familiar
- Promoción y difusión
- Información y educación
- Consejería
- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos
- Identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad
- Métodos anticonceptivos

Las leyes que se sustentan en el derecho constitucional emanado del artículo 4º que determinan la normatividad general respecto de la salud reproductiva y la planificación familiar, debiendo de ser observadas en toda la república son: a) La Ley General de Salud, con particular énfasis en el derecho a la salud y b) La ley General de Población, con énfasis en la regulación de los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional.

Ley General de Salud

El artículo 67 de la Ley General de Salud resume el propósito en materia de planificación familiar. Y determina:

- el carácter prioritario de la planificación familiar;
- que las actividades deben incluir información y orientación educativa para adolescentes y jóvenes;
- la correcta información anticonceptiva (oportuna, eficaz y completa, a la pareja);
- que quienes practiquen la esterilización sin voluntad del /la paciente o ejerzan presiones para que éste/a la admita serán sancionados.

El artículo 68 especifica las actividades comprendidas en los servicios de planificación familiar. Programas de comunicación educativa sobre planificación familiar y educación sexual, definidos por el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

- Atención y vigila de los usuarios de los servicios de planificación familiar,
- asesoría a los sectores públicos, social y privado, para la prestación de servicios de planificación familiar y la supervisión y evaluación de su ejecución, por parte del CONAPO; el apoyo y el fomento a la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción.
- Participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar;
- recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

Ley General de Población

El artículo 14 es muy similar al del artículo 4º de la Constitución. Lo que se puede destacar como una inclusión en el artículo 14 es el derecho de toda persona a obtener información y servicios idóneos en lo que respecta a los derechos reproductivos.

Los artículos 15 al 27 del citado reglamento definen y determinan:

- El carácter indicativo de la planificación familiar (es decir, su no obligatoriedad y, por tanto, la libertad del usuario de decidir si quiere adoptarla).
- La integración y coordinación de los servicios entre los sectores de salud.

- La gratuidad de los servicios.
- La existencia de programas permanentes.
- La prohibición de violar la libertad de lo la usuario/a en la elección de métodos de regulación de la fecundidad.
- Que las normas y servicios estarán en concordancia con la Leyes generales de salud de Población.
- Reevaluar el papel de las mujeres y del varón en el seno familiar, y evitar toda forma de abuso y discriminación individual y colectiva hacia la mujer.

En México, los derechos reproductivos como se ha mencionado están contemplados en el artículo 4º de la Constitución Política Mexicana, que dice: “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamentos de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la población de la salud...”

Se ha observado en México que a medida que los programas de planificación familiar se incrementan, la cobertura y calidad de los servicios que ofrecen, se reduce de manera significativa los egresos hospitalarios por aborto y sus complicaciones (CIMAC, 2000). Sin embargo, uno de los objetivos de los programas de la planificación familiar fue que a través de ellos se disminuiría la práctica del aborto. Parece que esto no ha sido así. Pues a pesar de que hoy existen diversas alternativas de planificación familiar y estén al alcance de todas aquellas personas que quieran evitar la concepción hay un gran número de embarazos no deseados a este fenómeno los profesionales en temas de población le llaman “la demanda o necesidad” (The Alan Guttmacher, 1994) con relación a quienes desean evitar un nuevo embarazo pero no acceden a una anticoncepción efectiva y apropiada a sus necesidades. Muchos de los factores que coadyuvan a este fenómeno son por la carencia de las ofertas de los métodos por ejemplo asistencias, insumos, y personal insuficiente, los obstáculos (culturales, económicos, geográficos, etc.) para acceder a los servicios existentes y la carencia de información y educación para que hombres y mujeres utilicen de forma apropiada los métodos de planificación familiar.

Cabe señalar que aun cuando los programas de planificación familiar funcionen de la manera excelente y la población use los métodos más modernos y eficaces siempre existe un grado de error. Este error en su mayoría termina en un embarazo no deseado y como consecuencia en un aborto. También es importante aclarar que el aborto es la solución extrema a un embarazo no deseado que ya esta en curso, por lo que no puede verse como método de control natal. Por eso a lo largo de la polémica, ninguna, persona, grupo u organización

recomienda la práctica de abortos como medida de planificación familiar. Del mismo modo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, las resoluciones de las conferencias sobre 1996 han especificado claramente que el aborto no puede ser considerado como método de planificación familiar en ningún país.

Tal como se ha mencionado que los programas de planificación familiar, aunados a los de educación sexual, con abertura amplia a todos los sectores de la sociedad deberían desembocar en el abatimiento de cifras de incidencia y muertes por aborto en México, sin embargo no es así. Por otro ángulo el aborto inducido o provocado por su carácter delictivo que tiene en nuestro país, al ser realizado se convierte en un acto clandestino, por lo tanto, sólo se pueden registrar los abortos complicados que llegan a las instituciones públicas de salud y que dan fuera todos los que se realizan en hospitales y consultorios privados así como aquellos que se practican por personal no profesional o por las mismas mujeres. Dada la situación ilegal del aborto, las estimaciones sobre la incidencia de abortos en México son diversas y en general poco confiables. Conozcamos la situación jurídica del aborto en nuestro país.

4.3 Las Leyes y el Aborto

El aborto se puede clasificar en legal o ilegal según se realice en un país donde sea aceptado por la ley, o por el contrario de forma clandestina y al margen de la legalidad. Es un hecho demostrado que la legalidad constituye una condición necesaria para la práctica del aborto en condiciones favorables tanto médicos como psicológicos. El concepto de aborto ilegal es sinónimo, para muchas mujeres de dolor y miedo, enfermedad o incluso muerte. Las restricciones legales, carece de efectos disuasivos. No impiden que un elevado número de mujeres recurran al aborto arriesgando su salud, y en ocasiones su vida, ni que los médicos u otros practicantes lo realicen en forma más o menos encubiertas, en numerosos consultorios y clínicas privadas, o domicilios particulares. Las leyes tampoco impiden que para muchos médicos represente un negocio que genera importantes ganancias. En nuestro país salvo en el Distrito Federal, las leyes sobre el aborto en México son restrictivas y la mayoría de las legislaciones estatales carece de procedimientos precisos para darles cumplimiento, lo que supone un importante obstáculo para garantizar el acceso de las mujeres al aborto en casos de violación o cualquier otra circunstancia amparada por las leyes (GIRE, 2007) Los hospitales públicos que ofrecen servicios de aborto son pocos y se concentran mayormente en el Distrito Federal. Además, las mujeres en general desconocen las leyes y el proceso para autorizar los abortos suele ser complicado, debido al burocratismo de los servicios legales y médicos responsables; es común que la autorización se

obtenga cuando el embarazo sobrepasó el primer trimestre y en esos casos la mayoría de los médicos se rehúsa a practicar abortos (Billings, Moreno, Ramos, González de León, Ramírez y Villaseñor, 2002; Lara, García, Strickler, Martínez y Villanueva, 2003).

Como ya se ha mencionado la prohibición legal del aborto nunca ha impedido su práctica clandestina, cuyas consecuencias adversas afectan sobre todo a las mujeres de los sectores pobres, que carecen de recursos económicos e interrumpen sus embarazos bajo condiciones de inseguridad. Por ello, uno de los propósitos de la despenalización del aborto es “eliminar la injusticia social que genera la ilegalidad y atenuar los costos humanos, económicos y sanitarios concomitantes”. (Lamas, 2003 pág. 27). Así que es importante conocer la situación jurídica en la que se encuentra el aborto en nuestro país y principalmente en el DF ya que de esa entidad se extrajo la muestra para este estudio en los siguientes apartados se presenta dicha información.

4.3.1 La Ley del Aborto en México

El debate sobre el aborto en México ha sido obstaculizado por la Iglesia Católica y otros grupos conservadores –como el Comité Nacional Pro-Vida y el Partido Acción Nacional– que han propiciado la confusión y el amarillismo sobre el tema. En los últimos años, sin embargo, gracias a importantes cambios en la vida política del país, la discusión sobre el aborto ha adquirido nuevos matices y la antigua demanda feminista para liberalizar las leyes ha ganado el apoyo de los sectores progresistas y una mayor atención entre la sociedad civil. Como resultado de los esfuerzos para dar visibilidad a la situación del aborto, el marco legal que lo regula ha empezado a cambiar de manera sustantiva en años recientes.

El aborto en México como se ha mencionado es ilegal, en la mayoría de los estados definen el aborto como “la muerte del producto de la concepción...” con excepción de los estados de Morelos, Tlaxcala y el Distrito Federal (DF). El estado de Morelos no define el delito de aborto, el estado de Tlaxcala es el único que adopta la definición médica del aborto que dice “es la expulsión del producto de la preñez antes del tiempo en el que el feto puede vivir”. ” y para DF “es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación”. En el siguiente cuadro se exponen los conceptos legales de aborto que cada estado tiene en su Código Penal.

Cuadro 5. Conceptos Legales de Aborto en los Códigos Penales de la República Mexicana

ESTADO	FUENTE	CONCEPTO
Aguascalientes	Artículo 7 del Código Penal del Estado de Aguascalientes.	<i>El aborto doloso es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</i>
Baja California Norte	Artículo 132 del Código Penal de Baja California Norte.	<i>Para los efectos de este Código, aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</i>
Baja California Sur	Artículo 249 del Código Penal de Baja California Sur.	<i>Comete el delito de aborto el que cause la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</i>
Campeche	Artículo 294 del Código Penal de Campeche.	<i>Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</i>
Coahuila	Artículo 357 del Código Penal de Coahuila	<i>Comete aborto quien causa la muerte al producto de la concepción en cualquier momento del embarazo.</i>
Colima	Artículo 187 del Código Penal de Colima	<i>Comete el delito de aborto el que cause la muerte al producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</i>
Chiapas	Artículo 134 del Código Penal de Chiapas	<i>Comete el delito de aborto el que, en cualquier momento de la preñez, cause la muerte del producto de la concepción aunque ésta se produzca fuera del seno materno, a consecuencia de la conducta realizada.</i>
Chihuahua	Artículo 143 del Código Penal de Chihuahua	<i>Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo.</i>
Distrito Federal	Artículo 144 del Código Penal de DF	<i>Aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación.</i>
Durango	Artículo 350 del Código Penal de Durango	<i>Aborto quien provoque la muerte del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo intrauterino</i>
Guanajuato	Artículo 158 del Código Penal de Guanajuato	<i>Aborto es la muerte provocada del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</i>
Guerrero	Artículo 116 del Código Penal de Guerrero	<i>Aborto el que cause la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</i>
Hidalgo	Artículo 154 del Código Penal de Hidalgo	<i>Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</i>
Jalisco	Artículo 227 del Código Penal de Jalisco	<i>Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</i>
Estado de México	Artículo 248 del Código Penal de Estado de México	<i>Al que provoque la muerte del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo intrauterino.</i>
Michoacán	Artículo 285 del Código Penal de Michoacano	<i>Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</i>
Morelos	Artículo 115 del Código Penal de Morelos	<i>Al que diere muerte al producto de la concepción en cualquier momento del embarazo sea cual fuere el medio que empleare.</i>
Nayarit	Artículo 335 del Código Penal de Nayarit	<i>Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</i>
Nuevo León	Artículo 327 del Código Penal de Nuevo León	<i>Aborto es la muerte del producto de la concepción, en cualquier momento de la preñez.</i>
Oaxaca	Artículo 312 del Código Penal de Oaxaca	<i>Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</i>
Puebla	Artículo 339 del Código Penal de Puebla	<i>Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</i>
Querétaro	Artículo 136 del Código Penal de Querétaro	<i>Aborto el que causa la muerte al producto de la concepción hasta antes del nacimiento.</i>
Quintana Roo	Artículo 92 del Código Penal de Quintana Roo	<i>Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo intrauterino.</i>

San Luis Potosí	Artículo 128 del Código Penal de San Luis Potosí	<i>Aborto quien causa la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</i>
Sinaloa	Artículo 154 del Código Penal de Sinaloa	<i>Se entiende por delito de aborto, provocar la muerte del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo.</i>
Sonora	Artículo 265 del Código Penal de Sonora	<i>Aborto quien causa la muerte del producto de la concepción, en cualquier momento de la preñez.</i>
Tabasco	Artículo 130 del Código Penal de Tabasco	<i>Aborto es la muerte del producto de la concepción causada por actos ejecutados en cualquier momento del embarazo.</i>
Tamaulipas	Artículo 356 del Código Penal de Tamaulipas	<i>Aborto el que priva de la vida al producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</i>
Tlaxcala	Artículo 227 del Código Penal de Tlaxcala	<i>El aborto es la expulsión del producto de la preñez antes del tiempo en el feto puede vivir.</i>
Veracruz	Artículo 149 del Código Penal de Veracruz	<i>Aborto quien interrumpe el embarazo en cualquiera de sus etapas.</i>
Yucatán	Artículo 389 del Código Penal de Yucatán	<i>Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</i>
Zacatecas	Artículo 310 del Código Penal de Zacatecas	<i>Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.</i>

En 13 estados de la Republica Mexicana se han realizado reformas a sus códigos que protegen la vida desde la concepción/fecundidad y han sido aprobadas en los años 2008-2009, estos estados son: Baja California, Campeche, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nayarit, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora y Yucatán. En el caso de Chihuahua se reformó su constitución en el año de 1994. Son 10 estados que han publicado sus reformas estos son: Baja California, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nayarit, Puebla, Quintana Roo, Sonora (GIRE, 2009).

Las legislaciones penales protegen en cada delito un bien, que se le llama bien jurídico tutelado. En el caso del delito de aborto se está protegiendo la vida en gestación, ya que se define como “la muerte del producto de la concepción” y esta incluido dentro del título correspondiente a los delitos contra la vida y la integridad corporal.

Hay juristas que opinan que hay otros bienes jurídicamente protegidos además de la vida del ser en formación: el derecho a la maternidad en la mujer y el derecho del padre a la descendencia.

Para la integración del delito, casi todos los estados concuerdan en que lo que se sanciona es la muerte del producto, sin importar, para el objeto de la tutela penal, el tipo de maniobras o la técnica utilizada. No obstante, el estado de Baja California sanciona las maniobras o utilización de agentes abortivos sin requerir que se pruebe que había feto. Finalmente los estados de Morelos y

Zacatecas señalan explícitamente que solamente se sancionará el delito cuando este se haya consumado, mientras que el resto de los estados lo contemplan implícitamente. El estado de Zacatecas es el único que advierte que habrá sanción cuando existan lesiones (no especifican si en el producto o en la mujer), aun cuando el aborto no se haya consumado.

Pena por el Delito de Aborto

Ningún estado castiga el aborto cuando éste se produce por culpa o imprudencia de la mujer embarazada. Todos los estados estipulan sanciones (salvo para los casos en que está permitido) para la mujer que se procura un aborto o consiente que otro se lo haga y para la persona que la practica un aborto a la mujer embarazada. Sin embargo, las sanciones para cada caso varían de estado a estado.

Caso en que el Aborto está Permitido

En México, dependiendo de la entidad federativa hay siete circunstancias en las que no se considera como delito:

- 1) el embarazo es resultado de una violación,
- 2) el aborto es provocado accidentalmente (de manera imprudencial),
- 3) a juicio del médico el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer,
- 4) el feto tiene malformaciones genéticas,
- 5) el embarazo es producto de una inseminación artificial no deseada, y
- 6) la mujer tiene razones económicas para interrumpir el embarazo y es madre de tres hijos.
- 7) y por voluntad de la mujer.

Estas circunstancias de aborto no punible también llamadas “causales” por la ley se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 5. Comparación de los Códigos Penales de la República Mexicana del Aborto No Punible del 2009.

ESTADO	VIOLACIÓN	IMPRUDENCIAL O CULPOSO	PELIGRO DE MUERTE	POR MALFORMACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES DEL PRODUCTO	GRAVE DAÑO A LA SALUD	OTRAS CAUSAS
Aguascalientes	●	●	●			
Baja California Norte	● (a)	●	●			● (b)

Baja California Sur	● (a)	●	●	●	●	● (b)
Campeche	●	●	●			
Coahuila	● (a)	●	●	●		
Colima	● (a)	●	●	●		● (b)
Chiapas	● (a)		●	●		
Chihuahua	● (a)	●	*		●	● (b)
Distrito Federal	● (p)	●	*	●	●	● (b) (d)
Durango	●	●	●			
Guanajuato	●	●				
Guerrero	●	●		●		● (b)
Hidalgo	● (a)	●	*	●	●	●
Jalisco	●	●	●		●	
Estado de México	●	●	●	●		
Michoacán	●	●	●		●	
Morelos	●	●	●	●		● (b)
Nayarit	●	●	●		●	
Nuevo León	●		●		●	
Oaxaca	● (a)	●	●	●		
Puebla	●	●	●	●		
Querétaro	●	●				
Quintana Roo	● (a)	●	●	●		
San Luis Potosí	●	●	●			● (b)
Sinaloa	●	●	●			
Sonora	●	●	●			
Tabasco	●	Δ	●			● (b)
Tamaulipas	●	●	●		●	
Tlaxcala	●	●	●		●	
Veracruz	● (a)	●	●	●		● (b)
Yucatán	●	●	●	●		● (c)
Zacatecas	● (p)	●	●		●	

Los estados con sombreado modificaron su legislación en el 2000 o en años posteriores.

(a) En estas entidades, la ley contempla plazos para la interrupción del embarazo entre 75 días y tres meses a partir de la violación o del embarazo.

(b) Inseminación artificial no consentida.

(c) Económicas, cuando la mujer tenga al menos tres hijos.

(d) Por voluntad de la mujer, durante las primeras 12 semanas del embarazo.

(p) Existe procedimiento para el aborto en casos de violación, en el Código de Procedimientos Penales.

● Esta causal sí está considerada en el Código Penal del estado.

* Aunque no se menciona explícitamente en el Código Penal de la entidad, esta causal queda comprendida en "grave daño a la salud".

Δ A partir de una interpretación legal de los artículos 14 (excluyentes de responsabilidad de los delitos) y 61 (mención del aborto culposo) del Código Penal de Tabasco, se concluye que el aborto causado sin la intervención de la voluntad de la mujer o del médico, no es sancionable. **Fuente:** GIRE, 2009.

Estas causales han sido producto de cambios graduales en las legislaciones estatales, así como del reconocimiento de que las mujeres que sufren embarazos no deseados y puede resumirse de la siguiente manera:

- todos los estados de la república contemplan que el aborto será legal cuando el embarazo es resultado de una violación.
- 30 estados no castigan el aborto cuando éste se inicia a partir de un acto imprudencial, es decir, accidental;
- 29 tampoco castigan la interrupción del embarazo cuando éste pone en peligro la vida de la mujer

- 14 entidades permiten el aborto cuando el producto del embarazo tiene daños genéticos o congénitos;
- 11 estados permiten el aborto cuando el embarazo pone en riesgo no sólo la vida, si no la salud de la mujer;
- 10 estados contemplan que no se castigará el aborto sin existe una inseminación artificial no consentida, y
- un estado, Yucatán, contempla que el aborto no será penado cuando la mujer lo solicita por razones económicas, cuando tenga al menos tres hijos.
- Sólo el DF si lo solicita por voluntad durante las 12 primeras semanas de embarazo.

Tanto el gobierno como los organismos no gubernamentales coinciden en señalar que el aborto es un importante problema de salud pública que puede afectar la vida de cientos de miles de mujeres, ya que las estimaciones de abortos inducidos son altas (GIRE, 2000) y se sabe que muchas de estas mujeres se someten a procedimientos peligrosos para interrumpir su embarazo, lo que acarrea serias consecuencias para su salud. Las más frecuentes son hemorragias, infecciones, lesiones intra-abdominales y reacciones tóxicas a las sustancias utilizadas para inducir el aborto. Además, los abortos riesgosos cobran la vida de un número importante de mujeres. Por eso los organismos civiles –y en particular los grupos de mujeres- insisten en la necesidad de revisar el marco legal de esta práctica, tomando en cuenta que a pesar de ser ilegal, las mujeres la siguen practicando y considerando que el aborto es la única forma que tienen muchas de ellas para hacer frente a un embarazo no deseado. Además, el aborto ha sido planteado también como problema de justicia social debido a que son principalmente las mujeres pobres quienes sufren los riesgos de los abortos inseguros, mientras que las que tienen dinero para pagar a un médico acceden a servicios de aborto seguro dentro del país, aunque sean igualmente ilegales. En los últimos años, sin embargo, marcados por importantes cambios en la vida política del país, estas organizaciones civiles que luchan por el reconocimiento y el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres han intensificado sus esfuerzos para hacer visible la compleja situación del aborto y presentado nuevas iniciativas para la actualización de las leyes. El interés de distintos

sectores sociales por el problema aumentó y su discusión pública empezó a adquirir nuevos matices como en el caso del DF que en el siguiente apartado se presenta.

4.3.2 Situación Legal del Aborto en el Distrito Federal

La legislación del Distrito Federal sólo permitía el aborto por imprudencia de la madre, para salvaguardar la vida de la mujer en los casos en que el embarazo la pone en peligro, y por violación. La reforma al Código Penal del Distrito Federal tiene como antecedente las iniciativas de ley presentadas por las organizaciones de mujeres adheridas al movimiento feminista. En 1998, el Grupo de Información Elegida entregó a la Cámara de Diputados una propuesta que planteaba, dentro de la coyuntura política actual, la homologación del Código Penal del Distrito Federal respecto a los del resto de las entidades del país incorporando cuatro causales más para el aborto legal: el aborto eugenésico, los motivos de salud materna, la inseminación artificial no consentida y las razones socioeconómicas (Grupo de Información en Reproducción Elegida 1998; 1999^a y 1999b). Respaldada por numerosas ONG y por personalidades de diferentes ámbitos, la propuesta fue nuevamente presentada en 1999 ante la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, a nombre de las más de 40 organizaciones integradas en la campaña acceso a la Justicia para las Mujeres, pero la Reforma al Código Penal de septiembre de ese año no la incluyó. Dadas las complejidades de los tiempos políticos que vivía el país y la oposición que en el pasado han generado otras iniciativas para actualizar las leyes sobre el aborto, la propuesta de reforma al Código Penal presentada por Rosario Robles no incorporó los motivos socioeconómicos como causal para el aborto legal. Después de un largo y acalorado debate dentro y fuera de la Asamblea Legislativa, la reforma se aprobó el 18 de agosto del 2000, en lo general y por mayoría, con 41 votos a favor (32 del PRD, 7 del PRI, 1 del PCD y 1 del PT); 7 votos en contra del PAN y una abstención, por parte de un ex-diputado de es mismo partido (Castillo y Conde, 2000). Esta reforma proporcionó una sólida base para ofrecer servicios de aborto legal en los hospitales públicos y el debate sin precedentes que generó propició algunos cambios en los códigos penales de otras entidades federativas (Lamas, 2000; Billings, Moreno, Ramos, González de León, Ramírez y Villaseñor, 2002; GIRE 2007).

En el mes de marzo del 2007 en el Distrito Federal se discuten ampliamente, en la sociedad y en los medios de comunicación, una iniciativa para la despenalización del aborto, sin restricción alguna, en las primeras doce semanas de gestación. Para el mes de abril del mismo año, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprueba la ley que despenaliza el aborto hasta la semana 12 de gestación. Esta ley incluye mecanismos para la impartición de servicios de salud adecuados y mejora los mecanismos para la protección a una maternidad libre informada y

responsable. En la Gaceta Oficial del Distrito Federal se publicó la reforma del Código Penal para el Distrito Federal quedó de la siguiente manera:

Artículo primero. Se reforman los artículos 144, 145, 146 y 147.

Artículo 144. “**Aborto** es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación”.

Artículo 145. “Se impondría de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo a favor de la comunidad, a la mujer que voluntariamente practique su **aborto** o consienta en que otro la haga abortar, después de las doce semanas de embarazo. En este caso, el delito de **aborto** sólo se sancionará cuando se haya consumado. Al que hiciera abortar una mujer, con el consentimiento de ésta, de uno a tres años de prisión”.

Artículo 146. “**Aborto** forzado es la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada. Para efectos de este artículo, al que hiciera abortar a una mujer por cualquier medio sin su consentimiento, se impondrá de cinco a ocho años de prisión. Si mediare violencia o moral, se impondrá de ocho a diez años de prisión”.

Artículo 147. “Si el **aborto** o **aborto** forzado lo causare un médico cirujano, comadrón o partera, enfermera o practicante además de las sanciones que le correspondan conforme a este capítulo, se le suspenderá en el ejercicio de su profesión u oficio por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta”.

Artículo segundo, se adiciona un tercer párrafo al artículo 16Bis 6, y se adiciona el artículo 16 Bis 8 a la Ley de Salud del Distrito Federal, para quedar como sigue:

Artículo 16 Bis 6. “Las instituciones públicas de salud del gobierno del Distrito Federal atenderán, las solicitudes de interrupción del embarazo a las mujeres solicitantes aún cuando cuenten con algún otro servicio de salud público o privado”.

Artículo 16 Bis 8. “La atención de la salud sexual y reproductiva tiene carácter prioritario. Los dos servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos.

El gobierno promoverá y aplicará permanentemente y de manera intensiva, políticas integrales, tendientes a la educación y capacitación sobre la salud sexual, los derechos reproductivos, así como la maternidad y la paternidad responsable. Sus servicios de planificación familiar y anticoncepción tienen como propósito principal reducir el índice de abortos, a través de la prevención de embarazos no planeados y no deseados, disminuir el riesgo reproductivo, evitar la propagación de las enfermedades de transmisión sexual y coadyuvar al pleno ejercicio de los derechos reproductivos de las personas con una visión de género, de respeto a la diversidad sexual y de conformidad a las características particulares de los diversos grupos poblacionales, especialmente para las niñas y niños, adolescentes y jóvenes.

El gobierno del **Distrito Federal** otorgará servicios de consejería médica y social en materia de la atención a la salud sexual y reproductiva, funcionando de manera permanente con servicios gratuitos que ofrecerán la información, difusión y orientación en las materias, así como el suministro de todos aquellos métodos anticonceptivos cuya eficacia y seguridad estén acreditadas científicamente. Asimismo, proporcionarán a la mujer que solicite la interrupción de su embarazo la información a que se refiere el último párrafo del artículo 148 del Código Penal para el Distrito Federal. Los servicios de consejería también ofrecerán apoyo médico a la mujer que decida practicarse la interrupción del embarazo después del procedimiento de aborto, particularmente en materia de planificación familiar y anticoncepción” (Págs. 2-3).

El 28 de agosto del 2008, el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación determinó, mediante una votación de 8 votos a favor, declarar la constitucionalidad de la despenalización del aborto en DF antes de las 12 semanas de gestación.

Esta decisión histórica constituye la sentencia más importante en el reconocimiento al derecho de las mujeres en México. Por otra parte, la despenalización del aborto en el Distrito Federal responde a la necesidad de abatir la alta incidencia de daños ocasionados por el aborto inseguro. Por otro lado, las reformas del Distrito Federal se inscriben en la tendencia mundial hacia la liberalización de las leyes sobre el aborto que existe desde los años ochenta, la cual ha sido un factor clave en la reducción de la mortalidad materna en muchos países.

Sin embargo no han faltado aquellos legisladores que se oponen a estos cambios, ejemplo de ello es cuando el 24 de abril de 2009, legisladores de Campeche votaron para enmendar la Constitución del estado con la finalidad de reconocer el “derecho a la vida que comienza en el momento de la concepción”. Campeche no es el primer estado en adoptar una provisión de este tipo: Baja California, Chihuahua, Colima, Durango, Jalisco, Morelos, Nayarit, Puebla, Quintana Roo y Sonora han pasado recientemente legislaciones similares. La tendencia entre los estados mexicanos de reforzar restricciones ya estrictas sobre acceso al aborto surge como reacción a la política innovadora de la ciudad de México del 2007. Cuestionada por oponentes al derecho al aborto, la ley fue recientemente ratificada por la Suprema Corte de Justicia de México. Al respecto señala la Dra. Sharon Camp presidenta y directora ejecutiva del Guttmacher Institute y la Dra. Fátima Juárez profesora e investigadora del Colegio de México e investigadora distinguida del Guttmacher Institute, (2009) que esta nueva oleada de leyes estatales restringe aun más el limitado acceso que las mujeres mexicanas tienen a un aborto legal. Aun peor, hay evidencia de que se niega el aborto a las mujeres, incluso cuando cumplen con los criterios estrictos para acceder a un procedimiento legal. Human Rights Watch reportó recientemente que en Guanajuato, donde el aborto está prohibido a excepción de que se trate de una violación, se niega rutinariamente el acceso al procedimiento a las sobrevivientes de violaciones. Estas políticas no sólo demuestran una alarmante falta de compasión sino que también contradicen directamente la fuerte evidencia proveniente de México y otras partes del mundo, la cual indica que restringir el acceso al aborto no lo hace menos común, sino que resulta en más mujeres que mueren o que están siendo laceradas por procedimientos clandestinos e inseguros.

La ola de reformas de las constituciones estatales respondería, según voces críticas, a un pacto entre la jerarquía de la Iglesia Católica mexicana y las cúpulas de los partidos políticos más tradicionales, para frenar tendencias sociales favorables a la liberación del aborto voluntario. "Es

algo que no me consta, pero lo hemos escuchado con insistencia", dijo a IPS María Mejía, directora de la organización no gubernamental Católicas por el Derecho a Decidir.

Para María Luisa Sánchez, directora del Grupo de Reproducción en Información Elegida (GIRE), se trata de una especie "de venganza" de los grupos más conservadores. "Son reformas absurdas que ponen en riesgo a las mujeres", señaló la activista a IPS.

Que raro que los estados donde se han reformado las constituciones son gobernados por el conservador Partido Acción Nacional (PAN) o el Partido Revolucionario Institucional (PRI), que se proclama socialdemócrata y gobernó este país por seis décadas.

María Mejía y Ma. Luisa Sánchez coincidieron en señalar que no tiene lógica que en México sólo ciertas mujeres tengan derecho al aborto y abogaron porque tal práctica esté disponible para todas. Además, ambas creen que el aborto debe salir del ámbito de los códigos penales y pasar a ser considerado un asunto de salud pública.

Ninguna mujer llega a un aborto con felicidad, ninguna lo busca por gusto, "eso es algo que los conservadores no quieren entender" y por eso cierran las puertas a las mujeres y sus derechos y encima las amenazan con cárcel, expresó María Mejía.

Pedro Morales, asesor legal del GIRE, exhortó a los legisladores estatales a transitar de "los regímenes prohibitivos y sancionadores del aborto a un régimen permisivo consecuente con los derechos fundamentales de las mujeres". Sin embargo, como se ha mencionado 12 estados caminaron en sentido contrario y aprobaron cambios interpretados como antiabortistas y en otro siete pronto podría suceder lo mismo.

El debate sobre el aborto en nuestro país a pesar que en el DF haya habido un avance se cree que va a continuar debido al activismo de la Iglesia Católica pues es la jerarquía de esta institución la que se opone a la despenalización del aborto junto con los sectores conservadores como el partido político PAN. ¿Pero cuáles son los motivos de las autoridades eclesiásticas para decir que la vida humana es sagrada desde el momento de la concepción?, estas razones son expuestas en el siguiente apartado para comprender mejor la postura de la Iglesia Católica ya que la creencia religiosa juega un papel muy importante en las actitudes de los individuos en este caso de legisladores y médicos ante el aborto. No olvidemos que las actitudes determinan decisiones.

4.4 La Iglesia Católica y el Aborto

La influencia de la Iglesia Católica ha provocado que en el pasado y hoy halla una gran mayoría de personas que se oponen a la prohibición absoluta del aborto. Estas personas son desde los representantes de la Iglesia Católica hasta los fieles y son conocidos como antiabortistas, como la oposición conservadora extrema o como grupos ultraderechas. En México por ejemplo uno de los grupos mas conocidos es Provida representado por el ingeniero Jorge Limón Serrano y el otro el partido político PAN; no obstante también existen católicos que no están de acuerdo con la postura de los jefes católicos como la organización Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) y cada uno de estos grupos tiene sus propios argumentos de estar a favor o en contra del aborto. De los dos primeros grupos se basan en la ideología de su religión y el tercero una ideología más progresista, basada en los derechos de las mujeres. A hora bien, ¿cuáles son sus argumentos de la Iglesia Católica para oponerse al aborto? y ¿cuál son los de Católicas por el Derecho a Decidir? En los apartados siguientes se exponen.

4.4.1 Argumento de la Iglesia Católica.

La Iglesia siempre se ha opuesto al aborto no solamente porque sospecha que puede ser homicidio, opinión que se sigue discutiendo, sino porque es la prueba de un pecado sexual. La Iglesia enseña que cualquier acto cuyo intento es separar la unión sexual de la procreación es pecaminoso. La Encíclica *Humanae Vitae* de Pablo VI asegura: “Cada acto conyugal debe estar abierto a la procreación” (pág.9). El aborto voluntariamente realizado indica que la pareja que se unió no lo hizo con la intención de procrear. Por esta razón el aborto siempre se considera reprochable. La postura de la Iglesia sobre la sexualidad es una de las razones más poderosas para su condena del aborto, así como también el argumento de que la vida humana es sagrada desde el momento de la concepción (Hurst, 2002). Este último punto actualmente es en lo que se basa la Iglesia para oponerse a la despenalización aborto; el cual afirma que se está eliminando una vida humana, veamos pues en el siguiente apartado el antecedente de este argumento.

4.4.2 Antecedentes del Argumento de la Iglesia Católica

En uno de los primeros documentos de la Iglesia, el *Didache*, escrito cerca del año cien de la era cristiana, se condena el aborto en los términos siguientes: “No matarás al feto por aborto, ni destruirás a la criatura recién nacida”. La discusión sobre el aborto comenzaba. Se debatían dos temas centrales:

1. ¿Se está usando el aborto para ocultar la fornicación y el adulterio?

2. ¿Tiene el feto un alma racional desde el momento de la concepción o llega a convertirse en un ser humano con alma en el curso de su desarrollo?

El primer punto está relacionado con la penitencia y por lo tanto con la función legislativa de la iglesia. La práctica del aborto para ocultar irregularidades sexuales, requiere que el pecador haga penitencia para que se le perdone sus errores.

En ese tiempo se consideraba pecaminoso practicar el aborto para ocultar la evidencia de la fornicación y adulterio. San Jerónimo, predicando en contra de estos pecados, escribe:

“otras toman pícaras para asegurar la esterilidad y son culpables del asesinato de un ser humano todavía no concebido. Algunas, cuando se enteran que están embarazadas por un pecado, abortan usando drogas. Con frecuencia mueren y se presentan ante las autoridades del mundo inferior culpables de tres crímenes: suicidio, adulterio contra Cristo y el asesinato de una criatura no nacido.” (pág. 160-161).

El segundo tema toca las enseñanzas teológicas básicas de la Iglesia que empezaban a formularse. Conforme afloraban más preguntas sobre la naturaleza de la fe cristiana, la Iglesia respondía con una variedad de opiniones teológicas. De entre éstas, una postura única sobre el aborto poco a poco llegó a ser la opinión de la mayoría. Sin embargo, esto no ocurrió durante los seis primeros siglos del Cristianismo. Durante estos años los teólogos no estaban de acuerdo sobre si un aborto, al principio del embarazo, era un homicidio, porque no estaba claro en qué momento ocurre la hominización.

Hominización: es el momento en que un embrión se convierte en un ser humano: animación o infusión de alma (Hurst, 2000; Doncel 2001).

Existían dos opiniones acerca del aborto, por un lado aquellos teólogos que consideraban que el aborto no era homicidio en las primeras etapas del embarazo, como por ejemplo San Agustín, en *Enchiridion* (citado en Hurst, 2002) compara la posible resurrección de fetos abortados plenamente formados con aquellos que no lo están. Dice de los últimos: “Pero quién no está dispuesto a pensar que los fetos sin forma mueren

como semillas que no fructificaron y llegaron a su plenitud potencial por la gracia de Dios al final de los tiempos” (pág.13) San Agustín creía que la persona como tal comienza en algún momento después de que el feto ha empezado a crecer.

Por otra parte, aquellos teólogos que opinaban que el aborto era un homicidio en cualquier momento, y que la mujer que recurre al aborto deberían hacer penitencia como si hubiera cometido un homicidio. Estos teólogos argumentaban que la hominización y la concepción son inmediatas.

Una de las razones por las cuales no había acuerdo entre los primeros teólogos era la descentralización de la Iglesia durante los primeros siglos de la cristiandad. La ley canónica la cuál sistematiza las penitencias, no se codificó hasta periodos posteriores. Es decir la autoridad papal, como se conoce actualmente no existía. Sin la influencia de un papado fuerte, no existía un mecanismo para sistematizar las enseñanzas de la Iglesia y por lo tanto, diseminarlas en todas las diócesis del mundo. En lo que si había un acuerdo general en los primeros años de la Iglesia fue acerca de que el aborto es un pecado por el cual uno debe hacer penitencia si el intento fue ocultar los pecados de fornicación y adulterio.

Sin embargo, la mayoría de los teólogos opinaban que el aborto no es homicidio en el principio del embarazo porque la hominización del feto ocurre en algún momento después de la concepción. Una minoría sostenía lo opuesto.

Los escritos de San Agustín expresa la oposición generalizada de esta época. Por una parte condenaba el control de la natalidad y el aborto porque destruía la conexión necesaria entre el acto conyugal y la procreación. Esto confirma la enseñanza de los primeros doctores de la Iglesia sobre sexualidad. Por otra parte, según San Agustín el aborto no era un homicidio. El aborto, por tanto, requería penitencia solamente bajo el aspecto sexual del pecado. Al referirse a la cuestión de la hominización San Agustín escribe: “La gran pregunta sobre el alma no se dice apresuradamente con juicios no

discutidos y opiniones temerarias; según la ley el acto del aborto no se considera homicidio, porque aún no se puede decir que haya un alma viva en un cuerpo que carece de sensaciones; ya que todavía no se ha formado la carne y no esta dotada de sentidos” (citado en Hurt, 2002 pág. 14).

Es claro que San Agustín no creía que se pudiera tachar el aborto de homicidio en todos los casos. La mayoría de los teólogos de su tiempo compartían su opinión.

La Iglesia Católica (cristiana en sus inicios) durante la Edad Media (600-1500 d.C) que fueron 900 años hubo cambios en tres aspectos: en los escritos en torno a la penitencia, en la codificación de la ley canónica y el desarrollo de varias opiniones teológicas sobre el aborto.

Escritos Entorno a la Penitencia

En los escritos entorno a la penitencia, el aborto era considerado como uno de muchos posibles actos pecaminosos. En general no se le consideraba un acto de homicidio ni se le contaba entre los pecados más serios que uno pudiera cometer.

Leyes Canónicas

Los catálogos penitenciales locales fueron remplazados por las leyes canónicas. En el año 1140, Gracián compiló la primera colección de leyes canónicas que la Iglesia aceptó como autoridad interna. En el canon *Aliquando*, Gracián concluye que el aborto es *homicidio sólo cuando el feto ya se ha formado*. Si el feto todavía no es un ser humano formado, el aborto no es homicidio. Este punto de vista lo confirman los escritos de Inocencio III (m. en 1216) y el Decreto de Gregorio IX (ca.1240). Sin embargo, en otra parte del decreto se contradice ya que se condena el aborto y la anticoncepción si se lleva a cabo para satisfacer la lujuria y con odio premeditado. Se impone en estos casos la penitencia por homicidio.

Opinión de Teólogos

La mayoría de los teólogos aceptaba la teoría de la hominización retardada. Estos teólogos estaban de acuerdo en que la hominización ocurre 40 días de la concepción en varones y 80 días después en mujeres. Esta distinción también fue aceptada por San Agustín. Santo Tomás de Aquino, por ejemplo, sostenía que el aborto no es un pecado de homicidio a menos que el feto ya se encontrase unido al alma y fuese, por lo tanto, un ser plenamente humano. Estaba seguro de que eso no ocurría hasta un tiempo después de la concepción. Al mismo tiempo Santo Tomás apoyaba la postura de la iglesia de oposición a la anticoncepción ya que enseñaba que ambos eran pecados contra el matrimonio.

Basándose en un concepto aristotélico, Santo Tomás desarrolló un concepto hilomórfico de los seres humanos, concepto que define al ser humano como una unidad formada por dos elementos distintos: **la materia prima** (potencia) y **la forma sustancial** (el principio realizador). Estos dos principios se unen en la realidad del cuerpo y el alma del ser humano. La existencia de una persona requiere de ambos elementos.

El concepto hilomórfico concuerda con la creencia de que Jesucristo, como salvador de toda humanidad es completamente humano y completamente divino al mismo tiempo. Su poder salvífico se relaciona directamente, en hombre o mujer, del cuerpo y el alma. Para Santo Tomás el concepto hilomórfico del hombre implica la hominización tardía la cual él aceptaba ya que un ser humano, no puede haber un alma humana en algo menos que un cuerpo completamente humano. El feto en vías de desarrollo no tiene la forma sustancial de la persona humana.

Santo Tomás aceptó la idea de que el feto se le infunde en primer lugar un alma vegetativa después un alma animal y después, cuando el cuerpo ya se ha desarrollado, un alma racional. Cada alma inferior es superada por lo que sigue hasta que se infunde la última (citado en, Sgambatti, 1992; Doncel 2001; Hurst, 2002).

El Consejo de Viena, que se reunió en Francia en 1812 (citado en Sgambatti, 1992) se enfrentó a herejías sobre la separación dualista del cuerpo y el alma. Confirmó la

idea hilomórfica de la persona desarrollada por Santo Tomás. La opinión de este Concilio todavía rige como dogma de la fe Católica. El Concilio dijo:

“Condenamos como erróneo y opuesta a la verdad Católica toda doctrina que se atreva a negar o cuestionar que la sustancia del alma racional o intelectual es verdaderamente y por sí sola la forma del cuerpo humano. Para que todos sepan la verdad de una fe sincera y para cerrar la puerta a todo error, definimos que a cualquiera que se atreva a aseverar, defender o tercamente asegurar que el alma racional o intelectual no es por sí sola y esencialmente la forma del cuerpo humano debe considerársele un hereje” (pág.19).

El concepto dualista del ser humano supone que cuerpo y alma son dos elementos separados. Tal pensamiento es profundamente anticristiano. Niega la bondad de la creación de un ser humano físico en la imagen de Dios mismo. La doctrina cristiana se opone al pensamiento dualista porque puede llevar al rechazo de la procreación, del matrimonio y, en casos extremos, del comer y otras funciones corporales. También puede llevar a la moralidad si se considera que el cuerpo no está relacionado con la salvación del alma. La misión salvadora de Jesucristo consiste en ofrecer a los creyentes vida eterna- de cuerpo y alma- por medio de la resurrección del cuerpo en el mundo que ha de venir. El apoyar una visión dualista de la persona es rechazar el significado de la crucifixión y resurrección de Jesucristo. Por esta razón, la iglesia se opone al dualismo como lo entienden las herejías gnósticas y maniqueas, por ejemplo. (Doncel 2001; Hurst, 2002)

La idea hilomórfica del ser humano, implica que la hominización se retarda hasta cierto momento después de que el embrión se ha desarrollado, llegando a ser un cuerpo plenamente humano. A pesar del potencial del cuerpo como materia, no hay persona humana sin el principio realizador de la forma, el alma. Esta forma sustancial, o alma, solamente puede estar presente en un cuerpo capaz de recibirla, un cuerpo que se ha desarrollado más allá de los niveles iniciales del embarazo. A partir del pensamiento de Santo Tomás de Aquino, la concepción hilomórfica del ser humano llegó a ser la teoría dominante en la teología del periodo medieval.

A pesar del apoyo teológico del hilomorfismo que siguió vigente desde el medievo, la teoría de la hominización inmediata empezó a ganar terreno poco a poco. Es así que el periodo premoderno muestra el desarrollo de dos teorías contradictorias sobre el momento de la hominización y posturas contradictorias sobre el castigo eclesiástico del aborto. Durante este periodo de transición, también se discutió ampliamente el aborto terapéutico.

En la época premoderna (1500-1750) la iglesia todavía enseñaba que la hominización es retardada, aclarando, sin embargo, que no se demora hasta el momento del nacimiento, por otra parte, también, se empezó a creer en la idea de que el alma racional estaba presente desde el momento de la concepción, por lo tanto, los médicos querían cerciorarse de no cometer homicidio al abortar fetos dotados de alma y querían determinar si era permitido el aborto para salvar a la madre. Así que en este periodo fue el desarrollo gradual de un enfoque de *por si acaso* hacia el aborto, los pensadores concuerdan en que no es un homicidio el abortar al feto antes de la infusión del alma. Encuentran que es permitido el aborto para salvar la vida de una mujer si no se intenta dañar al feto.

Hasta aquí la enseñanza de la hominización retardada fue aceptada por la Iglesia. No obstante en la época moderna, la teoría de la hominización retardada se fue abandonando poco a poco y la doctrina de *por si acaso* sobre el aborto ganó la aprobación de la mayoría.

En la época moderna se introduce la idea de que matar a un ser humano en potencia es como matar a un ser humano real. Esta idea fue aceptada. En 1869 Pío IX publicó *Apostolica Sedis* que pasa por alto la cuestión de la hominización retardada y castiga el aborto en cualquier momento del embarazo con la excomunión. Para Pío IX todo aborto es homicidio. Este punto de vista es esencial importancia en la historia del aborto. La declaración de Pío IX es el primer apoyo explícito que hace la Iglesia institucional a la teoría de la hominización inmediata, (citado en, Sgambatti, 1992; Doncel 2001; Hurst, 2002).

La teoría de la hominización inmediata o animación inmediata consiste en que el alma existe en el individuo desde el mismo momento de la concepción.

En 1917 la hominización inmediata recibió el apoyo implícito del nuevo *Código de Ley Canónica*. Este nuevo código prescribe la excomunión tanto para la mujer como para todos aquellos, tales como médicos y enfermeras, que participan en un aborto

En la época moderna se mantiene el concepto teológico de proteger el embrión desde el momento de la concepción.

Por lo tanto, este criterio de animación inmediata echó sus raíces. Los teólogos y juristas de Derecho Canónico fijaron este concepto en sus normas. De tal manera que los jerarcas católicos empezaron argumentar que el momento de la concepción es creada por Dios que el óvulo fertilizado ya es una persona con vida y que solo Dios puede disponer de las vidas que otorga.

Así la Iglesia Católica ha dado argumentos para oponerse al aborto con base en su principio que es el “respeto a la vida en todas sus manifestaciones”. Sin embargo, la polémica comenzó a enfocarse no tanto en si merece respeto la vida humana, sino aceptando dicho respeto en el problema de cuando inicia la vida humana , de que manifestaciones de la vida a de tratarse y a que individuos podría no aplicarse tal respeto debido a circunstancias especiales (y cuáles son estas). Se opone al aborto en la magnitud que truca y cercena un proceso que desembocaría en la vida humana plena porque ya contiene en germen esa vida humana (Beuchot, 2001).

Por tal motivo, la Iglesia Católica considera que:

- Desde el momento mismo de la fecundación (cuando se unen el óvulo y el espermatozoide) el ser humano en formación (nacido) es absolutamente igual al ser humano nacido.
- El feto es una persona y tiene los mismos derechos que un niño o un adulto.
- La interrupción del embarazo en cualquier etapa, aunque la mujer tenga alguna enfermedad, aunque sepa que el feto tiene malformaciones aun para salvar la vida de la mujer es un delito comparable al homicidio.

Señala Beuchot (2001), que los argumentos de la Iglesia se apoyan en la corriente ontológica y metafísica quienes estudian las cosas que no aparecen a primera vista, pero que están allí, en las cosas que son inferidas como principio que guía la explicación de los fenómenos. Dado que son cómenos. Dado que son captadas después de una profunda meditación parecen principios y constitutivos conceptuales pero se dan en la realidad, la organizan y pueden dirigirnos en nuestro manejo cognoscitivo de la misma. De esta forma, la argumentación católica se apoya en aquellos elementos ontológicos que encuentran algunos pensadores religiosos como por ejemplo, Santo Tomas de Aquino que encontró la esencia y existencia. “La esencia es inmutable e igual y la existencia es la que actúa y manifiesta la esencia de modos mudables y variados” (citado en Beuchot, pág. 104). Es decir, que la existencia hace concreta a la esencia quien no se alcanza a percibir a primera vista. Por consecuencia, la naturaleza o esencia humana siempre estará presente independientemente del momento de sus etapas de formación aunque no se alcance a apreciarse como humanos ya que sólo será en la tangibilidad (existencia), tal es el caso del feto quien no alcance a detectar su esencia humana le resultará fácil su eliminación. Pero si se tiene la percepción ontológica de la naturaleza humana en el feto a pesar de su proceso existencial de su origen o desarrollo, el aborto no se puede permitir. Es por lo que la iglesia católica lo condena. Aun cuando el feto en formación no parezca o no manifieste tener en acto la esencia humana, la tiene en potencia, y lo que seguirá en proceso será la actualización accidental de acuerdo con el correspondiente devenir existencial del ente en potencia.

Por tal razón, siempre será un asesinato quitarle la vida sea cual sea la etapa de su vida que se encuentre. Por eso el conflicto es determinar cuándo empieza o cuándo termina esa vida humana. El principio de esta postura es claro; siempre que hay esencia humana, no se puede quitarle la existencia. Por otra parte, la doctrina del hilomorfismo define a los seres humanos como una unidad de cuerpo y alma; no como un potencial inherente en un cuerpo en desarrollo que eventualmente obtendrá una vida humana. Sin confrontar nunca el hilomorfismo y la hominización

retardada implícita, la Iglesia simplemente cambió los términos del argumento (Doncel 2001; Hurst, 2002).

La fuerte influencia de la Iglesia Católica ha llevado a algunos gobiernos a redefinir sus intervenciones en el campo de la salud reproductiva, como por ejemplo, la situación de México, donde el actual partido en el poder (Partido Acción Nacional), que representa las posturas más conservadoras, ha favorecido la mayor participación de la jerarquía de la Iglesia Católica y el activismo de organizaciones, como Provida, que ha recibido importante financiamiento por parte del gobierno federal ([Kulczycki, 2003](#)). Más aún, su poder ha quedado claramente documentado en la medida en que la Iglesia ha logrado frenar y en algunos casos revertir iniciativas legislativas tendientes a la despenalización o legalización del aborto inducido. Por ello los jefes de la Iglesia, junto con sus grupos ultra-conservadores, como el "Opus Dei" o "Provida", que se autodefinen como asociaciones laicas, pero están claramente ligadas al pensamiento más atávico de la jerarquía de la Iglesia, son los principales exponentes de la postura antiaborto. En México juega un papel importante La organización Provida, ya que esta ha sido una organización activa en contra de la despenalización del aborto en nuestro país, que a continuación se presenta.

Provida en México

Provida ha sido uno de los actores más reconocidos, visibles y constantes en el debate sobre el aborto, de ahí que haya sido descrita como "la fuerza civil armada de la Iglesia Católica" ([Kulczycki, 2003](#)) por el fuerte apoyo que recibe de esta institución, además del que proviene de otros grupos conservadores. Su presencia es amplia en países latinoamericanos y del caribe, ya que al menos se encuentra en 15 países de la misma. Su activismo y la defensa de sus argumentos se manifiesta en múltiples arenas; no sólo se ha limitado a los espacios gubernamentales de toma de decisiones sobre políticas relacionadas con la sexualidad y la reproducción, a las organizaciones de profesionales de la salud, a las conferencias internacionales, a intentar restringir los apoyos financieros para la acción e investigación, sino que también ha comprendido el acoso y actos violentos de que son objeto las clínicas de aborto en diversos países de la Latino América ([Htun, 2003](#)).

En México, el Comité Nacional Provida, A.C. "es una Asociación Civil, dedicada a promover el valor y la dignidad del ser humano y defender su vida desde el momento de la concepción hasta la muerte natural. Nace en 1978 en respuesta a una iniciativa de ley en la que se contemplaba que el aborto fuera considerado un derecho de la mujer y que las instituciones de salud deberían presta el servicio de formar gratuita... Ante la amenaza de la legalización del aborto, se unieron varias personas en agrupaciones para formar un frente común y luchar a favor de la vida". (Comité Nacional Provida, A.C.) (www.prodigyweb.net.mx/cprovida).

La estrategia central de la asociación Provida consiste en repetir que el aborto es un crimen y, por tanto, la interrupción del embarazo no puede estar sujeta a debate porque sería como legalizar el asesinato de una persona indefensa. Ese es el argumento central repetido por grupos Provida (GIRE; 2001). Al considerar “persona” a un embrión o un feto descalifican el aborto incluso por causas legales como la violación o el peligro de muerte para la mujer. Se mantienen inamovibles en la creencia de que a partir del momento de la concepción el alma entra al cuerpo y el producto obtiene características fundamentales que definen a una persona.

Las acciones de Provida van encaminadas a evitar del todo que la mujer se practique un aborto. Para ello han creado centros de atención a la mujer en estas condiciones, en donde le dan diversas opciones para que no logre el aborto, tales como darlo en adopción. Como parte de su campaña, el movimiento busca impartir cursos en contra del aborto, un ejemplo de ello son las declaraciones de voceros de Provida y difundidas por el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C., en el sentido de que en el 2001 impartirían dichos cursos en escuelas primarias de la capital de Sonora, Hermosillo. Su participación consistiría en llevarles videos sobre abortos a las y los niños, además de llevar a una mujer embarazada y aparatos de ultrasonidos como parte de sus objetivos y su campaña (CIMAC, 2001).

El vocero máximo de Provida es el ingeniero Jorge Limón Serrano, quien se ha manifestado en contra del aborto cada vez que hay movilizaciones para despenalizar el aborto en México.

No obstante la postura oficial de la Iglesia Católica de negar a todas sus fieles el aborto, sabemos que muchas de las mujeres que interrumpen su embarazo se asumen como católicas y en el momento de tomar la decisión, poco importa para la mujer de quedar excomulgada, dentro de la misma Iglesia se han generado posturas diferentes que le brindan a la mujer la capacidad moral para decidir en torno al aborto .A continuación se presenta una de ellas.

Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) en México

No todos los católicos comparten la misma idea que los altos mandos de la Iglesia Católica hay quienes argumentan el derecho a elegir de acuerdo con “la propia conciencia” (Lamas, 2005 pág. 14). De ahí surge la organización norteamericana Catholics for a free Choice que funcionan en varias partes del mundo incluyendo de manera importante a Latinoamérica donde se llama Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), que ha sido muy importante y activo en Latinoamérica, a pesar de que no cuenta con los recursos ni el poder político de la jerarquía de la Iglesia Católica. Su postura con respecto a las enseñanzas y normatividades religiosas en materia de sexualidad,

reproducción y aborto es distinta a la sostenida por la Iglesia católica, y muestra que en estos temas no existe una posición hegemónica dentro de la Iglesia, sino una diversidad de posturas (Mejía, 2003; [Guereca, 2003](#)). CDD es un movimiento de mujeres Católicas, comprometidas con la búsqueda de la justicia social y el cambio de patrones culturales y religiosos vigentes en las sociedades contemporáneas, orientado a promover los derechos de las mujeres, así como a mejorar las condiciones de equidad en las relaciones de género y a pugnar por la ciudadanía de las mujeres en la sociedad y al interior de las Iglesias.

Esta organización empezó a cuestionar públicamente la política de la Iglesia Católica que tiene como prioridad número uno la problemática del aborto. Una postura pública de Católicas por el Derecho a Decidir gira en torno en dos interrogantes “¿Cuál es la relación entre el estado y la iglesia en las políticas del aborto?” y “¿Cuáles son las opciones de las personas católicas en el debate del aborto?” La respuesta de este grupo es que en una sociedad plural y multireligiosa sólo la propia conciencia puede intervenir en la toma de esa difícil decisión.

María Consuelo Mejía directora de Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) señaló que ha ello no le enseñaron una religión represiva sino liberadora. “Mi posición como católica es la defensa de los derechos de las mujeres para que tomen sus propias decisiones en todos los aspectos de su vida”, y agregó que “no hay mayor drama para una mujer que una muerte por maternidad. Tenemos derecho a decidir, a tener una maternidad voluntaria y a disfrutar de una sexualidad placentera” (pág. 24, 1998).

De esta manera vemos como dos organizaciones con fe católica tienen posturas diferentes mientras Provida argumenta que el aborto es un crimen y lucha por convencer a mujeres que han elegido interrumpir su embarazo enseñándoles imágenes que proyectan la realización del aborto con la finalidad de que se retracten ante su elección; Católicas por el Derecho a Decidir proponen que se reconozca una maternidad libre y voluntaria con el propósito de disminuir la incidencia del aborto y la mortalidad materna, crear espacios de reflexión ético religioso, médico y legales así como sensibilizar a la sociedad civil, particularmente a los grupos que trabajan con servicios de salud sexual y reproductiva, educación, derechos humanos, medios de comunicación y legisladores sobre la necesidad del cambio de patrones culturales vigentes en nuestra sociedad. Una sociedad que tiene un Estado aparentemente laico, en la cual la Iglesia no tiene porque obstaculizar cuando se hagan reformas a las leyes. Sólo manteniendo y respetando una política laica se podrá avanzar en los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Así que a continuación se habla del Estado laico que México tiene y de su importancia.

Estado Laico e Iglesia

Con respecto al aborto en el DF en el 2007 la Iglesia Católica encabezó una campaña de amenazas de excomunión en contra de los legisladores que modificarán la legislación para despenalizar la interrupción del embarazo durante las primeras 12 semanas de gestación, esta postura de la Iglesia señala Pedro Salazar Ugarte investigador del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM (2008), permite identificar dos puntos: la lucha por mantener separado al Estado de la Iglesia no se ha logrado del todo y la confusión de estas dos instituciones llegan a ser específicamente restrictivas cuando están en juego los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

Un Estado laico es cuando el poder político y el poder religioso están separados claramente. Esta separación es compleja y por lo menos implica lo siguiente:

- No hay privilegios a una religión o a una iglesia determinada y por lo tanto respeta otras religiones que estén en su territorio.
- El poder político permite que todas las religiones puedan expresarse en igualdad de condición, sin que esas expresiones violen los derechos de las personas ni amenacen el orden público.
- Que ninguna religión se apodere del Estado e imponga sus dogmas a la comunidad política.
- Que el Estado se asegure que ninguna religión o Iglesia imponga sus reglas, dogmas o principios a los miembros de la comunidad política. Los mandatos religiosos sólo valen para sus fieles y no nunca están por encima de las leyes del Estado.

En México legalmente tenemos un Estado laico el cual la prohibición del aborto que promueve la Iglesia Católica no tiene ningún valor como ley del Estado y por lo mismo, sólo vale para los fieles de esta religión cuando libremente la quieran acatar. En un Estado laico y democrático las personas están en todos su derecho de profesar la religión y de llevar a cabo las practicas de su culto. En ese marco existe la libertad de religión y culto. Pero en virtud de laicidad estatal esas prácticas deben pertenecer al ámbito privado de cada creyente y respetar en cada momento las leyes estatales. Sólo así se garantiza que lo espacio de lo público sea un espacio plural y abierto en el que ninguna creencia bloque o calle a los demás. Y es ahí donde reside el sentido real y valor de un Estado laico: para que cada mujer y cada hombre puedan creer o no en lo que quieran, es por eso que lo importante del espacio público este abierto a todas las expresiones y convicciones que los individuos, en su ejercicio de y de su autonomía elijan profesar. Por eso la laicidad es una condición para que la pluralidad pueda expresarse en igualdad

de condiciones y en un contexto de tolerancia. Ahí reside también el vínculo profundo de la laicidad y la democracia.

Como indica Marta Lamas, (2003) "la interrupción voluntaria del embarazo remite a cuestiones centrales de la noción moderna de ciudadanía, tales como la autonomía personal, la no-intervención del Estado en la vida privada y la libertad de conciencia" pág. 20. Ello significa, a juicio de la autora, que ante la ausencia de un amplio debate público, así como de un clima político para discutir públicamente los contenidos específicos de la agenda de gobierno, los cambios legales con respecto al aborto obligan a recurrir a la protesta ciudadana para conseguir que este tema reciba un tratamiento jurídico respetuoso y socialmente igualitario. Por ello, en el siglo XXI, la exigencia de la despenalización del aborto alude a la laicidad del Estado y la importancia que ello reviste en la construcción de la ciudadanía de todas las mujeres, siendo que el dilema actual se inscribe entre la libertad individual y la responsabilidad social ([Castañeda Salgado, 2003](#); [Lamas 2003](#)).

De tal forma que la lucha que hay por la despenalización del aborto en nuestro país es válida y esta bajo el marco de la ley así la Iglesia no este de acuerdo. Creemos que así como hay creyentes, que no comparten del todo el pensamiento católico en relación al aborto y tienen su propia concepción sobre éste, también los médicos tendrán su propia cosmovisión sobre tan debatido tema, por lo tanto, es importante conocer la opinión de los médicos de nuestro país ya que son ellos quien están frecuentemente ante una mujer que aborta y además son quienes conocen la técnica del aborto, para poder explicar porque se niegan a practicar la interrupción del embarazo así este autorizado legalmente; en el siguiente apartado se habla de ello.

4.5 Postura Médica ante el Aborto Inducido

Sabemos que legalidad juega un papel decisivo para prevenir las consecuencias del aborto inseguro, sin embargo, la liberalización de las leyes no garantiza por sí sola que el aborto seguro sea accesible para todas las mujeres. Las reformas tienen un impacto limitado o nulo cuando las leyes carecen del apoyo político necesario; y cuando los servicios de aborto son escasos y las mujeres no saben que existen o enfrentan dificultades para obtenerlos. El impacto puede ser también limitado cuando los médicos no entienden las leyes, carecen de capacitación para practicar abortos o se rehúsan a ello por temor a ser procesados penalmente, o bien cuando por motivos morales o religiosos se acogen a las cláusulas de objeción de conciencia incluidas en las leyes. Por ejemplo, la nueva ley en el DF tiene el pleno respaldo político del gobierno local, pero

los hospitales que ofrecen servicios de aborto requieren contar con personal médico suficiente y capacitado, tanto para continuar respondiendo a la demanda inmediata como para asegurar la viabilidad de la reforma a largo plazo. El 70% de los médicos se ha negado a ofrecer servicios de aborto por objeción de conciencia y sólo una minoría ha participado en los cursos de capacitación impartidos en los hospitales. Son estas posturas que tienen más del 50% de los médicos y preocupa porque mientras las leyes avanzan, las actitudes del sector médico deja mucho de que hablar.

Los estudios dan cuenta de un papel intermitente, reservado y relativamente aislado en el debate del aborto, en el que la mayoría de los médicos que han ocupado y ocupan posiciones de poder no han contribuido a generar cambios importantes en la práctica y atención del aborto, por motivos que van desde convicciones propias respecto a cuestiones como la sexualidad, la salud reproductiva y la maternidad; temores a sanciones legales o morales o bien por la estigmatización de que pueden ser objeto si opinan al respecto, hasta obtener ventajas económicas al practicarlo de manera ilegal ([Elú, 1992](#); [Gogna 2002](#); [McNaughton 2002](#); [González de León-Aquirre, 1994](#)). En algunos países, la comunidad médica recién ha iniciado una movilización más organizada para abordar el problema del aborto que se realiza en condiciones de riesgo, destacando como parte de sus argumentos centrales que la práctica del aborto inducido en condiciones de riesgo es uno de los principales factores que contribuyen a las altas tasas de mortalidad y morbilidad de las mujeres, y en particular de la morbimortalidad materna ([Rayas y Catotti, 2004](#)).

En México la postura del *gremio* médico con relación al aborto inducido desde los setenta en su mayoría se mantuvo en una posición conservadora y de reserva frente a éste. A finales de los noventa y principios del dos mil cuando surge la polémica del aborto algunas autoridades médicas dieron sus opiniones. Cuando se despenaliza el aborto en DF algunas autoridades de instituciones médicas públicas dejaron ver su postura ante esta situación. Por otra parte, su postura de los médicos han llevado varios profesionales del área social estudiar al gremio de la salud en relación a la práctica del aborto y sus investigaciones se han dirigido a explorar las actitudes, con la finalidad de dar una explicación del comportamiento de aquellos médicos que se oponen al aborto y reflexionar sobre la ética médica. Entonces en los siguientes apartados se analizan las opiniones, actitudes y ética de los médicos.

4.5.1 Opiniones de Algunos Médicos Mexicanos sobre el Aborto

El *corpus* médico en México ha mantenido una posición conservadora y de reserva en el debate nacional en torno al aborto y a la conveniencia o no de su penalización. Debates que los

han querido mostrar, como un tema esencialmente político. Sin embargo, no han faltado opiniones aisladas dentro del sector médico que han insistido en que el aborto inducido constituye un “problema de salud pública” y que por tanto debe buscársele una solución.

El Dr. Alejandro Gravioto, ex director de la Facultad de Medicina de la UNAM, se manifestó en la polémica que se generó sobre el aborto en 1998 diciendo: “Creemos que las 1500 muertes al año derivadas de los abortos mal practicados son una razón justificada para señalar que ese asunto debe pensarse y debatirse de una forma abierta para alcanzar una decisión al respecto”. (La Jornada, 28 de julio de 1998).

El ex Secretario de Salud Juan Ramón de la Fuente dijo:

“Pese a la reacción negativa de la Iglesia Católica y los grupos conservadores a aceptar el tema del aborto se somete a debate público, la Secretaría de Salud sostiene esta propuesta y su posición de que la mujer debe gozar plenamente del derecho constitucional a determinar el número de hijos que desea tener y su periodicidad” (La Jornada, 22 de julio de 1998, pág.42). Como lo declara el artículo 4º de nuestra constitución. “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”. También consideró una importante fase cuando manifestó “La discusión de este tema no ha sido estéril porque ahora hay más conciencia social de la naturaleza del problema y sus dimensiones reales, pero el camino a seguir es evitar los embarazos no deseados y por ahí debemos irnos” (El Universal , 28 de julio de 1998, primera plana). Por otro lado puntualizo que “La legalización del aborto en México le corresponde al Poder Legislativo, por ser el responsable de la modificación de las leyes. El programa de Salud Reproductiva busca que todos los niños y niñas que nazcan en México sean deseados. Esa es la forma en que yo lo plantaría: de una forma prepositiva y que no vengan a este país niños que sus madres no quisieran tener” (Reforma, 9 de marzo de 1998 pág. 14).

El presidente de la Asociación Mexicana de Médicos, Carlos Valadez Llamas, se sumó a la postura del clero de la Iglesia Católica al afirmar que: “En el momento de la concepción el ser adquiere derechos, principalmente el de la vida, los cuales tienen que ser respetados y de ninguna manera se debe interrumpir el proceso de crecimiento mediante el asesinato” (Excélsior, 22 de julio de 1998, pág. 24 A)

El ex director del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, Dr. Donato Segovia Alarcón expuso una opinión que resume aspectos médicos, de derecho y de libertades:

“Despenalizar no es inducir [...] Una cosa es que hable de despenalización y otra que se esté a favor [...] de lo que se trata es de enfrentar un problema que ya existe y que afecta a quienes tienen que practicarse un aborto en condiciones adversas y porque además tienen el temor de ser castigadas y eso es totalmente injusto. Si en un sistema integral de salud se logra llevar a todas las personas los conocimientos para que haya un control adecuado de la fertilidad, y si se despenaliza el aborto para que, cuando ocurra se dé en las condiciones propicias para la mujer que lo requiera, se puede solucionar en gran parte el problema. No

entendiendo cómo hay grupos que se oponen a ambos tipos de medidas, como tampoco entiendo a muchos que se oponen a medidas preventivas para evitar el sida". (Reforma, 23 de julio de 1998, pág. 10)

Dr. Gregorio Pérez Palacios ex titular de la Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, dijo:

"La salud reproductiva tiene como misión esencial evitar el aborto, el embarazo no deseado y no planificado" (Entrevista al Dr. Pérez Palacios, Novedades, 3 de Octubre de 1995). "Lo más importante es que todas las personas tengan acceso a la información y a los servicios de salud que les permitan planear su vida sexual y reproductiva [...] el aborto es resultado de la falta de información y planeación, y de que las mujeres no tienen acceso a los servicios de salud" (Crónica y Jornada, 25 de Julio de 1998, págs. 11 y 43).

El ex titular del IMSS Genaro Borrego comentó: "en lo personal considero el aborto como un crimen" pero añadió que acataría el ordenamiento de la legislación vigente. (Crónica, 25 de Julio de 1998, pág. 11).

Declaraciones más recientes acerca de la Despenalización del aborto en el DF son las siguientes:

El Secretario de Salud José Ángel Córdova en el mes de marzo del 2007, señaló que:

"En ningún momento minimizamos ninguna muerte sea la causa que sea es menor para nosotros, siempre son importantes... Si esto se despenaliza pues lo acataremos es una decisión de los legisladores y responderemos tal y como nos corresponde como Ejecutivo". Sin embargo, resaltó que existen más muertes de mujeres por otras enfermedades que deben ser atendidas de manera prioritaria: "Claro cuando vemos de 30 mil muertes de mujeres por diabetes es un problema que también tenemos que afrontar y muchos otros como causas de muertes más importantes del país, pero todas las muertes son importantes..." (www.esmas.com/.../mexico/615302.html).

Maki Ortiz, (2007) subsecretaria de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud, externo su desconocimiento cuando se le preguntó si en caso de aprobarse el aborto en la Ciudad de México, los médicos de los hospitales generales que operan en el Distrito Federal tendrían que regirse por la ley local o la federal. La funcionaria quien es la responsable de la calidad y prestación de los servicios hospitalarios en todo el país, sólo se limitó a decir "que eso lo tendrían que definir los legisladores, aunque no precisó cuáles, si los locales o los federales". (El Universal, 20 de mayo, 2007)

Ex Director del Instituto Mexicano del Seguro Social Juan Molinar Horcaditas comentó que "No puede brindar ese servicio médico, esa práctica médica el IMSS, la interrupción voluntaria del embarazo como está definida en la reciente reforma del Distrito Federal, no está incluida entre las

prácticas médicas o quirúrgicas que puede proporcionar”. Descartó que en las “clínicas y hospitales de esa dependencia”, ubicadas en el D. F., se autoricen este tipo de prácticas. Molinar recordó que su dependencia no practicará abortos porque se trata de una institución regulada bajo normas federales, como la Ley General de Salud, y la reforma aprobada por la ALDF es una norma “únicamente de alcance local”. (Crónica, 28 de Abril 2007).

Al respecto opino el constitucionalista y profesor emérito de la Universidad Nacional Autónoma de México, Raúl Carrancá y Rivas que:

“El argumento de los directivos de clínicas federales en torno a negar el aborto antes de las primeras 12 semanas a las mujeres que así lo soliciten en el Distrito Federal, porque se trata de **una ley local**, no es adecuado y sólo refleja "la postura de extrema ultraderecha y reaccionaria. Y agregó que la reciente ley aprobada en la que se despenaliza el aborto antes de las primeras 12 semanas en la capital del país es una ley que corresponde al espíritu laico de México. El Estado mexicano, incluida la ciudad de México que forma parte de él, es un Estado laico; consecuentemente, lo que se ha consagrado en esta ley, nos guste o no, es un espacio de libertad para la mujer que decide abortar. Es una ley que corresponde plenamente al espíritu de nuestra Constitución en cuanto a laicismo y en cuanto a nuestra libertad de credo"., (en La jornada 30 de abril, 2007, pág. 1).

El investigador consideró que todo médico que labora en hospitales de los Institutos Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es un servidor público, por lo que de no practicar el aborto a quien lo solicite, viola la Ley Federal de Responsabilidades de Servidores Públicos (LFRSP) que los obliga a cumplir de manera cabal con el servicio encomendado. (*La jornada* 30 de abril, 2007).

El Gineco-obstetra Manuel Rodríguez Rabagó, (1994) reconocido médico del Hospital de los Ángeles comentó es que:

“Hoy en día los médicos inicien un debate abierto, sin prejuicios y sin buscar imponer sus soluciones a la problemática que la interrupción del embarazo implica. Comenta: que no es posible seguir manteniendo esa ambigüedad, esa doble moral, que los conduce más que a cerrar los ojos a una realidad que los aborda por todos lados. Los médicos no deben y no pueden legislar; sin embargo deben brindar su conocimiento para que aquéllos que tienen esa misión puedan hacerlo adecuadamente” (pág. 3).

Sin embargo a pesar de que algunas autoridades no satanizan, ni criminalizan el aborto sino buscan nuevos caminos; el rechazo hacia el aborto inducido es tal que hay casos en que aún siendo lícita la práctica del aborto, los médicos se escudan y se evaden para no hacerlo. Como sucedió en el caso Paulina que el 31 de julio de 1999 Paulina del Carmen Ramírez Jacinto, fue violada por un ladrón en la casa de su hermana, ante la presencia de dos menores de edad. Con ayuda de su madre, la adolescente denunció la violación y, al saber que estaba embarazada, ambas solicitaron el aborto. El Ministerio Público autorizó la práctica del aborto, así que Paulina

fue internada en el hospital de Mexicali en dos ocasiones sin que en ninguna de ellas le practicaran el aborto. Las autoridades estatales y del hospital intentaron varias veces convencer a Paulina y su madre de no interrumpir el embarazo. El Procurador del Estado las llevó personalmente con un sacerdote para que éste las persuadiera. El director del hospital le dio a la madre de Paulina información falsa para “convencerla” de no tener el aborto; dijo que la joven podría desangrarse, quedar estéril o morir como resultado del procedimiento. Asustada, la madre firmó un documento en el que declaró que ya no deseaba un aborto su hija. Esto sucedió a escasos 16 días antes de que venciera el plazo de tres meses que la ley de Baja California establece para obtener el aborto legal. Días después, el caso se dio a conocer en la prensa nacional lo retomó. Para entonces, ya no había posibilidades de que Paulina interrumpiera el embarazo y finalmente dio a luz a un niño en abril del año 2000 (Poniatowska, 2000).

El 4 de abril de 1995 con 13 años de edad y tres meses de embarazo Teresita N. Recorrió varios hospitales del Distrito Federal, el Seguro Social, el Instituto de Perinatología y el Hospital de la Mujer donde se negaron a interrumpir el embarazo (Poniatowska, 2000).

En julio de 2001, en el estado de Sinaloa se tuvo noticias de una adolescente con problemas de retraso mental que había sido violada en repetidas ocasiones por su padre y quedó embarazada. La madre de esta joven solicitó un aborto por violación. Aunque al principio las autoridades intentaron negar el servicio, luego de cierta presión de la prensa y de algunos grupos de salud hayan querido evitar un nuevo escándalo como el que generó el caso Paulina (Taracena, 2004).

Otro caso es el que denunció la Dra. Sandra Peniche, ex directora de la Unidad de Atención Psicológica y Educativa (UNASSE) en Yucatán, en esa entidad una niña de 12 años fue violada y quedó embarazada “pero a pesar de que la madre de la niña hizo petición expresa para que se le practicara un aborto a su pequeña, ni el IMSS (al que esta afiliada) ni el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral para la Familia (DIF) tomaron la responsabilidad de seguir un trámite que permitiera la interrupción del embarazo. Por el contrario, se les aseguró que la pequeña podría morir y amenazaron a la madre con encarcelarla si insistía en el legrado” (citada en GIRE, 2001, pág.13).

Cabe señalar que con este tipo de posturas, no solo violan sus derechos que les corresponden a la mujer sino transgreden su libertad de elegir. Además destinan a pequeñas a ser madres a temprana edad algo que no buscaron ellas dada la situación en que se da sus embarazos. Pero que es lo que hace que los médicos decidan no realizar un aborto, en años

anteriores pese a que estuvo autorizado por el Ministerio Público se negaron a llevarlo a cabo y hoy el aborto en nuestro país es legal en todos los estados cuando el embarazo sea resultado de una violación y en el DF el aborto es legal cuando por voluntad propia lo solicite la mujer, no obstante el aborto en un marco legal los médicos se niegan realizarlo. Es por eso, que algunos investigadores han realizado estudios sobre la actitud que tienen los médicos ante la practica del aborto para analizar y buscar soluciones. Los resultados de estas investigaciones en el siguiente apartado se presentan.

4.5.2 Estudios Sobre las Actitudes de los Médicos Ante el Aborto

Distintas investigaciones han mostrado que en las actitudes de los médicos frente al aborto influyen factores diversos, que abarcan los de carácter ético, religioso, político, jurídico y médico científico; también se ha visto que estas actitudes tienen relación con elementos como el género, la edad o el tipo de práctica que los médicos realizan. Los hallazgos de diferentes autores indican que aún en los contextos donde las leyes permiten el aborto bajo condiciones amplias (razones médicas, motivos socioeconómicos o a solicitud de la mujer) coexisten sectores médicos con posiciones diversas, desde las cuales unos favorecen la libre elección de las mujeres, otros aprueban el procedimiento sólo en determinadas circunstancias y otros se oponen a él. Aunque la investigación sobre la actitudes de los profesionales de la medicina frente el aborto es aún insuficiente en el país, algunos estudios realizados en México principalmente en el DF ilustra algunos de los factores planteados con relación a su postura y al tipo de formación que reciben los resultados de cada uno son los siguientes.

María del Carmen Elú, (1992) realizo una estudio con respecto a la actitud de los médicos frente al aborto, titulado “El aborto personal visto por personal de la salud” realizado en el Hospital de la Mujer, de la Secretaria de Salud en la Ciudad de México. La investigación incluyó médicos, enfermeras y trabajadores sociales. De los 48 médicos entrevistados, la mayor parte tenía entre 30 y 39 años y casi la totalidad (96%) declaró ser católico. Las opiniones de los médicos son contradictorias y ambivalentes ante el aborto inducido. Sus percepciones están matizadas de juicios de valor. Manifestaron el descontento por las condiciones de trabajo y las enormes cargas de responsabilidad en contraposición a los bajos salarios y las carencias de estímulos. Esta insatisfacción laboral en el hospital necesariamente repercute en la calidad de la atención que reciben las mujeres que a él acuden. Se encontró también que los médicos demandan su poder. Señala la autora: “No puede pasar desapercibido que, a falta de otros posibles, sea el cuerpo y las decisiones de las mujeres, donde se busquen el ejercicio de ese poder” (pág. 179). Con respecto al aborto inducido expreso una generalizada preocupación por éste. Sin embargo gran

parte desconoce la legislación y las circunstancias en que el aborto es legal en nuestro país. Las opiniones indicaron que si estuvieran en sus manos la apertura de las leyes sobre el aborto, éstas serían más permisivas, principalmente con las mujeres que enfrentan una precaria situación económica. Pero manifiestan su preocupación por el gasto excesivo que tendría que hacer el hospital y el aumento de las cargas de trabajo para el personal que en él labora; que la legalización del aborto les traería grandes conflictos, puesto que se trata de una práctica contraria a los objetivos de la propia carrera de medicina y a los valores y sentimientos personales. También se expresaron las críticas hacia los programas y servicios de planificación familiar. Los médicos se quejan en general del gobierno y en particular de los máximos responsables de las políticas de salud. Por otra parte, las enfermeras y trabajadoras sociales manifestaron el descontento en relación a los médicos y su forma de tratar a las mujeres en las consultas. Por otra lado, los médicos nunca mencionaron la responsabilidad que debe asumir el hombre en el uso de métodos anticonceptivos (por ejemplo promover la vasectomía), pero si manifiestan la persistencia de valores culturales respecto al género masculino y la virilidad que conllevan a una nula consideración de los perjuicios que en la salud de las mujeres tiene el incontrolado ejercicio de su fecundidad.

La violencia sexual constituye uno de las más subyacentes del poder masculino contra las mujeres muchas veces niñas. Si los médicos tienen el poder de decisión y cuentan con el respaldo legal, y si por ejemplo, llega a un hospital una mujer o niña buscando la interrupción del embarazo causado por una violación, uno esperaría que los médicos llevaran a cabo el aborto, sin embargo, esto no sucede, ejemplo de esto lo que pasó en el hospital donde se llevó a cabo esta investigación. Una niña de diez años tuvo que esperar varias semanas para que le hicieran un aborto. Todos los médicos “se pasaba la bolita”, hasta que una doctora se compadeció de ella. Es clara la negativa al practicar abortos autorizados legalmente. Aquí los médicos evidenciaron las contradicciones ideológicas y los titubeos con respecto al aborto. De otra manera, si el aborto se despenaliza, consideran a las mujeres que son irresponsables y que no están preparadas para ello. Se les haría muy fácil abortar y todas dejarían de tomar anticonceptivos. Y recurrían en masas a abortar.

Con respecto a los resultados del estudio antes mencionado señala Kummer, (1994) que son actitudes prejuiciosas en los médicos por razones psicológicas; quienes se niegan a efectuarlo aduciendo razones diferentes a las que inducen su negativa, o bien lo aceptan solo sí a la mujer se le impone una especie de castigo como es la esterilización.

“Tales conductas represivas del derecho de la mujer a aceptar o rechazar un embarazo imprevisto dice el autor, son debidas a que el médico inconscientemente se resiste al aborto porque no acepta la idea de que la mujer sea dueña de su destino, dueña de su sexualidad, dueña de su cuerpo de manera absolutamente autónoma” (págs.81-82).

Otra investigación acerca de la actitud de los médicos sobre el aborto fue realizada por el Grupo de Información en Reproducción Elegida, 1993 este estudio fue preparado para The Population Council/IPAS. Se efectuó a través de entrevistas y observaciones dirigida a los médicos encargados de la atención obstétrica en los hospitales seleccionados estos fueron Luis Castelazo Ayala del IMSS, Juárez de México de la Secretaria de Salud y el Hospital Iguarán del Departamento del Distrito Federal, encontraron que los especialistas con más años de experiencias se presentan abiertos y mucho mas receptivos hacia el análisis de los problemas del aborto, se interesaron y solicitaron ser entrevistados mientras los residentes estuvieron en general reticentes. Las investigadoras de este estudio consideran que uno de los elementos importantes en la definición de la actitud que se tiene frente a cualquier circunstancia en la vida, es el conocimiento que se posee de ella, de sus condicionantes y factores asociados. En este caso esa “circunstancia” es el aborto. Encontraron que generalmente no se analiza el porque un embarazo es no deseado. No se contempla elementos de tipo económico o social, de adulterio, de fallo anticonceptivo, problemas de índole subjetiva como miedo o vergüenza. Cabe señalar que los médicos especialistas con mayor experiencia se han ido dando cuenta del peso de los factores antes mencionados. Los médicos jóvenes, sin hacer grades análisis, juzgan que es la irresponsabilidad la causante de todo. Las causas de aborto no punible contempladas en la legislación del Distrito Federal por violación o peligro de vida de la madre no se mencionaron como condicionantes de la decisión de abortar. También consideran que el desconocimiento o no consideración de elementos vitales para la reproducción es condicionante de la actitud. Cerrar los ojos u obviar las condiciones de vida de las mujeres que acuden a los hospitales es reducir a “objetos de trabajo” a la paciente que se tiene ante sí. El profesional médico tiene a su disposición cada vez más conocimientos y referencias parciales sobre el objeto de trabajo (pacientes) y cada vez menos referencias sobre su totalidad. Ahora bien, la opinión sobre quienes se provocan un aborto, dentro de un amplio rango las respuestas, es en general condenatoria. Un buen número califica a la mujer que acude a esto como “unas inconsciente, desequilibrada, criminal, cobarde o inmadura”, otros consideran que es un reflejo de la mala educación sexual, que se refleja en embarazos a corta edad, en falta de planificación familiar o que son pacientes que necesitan orientación. La respuesta más común fue este tipo de pacientes necesitan apoyo psicológico, la mitad de los médicos piensan eso. La mitad de los encuestados los hospitales identifican la

existencia de repercusiones sociales para las mujeres que abortan. Consideran que éstas deben enfrentarse a ciertas conductas de rechazo por parte de la sociedad. Existe una gran ambivalencia y contradicción en las consideraciones hechas: por un lado se reconocen repercusiones psicológicas y sociales. Sobre todo las primeras; saben que en su hospital el abordaje de las mismas no existe de forma general y a pesar de eso solo la mitad de los médicos se toma el tiempo para “hablar” con su paciente. Los médicos se manifiestan ajenos al hospital, las instituciones están hechas por los demás, no por ellos, aunque se evidencia la necesidad de abordar estos aspectos, se traslada la responsabilidad a terceros. El acercamiento a las pacientes es individualista y centrado en la enfermedad para dar una resolución de tipo técnico.

Este ha sido el enfoque que en general la medicina ha tenido. Si bien en la actualidad existe una creciente preocupación por la salud colectiva, las obligaciones del médico son siempre fijadas en relación con sus responsabilidades para los pacientes, no resulta fácil encontrar en el mundo legislaciones que contemplen el deber o las responsabilidades sociales del médico. De hecho señala Massafero, (1988) “Los códigos de ética de las asociaciones profesionales sólo establecen la conducta debida en las relaciones entre médico y pacientes”, sin incluir en la ética consideraciones de orden social.

En este estudio se encontró que no existe el ambiente de confianza que permita a las pacientes expresar algo en cuanto a lo que les ha acontecido, entonces ante la pregunta: “Dígame, ¿qué se hizo para producirse el aborto?”, con llantos y sobre todo angustia, la mujer niega haberse hecho nada. En una ocasión, se hizo el comentario: “aunque usted no me lo diga yo ya me doy cuenta que usted se hizo el aborto”, aumentando así la carga de culpa de la paciente. En este sentido, es importante descartar cómo los médicos no se dan cuenta del efecto que tienen sus palabras, su actitud y su relación con las pacientes, por las implicaciones ya señaladas. Y por último con lo que respecta a las prohibiciones de la legislación, los médicos encuestados, en general tienen un significativo desconocimiento sobre la legislación del DF y estados de la República. También se encontró el antagonismo de los médicos a la despenalización del aborto. Quienes dijeron estar de acuerdo, en ningún momento mostraron estar dispuestos a tener participación activa en la interrupción de embarazos.

La investigación que realizaron Marta Rivas y Ana Amuchástegui (1994), a través de visitas y entrevistas en siete hospitales públicos de ginecología y obstetricia en nuestro país encontraron que tanto las autoridades como el personal médico aceptan la existencia del aborto inducido como una realidad innegable entre su población. Sin embargo, contravienen el mandato judicial pues

evitan incurrir en la violencia que significa la denuncia legal de la mujer, las autoras explican que esto sucede porque, por un lado esta situación demuestra la coexistencia de diversas posturas frente a la interrupción del embarazo desde las corrientes más radicales que se imponen como dominantes y que obedece a valores de tipo moral, hasta aquellas posiciones alternativas que son mas sensibles a la realidad de las mujeres y a su derecho a decidir. La negativa de este último sector del personal a obedecer el mandato judicial parece estar sostenida en sus convicciones políticas y en su respecto a la decisión femenina. Pero existe otra corriente de pensamiento y práctica que, por lo contrario, ejerce esta resistencia tal vez por imposibilidad de hacer algo diferente, como podría ser el pronunciamiento abierto a favor de la mujer. Este silencio padece obedecer también al gran temor de que una aceptación pública del derecho femenino a elegir puede provocar serios daños a su prestigio como profesionales y poner en peligro su modo de subsistencia.

Las autoras comentan que la tolerancia del aborto inducido puede indicar la existencia oculta de una orden contraria; aquella en que la interrupción del embarazo resuelve un problema demográfico mientras muestra a los sectores conservadores de nuestra sociedad su profundo rechazo a esta práctica. Piensan que en muchos casos se practica la tolerancia al aborto inducido para sostenerlo, a veces sin saber, como una forma más de anticoncepción y control de la natalidad que, si bien no es administrada por los servicios de salud y por ello se realiza en condiciones de alto riesgo para la madre es compatible con los objetivos poblacionales de sectores del gobierno mexicano. Las investigadoras basan esta información en el hecho que durante sus visitas conocieron la existencia de la imposición de métodos anticonceptivos, inclusive definitivos a mujeres a quienes no se les ha consultado. Concluyen que si la condena y persecución del aborto inducido se sostiene sobre consideraciones éticas y no de salud pública (aunque las cifras confirman que constituyen un problema nacional) ¿Cómo se puede justificar la esterilización temporal o definitiva de una mujer que no lo ha consentido? Creer que un número significativo del personal médico se encuentra atrapado en esta paradoja. Lo único que puede hacerse dentro de esta confusión es *“taparle el ojo al macho”* (pág. 169).

Deyanira González y Addis Abeba Salinas (1995), realizaron una encuesta que se aplicó a 96 estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM), titulada “Una aproximación a las actitudes de los médicos” mostró que los estudiantes encuestados tienen un pobre conocimiento sobre la situación jurídica del aborto en México. Casi la tercera parte desconoce, o conocen en forma parcial, las situaciones en las cuales las leyes permiten el aborto, y sólo una minoría las ubica en el Código Penal. Este hecho demuestra la poca importancia que se le da a los aspectos legales de la práctica médica en la formación universitaria.

Para casi la mitad de los estudiantes, la decisión sobre el aborto compete a la mujer con su pareja, y para poco menos de la tercera parte corresponde sólo a la mujer, lo cual podría indicar una postura liberal y la conciencia, en buena parte de ellos, de que una decisión de esta naturaleza debería circunscribirse al ámbito de lo privado y a las condiciones particulares de las mujeres o de las parejas. Por otra parte el 10% de los encuestados, y en mayor proporción los hombres señalaron que la decisión sobre el aborto corresponde a la mujer con un médico; las autoras comentan al respecto que esto puede relacionarse con las características que socialmente se atribuyen a los médicos, considerados en general como figuras con autoridad moral para intervenir en las decisiones de sus pacientes; o bien corresponder a que siendo el aborto un problema de salud, la decisión deberían tomarse considerando la opinión de quienes más sabrían al respecto. Puede asociarse también con la idea, bastante generalizada en nuestro contexto natural, de que la mujer no puede, o no debe, decidir por sí misma en relación a la maternidad. Por otra parte la mitad de los estudiantes señalaron que harían un aborto en algunas circunstancias si tuviesen la capacidad para hacerlo en condiciones seguras, y casi la tercera parte indicó que nunca haría un aborto, pero que en algunas situaciones refería a las pacientes, las respuestas relativas a las posibles indicaciones para la interrupción del embarazo muestran que proporciones importantes lo admiten con restricciones y para situaciones limitadas. Una amplia mayoría de los encuestados aceptaron el aborto bajo las circunstancias contempladas por la leyes vigentes en la capital del país (riesgo para la vida de la mujer y por violación), y lo aprobaron también en altas proporciones, por motivos de salud (cuando la mujer tiene SIDA y en casos de malformación fetal). Sin embargo, para el resto de las situaciones planteadas en las preguntas, que son las que justamente originan la mayor cantidad de los abortos que se practican en México, la aceptación de los estudiantes fue mucho menor, al respecto comentan las autoras que puede obedecer a reservas de tipo moral en relación al problema y a la carencia de elementos para comprender la diversidad de motivos que llevan a las mujeres a abortar. Señala que estas situaciones menos aceptadas fueron las que motivaron mayor ambigüedad en los estudiantes, ya que las proporciones de quienes manifestaron estar inseguros respecto a ellas parecen no ser despreciables. Un dato importante en esta encuesta fue la posición de las mujeres ante el aborto, quienes se mostraron con una postura más conservadora, ya que los resultados indican que la oposición al aborto es mayor entre las mujeres en relación a los varones, los porcentajes de éstas que indicaron que la decisión sobre el aborto no compete a nadie porque no se debe abortar, ya que nunca harían un aborto no referirían pacientes para ello, fueron mayores. A este punto Deyanira González y Addis Abeba Salinas comentan que el que las estudiantes de medicina tengan posturas más conservadoras frente al aborto tiene sin duda una vinculación estrecha con la interiorización de los patrones y estereotipos culturalmente aceptados sobre las mujeres y la maternidad. Lo que agranda rasgos indican los

datos recabados es que el hecho de ser mujer no implica necesariamente una visión más clara sobre la problemática del aborto, o una actitud más comprensiva y solidaria hacia quienes deciden interrumpir el embarazo.

Un estudio incluyó 193 especialistas de diferentes áreas (internistas, pediatras, ginecólogos y neurólogos), que trabajan en algunos de los institutos nacionales de salud de la capital del país. De acuerdo con sus resultados, el 59% del total admitió el aborto por malformaciones fetales, elevándose la proporción al 91% en el caso de problemas graves e incompatibles con la vida extra-uterina, como la anecefalia. Sólo un 15% estuvo de acuerdo con el aborto voluntario, encontrándose una aceptación menor en el caso de los ginecólogos y los neurólogos. El análisis global de los datos mostró que la aceptación del aborto fue mayor entre los médicos que señalaron no tener religión y entre aquellos mayores de 35 años (Casanueva y cols., 1997).

Una encuesta realizada por Population Council (México) aplicada en el 2000 a nivel nacional a médicos gineco-obstetras, médicos familiares y médicos generales que laboran en clínicas y hospitales de la Secretaría de Salud (SSA) y del sector privado localizadas en zonas urbanas del todo el país los resultados encontrados son los siguientes: aproximadamente la mitad o más de los médicos señalaron que les gustaría recibir mayor información sobre los temas aspectos legales (81%), aspectos éticos (65%), uso de medicamentos para aborto (56%), técnicas quirúrgicas y farmacológicas (55%), aspiración manual endouterina (AMEU) (52%), legrado uterino instrumental (LUI) (46%). Con lo que respecta al aspecto legal un alto porcentaje de médicos sabían que el aborto es legal bajo ciertas circunstancias, algunos desconocían en qué situaciones específicas estaba permitido en la localidad estatal en la cual laboran. La técnica quirúrgica más conocida por este sector encuestado fue el legrado uterino instrumental (LUI), tanto para evacuar la cavidad uterina como para inducir un aborto legal. Menos de la mitad de los médicos mencionaron la aspiración endouterina (AMEU) para ambas indicaciones. Por otra parte, más de la mitad de los entrevistados conocían el uso del medicamento misoprostol para la inducción de un aborto, mientras una proporción menor conocía los regímenes combinados, científicamente probados y utilizados con frecuencia en países desarrollados, como mifeprestona más misoprostol y metotrezante más misoprostol. A pesar de que existe un bajo conocimiento sobre los regímenes de aborto médico, los médicos expresaron interés en recibir curso y entrenamiento y capacitación en este tema. Se indagó la opinión de los médicos acerca de la calidad legal del aborto en circunstancias específicas, se observó una tendencia a aceptar la práctica del aborto bajo las condiciones que ya están incluidas en el Código Penal, y mayor resistencia a aceptarla por problemas económicos o por falla de un método anticonceptivo, cuando la mujer es madre soltera,

menor de edad o por decisión propia. También se estudió sobre la disponibilidad de practicar abortos bajo esas mismas circunstancias si se tuvieran los conocimientos necesarios. Una proporción considerable de las y los entrevistados manifestaron una actitud favorable hacia la legalidad del aborto bajo ciertas circunstancias, sin embargo, un porcentaje menor manifestó que estaría dispuesto a practicar un aborto bajo esas mismas circunstancias. Un 86% de los entrevistados de ambos sexos reportaron estar de acuerdo con la legalidad del aborto en caso de violación; no obstante, sólo el 71 % manifestó que practicaría un aborto en tal circunstancia. Del mismo modo, una alta proporción (84%) de las y los médicos que participaron en esta encuesta señalaron que los hospitales públicos deberían ofrecer servicios de aborto en los casos permitidos por la ley, mientras poco más de la mitad dijo estar dispuesto/a a realizar intervenciones legales. Sólo 11% dijo que en el transcurso de su vida profesional había hecho alguna vez un aborto legal. La discrepancia observada entre la actitud hacia el aborto y su práctica refleja la influencia de múltiples factores en la provisión de este servicio, tales como conocimientos médicos y legales, aspectos éticos, disponibles del equipo quirúrgico y personal médico y condiciones del hospital, entre otros. De hecho, en esta encuesta encontraron que los temas que despertaron mayor interés entre los médicos fueron los aspectos legales (81%) y éticos (65%) del aborto.

Estos estudios demuestran una aproximación a las actitudes de los médicos frente al aborto. Mostraron que los médicos en su mayoría tienen un desconocimiento acerca de la legislación del aborto en México. Esto es un indicador de que la información sobre los aspectos legales del aborto que se transmite en las escuelas de medicina no favorece la comprensión adecuada de las leyes y contribuye a fomentar los estigmas morales sobre la interrupción del embarazo. No es raro que en los textos de medicina legal se aluda al aborto inducido como “aborto criminal” y que se califique a quienes lo practican con términos como el de “abortadores profesionales”. Por otra parte, dejaron ver sus contradicciones y ambivalencias sobre la práctica, es decir, lo acepto en ciertas circunstancias pero no lo realizo; delegan a terceros la responsabilidad sobre la situación del aborto; su postura con respecto al tema esta matizadas por valores de la religión católica sobre todo en lo jóvenes médicos. Proporcionar o negar servicios de aborto depende en gran medida del criterio personal de los médicos, el criterio de cada persona dependerá del conocimiento que este tenga del tema en cuestión en este caso el aborto.

También se mostró cómo influyen las diferencias de género en la postura de los médicos; según sus hallazgos, las médicas tienen actitudes más liberales y apoyan en menor medida que sus colegas hombres el acceso de las mujeres sin restricciones. Sin embargo, en uno de los estudios antes mencionado muestra (ver González de León y Addis Abeba Salinas, 1995) mostró que las estudiantes médicas tuvieron una postura más conservadora que los estudiantes médicos ante la

interrupción del embarazo. Un dato importante para otra investigación. En general a las mujeres se les percibe como irresponsables y no capaces de tomar decisiones sobre su maternidad, asumen los médicos que son figuras con autoridad moral ante ellas; desconocen los motivos que llevan a las mujeres a interrumpir sus embarazos. La atención médica que reciben las mujeres que han abortado se limita al tratamiento médico tradicional de urgencia y a la prescripción rutinaria de métodos anticonceptivos. Al respecto se evidencio en los estudios que hay una gran mayoría de médicos que desconocen las combinaciones de los medicamentos para inducir un aborto, lo que indica que la no actualización de médicos repercute pues no le podrán ofrecer a sus pacientes una técnica o método más seguro. Es durante la atención clínica que la actitud se concretiza, se define. Por supuesto la atención en términos estrictamente técnicos puede ser adecuada, pero no serlo en el sentido de dar calidez y trato humano a la portadora del problema.

De acuerdo con Rivas y Amuchastegui (1994) al señalar que:

“la conducta de los médicos tienen consecuencia y efectos muy importantes a largo plazo”. El trato que las pacientes reciben de todo el personal, pero sobre todo del médico “puede reforzar sus sentimientos de culpa y trasgresión o proporcionar un enorme alivio y restituir una mirada de sí misma sumamente devaluada por la decisión. Sin pretender condenar a los profesionales de la medicina, es clara la necesidad de modificar conductas y actitudes que alejan a la profesión de su razón de ser los pacientes. Este hecho fue ya señalado por el director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) quien enfatizó a la luz de actitudes que: Sólo despojándose de sus vestiduras imperiales y mostrando su interés real para el individuo podrá la profesión médica contribuir eficazmente a mejorar las condiciones de salud. La profesión médica es digna de lástima por su vulnerabilidad al espejismo de los delirios de grandeza. La actitud del gran senador que adoptan los médicos está apoyada y favorecida de una parte por la misma naturaleza que cura casi todos los males y de otra parte por el público siempre predispuesto a ser presa de esa actitud y su halo mágico” (pág. 43).

Lo que los médicos aprenden del aborto tiene importantes repercusiones en la atención hospitalaria que se da a las mujeres que sufren complicaciones. La formación universitaria del futuro médico le proporciona herramientas para su manejo clínico y quirúrgico, pero ésta generalmente no le ofrece elementos para situar al aborto en su dimensión de problema sanitario y para comprender sus repercusiones sociales y psicológicas. De ahí que en las aulas universitarias los médicos valoren el aborto inducido con cargas de juicios morales y conceptos religiosos.

Algunos organismos internacionales han señalado la necesidad de mejorar la calidad de la educación médica en los ámbitos de la SSR y la atención del aborto. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), por ejemplo, realizó principios de los años noventa reuniones para analizar la enseñanza de la SSR en las universidades latinoamericanas cuyas recomendaciones incluyeron integrar las ciencias sociales a la docencia en esta área, reforzar los

componentes éticos en la educación médica, incorporar la anticoncepción postaborto al currículum, y una mayor relación entre las universidades y los servicios de salud. (OPS, 1993)

En el ámbito nacional, la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (Femego) realizó en el 2000 –en colaboración con la FIGO, organizaciones no gubernamentales, instituciones de salud, universidades y sociedades médicas- reuniones para analizar las repercusiones sociales y médicas de la violencia sexual, cuyas recomendaciones incluyeron la formación de personal para ofrecer a las víctimas una atención integral, así como su capacitación en modelos para interrumpir el embarazo en caso de violencia (Billings, 2003)

A pesar de estas recomendaciones y del esfuerzo conjunto de algunos grupos académicos y organizaciones no gubernamentales con experiencia en la capacitación de personal en los servicios, las iniciativas en México para mejorar la educación médica en los ámbitos de la SSR y la atención al aborto han sido escasas. De acuerdo con la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), la educación médica debe contribuir a mejorar la calidad de la atención médica que se ofrece en el país y a elevar el bienestar de la población (AMFEM, 2007).

Sin embargo, desde esta Asociación responsable de vigilar la calidad de la educación médica que ofrece las universidades, poco se ha hecho para que la formación de los médicos tenga una mayor coherencia con las necesidades sociales y las políticas públicas

Para la mayoría de los médicos, el aborto es un acto que atenta contra los postulados de la ética médica que han aprendido. La enseñanza de los aspectos éticos de la medicina, en general están influidos por los principios religiosos más conservadores y sustentada en valores abstractos sobre la vida humana. Pero dentro de este gremio hay posturas diferentes, y existen asociaciones profesionales con un enfoque progresista; un ejemplo es la FIGO, cuyo Comité de Ética reconoce explícitamente el derecho de las mujeres al aborto seguro. Sin embargo, en países como los latinoamericanos, que en su mayoría tienen leyes restrictivas y la religión católica ejerce una gran influencia, es común que los ginecólogos-obstetras se opongan al aborto; hay especialistas que lo justifican en algunas circunstancias, aunque raramente lo aceptan frente a sus colegas y pocos están preparados para practicarlo. La mayoría considera que la capacitación en procedimientos para interrumpir el embarazo es poco útil en términos de su prestigio y desarrollo como profesionales, aunque es un hecho que muchos se entrenan en ellos con fines de lucro. En este contexto, pocos ginecólogos-obstetras tienen una comprensión cabal de los problemas relacionados con el aborto y sólo una minoría lo practica desde una postura ética apoyada en al

respeto a la autonomía de sus pacientes (Faúndes, Barzelatto 2005). El aborto genera el conflicto ético-moral, no sólo a nivel de las mujeres que lo padecen, hace que el tema de la ética en el aborto sea muy necesario aunque difícil de tratar.

4.5.3 Ética y Aborto en el Gremio Médico

La ética es parte de la filosofía que estudia la moral y con frecuencia al hablar de ética se llega a utilizar la moral como sinónimo, sin embargo estos términos no significan exactamente lo mismo pero si están relacionados. La moral se basa en las acciones humanas que distingamos como bueno o como malo. La ética es mucho más compleja, comprende diferentes niveles relacionados con las creencias y valores que la gente otorga a determinados hechos, que pueden definir nuestra decisión cuando se presenta un conflicto de valores. La ética no es pues una teoría que permanezca inmutable, cambia mucho, sobre todo cuando las formas de pensar y actuar tradicionales son cuestionadas en los diferentes campos de las ciencias, de la sociología, educación, política y de la religión. Definimos también la ética como la ciencia que considera el comportamiento humano, a partir de principios establecidos por la **razón**.

De acuerdo con el Dr. Miguel Gutiérrez Ramos, (2006) gineco-obstetra del Instituto Materno Perinatal que señala que para hablar de ética en relación al aborto, debemos considerar los siguientes principios de ética médica:

- De Justicia: iguales oportunidades de acceso a bienes y servicios para satisfacer las necesidades básicas de salud de la paciente.
- De Beneficio: obligación prioritaria de promover el bienestar físico y mental de la paciente.
- De no Maleficencia: evitar hacer el mal o perjudicar a la paciente.
- De autonomía (autodeterminación): valor casi absoluto a menos que viole la libertad personal de otros.
Impone en los demás la obligación de no interferencia.

No sólo se debe considerar estos principios éticos cuando se refiera a temas de salud reproductiva, sino también otros relacionados fundamentalmente con las mujeres y que muchas veces son ignorados:

- Las mujeres pueden tomar decisiones responsables por sí mismas, sus familiares, sus comunidades, la situación mundial.

- Las mujeres tienen derecho individual y la responsabilidad social de decidir cómo y cuándo, tener hijos, o no, y cuántos; ninguna mujer puede ser forzada a criar un niño, o impedida de hacerlo contra su voluntad.
- Los hombres tienen responsabilidades personales y sociales por su conducta social y su fertilidad y por los efectos que esa conducta tienen en la salud y el bienestar de su pareja e hijos/as.
- Las relaciones sexuales y sociales entre mujeres y hombres deben ser gobernadas por principios de equidad, mutuo respeto y responsabilidad.
- Los derechos reproductivos y sexuales fundamentales de la mujer, no deben subordinarse contra su voluntad a los intereses de la pareja, de los miembros de la familia, de grupos éticos, instituciones religiosas, proveedores de servicios de salud, investigadores de quienes elaboran políticas, etc.
- Las que se encuentren comprometidas en la salud y los derechos reproductivos de las mujeres, deben ser incluidas en los trabajos de elaboración de política, de programas, etc.

Habiendo señalado estas consideraciones previas, pero fundamentales, cabe preguntarse ¿cuáles son nuestras reflexiones personales en torno al aborto y cuáles las de una mujer frente a esa situación? Reflexionar sobre los valores y maneras de comportarse en situaciones similares son siempre las mismas y si se puede esperar que los valores y comportamientos se apliquen a todas las personas. Eso nos lleva a establecer una jerarquía de valores, donde tenderemos que decidir cuál tiene prioridad. Para tal efecto debemos considerar los juicios de valores que hagamos, teniendo en cuenta que éstos se basan en normas morales específicas derivadas de principios éticos generales.

Los principios éticos influyen las leyes, pero las leyes no determinan la moralidad o inmoralidad del acto. El proceso legal es diferente al proceso ético. Por ejemplo, el hecho que la esclavitud fuera legal en algunas regiones del mundo, nunca podría significar su eticidad.

Históricamente la ética es más antigua que la mayoría de las religiones occidentales. La práctica del aborto igualmente es tan antigua como la historia y ha sido condenada por la mayor parte de las religiones y códigos morales. La religión cristiana transformada en el catolicismo romano cumplió una función psicológica importante vertiendo en las sociedades su moral cristiana. Actualmente la Iglesia condena el aborto y los castiga con la excomunión. Sin embargo la moral cristiana que no la ética se ha estado derrumbándose frente a un progreso humano que se

lanzó a la interpretación y la reflexión. Las religiones entraron en crisis cuando el pensamiento y la acción humana dominaron el entorno natural. Ciencias que se derrumban frente a una ciencia capaz de crear nuevas formas de vida. Quienes sostienen, sin análisis, antiguos prejuicios, son los ministros de un culto histórico y anticientífico que anhelan que la humanidad permanezca estática y sumisa, paralizada en el pasado y sin esperanza en el futuro.

De acuerdo con el Dr. Jorge Villarreal, (1988) es válido tener principios éticos aparte de las creencias religiosas y el hecho de que se cuestione la enseñanza de una religión y se busque su racionalidad, no significa que se este atacando tales creencias y enseñanzas. Si bien es indispensable separar la ética de la religión, es también inevitable reconocer su influencia en la conducta humana, en las costumbres, en el carácter de los individuos y de la sociedad.

Los médicos están obligados, antes de cualquier otra consideración, a velar por la salud de sus pacientes y a poner sus interés por encima de los de ellos. Sin embargo al estar frente a una gestación no deseada que puede terminar en aborto se encuentran ante dos vidas: la de una mujer cuya salud se debe proteger y que por diferentes motivos enfrenta un embarazo no deseado, y del otro, que sin ser todavía una persona, llegaría a convertirse en un ser humano como su madre de no mediar problema alguno.

Están los profesionales de la salud ante un conflicto de valores. Como personas y en algo tan delicado como la vida humana, tienden a actuar instintivamente a escapar o evitar discutir del tema; otras veces, tratan de convencer a la paciente de continuar con su embarazo pese a todos los consejos bien intencionados y de las amonestaciones profesionales basadas en su conocimiento científico, pero ignorando la complejidad humana de las motivaciones que, desde su punto de vista, no le dejan otra alternativa que la interrupción del embarazo y recurrir a métodos empíricos con alto riesgo para la salud y su vida. Cabe plantearse las siguientes preguntas: ¿tiene la mujer derecho a decidir lo que es bueno o malo para ella cuando no desea un embarazo?, ¿a caso decidir por un aborto le niega la capacidad moral a la mujer?; ¿o debe ser el médico quien tome la decisión final?

Las mujeres son tan capaces como los hombres de tomar decisiones en el curso de su vida. Sin embargo hay quienes señalan lo contrario y señalan que debe ser alguien más el abogado, sacerdote, médico (en los casos en que amenaza la vida), quien decide lo que es bueno o malo para ella.

En lo referente al médico esta además frente a un conflicto de intereses de otra índole entre el papel tradicional del médico -el que toma las decisiones- y el papel moderno -el que ocasionalmente actúa sólo como implementador técnico de las determinaciones femeninas-, como es el caso de los métodos anticonceptivos o el aborto. ¿Los médicos son los que deben colocarse al lado de la tradición e imponer sus valores incuestionables? o ¿debe situar el razonamiento por encima de la tradición y de los principios supuestamente indiscutibles?

Por otra parte, el médico que ejecuta un aborto porque, obligándose a someter su conducta al más alto criterio de hacer lo que sea bueno para los demás ha penetrado dentro de su conciencia, ha sopesado muchos elementos que entran en juego y dando absoluta prioridad al beneficio e interés de la mujer con un embarazo indeseado que llega a él en busca de auxilio, decide poner al servicio de ella lo mejor de sus conocimientos, experiencias y habilidades. ¿Debemos condenar como antitético el comportamiento de innumerables médicos que realizan abortos en cientos de países donde es legal? ¿Qué debe hacer el médico cuando se plantea un conflicto entre sus creencias religiosas y sus obligaciones éticas profesionales? Aunque el caso del aborto no es el único que puede presentar tales problemas, es quizá el que los ejemplifica de manera más obvia. Lo que el médico no debe hacer es obligar a la paciente que solicita un aborto a continuar con el embarazo contra su voluntad, sobre todo mintiendo sobre los riesgos a corto y a largo plazo, como ocurrió en el caso de Paulina, la joven de 14 años que a mediados de 1999 fue víctima de esa agresión a sus derechos legales por un médico que la forzó a vivir una vida completamente distinta, sólo porque sus creencias religiosas (las del médico) rechazan el aborto.

De acuerdo con lo que señala el investigador Pérez Tamayo Ruy (2000), aunque los creyentes tienen perfecto derecho a vivir de acuerdo con sus convicciones, no tienen ningún derecho a imponérselas a los que no las comparten. En casos como el mencionado, el médico cumple con su religión (que se dice caritativa y misericordiosa) pero en cambio comete una falta monstruosa de ética médica si engaña o abandona a su paciente sin resolverle su padecimiento. Su obligación ética médica es enviar a la paciente con otro colega capacitado que no tenga sus limitaciones religiosas y esté dispuesto a ayudarla. Con esta actitud se respeta la pluralidad de cultos que garantiza la Constitución, el médico católico puede tener su conciencia tranquila, se ayuda a la paciente de acuerdo con sus propias convicciones religiosas, y se cumple con el código de ética médica.

La ética médica se ha retomado actualmente, no tanto como resultado del cuestionamiento del ejercicio diario de la práctica médica tradicional, sino más bien impuestas por el desarrollo

creciente de la tecnología médica que cada vez más está exigiendo difíciles decisiones acerca del uso de esta tecnología. Esta ética médica hoy se conoce como Bioética pero a qué se refiere y en qué línea se dirige a continuación se habla de ella.

¿Qué es la Bioética?

A partir de los años sesenta los médicos de sociedades desarrolladas, iniciaron junto con algunos juristas, una reflexión sobre la ética médica, debido a la complejidad de su quehacer cotidiano y al no estar de acuerdo con una legislación que consideraban atrasada con respecto a los avances científicos. De la ética médica se pasó hablar de ética biomédica y posteriormente, cuando se relacionó el debate de la medicina con otras áreas del conocimiento, la expresión biomédica empezó a cobrar fuerza.

Como al principio de ética del gremio médico es la parte de la filosofía que se ocupa de los valores morales. La moral no concierne al orden jurídico sino al fuero interno de cada persona, quien decidirá lo que está bien o mal, en sus circunstancias y según sus convicciones. El “bio” se refiere a la vida, la biología, la medicina; de manera que la Bioética se ocupa de los problemas éticos que plantean el desarrollo científico-tecnológico, el ejercicio de la medicina y la práctica de los derechos humanos que garantizan la autonomía sobre el propio cuerpo. El debate bioético es multidisciplinario. Esto es porque la reflexión sobre los temas planteados por la bioética tiene relación no sólo con la libertad de la ciencia sino, sobre todo, con un problema de conciencia, tanto del científico como del ciudadano. La bioética expresa el dilema moderno entre la libertad individual y la responsabilidad social. El debate bioético que suscita más polémica es la posibilidad humana de decidir sobre la interrupción de la vida: el aborto y la eutanasia. Tomar decisiones relativas a la vida y a la muerte resulta complejo, especialmente cuando existen perspectivas diferentes que en ocasiones se contraponen. Se pone en evidencia que en cuestión de moral no hay verdades únicas y que el problema va más allá de simplemente estar *a favor o en contra* porque los dilemas éticos involucran, en su origen y en su solución, a más de una persona (GIRE, 2009).

El derecho a la libertad de conciencia protege la facultad humana de obrar conforme a los valores. Creencias y pensamientos propios. El límite de este derecho, señalado por el artículo 18 del “Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos” de Naciones Unidas es no vulnerar el derecho o la libertad de otra persona. El derecho a la libertad de conciencia protege lo mismo a la mujer o la pareja que ha decidido interrumpir su embarazo que al prestador de servicios que lo realiza. El equilibrio entre la libertad personal y el deber del Estado de garantizar el ejercicio del derecho a la libertad de conciencia resulta en la protección de los derechos mujer y del prestador

de servicios, quien tiene la opción redondearse objeto de conciencia y abstenerse de practicar el aborto, refiriendo el caso a otro prestador (Lamas, 2001).

El desarrollo tecnológico y científico avanza mucho más rápido que las normas jurídicas. Por eso lo que hasta ayer se consideró inmutable, hoy día está sujeto a modificaciones cada vez más aceleradas. Todos los paradigmas estallan; y por lo mismo la bioética no podía ser la excepción y menos en un mundo donde la revolución biológica aparece como la mayor de las fuerzas conocidas. Vivimos en mundo nuevo para el cual no fueron diseñados los preceptos morales que nos rigen. Lo moral esta vinculado con las costumbres y la ética, asociada con la reflexión. Hoy en el siglo XXI no caben muchos de esos hábitos morales en torno a los fenómenos de orden cotidiano. Uno de estos hechos es el aborto.

Para comprender el problema del aborto, es necesaria una nueva concepción de lo humano y la sociedad que lo fabrica, pero para esto es importante conocer primero las concepciones que se tienen del aborto de las instituciones involucradas con este fenómeno como son la Iglesia , la Ley y la Médica para analizarlas, reflexionarlas y dar alternativas. Así como los valiosos datos que arrojaron los estudios realizados sobre las actitudes que los médicos mexicanos tienen frente al aborto, los cuales muestran la influencia de factores como el género, las restricciones en las leyes, los estigmas sobre la interrupción del embarazo, los principios religiosos, y la formación profesional y ética que reciben todo esto es importante saberlo porque lo que los médicos aprenden repercute en el trato que les dan a las mujeres que llegan a los hospitales públicos por complicaciones de aborto inducido o aquellas que quieren que se les interrumpa su embarazo. Asimismo promover la atención posaborto dentro de los hospitales. Además que podría facilitar las restricciones legales que hay sobre el aborto en nuestro país a través de su conocimiento objetivo.

A hora bien para las finalidades de esta investigación se quiso conocer la concepción de la palabra aborto en el gremio médico a través de la técnica de redes semánticas que en el siguiente capítulo se presenta el desarrollo del método que se empleó para este estudio.

CAPÍTULO 5

EL SIGNIFICADO DEL CONCEPTO ABORTO: MÉTODO

El significado no es la realidad, sino al revés: la realidad es el significado que se va construyendo a través de la comunicación, es decir el lenguaje. Las historias, los relatos, el lenguaje no verbal en donde se arma y donde radican los significados de lo que son las cosas, los conceptos, los valores, los sentimientos, las intenciones, la identidad, la ciencia, y en general la vida. Tales objetos no existen fuera del discurso, sino que siempre tiene que irse actualizando en él, adquiriendo ahí significado y por ende adquiriendo realidad.

Desde el nacimiento hasta la muerte, el humano está incorporando permanentemente a una circunstancia y él mismo es una circunstancia; esto es inevitable, el mundo entero (o la sociedad en la que vivimos) es una microindustria plena de significados múltiples y cambiantes. A través del lenguaje la especie humana lo usa para poder expresar ideas, pensamientos, emociones y deseos.

El significado psicológico es algo que se constituye en forma convencional, casi siempre por un consenso grupal o social, se tiene entonces que el significado psicológico está determinado en primer lugar por la experiencia adquirida por el sujeto a través de su historia personal, en las relaciones que establece con otros y por una serie de elementos que conforman su entorno cultural.

Como se puede ver cada grupo de personas, inmersas en distintos contextos culturales tiene formas muy particulares y específicas de percibir, de aprender de vivir, de pensar, de actuar y de significar. Con lo anterior podemos pensar que el gremio médico tendrá su forma específica de significar el tan polémico tema como es el aborto. Estudiando los significados del concepto y las palabras como medio de aproximación a los conocimientos y las actitudes de los médicos a través del método de Redes Semánticas Naturales, que posibilita un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos obtenidos. Se cuantifican los diferentes aspectos de las redes semánticas: la riqueza conceptual, el valor semántico de los conceptos, la densidad de la red, la distancia semántica a la que se encuentra cada uno de los diferentes conceptos que corresponde a la red, así como la descripción de la red de un concepto en base a los datos generados por un grupo de sujetos y el estudio de las diferencias de las redes semánticas entre grupos. En el cualitativo se basa en dos hechos fundamentales primero las definidoras generadas no sólo son palabras sino que son categorías sociales, que representan fenómenos, eventos o situaciones. Como lo indica Figueroa, González y Solís, (1981) no son simples asociaciones sino que realmente son categorías

conceptuales, ya que está demostrado que las definidoras dadas son el resultado de complejos fenómenos de manipulación de información en memoria, desencadenados en los sujetos cuando se les enfrenta a la situación de definir conceptos. El segundo hecho considerando que la lista de definidoras son las respuestas frecuentes que dan los sujetos, no son, en ningún caso conceptos incluidos por el investigador y esa repetición sistemática de las mismas definidoras nos indica las formas consistentes de categorización usando los mismos códigos. De tal manera que para obtener por medio de la Técnica de Redes Semánticas Naturales el significado psicológico otorgado al concepto aborto por una población conformada por 100 médicos con la especialidad de gineco-obstetras se llevo a cabo el proceso metodológico que se detalla en este capítulo.

Se inicia éste proceso con el planteamiento del problema por indicar claramente el objetivo y finalidad con que fue realizada esta investigación así como los medios empleados para lograrla.

5.1 Planteamiento del Problema

¿Cuál es el significado de la palabra aborto en una muestra de gineco-obstetras a través de la Técnica de Redes Semánticas Naturales?

5.2 Objetivo General

Conocer mediante la Técnica de Redes Semánticas Naturales el significado del concepto aborto, en una muestra de gineco-obstetras.

5.3 Objetivos Específicos

1. Recopilación de bibliografía básica sobre el tema aborto.
2. Recolección del significado con respecto a la Técnica de las Redes Semánticas Naturales.
3. Búsqueda de la percepción del aborto en el papel que juega el gineco-obstetra en nuestro país.

5.4 Definición Conceptual de Indicadores

Especialidad: es un grado de estudio más avanzado que la licenciatura en gineco-obstetricia.

Sexo: es el conjunto de características biológicas, anatómicas y fisiológicas que dividen a la especie humana en hombres y mujeres.

Edad: en que etapa de la vida se encuentra el sujeto.

Años de servicios: es el tiempo que se tiene ejerciendo alguna actividad en este caso como médicos ginecólogos (as).

Procedencia escolar: lugar de su formación como médicos gineco-obstetras apuntándolo como parte de la ficha de identificación.

Significado del concepto Aborto: con base a la Técnica de Redes Semánticas Naturales utilizada para este estudio, son las definidoras proporcionadas por los médicos a través del formulario de aplicación.

5.5 Sujetos

La muestra fue conformada por ginecólogas y ginecólogos en servicio que se encuentran laborando en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud y en el Hospital de Gineco-Obstetricia “Luis Castelazo” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El criterio de inclusión fue el de tener la especialización de gineco-obstetra.

5.6 Técnica de Muestreo

Se utilizó una técnica de muestreo que fue no probabilística intencional por cuota, (la cuota se basó en el número de sujetos requeridos para llevar a cabo la aplicación de la Técnica de Redes Semánticas Naturales). La manera de seleccionar la muestra estuvo determinada con base al requisito de inclusión que fue el de tener la especialidad de gineco-obstetras. La recolección de datos se llevó a cabo durante el 2002 al 2003 debido a que no fue fácil establecer el contacto con los gineco-obstetras.

5.7 Tipo de Estudio

El estudio fue exploratorio uno porque actualmente no se han encontrado estudios sobre aborto con gineco-obstetras en la Facultad de Psicología y dos se recopiló la bibliografía básica del tema. Se complementa con un estudio descriptivo ya que se busca analizar el significado de la palabra aborto en una muestra de médicos gineco-obstetras usando la “Técnica de Redes Semánticas Naturales”.

5.8 Diseño

La investigación fue cuasi-experimental con comparación Inter- intra grupo.

Esquema

Ginecólogas grupo 1

Ginecólogos grupo 2

5.9 Técnica

La Técnica de Redes Semánticas Naturales es ampliamente empleada en la investigación en Psicología ya que resulta un eficaz método en la búsqueda de significados psicológicos, sin embargo, esta no es su única utilidad, se han venido realizando investigaciones, utilizando esta técnica como primer paso, para la elaboración de instrumentos de medición en dicha disciplina (Reyes, 1993).

La técnica, fue propuesta por Figueroa, González y Solís en 1981. Diferentes investigadores a partir de los trabajos que han realizado con ella, la han complementado y perfeccionado. La finalidad de la técnica es la obtención del significado de los conceptos mediante instrucciones específicas de la tarea que deben realizar los sujetos: la definición de los conceptos y su jerarquización.

Cabe mencionar que por su objetivo, se trata de una técnica de ejecución típica; por su material, es de lápiz y papel; su aplicación puede ser individual o colectiva.

El procedimiento para las redes semánticas naturales es el siguiente:

1. Se le pide a los encuestados que definan con la mayor precisión posible el estímulo, mediante la utilización de un mínimo de 5 palabras las cuales pueden ser: verbos, adverbios, sustantivos, adjetivos, nombres, pronombres, etc., sin utilizar artículos, preposiciones ni ningún otro tipo de partícula gramatical, que consideren relacionadas con esta.

2. Una vez definido el estímulo, se le solicita que de manera individual, jerarquicen todas las palabras que dieron como definidoras, en función de la relación, importancia o cercanía que consideren que tiene cada una con el estímulo definido. El número 1 se le asignará a la palabra más cercana o más relacionada con el estímulo.

3. Una vez que se llevaron a cabo las aplicaciones se procede a la obtención de los cuatro principales valores o resultados, con los cuales se puede analizar la información que fue generada por los sujetos (Valdez, 1998). Estos valores son:

Valor J

El valor J resulta del total de palabras definidoras que fueron generadas por los sujetos para definir al estímulo en cuestión. Es un indicador de la riqueza semántica de la red. De tal manera, que a mayor cantidad de palabras definidoras obtenidas, mayor será la riqueza de la red y viceversa.

Valor M

El valor M se obtiene de la multiplicación que se hace de la frecuencia de aparición por la jerarquía obtenida para cada una de las palabras definidoras generadas por los sujetos. Es un indicador del peso semántico obtenido para cada una de las palabras definidoras obtenidas.

Conjunto SAM

El valor SAM consiste en agrupar a las quince palabras definidoras con mayor valor M total. El conjunto SAM es un indicador de cuales son las palabras definidoras que conforman el núcleo central de la red, ya que, representa el centro mismo del significado que tiene un concepto.

Valor FMG

El valor FMG es un indicador en términos de porcentajes, de la distancia semántica que hay entre las diferentes palabras definidoras que conforman el conjunto SAM. Para calcularlo se utilizan las 15 palabras que conforman dicho conjunto, considerando que la definidora con el mayor Valor M representa un FMG del 100%, a partir de esta se emplea una regla de tres para obtener los valores de las palabras consecuentes.

Valor JC

El valor JC es el resultado de la elaboración de agrupamientos por sinonimia de las definidoras aportadas por los sujetos.

Valor V

El valor V corresponde al número de verbos generados por la muestra.

5.10 Instrumento

Para el propósito de la investigación se empleo un formulario con una ficha de identificación en donde escribieron los siguientes datos: sexo, edad, años de experiencia y procedencia escolar. Debajo de esta ficha incluyó las instrucciones y en la parte central de la hoja estuvo la palabra estímulo Aborto, seguida de dos columnas, en la izquierda los sujetos escribieron las definidoras para la palabra estímulo y en la derecha la jerarquización (es el orden de importancia que asignaron los sujetos a cada una de sus definidoras), (ver Anexo 1).

5.11 Escenario

El escenario fue en los consultorios o cubículos que son parte de las instalaciones del Hospital de la Mujer, dependencia que pertenece a la Secretaría de Salud Pública (SSA) ubicada en prolongación Díaz Mirón 374, colonia Santo Tomas, delegación Miguel Hidalgo y de las instalaciones del Hospital de Gineco-Obstetricia “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ubicada en la avenida Río Magdalena 289, colonia Tizapan, San Ángel, delegación Álvaro Obregón.

5.12 Materiales

Rotafolio, para ejemplificar a los médicos el procedimiento de la técnica.

Formulario de aplicación, impreso en una hoja blanca (protocolo).

Pluma

Cronómetro

5.13 Procedimiento

La aplicación del protocolo se realizó en un periodo de un año del 2002-2003, debido a tres cuestiones la primera el trámite a seguir para que las autoridades de los hospitales nos permitieran llevar a cabo este estudio. Este consintió en realizar un oficio de petición y entregar el anteproyecto para su revisión ante el Comité Local de Investigación del Departamento de División de Educación e Investigación Médica de cada

hospital y determinarán si era aceptado o no, en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud la espera de la respuesta fue de un mes y en el Hospital de Gineco Obstetricia “Luis Castelazo Ayala” del Seguro Social fue de tres meses. Afortunadamente nuestro proyecto fue aceptado en los dos hospitales. La siguiente cuestión que nos llevo un año en las aplicaciones para nuestra investigación fue que en un inicio se intento aplicar el protocolo únicamente en el Hospital de la Mujer, sin embargo, no todos los (as) ginecólogos (as) quisieron cooperar solo lo hicieron 22 sujetos mujeres y 27 sujetos hombres que da un total de 49 aplicaciones en un periodo de 6 meses de febrero a agosto. Para completar la muestra acudimos al Hospital de Gineco Obstetricia “Luis Castelazo Ayala” logrado aplicar el formulario en un periodo de 7 meses julio a febrero de 2003 a 28 sujetos mujeres y 23 sujetos hombres así logrando las 100 aplicaciones que se requirieron como mínimo para el estudio. La tercera cuestión fue que todas las aplicaciones fueron de manera individual en los cubículos de los hospitales y en casi todos los casos teníamos que esperar a que los médicos se desocuparan para podernos atender o en su caso nos daban cita.

Antes de dar indicaciones para la aplicación del formulario, a cada médico se le informó que el objetivo de la aplicación era conocer la definición que tiene acerca del término aborto con la intención de incrementar la información que se tiene al respecto.

Posteriormente se les otorgó el protocolo (formulario) a fin de que:

1. Escribieran los datos de identificación (sexo, edad, años de experiencia y procedencia escolar).
2. Leyeran las instrucciones para poder llevar a cabo la tarea, es decir, se les solicito con claridad a los médicos que definan con la mayor precisión posible el concepto aborto mediante la utilización de un mínimo de cinco palabras sueltas, que pueden ser: verbos, adverbios, sustantivos, adjetivos, nombres, pronombres, sin utilizar artículos preposiciones ni ningún otro tipo de partícula gramatical que consideraran relacionadas con ésta.

3. Una vez concluida la tarea anterior se les pedía que jerarquizaran todas las palabras que dieron como definidoras, asignándole el número 1 a la palabra que creyera que es la más adecuada para definir el concepto, o bien que este mas relacionado con la palabra estímulo, un 2 a la que le siga en importancia y así sucesivamente hasta terminar.
4. La tarea se ejemplificó con el caso de la manzana que Valdez, (1998) recomienda se utilice para aclarar dudas que pudieran haber tenido y de alguna manera lograr que la ejecución estuviera correctamente.
5. También se les informó que el tiempo no debería ser de más de cinco minutos para la definición de cada palabra estímulo (primera tarea) y no más de dos minutos para la jerarquización de las palabras dadas como definidoras (segunda tarea). Tratando de evitar con ello, que después de transcurridos los cinco minutos los sujetos comenzaran a escribir palabras que no tengan ninguna relación con la palabra estímulo que estaba siendo definido. Pues era importante tratar de mantener la atención de los sujetos puesta en cada una de las dos tareas que realizaron los sujetos.

Partiendo del vaciado de datos se obtuvieron los siguientes valores de acuerdo con la técnica de Redes Semánticas Naturales propuesta por Figueroa:

Valor J: es un indicador de la riqueza semántica de la red. De tal manera, que a mayor cantidad de palabras definidoras obtenidas, mayor será la riqueza de la red y viceversa. El valor J se obtuvo a través de contar el total de palabras definidoras que fueron generadas por los sujetos, para cada uno de los conceptos (Anexo 2).

Valor M: es un indicador del peso semántico obtenido para cada una de las palabras definidoras proporcionadas. Se obtuvo el valor M utilizando la jerarquización que los sujetos hicieron a cada una de las definidoras con respecto al concepto aborto; luego fue realizada una conversión de las jerarquías asignadas por los sujetos, al valor semántico que les corresponde tomando como base el valor fijado a la jerarquía, es decir, la jerarquía 1 vale 10 puntos, la 2 vale 9 puntos, la 3 vale 8 puntos, la 4 vale 7 puntos, la 5 vale 6 puntos, la 6 vale 5 puntos, la 7 vale 4

puntos, la 8 vale 3 puntos, la 9 vale 2 puntos y la 10 vale 1 punto. De esta manera se pudo obtener las frecuencias generadas para el concepto presentado. Por consiguiente se calculó el valor M total para cada palabra mediante la sumatoria de la multiplicación de las frecuencias de aparición por el valor semántico (Anexo 3).

Valor JC: el cual consistió en agrupar las definidoras que dieron el total de sujetos, por sinonimia, por ejemplo, si en un grupo de definidoras se encontraba fracasar y fracaso, se dejó aquella que tuvo mayor peso semántico, así la primera hoja de conceptos fue modificada ya que se redujo el total de definidoras (Anexo 4).

Conjunto SAM: es el indicador del cual fueron las palabras definidoras que conforman el núcleo central de la red, ya que, es el centro mismo del significado que tiene un concepto. Una vez que se obtuvo el valor M para cada una de las definidoras, se procedió a formar el conjunto SAM, de la obtención total de cada sexo el cual contiene las 15 palabras con mayor peso semántico aportadas por los sujetos (Anexo 5, 6 y 7).

Valor FMG: es un indicador en términos de porcentajes, de la distancia semántica que hay entre las diferentes palabras definidoras que conforman el conjunto SAM y la palabra estímulo. A partir del Conjunto SAM y el Valor M se pudo obtener el valor FMG, donde el Valor M total más alto representó la total cercanía (100%) que tiene este concepto para con el estímulo que fue definido y así sucesivamente, lo cual nos permitió conocer el significado del concepto de aborto en hombres y mujeres (Anexo 8, 9 y 10).

Valor V: es el número de verbos generados por cada grupo. La importancia de este valor radica en la expresión de las acciones relacionadas con la palabra estímulo, que pueden ser consideradas como componentes de la misma. El valor V se obtuvo contando el número de verbos generados por cada grupo para el concepto presentado (Anexo 11).

Con esto, concluye el apartado correspondiente a la parte del método de la investigación, reflejando en forma general el trabajo realizado y la manera en la que se estructuró la presente investigación.

En el siguiente capítulo por medio de tablas, gráficas y diagramas se presentan los resultados mediante la Técnica de Redes Semánticas Naturales.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS DE LA BUSQUEDA DEL SIGNIFICADO ABORTO, EN MÉDICOS MEXICANOS

Este capítulo tiene como propósito presentar y describir los resultados obtenidos en esta investigación sobre el significado que una muestra conformada por hombres y mujeres gineco-obstetras le otorgan al concepto aborto por medio de la “Técnica de Redes Semánticas Naturales” empleada como una alternativa al evaluar el significado de un conjunto de conceptos recordados por la memoria a través de un proceso reconstructivo que permite a las personas tener una evaluación subjetiva de los eventos, actos y sujetos.

Para iniciar este apartado es conveniente describir las características principales de la muestra; para dar a conocer los principales valores de la técnica a fin de obtener el significado conceptual que es otorgado a la palabra estímulo.

Como ha sido descrito anteriormente las características de la muestra corresponden a 50 ginecólogas y 50 ginecólogos en servicio que se encontraron laborando en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud y en el Hospital de Gineco-Obstetricia “Luis Castelazo” del IMSS; con la especialización de gineco-obstetra. La población masculina tuvo una media de edad entre 30 a 39 años de edad, de igual manera la población femenina.

En lo referente a los años de servicio o experiencia laboral en el grupo masculina sólo hay 1 sujeto que tiene un año en la especialidad de gineco-obstetra, mientras la mayor antigüedad fue representada por un sujeto al tener 34 años de servicio, por lo tanto el promedio manejado de dicho grupo fue de 11.22 años, por su parte el grupo de las mujeres manejaron un promedio de 7.04 años de servicio señalando únicamente a 4 participantes con el mínimo necesario, es decir, 1 años de experiencia, observando que una mujer con 22 años de experiencia respectivamente posee la mayor antigüedad.

Una vez descrita la población por sexo, edad y experiencia se presentan los resultados cuantitativos de los valores J, JC, SAM, FMG y V siendo éstos los principales en la “Técnica de Redes Semánticas Naturales” para conocer el significado de un concepto.

Primero se obtuvo el total de definidoras dadas por la muestra que corresponde al **Valor J** que como sabemos es el total de las palabras definidoras diferentes dadas por cada sujeto para el

concepto estímulo aborto este fue de 219, de las cuales los hombres aportaron 116 y las mujeres 103 mostrando una diferencia de 13 definidoras por parte de los hombres como se observa en la tabla 6, (Anexo 2). Esta riqueza semántica se agrupó por sinonimia (**Valor JC**) con la intención de simplificar la cantidad total de las palabras obtenidas, dando como resultado que las definidoras de los hombres pasaran de 116 a 107, es decir se agruparon 9 palabras. Por su parte las mujeres agruparon 85 definidoras de un total de 103, por lo que su aportación consistió en 18 términos. Manteniéndose una diferencia de 22 palabras generadas por los hombres, estos datos se muestran a continuación en la tabla 6.

Tabla 6. Valor J Riqueza de la Red de la Muestra Estudiada

SEXO	VALOR J	DEFINIDORAS AGRUPADAS POR SINONIMIA	VALOR JC
Hombres	116	107	9
Mujeres	103	85	18
Total	219	192	27

Unos de los pilares más importantes en la “Técnica de Redes Semánticas Naturales” es el **Conjunto SAM**, el cual está construido por las 15 definidoras con mayor peso semántico, es decir, este indicador representa uno de los ejes centrales de esta investigación al mostrar lo que la población conformada por hombres y mujeres gineco-obstetras del DF definen o conceptualizan como aborto.

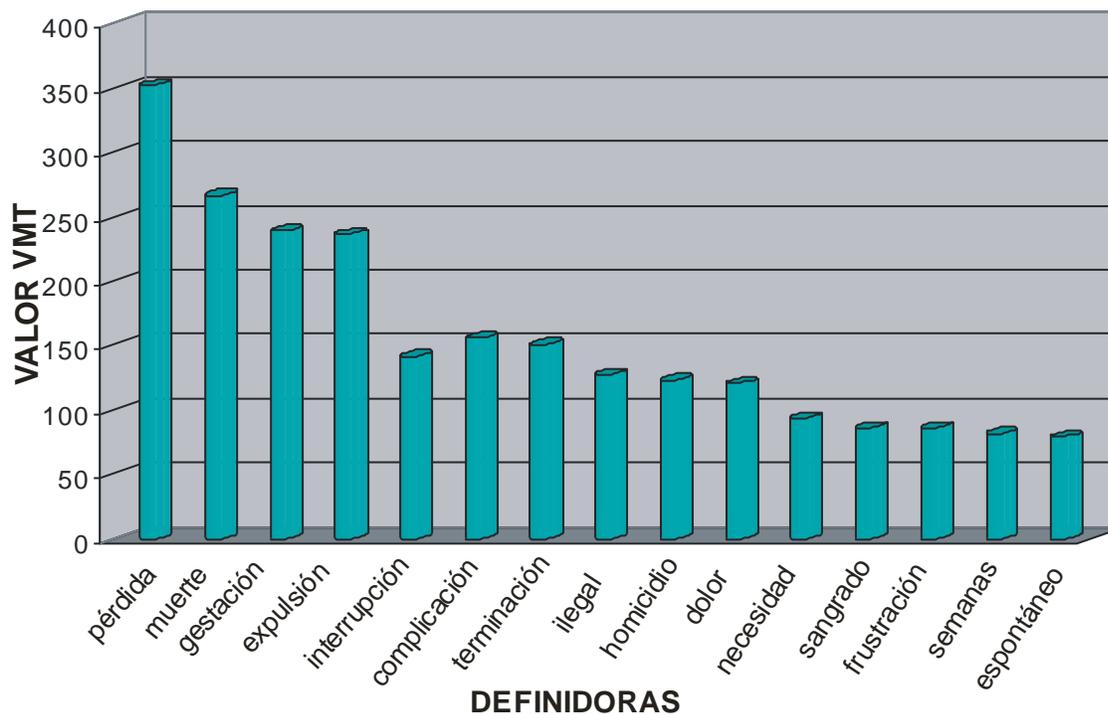
En la muestra masculina del Conjunto SAM que corresponde a las 15 definidoras más altas en cuanto a su **Valor M** (peso semántico) se observa que la definidora ‘pérdida’ obtuvo el peso semántico más elevado con un VMT de 352 siendo esta la palabra que para los hombres definen mejor al aborto; la segunda definidora es la ‘muerte’ con un VMT de 267 y la tercera definidora es ‘expulsión’ con un VMT de 236, la definidora que ocupó la posición número 15 fue ‘espontáneo’

con un VMT de 79. Con la finalidad de representar en forma gráfica dicho conjunto son expuestas la tabla 7 y la gráfica 1.

Tabla 7. Conjunto SAM Muestra Masculina

N°	CONJUNTO SAM	VALOR VMT
1	pérdida	352
2	muerte	267
3	gestación	239
4	expulsión	236
5	interrupción	192
6	complicación	156
7	terminación	151
8	ilegal	127
9	homicidio	123
10	dolor	121
11	necesidad	93
12	sangrado	86
13	frustración	85
14	semanas	81
15	espontáneo	79

Gráfico 1. Conjunto SAM Muestra Masculina

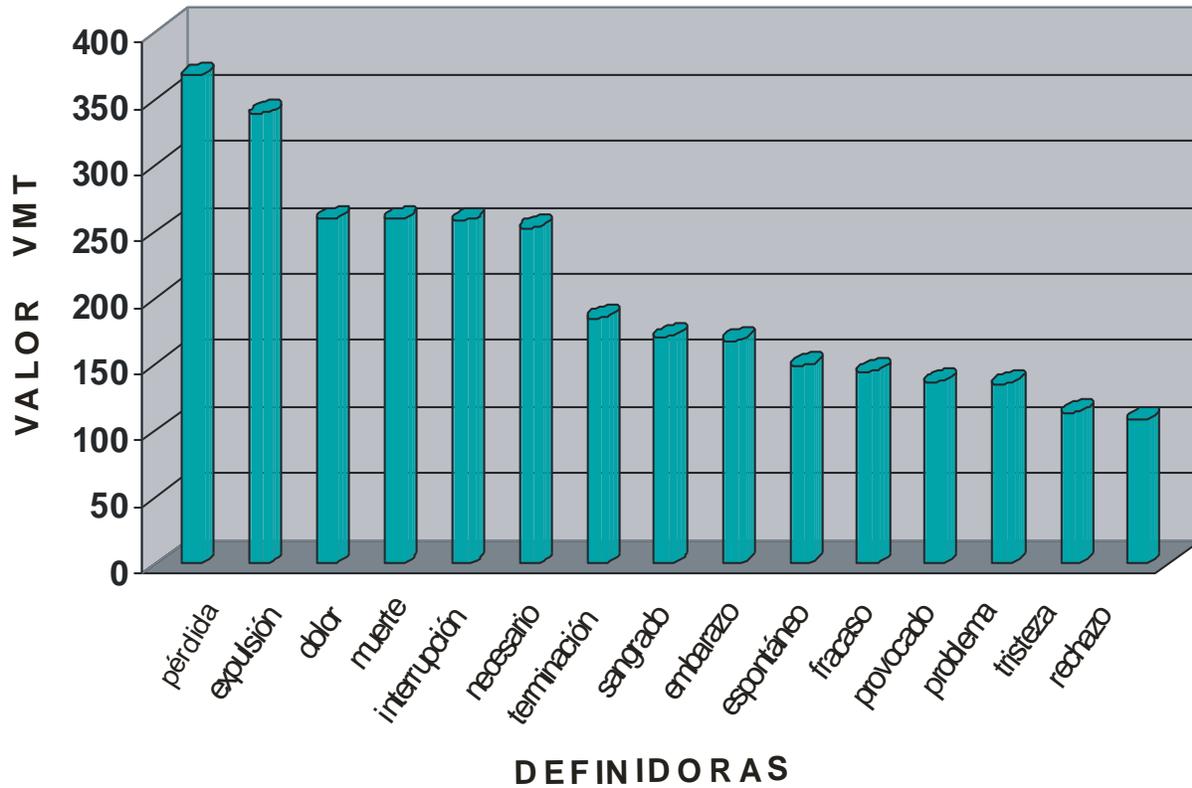


En la muestra femenina se pudo extraer el **Conjunto SAM** con las 15 definidoras cuyo peso semántico más alto es la palabra 'pérdida' cuyo valor del VMT de 367, asimismo esta definidora ocupa el primer lugar en el Conjunto SAM Masculina con un VMT de 352 con una diferencia de 15, la definidora que ocupa el segundo lugar es 'expulsión' con un valor VMT de 338, esta palabra en el conjunto masculino ocupa el tercer lugar. La definidora empleada en el tercer lugar en el conjunto femenino es 'dolor' con un VMT de 259 y la definidora que ocupa la posición número 15 es 'rechazo' con un VMT de 108, este conjunto es ilustrado por la tabla 8 y la gráfica 2

Tabla 8. Conjunto SAM Muestra Femenino

N°	CONJUNTO SAM	VALOR M
1	pérdida	367
2	expulsión	338
3	dolor	259
4	muerte	258
5	interrupción	257
6	necesario	252
7	terminación	185
8	sangrado	170
9	embarazo	167
10	espontáneo	148
11	fracaso	144
12	provocado	136
13	problema	135
14	tristeza	113
15	rechazo	108

Gráfica 2. Conjunto SAM Muestra Femenina



Si bien es cierto que la muestra masculina proporcionó 116 palabras definidoras del concepto aborto y las mujeres 103, es decir proporcionaron 13 palabras más que éstas últimas, el Conjunto SAM de las mujeres contemplan los VMT (peso semántico) más elevados en comparación con la muestra masculina siendo que el primer elemento que conforma dicho conjunto en las mujeres tiene un VMT de 367 y corresponde a la palabra 'pérdida', el segundo es 'expulsión' con un peso semántico de 338 y la tercera es dolor con 259 mientras que en los hombres la palabra 'pérdida' encabeza el listado con un VMT de 352, la segunda es 'muerte' con un peso semántico de 267 y la tercera definidora es 'expulsión' con un VMT de 236. Esta diferencia tan marcada en los VMT de las palabras que conforman el Conjunto SAM de cada muestra es el resultado de que los hombres tengan más definidoras sobre el mismo concepto, es decir, genera que la jerarquía proporcionada a cada palabra se disperse y por tanto su peso semántico sea menor. A pesar de que existe diferencias en la jerarquización de las definidoras dadas por ambos grupos en los conjuntos SAM para la palabra aborto, se aprecian las siguientes similitudes en las siguientes definidoras 'perdida', 'expulsión', 'muerte', 'interrupción', 'terminación', 'dolor', 'sangrado', 'espontáneo'; las definidoras 'gestación' y 'embarazo' son sinónimos la primera

la uso el grupo de varones y la segunda el grupo de mujeres, igualmente las definidoras frustración y fracaso. Como lo ilustra la tabla 9.

Tabla 9. Comparación por Sexo de Valores Totales de la Palabra Aborto

N°	DEFINIDORAS	VALOR VMT HOMBRES	DEFINIDORAS	VALOR VMT MUJERES
1	pérdida	352	pérdida	367
2	muerte	267	expulsión	338
3	gestación	239	dolor	259
4	expulsión	236	muerte	258
5	interrupción	192	interrupción	257
6	complicación	156	necesario	252
7	terminación	151	terminación	185
8	ilegal	127	sangrado	170
9	homicidio	123	embarazo	167
10	dolor	121	espontáneo	148
11	necesidad	93	fracaso	144
12	sangrado	86	provocado	136
13	frustración	85	problema	135
14	semanas	81	tristeza	113
15	espontáneo	79	rechazo	108

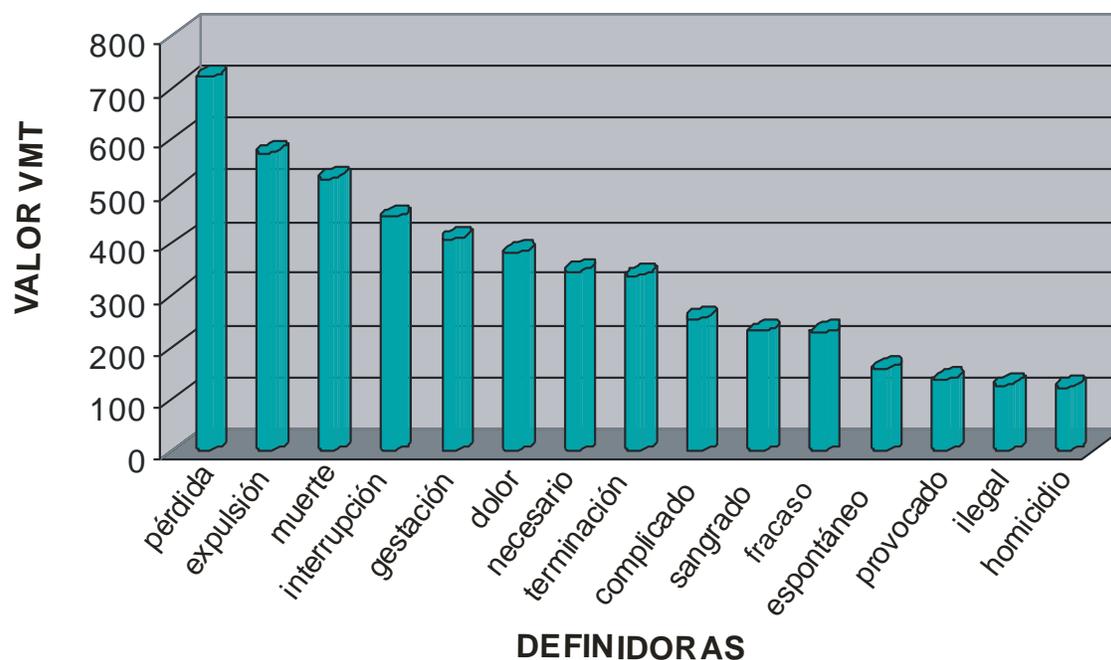
* Las palabras sombreadas son sinónimas.

En el Conjunto de la Población Total, se observa que las definidoras ilegal con un VMT 127, y homicidio con un VMT 123 corresponde exclusivamente al Conjunto SAM Masculino, mientras el término provocado con un peso semántico de 136, pertenece únicamente a la muestra femenina, por lo que las 12 palabras restantes de las 15 que lo conforman son las definidoras en que coincidieron hombres y mujeres, calculando su VMT al sumar el peso semántico que ambos otorgaron, datos que se representan en la tabla 10 y gráfica 3.

Tabla. 10 Conjunto SAM de la Muestra Total

N°	DEFINIDORAS	VALOR VMT HOMBRES	VALOR VMT MUJERES	VALOR VMT POBLACIÓN TOTAL
1	pérdida	352	367	719
2	expulsión	236	338	574
3	muerte	267	258	525
4	interrupción	192	257	449
5	gestación	239	167	406
6	dolor	121	259	380
7	necesario	93	252	345
8	terminación	151	185	336
9	complicación	156	---	156
10	sangrado	86	170	256
11	fracaso	85	144	229
12	espontáneo	79	148	227
13	provocado	---	136	136
14	ilegal	127	---	127
15	homicidio	123	---	123

Gráfica 3. Conjunto SAM Muestra Total



El Conjunto SAM de la muestra total permite conocer el concepto que hombres y mujeres gineco-obstetras otorgan a la palabra aborto, coincidiendo con la definición dada en el área médica, al emplear términos tales como ‘interrupción’, ‘expulsión’, ‘espontáneo’, ‘provocado’, ‘gestación’, ‘terminación’ y ‘sangrado’. Sin embargo se emplearon palabras como ‘pérdida’ y ‘muerte’ que se usan en las definiciones de aborto en el área legal y en la Iglesia católica. Las palabras ‘dolor’ y ‘fracaso’ pueden estar categorizadas en el ámbito emotivo sin embargo, la primera también la usan los médicos, los términos ‘complicación’ y ‘necesario’ generan ambigüedad ya que son empleados en el área médica pero también en un ámbito social.

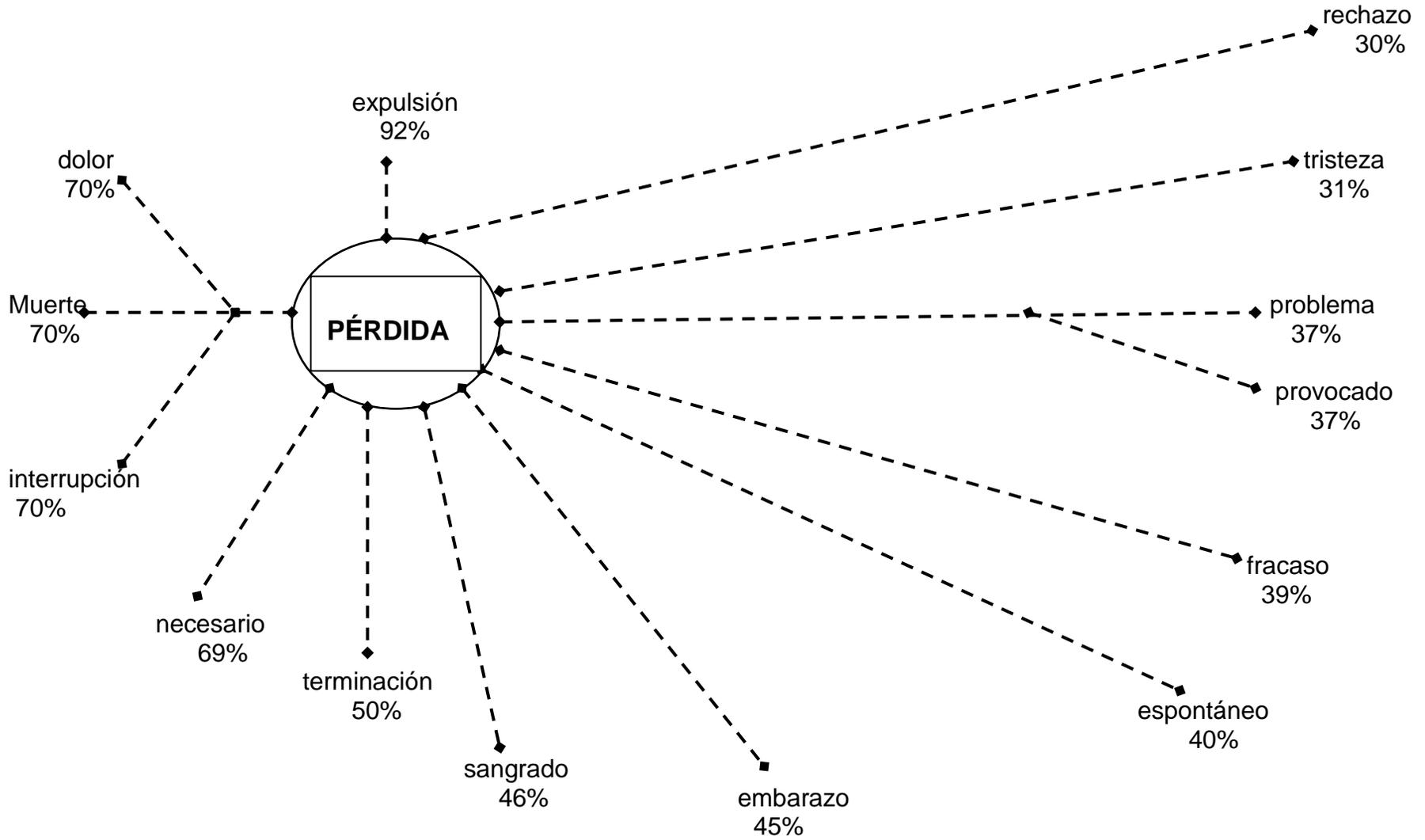
El siguiente valor obtenido por la técnica es el FMG, éste permite mostrar en términos de porcentaje la distancia semántica existente entre las 15 palabras definidoras que conforman el conjunto SAM, en relación al concepto aborto.

En la muestra femenina los valores FMG más altos corresponden a las definidoras: ‘pérdida’ (100%) y ‘expulsión’ (92%), mientras que los porcentajes más bajos, pero no menos importantes por encontrarse dentro de las 15 definidoras que conforman el Conjunto SAM, pertenece a los términos, ‘tristeza’ (31%) y ‘rechazo’ (30%). A continuación se ilustra dicho valor por medio de la tabla 10 y a través del diagrama 1 propuesto por Quillian para mostrar la distancia que tiene cada una de las definidoras con respecto al concepto estudiado (anexo 9).

Tabla 10. Valor FMG del Conjunto SAM de la Muestra Femenina

N°	CONJUNTO SAM	VALOR VMT	VALOR FMG %
1	pérdida	367	100%
2	expulsión	338	92%
3	dolor	259	70%
4	muerte	258	70%
5	interrupción	257	70%
6	necesario	252	69%
7	terminación	185	50%
8	sangrado	170	46%
9	embarazo	167	45%
10	espontáneo	148	40%
11	fracaso	144	39%
12	provocado	136	37%
13	problema	135	37%
14	tristeza	113	31%
15	rechazo	108	30%

Diagrama 1 de Quillian. Para el Concepto Aborto en la Muestra Femenina

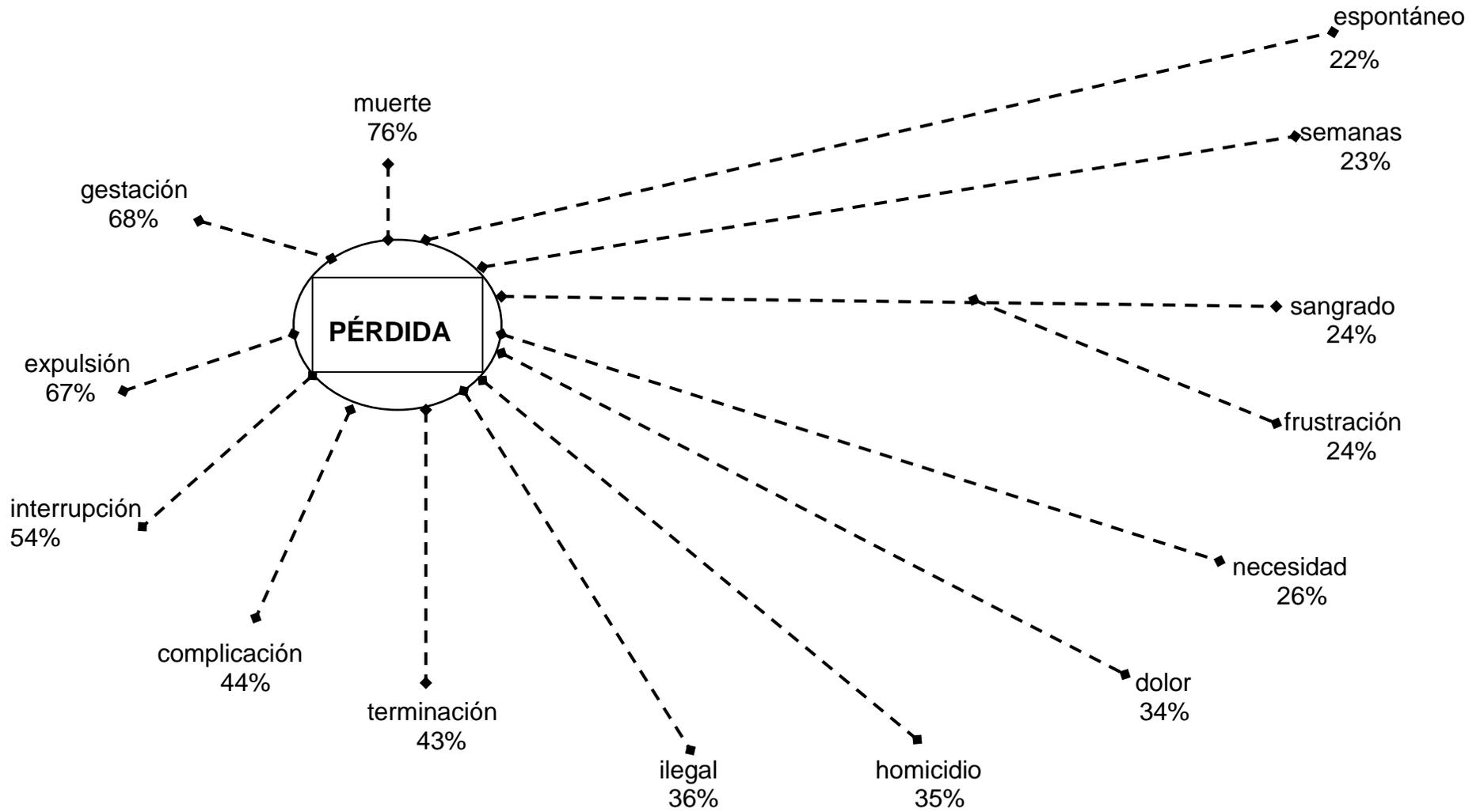


Por su parte los hombres refieren que los términos más cercanos al concepto aborto, ‘pérdida’ (100%) y ‘muerte’ (76%) obteniendo los principales valores FMG, los más distantes y bajos porcentajes corresponden a las definidoras ‘semanas’ (23%), espontáneo (22%), ilustrando en la tabla 11 y el diagrama 2 de Quilliam mostrando el valor VMT y su correspondencia valor FMG (anexo 8).

Tabla 11. Valor FMG del Conjunto SAM de la Muestra Masculina

N°	CONJUNTO SAM	VALOR VMT	VALOR FMG %
1	pérdida	352	100%
2	muerte	267	76%
3	gestación	239	67%
4	expulsión	236	68%
5	interrupción	192	54%
6	complicación	156	44%
7	terminación	151	43%
8	ilegal	127	36%
9	homicidio	123	35%
10	dolor	121	34%
11	necesidad	93	26%
12	sangrado	86	24%
13	frustración	85	24%
14	semanas	81	23%
15	espontáneo	79	22%

Diagrama 2 de Quillian. Para el Concepto Aborto en la Muestra Masculina

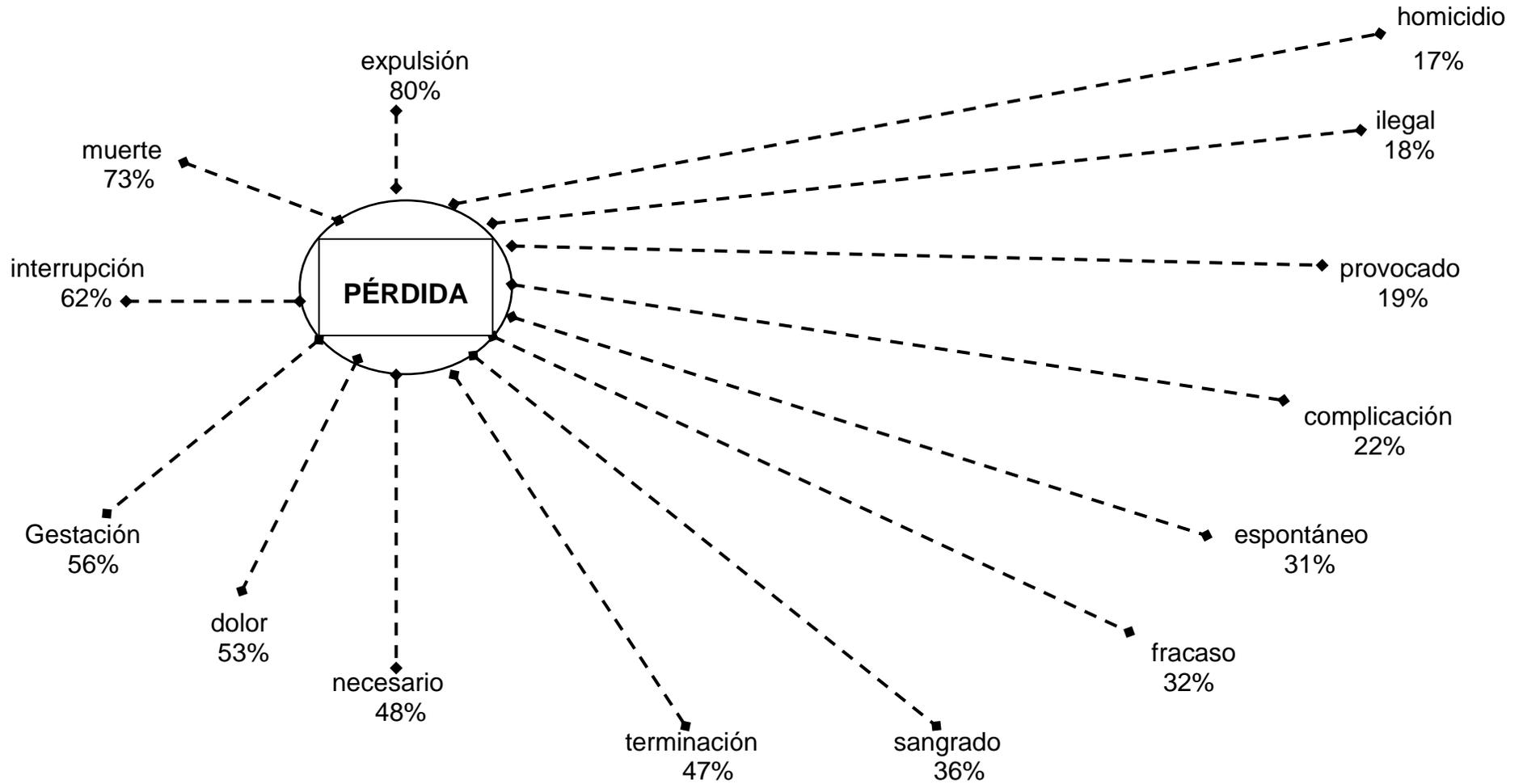


El valor FMG calculado a partir del Conjunto SAM de la población total, indica que tanto para hombres y mujeres el significado de la palabra aborto esta estrechamente relacionado con la ‘pérdida’, ‘expulsión’ y ‘muerte’ siendo éstos los términos más cercanos al concepto estudiado FMG de 100%, 80% y 73% respectivamente; mientras que con el término ‘homicidio’ es el más alejado de la palabra estímulo con un 17% reconociendo éste comportamiento como delito. La tabla 13 y el diagrama 3 de Quillian representan el valor VMG de la población total.

Tabla 13. Valor FMG del Conjunto SAM de la Muestra Total

N°	CONJUNTO SAM	VALOR VMT	VALOR FMG %
1.	pérdida	719	100%
2.	expulsión	574	80%
3.	muerte	525	73%
4.	interrupción	449	62%
5.	gestación	406	56%
6.	dolor	380	53%
7.	necesario	345	48%
8.	terminación	336	47%
9.	sangrado	256	36%
10.	fracaso	229	32%
11.	espontáneo	227	31%
12.	complicación	156	22%
13.	provocado	136	19%
14.	ilegal	127	18%
15.	homicidio	123	17%

Diagrama 3 de Quillian. Para el Concepto Aborto en la Muestra Total



La importancia de extraer la riqueza verbal (**Valor V**) de la muestra radica en enfatizar las acciones o comportamientos involucrados en la presencia del aborto.

Cabe mencionar que dentro de las 219 definidoras, 37 verbos pertenecen a la muestra masculina y 36 verbos a la muestra femenina que suman 73 verbos, se redujeron a un total de 54 verbos porque cuando se repetían los verbos en el grupo hombres como el de mujeres se contó por uno (ver anexo11). Sólo 20 verbos coincidieron tanto en el grupo femenino como masculino y de éstos, 7 verbos se aparecen en el núcleo central (conjunto SAM) para significar el concepto “aborto”. Se reflejan los resultados en la tabla 13, tabla 14 y la gráfica 4.

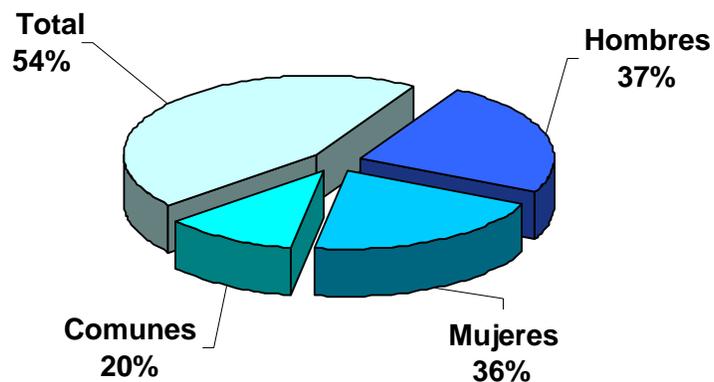
Tabla 13. Verbos Comunes

N°	DEFINIDORAS
1.	alterar/ alteración
2.	amenaza/ amenazante
3.	ausencia
4.	concepción
5.	decisión/ decisión
6.	evacuación/ evacuar
7.	expulsión / expulsar
8.	falla / fallido
9.	frustración
10.	finalizar/ finalizar
11.	gestación/ gestacional
12.	interrupción
13.	infección/ infectado/ infecciosas
14.	muerte / muerto
15.	pérdida
16.	provocado
17.	retenido/ retención/ retener
18.	suspensión
19.	terminación/ terminó/ terminar
20.	tratamiento

Tabla 14. Valor V Riqueza Verbal de la Muestra

TOTAL DE VERBOS HOMBRES	TOTAL DE VERBOS MUJERES	TOTAL DE VERBOS COMUNES	TOTAL DE VERBO
37	36	20	54

Grafica 4. Valor V



A lo largo de este capítulo han sido descritos los principales valores que como resultado fueron obtenidos por medio de la “Técnica de Redes Semánticas Naturales” en la búsqueda del significado psicológico que hombres y mujeres médicos con la especialidad en gineco-obstetricia otorgaron a la palabra aborto. Observando que la población estudiada posee un concepto influido sobre el término ya que algunos usaron definidoras que se encuentran por definiciones del área médica y por otro lado, hubo definidoras que se encuentran por el área legal y en la definición de la Iglesia Católica.

En el siguiente capítulo serán analizados e interpretados estos resultados con base a la perspectiva de género y a la definición que le dan a la palabra aborto en el área médica

CAPÍTULO 7

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

SOBRE EL SIGNIFICADO DEL CONCEPTO ABORTO

El propósito de este capítulo es analizar los resultados -mostrados en el apartado anterior- del concepto “aborto” en el gremio médico con base en la perspectiva de género y en la definición proporcionada por el área médica, extraído de un *corpus* seleccionado entre varones y mujeres médicos a través de la aplicación en ellos de la “Técnica de Redes Semánticas Naturales”, dando prioridad a los conjuntos SAM sin excluir a ninguno. Los léxicos-conceptuales obtenidos de los sujetos encuestados previamente fueron agrupados bajo el rigor valorativo semántico (ver capítulo 6), estos conjuntos serán a continuación analizados e interpretados.

Se hablará del lenguaje manejado por esta población siguiendo la propuesta teórica de Figueroa, González y Solís, (1981). Los léxicos utilizados por los médicos y que conceptualizaron o definieron “aborto” serán aquellos una vez agrupados que dominen cuantitativamente en el *corpus*. Los resultados ahora serán analizados desde la perspectiva de género incluyente, de esto último se refiere a que se valorara a partir de las dos bases sexuales (varón y hembra) y, luego, a partir de una visión unificada o integradora de ambos géneros, esto se valore como respuesta globalizada dentro de un sector social compuesto por dos géneros diferentes. Al aportar una visión particular mediante la definición de una comunidad, como uno de los objetivos generales se aportaran argumentos suficientes para la evolución natural del estudio “aborto” como asunto de importancia del debate del conocimiento científico de nuestra contemporaneidad, lo cual, se espera tener una ingerencia o impacto social desde la aportación de los campos de la Psicología.

Como inicio a las conclusiones se comenzara hablando de la parte léxica, cuyo uso de verbos (valor V) en los médicos al parecer no es significativa, porque al señalar la presencia de menos de la mitad del total encontradas (ver Anexo 11) no sólo lo demuestra, sino además porque los verbos escogidos entre varones y mujeres no coinciden ni la mitad, pues sus representaciones conceptualizadas en los significantes son diferentes entre ellos. Sin embargo no olvidemos que los distintivos marginales o diferencias, particularidades o excepciones bien pueden ser lo significativo; pero aquí la base es la “Teoría de Redes Semánticas Naturales”, la cual como ya se menciona se valora jerárquicamente y hace categorizaciones a partir de diferencias e igualdades entre los grupos muestra.

El lenguaje en cualquiera de sus formas construye el mundo social de las personas, esta construcción además cognoscitiva e individual, es una construcción social, por lo cuál se aprende el rol de género. El concepto “aborto” que poseen varones y hembras, tales como el del gremio médico de especialidad gineco-obstetra, está basado, en lo racional objetivo, por el construido y transmitido a partir de su rol de género y, por último, por el encausado social o el imaginario social. En conjunto los tres grados pueden estar involucrados al definir aborto por parte de cualquiera de los grupos médicos de obstetras. Los dos primeros grados son codificados en ámbitos de la inconciencia. Las estadísticas lo han señalado con la agrupación de los léxicos muestra.

Antes de verter ejemplos y datos, se analizara los conjuntos obtenidos en los que incluiré el valor FMG, el cual es encargado de calcular la distancia en porcentaje que tienen cada uno de los términos con respecto al estímulo presentado (palabra “aborto”).

Conjunto SAM de la Población Masculina

En este -conjunto muestra- la primera definidora es la palabra ‘pérdida’ con un FMG del 100%. La segunda, ‘muerte’, con un FMG del 76%. Ambos términos no son empleados en ninguna de las **definiciones de la Organización Mundial de la Salud** (CLAP-OPS/OMS, 1985 citado en Tolbert; Langer 1996). Por ejemplo la **general de aborto** dice lo siguiente: “la expulsión o extracción de un feto o embrión que pesa menos de 500 gramos -edad gestacional aproximada de 20-22 semanas completas o de 140-154 días completos- o de cualquier otro producto de gestación de cualquier peso y designificación específica -por ejemplo la mola hidatiforme- independiente de la edad gestacional tenga o no evidencia de vida y sea o el aborto espontáneo o inducido” pág. 290. La de **aborto espontáneo** dice así: “es la terminación del embarazo antes de las veinte semanas de gestación como resultado de anomalías de la concepción del útero”. Y, finalmente, la del **inducido**: “es el embarazo terminado deliberadamente con una intervención”. Tanto ‘muerte’ como ‘pérdida’, corroboro que no aparecen en alguna de las definiciones de la OMS.

Sin embargo la definidora ‘muerte’ sí se encuentra en dos definiciones de instituciones importantes, una del ámbito legislativo y la otra del ámbito mítico. El Código Penal Federal Mexicano, con vigencia 1931 -2009 y con excepción en algunos Estados, establece lo siguiente: “aborto es la *muerte* del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez” (Art. 329). A través del Comité Episcopal para la Defensa de la Vida establecido a partir de 1995, la Iglesia define lo siguiente para aborto: “es la *muerte* provocada del feto, realizada por cualquier método y en cualquier momento del embarazo desde el instante mismo de la concepción”.

Así pues, se tienen los primeros datos. La definidora 'pérdida' usada en todos los sujetos encuestados resulta que no aparece como concepto en ninguna de las definiciones de las instituciones reconocidas y consultadas para este trabajo. La definidora 'muerte' que es usada por tres cuartos de sujetos encuestados aparece en dos de cinco definiciones. Aquí se menciona un par de cosas más. ¿Cuál es el referente de todos los sujetos varones para usar la palabra pérdida en "aborto"? ¿Semánticamente por qué lo usan? La coincidencia al parecer no es gratuita. Hay una clara generalidad. Generalidad que no deviene de ningún referente institucional reconocido, no deviene de ninguna organización internacional como lo son la OMS o la Iglesia. Es curioso que tampoco devenga de su propio sistema legal, como miembros de una comunidad específica. Entonces ¿qué sucede? Es muy probable que sea más de un valor ordinario espontáneo popularizado y /o un fenómeno generacional, o bien lo que maneja Carl Gustav Jung, el inconciente colectivo, es decir, el lenguaje constituido por símbolos con los que se expresa un contenido de la psique que está más allá de la razón. Y haciendo que olvidemos fácilmente quienes somos; en este sentido la pregunta sería ¿el médico se le olvida quién es? para cuya comprobación tendría que elaborar otras encuestas, búsquedas y planteamientos. O quizá responde a una expresión apegada a la emoción que le produce a un determinado varón la palabra "aborto"; y de esto, también ¿por qué?

Ahora bien, habría que pensar con qué tipo de pérdida se está relacionando. Es claro que no es con la material, ni con lo sentimental, sino, yéndonos por el lado obvio –por el asunto- se trata de pérdida humana; entonces se abre otro debate, cómo o a qué se considera humano.

Según nuestra estadística la quinceava (22%) y la catorceava (23%) definidoras están en los rangos de menos uso. 'Espontáneo' y 'semana' son conceptos que también aparecen en las definiciones de la OMS que ya citamos (*supra*). 'Espontáneo' es claro que opone a causado. Como es algo que no tiene que ver con intervención de terceros (médicos, comadreas...) refiere al "aborto" natural. Con esto se considera que por parte de los médicos encuestados no fue constituida esta definidora como un alto rango de representatividad para conceptualizar "aborto", ya que en un aborto natural, nadie lo discute; pues está en función u obra de la naturaleza misma, no hay en quién caiga una responsabilidad o moral o físico material. Aunque hay que señalar que espontáneo o causada expulsión o extracción en cualquier edad gestacional para la OMS es "aborto".

La definidora 'semana' esta en dos vertientes; en la generalizada referida al tiempo, tiempo de embarazo o gestación; y en la particularizada a la sabiduría popular de tiempo de posibilidades

en poder abortar de manera provocada. Tiempo y posibilidades están basadas pensando en el avance de la gestación, y entre más avanzado esté el embarazo, entre más semanas ha transcurrido la gestación, es más riesgoso para la vida de la mujer el aborto causado, pero es menos posible el natural.

Lo siguiente es lo que se considera la parte media o grueso de definidoras que también conceptualizan “aborto” desde un grupo médico gineco-obstetra. Ésta es la más significativa, pues descartamos la moda y las debilitadas estadística y semánticamente.

Cobijada bajo el formato de “Teoría de Redes...”, se propone la siguiente interpretación:

Quedándonos así un grupo de 11 definidoras, en primera, éstas están agrupadas así bajo el sencillo método matemático de obtener la media. Se descartan los extremos. La media pasa a hacer el dato que ocupa el lugar central de nuestra información final. No obstante, esta media la divido en dos partes. Una estará compuesta por aquellas definidoras que como conceptos no aparecen en ninguna de las definiciones proporcionadas por instituciones conocidas. La otra será compuesta por aquellas definidoras que sí aparecen en todas o en alguna de las definiciones mencionadas.

Del primero, por el momento no hay mucho que decir, tan solo evocamos lo siguiente:

Para empezar, estos conceptos son cinco: ‘complicación’ (48%), ‘dolor’ (34%), ‘necesidad’ (26%), ‘sangrado’ (24%), ‘frustración’ (24%). Son más específicos en su acción, sin embargo en su accionar mismo no sólo pueden estar presentes o asociarse en situaciones o circunstancias de embarazo y aborto, sino además pueden estar presentes en otras muchas situaciones diferentes o distantes a los casos mencionados. Este grupo puede representar sintomatologías del “aborto” natural o causado; lo cual es probable que el médico los haya utilizado de manera asociativa para conceptualizar “aborto”. Pero es evidente que una cosa sintomática no del todo define un hecho total, como lo es el “aborto”; en todo caso nos advierte, y como tal, es un síntoma preventivo de la no probable completación de un embarazo. También estos conceptos aluden y mencionan aspectos humanos del ámbito emocional, sentimental y sensitivo. No dejan de ser importantes, pero es difícil por la carga subjetiva con la que cuentan de que nos aclaren una cuestión fisiológica en primer grado; psicológica, en segundo; emocional (en sus tres fases: antes, durante y después de un embarazo), como tercer grado.

Así como el posparto, en el postaborto en más de un caso aparece el dolor físico y emocional. Pero a diferencia de las de posparto las mujeres posaborto llegan a experimentar la

sensación de frustración. El uso análogo de estas definidoras existe con respecto al aborto, pero se alejan, por lo ya comentado, para definirlo conceptualmente de manera objetiva. Lo más relevante que este grupo de definidoras proporciona, es la ingerencia semántica con respecto a las emociones. Estamos hablando de que un grupo de varones, para definir “aborto”, usa significantes que tienen que ver con las emociones. De las quince definidoras un tercio es el que sugiere el concepto aborto desde ese rango emotivo-subjetivo.

El segundo grupo, el de los conceptos que si aparecen en las definiciones de las Instituciones, se caracteriza por subdividirlo en dos partes. El conjunto alfa-legal será el que se agrupe a los que se enrolan en lo jurídico. El beta-racional agrupara a los que pertenecen a lo científico, sea este subjetivo u objetivo (ciencias exactas o humanísticas). Las definidoras son las siguientes: alfa-legal (‘ilegal’, ‘homicidio’) y beta racional (‘expulsión’, ‘gestación’, ‘interrupción’, ‘terminación’).

De este grupo de definidoras lo que se revela al parecer es otro de los datos más importante de los resultados arrojados por la “Teoría de Redes...”, ésta ahora como conjunto SAM.

En primera se señala que este grupo de varones médicos gineco-obstetras tienen un referente directo de lo establecido en definición “aborto” por parte de las instituciones que legalmente rigen esta geografía política. El estado de derecho esta basado en un espíritu científico actualizado principalmente en el regimiento de las instituciones políticas estatales.

En segunda, se puede decir que este grupo es congruente consigo mismo. Pues de forma objetiva proporcionaron su conceptualización de "aborto" desde el área que ellos se desarrollan profesionalmente. Los términos vertidos pertenecen al argot médico respetan la visión científica. Estas seis definidoras que subgrupo en dos, también, agrupan otro tercio de los resultados en su totalidad.

Si se interpreta que las quince definidoras se pueden aún dividir en tres partes se puede comentar otra cosa más; que una de ellas, la conformada por las consideradas extremas las dos primera y las dos últimas, no nos informa nada al conformarse por significantes diferentes y alejados uno de otros en su significación con respecto a “aborto”, por el contrario como grupo es ambiguo, subjetivo e incongruente. El segundo tercio de las definidoras que agrupan conceptos que no están en las definiciones de instituciones conocidas es parcial, sólo abarca términos de

campos subjetivos emotivos. El último tercio, que como el segundo está integrado en la parte media de nuestros resultados totales, se centra en lo objetivo ilegal.

Con esto dicho se puede comentar que para definir “aborto”, este grupo de médicos varones no cuentan con una definición clara y unilateral a la de la OMS. Las que existen no son sus referentes directos para más de la mitad de ellos. Aunque también hay que señalar que en estos médicos sucede la traspolación subjetiva u olvido de investidura al proporcionar significantes que conceptualicen “aborto”. Sus referentes o vienen de asuntos míticos y creencias (religiosos, sabiduría popular...), o viene de los emotivos. Con esto tendríamos que entrar a un asunto incluso de ámbito ético y profesional. Y tendríamos que pensar y resolver por qué la mayoría de los médicos no usa las definiciones de la OMS u otra médica como sus referentes directos. ¿A caso no son convincentes para ellos mismos esas definiciones? ¿A caso estas son ambiguas? Otro asunto donde se mezclaría la ética por un lado, y, por otro, el análisis retórico semántico directo a las definiciones existentes.

De los grupos alfa-legal y beta racional se obtuvieron datos más ecuanímenes con respecto a su pertenencia del campo semántico. Por ejemplo las definidoras ‘ilegal’ y ‘homicidio’ son muy claras como términos especificadores pertenecientes a una nomenclatura penal. Ambos conceptos determinan delito. Para un subgrupo de varones médicos el aborto también constituye delinquir. El Código Penal establece que “aborto” es la muerte del producto de cualquier etapa gestal; en caso de ser practicado la penalidad recae tanto en el practicante como en la pareja paciente (ver Artículo 329 al 334 CPM).

Con respecto al embarazo, el Código Penal considera a los involucrados de ellos como responsables por igual; en aras de ser objetivo e imparcial, el mismo Código establece que en caso de provocarse el aborto, los responsables del embarazo son responsables junto con el practicante del aborto del delito de abortar (ver artículos, 330, 331, 332, 333, 334 en CPM). ¿Cuántas mujeres y hombres han sido juzgados y procesados por esos actos? ¿Existirá alguien que haya o esté o vaya a purgar la condena establecida en México por practicarlo? Irónico, en la información oral más inmediata, casi todos conocemos o sabemos del retiro de alguna cédula profesional a algún médico por parte de las autoridades, pero pocos o casi nadie informa de que alguien este purgando su condena por practicarse un “aborto”. Por supuesto tenemos otro trabajo para profundizar en el tema tratado. Se ha dicho que las leyes son iguales tanto para quién se lo práctica como para quien lo realiza, sin embargo en otro sentido las leyes son contradictorias ya que las mujeres en la república no gozan de los mismos derechos para obtener un aborto legal: dependiendo de donde residen, las leyes del aborto cambian. Esto va contra la Constitución

Política que da el derecho a la igualdad ante la ley. Así miramos la falta de homogeneizar las leyes del aborto para que todas mujeres de la república puedan gozar de la igualdad ante la ley.

Los médicos al tratar directamente con la vida humana están siempre en relación con los ámbitos jurídicos. Es difícil pensar que algún médico peque de ignorante con respecto a la legislación que maneja el apartado de aborto, por lo que los resultados de alfa legal nos vienen a decir dos cosas opuestas. ¿Por qué los médicos encuestados no tuvieron como referente dominante definidoras del área legal? ¿Lo legal esta tan bien establecido que acaso no es problema, y entonces su referente fue basado en asuntos inmediatos generados por polémicas externas? ¿Me hace pensar entonces que acaso que las definidoras 'ilegal' y 'homicidio' son símiles de la nota roja o del entretenimiento?

Hasta aquí se comento y analizo las quince definidoras obtenidas en el conjunto SAM de la población Masculina. Vista las conceptualizaciones hechas por varones, a continuación veremos las de las mujeres.

Conjunto SAM de la Población Femenina

Las definidoras 'pérdida' con un FMG del 100% y 'expulsión' con un FMG del 92% son las que jerarquizan el primer lugar de las conceptualizaciones de aborto de mujeres médico gineco-obstetras. 'Tristeza' con un FMG del 31% y 'rechazo' con un FMG del 30% representan el polo opuesto de las primeras. 'Pérdida', 'expulsión', 'tristeza' y 'rechazo', siguiendo el mismo orden, se tiene que cada una pertenece a los ámbitos sensitivo, objetivo, sentimental, sensitivo-social. Como primera observación se puede decir que en estos extremos la variante es la objetiva y la dominante es la sensorial-emotiva. Ahora bien, quitemos estas lateralidades y quedémonos con la parte media. Ésta estará dividida en tres subgrupos.

El primero es el objetivo-racional y se compone de siete definidoras: 'interrupción' con un FMG del 70%, 'terminación' con un FMG 70%, 'muerte' con un FMG del 70%, 'embarazo' con un FMG del 45%, 'espontáneo' con un FMG del 40%, 'provocado' con un FMG del 37%, 'sangrado' con un FMG del 36%. Estos conceptos son empleados en la nomenclatura científico y legal. El referente es concreto. Dentro de este campo léxico se considera en el mismo nivel a dos tipos de "aborto": al espontáneo o natural y al provocado o causado. Es necesario acotar que este subconjunto es el más representativo por ser el más grande cuantitativamente. Así nos demuestra que un grupo amplio de mujeres médicos emiten su conceptualización de aborto a partir de su campo de desarrollo profesional, son en todo caso el grupo congruente consigo mismo.

El segundo subgrupo está compuesto por dos definidoras y queda clasificado en la perspectiva de las subjetivas-emociones: 'dolor' con un FMG del 70% y 'fracaso' con un FMG del 39%.

Y el tercero, esta conformado por subjetivas-sociales: 'problema' con un FMG del 37% y 'necesario' con un FMG del 69%.

Es claro que en la mayoría de las mujeres en la práctica o realización o hechos de abortar les produce físicamente un dolor. Quizá con los anestésicos usados por médicos o por comadreas bloqueen el dolor físico. Si no hay una lesión durante el "aborto" en la paciente, en ésta el restablecimiento natural quitará cualquier dolor físico. Pero no olvidemos que existe el sentimental o emocional y el psicológico y éstos como dolor desde el punto de vista de la psicología no desaparecen si no se ha pasado por un proceso de asimilación y aceptación; lo cual, el tiempo usado para lograr esto, es aquello llamado "proceso de duelo". Los procesos de asimilación son relativos de acuerdo a cada contexto de cada paciente. El argumento tradicional menciona que el estándar es de un año. Sin embargo la mayoría de las investigaciones de psicoterapeutas actuales no establecen ningún tiempo fijo para la fase de duelo (citado por Nancy O'Connor, 2003). Como en todas las experiencias humanas sucede, quien experimenta "aborto", experimenta necesariamente una afectación emotiva. La emoción o sentimiento de dolor como experiencia según el grado es significativo, lo es más con respecto al valor que le otorga a algo por alguien basado según se quiera desde lo individual o lo social, espiritual o material; cual sea el caso o grado valorativo, aquí se abre una disyuntiva, pues las valoraciones e importancias son relativas y varían en casi todas y cada una de las personas. Cuando se mencionó disyuntiva, se pensaba en el momento de elaboración de la definición de aborto del Código Penal. Además de volver, se invita, a su revisión en México: pues esta ley se mantiene vigente desde 1931, tiempo que la sociedad y su política tenían diferente perspectiva, valoración y conocimiento de "aborto" en comparación al 2009. El problema de "aborto" en la actualidad está más en discusión por la cuestión de legalidad, que por las dudas que generan las definiciones de las organizaciones médicos-científicas; sin embargo, estas definiciones en aras del rigor científico en todos los casos vierten conceptos que en apariencia ayuda a la especificación del asunto, cosa que en un grado sí sucede, pero en otro se les revierte; porque esos conceptos –por ejemplo: "embrión", "feto", "mola-hidatiforme", "muerte", "preñez"- denotan otros significados fáciles de asociar con subjetividades de asuntos ordinarios o de asuntos propios de la ciencia, sólo que éstos han sido prejuiciados. Los ejemplos citados además generan una carga visual fuerte que hacen que, por decirlo en términos coloquiales, "roban cámara" a la sustancia del contenido y, por consecuencia, provoca prejuicios.

Hay casos como los que ha hecho Provida. Esta institución, como método de conscientización, recurre a la proyección directa de imágenes de fetos y embriones provocando en sus receptores reacciones verdaderamente del ámbito emocional, pero a nuestro juicio, emocional negativa: de miedo y horror en jovencitas en situación de posible práctica de aborto por caso de violación (ver Poniatowska, 2000). Ahora bien, si “abortar” genera emoción de dolor *de facto*, si además a esto sin contar la pura presión social del morbo, del señalamiento, del prejuicio, que en conjunto se valora negativamente, a la mujer que aborta se le suma la presión jurisprudencia. Ante esto se surgen un par de preguntas: ¿Qué sucede ante una sociedad guiada, no por la objetividad, sino por el pensamiento mítico y moral? ¿Es acaso un acto de pura ‘inmoralidad’? o como lo dice la ley mexicana: “aborto es la muerte...” ¿Abortar es delito? ¿Qué le sucede al practicante ético, como lo es el médico? ¿Cómo resuelve el dilema el médico? Pues en primera el médico es un ser humano y en segunda, tiene el compromiso hipocrático de responsabilidad y profesionalidad ante el trato y preservación de la vida humana; espenciando en alguna frase, la total negación de no dar “a ninguna mujer pesarios abortivos” (ver Juramento Hipocrático en wikipedia.org/wiki/www.lecturasparacompartir.com/vari0s/) y en tercera por lo menos en México tiene el fiel compromiso de no negar su servicio como profesional y como institución que esté de por medio la salud individual y pública de cualquier ciudadano; entonces qué emociones y qué poderes de investiduras encontradas experimenta el médico ¿Los familiares directos o la pareja en que postura están ¿La pareja de haberla cómo lo vive , cómo lo valora?

Las emociones como ‘dolor’ definen “aborto” de manera conceptual por algunas médicos mujeres, no es la definidora dominante femenino, pero de un sector lo conceptualiza así es un hecho. ¿Por qué? Porque, además de lo mencionado arriba, en el asunto “aborto” hay de por medio emociones, tanto en el paciente como en el practicante y en las personas inmediatas al paciente con lazos afectivos. Si existe esto, por qué las definiciones conocidas por instituciones médicas, así como por las leyes del Código Penal Mexicano, no las involucran de manera objetiva para obtener una definición más completa y diáfana en su interpretación.

¿A caso cualquier mujer con experiencia abortiva, como se sentiría ante tanta presión de toda índole? El significante ‘fracaso’ arrojado por las encuestadas es el otro definidor que agrupo en el subgrupo dos. De esta definidora no hay palabras para comentar algo, sólo se puedo decir que la sensación de fracaso en el asunto aborto también aparece.

Si del aborto se analizaran y se sugirieran conocimientos objetivos, el mismo, por considerarlo como ‘problema’ como lo hace la definidora que lo conceptualiza así, entonces por ser

problemas si tiene solución; pero por los datos en superficie parecidos aunque en intensidad y en entendimiento profundo tan diferentes por las instituciones y por los ciudadanos que representan la colectividad mexicana, no hay ni rápido, ni mucho, avance; por lo que también es 'necesario' como asunto social su atención y estudio serio por parte de las áreas más involucradas, tan necesario es atenderlo por la ciencia como necesario lo es para las dependencias mexicanas legislativas; tan necesario es como salud pública, como lo es para alguien que se lo desee practicar cual sea el motivo.

Conjunto SAM de la Muestra Total

Cimentado en el método matemático de obtener la media de un grupo, se obtuvo en el conjunto total SAM que el sector coincidente y dominante cuantitativo es el reconocido como objetivo-médico-legal. Son seis, y uno que no alcanza a definirse claramente y que oscila entre lo objetivo y lo subjetivo. A esta última la consideraré con medio término. Aclarado lo dicho, entonces tengo que las definidoras que conceptualizan "aborto" desde lo objetivo-racional son seis y media: 'muerte' con un FMG del 73%, 'interrupción' con un FMG 62%, 'gestación' con un FMG del 56%, 'terminación' con un FMG del 47%, 'espontáneo' con un FMG del 31% 'provocado' con un FMG del 19%, 'sangrado' con un FMG del 36%.

Los resultados basados en la media demuestran que más de la mitad de los médicos entrevistados conceptualizan "aborto" con base en nomenclaturas estrictamente científicas. Seis de los conceptos tienen carácter verbal; uno, sustancial. Aborto se relaciona con una *acción* determinada en un sujeto (femenino). Abortar pertenece a los verbos transitivos.

La relación del concepto *muerte* no sólo como sustantivo, sino como acción, es marcadamente estrecha en la cultura mexicana. *Muerte es fin*. La analogía es clara entre *aborto* y muerte; *fin*, en este caso aplicado al proceso de un embarazo; *fin*, al proceso de una gestación; *fin*, al proceso de lo opuesto de *muerte*. La cosmovisión cultural del mexicano moderno entorno a la muerte es absoluta (ver. Paz, 1993). 'Muerte' es la definidora que más porcentaje tiene dentro del grupo de los identificados objetivos la variante similar de 'muerte' es terminal ('terminación'). El proceso *fin* es el más acotado 'muerte' con un FMG del 73% y 'terminación' con un FMG del 47%. El cristianismo como filosofía es vitalista, por lo que se opone a una acción como el aborto. Por su parte la Iglesia católica lo censura no sólo basado en su ideología base, sino además fundamentada como entidad que se asume guía espiritual de sus feligreses y que tiene la obligación de exponer y oponerse a hechos ilegales e inmorales. Desde la investigación psicológica de género María del Carmen Elú menciona en su trabajo titulado "El aborto inducido en

su origen, proceso y atención *post factum*” que en 1993 de 48 médicos especialistas entrevistados en el hospital de la mujer de la SSA de la Ciudad de México “el 96% declaró ser católico” y, la misma autora, subraya que “la postura de los médicos frente al aborto son contradictorias y están marcadamente influidas por los valores de la religión católica” (Elú, 1993). Otro probable indicio de que probablemente se interpolan elementos ideológicos al conceptualizar “aborto” es el que dice Casanueva: “la aceptación del aborto fue mayor entre los médicos que señalaron no tener religión y entre aquellos mayores de 35 años” (Casanueva, y cols., 1997). Asimismo el psicólogo social Gonzalo dice al respecto de la formación de futuros médicos: “La formación universitaria del futuro médico le proporciona herramientas para su manejo clínico y quirúrgico, pero ésta generalmente no le ofrece elementos para situar al aborto en su dimensión de problema sanitario y para comprender sus repercusiones sociales y psicológicas. De Ahí que en las aulas universitarias se aluda al aborto inducido como <<aborto criminal>> que el tema se trate desde una perspectiva cargada de juicios morales y conceptos religiosos. Para la mayoría de los médicos, el aborto es una acto que atenta contra los postulados de la ética médica que ha aprendido (González, 1995).

La prioridad en un momento dado al conceptualizar aborto como ‘muerte’, sin duda tiene una capa semántica proveniente del argot popular; sin embargo, está a la par con el hecho contundente del deceso de la vida. En mi opinión, no descarto que la analogía aborto, ‘muerte’ tenga fundamentos ideológicos; pero desde el punto de vista médico ‘muerte’ esta ligada a un suceso que pasa en una acción de aborto, no es que no exista cercanía de ‘muerte’, no, es que sucede el deceso de una materia orgánica en la experimentación abortiva; asimismo la ‘muerte’ al ser importante desde cualquier ángulo de la vida social, por lógica, una cercanía o un hecho de ‘muerte’ será siempre polémico y, digno, de discusión a expensas de cualquier área científica o no; pero aquí el asunto es complicadísimo, ya que al intervenir sectores varios hace que difícilmente se logre resultados más imparciales que parciales en búsqueda de la salud pública y de la voluntad y salud individual, de un género bien definido, que además habría que contar en mucho su condición como ente ante sus circunstancias y convergencias históricas, sociales, políticas, ideológicas y económicas.

Las restantes cuatro definidoras aluden nuevamente aspectos subjetivos. ‘dolor’, ‘fracaso’, ‘sangrado’ y ‘necesario’, son conceptualizadores de aborto con relación a las emociones y sensaciones y a las necesidades individuales y sociales. Como resultados generales, existen la coincidencia de conceptos y jeraquización entre hombre y mujeres médicos gine-obstetras. Estos mismos coinciden en tener en cuenta síntomas y consecuencias con respecto a un aborto.

Desde el sentido semántico la definidora 'muerte' esta ligada con la definidora 'pérdida', lo cual también trae a colación emociones. Sin se toma atención a los resultados de cada una de las encuestas sin considerar el método matemático de la media, tenemos como resultado general en las dos encuestas y en la suma total como primera definidora que jerarquiza principalmente "aborto" a 'perdida'. Lo curioso del término 'perdida' es que no aparece en ninguna de las definiciones de las instituciones importantes. ¿Cuál es el referente o el origen de 'perdida' en cualquiera de los médicos encuestados? ¿Por qué lo utilizaron para conceptualizar el aborto?, ¿A caso es sinónimo de muerte?

Para el médico desde su postura también vitalista, es claro que aquí se pierde la vida. Al suceder esto y al obligar al médico a experimentar aborto cual sea el motivo del paciente, ¿no a caso lo contraponemos a su postulado primordial?, y ¿no a caso lo colocamos en una encrucijada ideológica y emotiva?

El asunto del aborto, además de los beneficios evolutivos que se buscan para la mujer que quiere interrumpir su embarazo, es una solución que la sociedad demanda a partir de grupos minoritarios; el hecho que suceda así, sea su atención desde la ciencia y lo legal, es un hecho de supuesta democracia. Pero en aras de esto, ¿Qué sucede en el ejercicio del médico, de su base ideológica, de sus postulados hipocráticos, de la esencia médica: salud y vida pública de calidad? La postura personal debe quedar fuera. Se puede obligar al médico que la deje fuera de cuando esté en el rol científico-médico, ¿pero que sucede con su postulado científico en pro de la vida quien lo tiene que discutir, quien lo tiene que valorar?

Por último, comento que esta aplicación y sus resultados no han planteado respuestas definitivas; han permitido un acercamiento más al tema del "aborto" e incluso una relativa actualización con respecto a una perspectiva. Es sensato reconocer que en la historia del "aborto" es en estos últimos veinte años cuando se han logrado más avances desde las diversas perspectivas. La mayoría del gremio médico especialista en ginecología y obstetricia, como último dato, conceptualiza "aborto" desde acotaciones científicas; pero más necesario señalar que como segundo dato de envergadura es la importancia del ámbito subjetivo, en sus modalidades emotivas, sensoriales, mentales, de cualquier involucrado en una situación de aborto. "Aborto" tiene relación con muerte, física de un organismo, el cual explícitamente genera en el médico sentimiento de pérdida, dolor y fracaso. No bien, no se presento un cuadro de rechazo, repelación o negación del gremio médico para encuestarlo, o pero aún de estos se haya presentado indiferencia. Desde la disposición para ser encuestados se obtuvieron beneficios positivos

hubieron excepciones en los dos centros de salud, “Hospital de la Mujer” (SSA) y Clínica 4 de Ginecología y Obstetricia “Luis Castelazo Ayala” (IMSS); en la primera, de una escala de uno a diez, punto cinco estuvo indispuerto; en la segunda con la misma escala, aumento a dos de diez. Entre los que no estuvieron prestos fueron en su mayoría médicos residentes varones. No quiero justificarlos ni enjuiciarlos, pero presentaron cuadros de desconfianza e indiferencia, así como un par de casos de arrogancia o desdño, pero también en algunos de ellos había cuadros de estrés y con un claro exceso de trabajo. Da tranquilidad saber que las mujeres médicos no hayan sido los casos negativos presentados, esto muestra un dato importante, ya que hasta el momento el asunto del aborto sigue recayendo toda la responsabilidad en las mujeres, cosa que no tiene que ser así, y sin embargo ellas tienen que estar todavía más atentas desde todos los campos sociales al asunto de aborto, porque desde una postura científico es necesario evolucionar en su tratamiento tanto médico, como legal y social; e incluso como oposición de las creencias e ignorancia.

Limitaciones y sugerencias

En este breve apartado, expongo una propuesta de definición de “aborto” a partir de los resultados sobresalientes y utilizados por el gremio médico científico.

Esta sugerencia busca la imparcialidad y objetividad de una definición no encontrada entre las existentes nacionales e internacionales de un asunto tan importante como lo es la salud pública. Que no abarcan en su conjunto humano lo físico y emoción. Asimismo, busca la ecuanimidad psicológica y semántica que los conceptos mismos proporcionan, tratando de alejar esta definición de interferencia o interpolaciones, maniqueas o pasionales, o de maniobras retóricas con carga moral o alienante con relación a lo irracional o mítico. Además esta definición no parte de una postura, se limita así misma. Visto así el asunto de “aborto”, también en el ámbito legal la responsabilidad no es uno o de la mujer nada más; la responsabilidad de “aborto” es de los involucrados del embarazo, es de la mujer que quiere interrumpir su embarazo, del médico que lo puede realizar, es de una sociedad responsable.

Sin más la propuesta es la siguiente:

Aborto es la interrupción del embarazo, mediante la expulsión o extracción, espontáneo o causada por el contexto que sea de la materia orgánica de quien esté experimentando embarazo y cuando éste esté entre los márgenes aproximados del primer día después del final de la implantación de blastocitos (unión del óvulo y esperma) en el útero. Hasta una semana antes de los seis meses cumplidos y siempre tiene consecuencias emocionales-psicológicas.

Sus consecuencias posibles:

1. Siempre tiene consecuencias emocionales-psicológicas, sus grados son de acuerdo al contexto en que cada paciente se desarrolla.
2. Las consecuencias emocionales pueden manifestarse en el preaborto, en el aborto y el posaborto a media y largo plazo.
3. Las consecuencias emocionales también pueden aparecer en terceros (practicantes y en personas que tienen lazos afectivos con el abortador).
4. Un aborto inducido y casi siempre mal practicado por agentes externos o responsables terceros pueden provocar lesiones de leves a graves en cualquier paciente.

La prevención: educación sexual fundamental desde las primeras fases de educación formal.

Propuestas:

1. No involucrar a profundidad perspectivas teóricas lingüísticas de la lexicología y semántica, restringió nuestras conclusiones interpretativas.
2. la lentitud de los tramites administrativos para lograr una respuesta afirmativa y rápida para la realización de las encuestas en tiempos breves, mermó las posibilidades de ampliar la población de encuestados.
3. El no obtener una amplia y diversa población de médicos encuestados delimitó las posibilidades óptimas de resultados, según la "Teoría de Redes Semánticas Naturales" lo estima al postular lo siguiente: a mayor número de muestra, mayor aproximación del conceptualizador"

El aborto es un problema relevante de salud pública en México, cuyos efectos adversos son propiciados por las condiciones de inseguridad en que generalmente se practica. Los médicos tienen un papel central para asegurar el acceso de las mujeres al aborto en las circunstancias en que es legal, así como la responsabilidad de garantizar una atención de alta calidad a quienes sufren complicaciones del aborto inseguro. Para una atención humanista, los médicos necesitan actuar con razonamiento, sensibilidad moral y responsabilidad social, sustentándose en el conocimiento científico. Necesitan también enfrentar con honestidad la ética de sus deberes profesionales y personales en este crítico problema.

REFERENCIAS

- Alva, M. (2000) Memorias del primer coloquio sobre posaborto, México, p 3.
- Álvarez, V. (2000) “Sin acuerdos en la cumbre mundial sobre la mujer”.
Revista digital: Notisex, (27)
- Amuchástegui H. A y Rivas Z. M. (2000) El impacto psicosocial del aborto inducido en mujeres mexicanas. México: GIRE.
- Asamblea Legislativa Del Distrito Federa, (2000) “Decreto por el que se reforma y adicionan diversas disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal y el Código de procedimientos penales para el Distrito Federal”. Gaceta Oficial del Distrito Federal, décima época (148) 24 de agosto.
- Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. Sistema de educación médica. México: AMFEM, sf. [Consultado 4 julio 2007]. Disponible en: www.amfem.edu.mx.
- Bankole, Akinrinola; Singh, Susheela; Haas, Taylor (1998) Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries International Family Planning Perspectives, pp.24, 3, 117-27, 152.
<http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2411798.html>.
- Beuchot, M. (2001) “Reflexiones filosóficas sobre el derecho a la vida, el aborto y el proceso inicial de la vida humana”, en Controversias sobre el aborto. (Comp.) Valdés M. México: UNAM. Instituto de investigaciones filosóficas / Fondo de cultura económica, pp. 101-111
- Billings DL, Moreno C, Ramos C, González de León D, Ramírez R, Villaseñor, (2002). “Constructing access to legal abortion services in Mexico City”. Reprod Health Matters;10(19):86-94.
- Castañeda S. y Martha, P., (2003) Introducción. La interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teóricas, filosóficas y políticas, México: Centro de Investigaciones interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la UNAM, pp. 15-29
- Casanueva E., Lisker R., Carnevale A., Alonso E, (1997) “Attitudes of Mexican physicians toward induced abortion”. International Journal of Gynecology and Obstetrics (56): 47-52.
- Castillo, O., Conde, E., (2000). Aborto y Legislación en Distrito Federal: ampliación de derechos para las mujeres y nuevos retos. Agenda afirmativa (Consortio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad), año 2 (13): 9-10.
- Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), (1999) El Cairo y la iglesia católica: un lenguaje común. EUA: Catholics for a free choice (CCF).
- Católicas por el Derecho a Decidir, (2001) “Carta de principios”. Revista Conciencia Latinoamericana, 13 (3) 1-1.
- Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), (2004) Encuesta de Opinión católica en México. Elaborada por Estadística Aplicada (julio 2003), México: CDD, Population Council México, Estadística Aplicada.

- CEM (Centro de Estudios de la Mujer), (1994) Dossier No.2: Derechos Reproductivos. Argentina: CEM
- Chodorow, N. (1984) El ejercicio de la maternidad. Barcelona: Gedisa.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2000a) Al año, se practican 4.5 millones de abortos en Latinoamérica y el Caribe. México: CIMAC.
<http://www.ciman.org.mx/noticias/00sep/00092704.html>.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2000b) Marta Lamas: las mujeres necesitamos que el aborto sea un servicio de salud. México: CIMAC.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2001a) Cada día ocurre en el mundo 55 mil abortos en malas condiciones. México: CIMAC.
<http://www.ciman.org.mx/noticias/01jun/1060408.html>.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2001b) Información Provida que impartirá cursos en escuelas en contra del aborto. México: CIMAC.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2001c) En países en desarrollo ocurren 95 por ciento de abortos ilegales. México: CIMAC.
<http://www.ciman.org.mx/noticias/01jul/701070803.html>.
- Código Penal para el Distrito federal Y Territorios Federales. (2003), México: Porrúa.
- Coeytaux, F., (2002) "Aborto médico". La Boletina, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, N° especial para el 28 de septiembre.
- Comité Episcopal para la Defensa de la Vida. (1995) El Aborto. España: Ediciones Palabras, p75.
- Comité Nacional Provida, A.C. (Provida) www.prodigyweb.net.mx/cprovida
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) 2000, Situación actual de la mujer en México México: CONAPO, p.60
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2001) México: Prisma.
- Cook R, Dickens BM, Fathalla MF. (2003) Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics, and law. New York: Oxford University Press
- Coria, (2004) El sexo oculto de dinero. Buenos Aires: Paidós
- CRLP (Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas), (1999) El aborto como problema de salud pública. http://www.crlp.org/esp/pub/fac_saludpub.html.
- Crónica 25 de julio 1998 p.11 (www.cronica.com.mx/nota.php?id_notas=298214)
- Crónica, 28 de Abril 2007 (www.cronica.com.mx/nota.php?id_notas=298214)
- Grossman, D., (2004) Presentación de medicamentos para la interrupción legal del embarazo temprano a médicos mexicanos.

De Barbieri, T., (2003) Circunstancias, incertidumbres, decisiones... La interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teóricas, filosóficas y políticas, México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la UNAM, pp.177-182

Diccionario Enciclopédico Larousse Ilustrado (2000) p.3

Dirección de Información en Salud 2009 Agenda Estadística (2008)

Doncel, S. J., (2001). "Un punto de vista católico liberal", en Controversias sobre el aborto. (Comp.) Valdez, M. México: UNAM. Instituto de Investigaciones Filosóficas / Fondo de Cultura Económica, pp.113-119

Ehrenfeld, N.; Cárdenas, R.; Cárdenas, R.; Morelos, J. B., (1999) Female adolescents at the crossroads: sexuality, contraception and abortion in Mexico. Abortion in the developing world. London England, Zed Books, pp. 368-86

Elú, Ma. Del C. (1992) El aborto visto por personal de salud. En: Elu, M.C., Leñero, L., 1992. *De carne y hueso*. Estudios sociales sobre género y reproducción. México: instituto Mexicano de estudios de Sociales, A.C., p.163-181

El Universal, 28 de julio de 1998, primera plana

El Universal, 20 de mayo 2007

El Universal 20 de febrero de 2008

Espinoza H., Norris A., y Díaz O., (2002) C. Carpeta Educativa: Medicamentos para la interrupción legal del embarazo temprano, aborto medicamentoso. México: Population Council.

Espinoza, H.; López C. L., (2003) "Aborto inseguro en América Latina y el Caribe: definición del problema y su prevención". Gaceta Médica De México, 139 (1) S9-S15
<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/em-gm.htm>

Exelsior 22 de julio de 1998 p, 24 A.

Faúndes, A., (2005) Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología. Bolivia: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, p.115
http://www.cedes.org/web_mort/recursos_informativos.asppublicaciones

Faúndes, Aníbal y Barzelatto, José (2005) El drama del aborto. En busca de un consenso Colombia: Tecnopres Ediciones, Tercer Mundo Editores, p. 249

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) e (Ipas). (2005) Uso de prostaglandinas para la interrupción legal y segura del embarazo en el primer trimestre.
<http://www.ipas.org/spanish/publications/abortion.asp>; http://www.ipas.org/publications/es/MI_SOUSE_S05_es.pdf

Lagarde, M., (2000) "Impedir el aborto, forma de restringir el poder de decisión de la mujer sobre la vida": Gaceta UNAM.

- García, S. G.; Lara, D.; Goldman, L., (2003) “Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: resultados de una encuesta nacional”. Gaceta Médica de México, 139(1) S91-S102
<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/em-gm.htm>
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), (2000) Situación legal del aborto en México. (2ª Ed.) . México: GIRE.
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), (2001) Trazos de una polémica. El aborto en 1998. México: GIRE.
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), (2002) Situación legal del aborto en el mundo. México: GIRE
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), (2003) Despenalización y acceso al aborto legal en el Distrito Federal. México: GIRE.
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), (2005) El derecho al aborto ¿que dicen las leyes en México y el derecho a la vida? México: Gire, 2º edición.
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), (2006) Por qué debe despenalizarse el aborto en México?. México: Gire, 27
<http://www.gire.org.mx/>; <http://www.gire.org.mx/contenido.php?Información=166>
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida) (2007). Leyes sobre el aborto en México. Hoja informativa. México: GIRE.
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida). Cronología de la despenalización del aborto en México. México: GIRE. [Consultado 7 de julio 2007]. Disponible en: www.gire.org.mx. Época 2007; 70, 26 de abril.
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida). “Leyes sobre el aborto en México”. Hoja informativa. México: GIRE, 2007.
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), 2008. Boletín de prensa. 6 de octubre
<http://www.gire.org.mx/contenido.php?Información=166>
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), 2009.
<http://www.gire.org.mx/contenido.php?>
- Gogna, Mónica L.; Romero, M.; Ramos, Silvina E; Petracci, Monica; Petracci, Mónica; Szulik, Dalia (2002) Abortion in a restrictive legal context: the views of obstetrician-gynaecologists in Buenos Aires. Argentina: Reproductive Health Matters, pp.10, 19, 128-137
<http://www.rhmjournal.org.uk>
- González de León-Aguirre D (1994) “Los médicos y el aborto”. Salud Pública de México, 37(3)248-55. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=0036-3634&lng=en&nrm=iso
- González, D. (1995) Ensayo. “Los médicos y el aborto”. Revista: Salud pública de México, 37(3): 248-255.

- González, D. y Salinas U. A. (1995) "Atención del aborto en México: una aproximación a las actitudes de los médicos". Resultado de una encuesta aplicada a estudiantes de medicina en la Universidad Autónoma de Metropolitana Unidad Xochimilco. México
- González de León D., Billings D., Ramírez S. R., (2008) "El aborto y la educación médica en México". Salud pública de México 50 (3): mayo-junio.
- González de León D, Billings D, Gasman N, Ramírez R., (2002) Incorporación de la salud sexual y reproductiva y del enfoque de la atención integral a la mujer con aborto en los programas de licenciatura en medicina. México: Ipas.
- González de León D., Billings D., Ramírez S. R., (2008) "El aborto y la educación médica en México". Salud pública de México 50 (3): mayo-junio.
- Gould, H.; Ellertson, Charlotte; Corona, G., (2002) Los conocimientos y actitudes sobre las diferencias entre la anticoncepción de emergencia y el aborto médico entre las mujeres y los hombres de clase media de edad reproductiva en Ciudad de México. Contraception, 66(6) 417-426
<http://www1.elsevier.com/cdweb/journals/00107824/viewer.htm?iss=6&vol=66&viewtype=issue>
- Guillaume A., (2004) Abortion. A review of literature from the 1990's to the present day. Paris: Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPED)
- Guillaume A. y Lerner, S., (2006) El aborto en América Latina y el Caribe una revisión de la literatura de los años 1990-2005. Paris: Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPED)
- Guereca T. y Eva R., (2003) La sociedad civil organizada, pro vida y católicas por el derecho a decidir: dos perspectivas acerca del aborto. Instituto de Investigaciones jurídicas, México: UNAM p. 358
<http://www.dgbiblio.unam.mx>; http://132.248.67.65:8991/F/-/?func=find-b-0&local_base=TES01
- Hierro, G., (2003) El aborto y la ética La interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teóricas, filosóficas y políticas, México: Centro de Investigaciones interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la UNAM, pp.61-66
- Htun, M. N., (2003) Sex and the State : abortion, divorce, and the family under Latin American dictatorships and democracies Cambridge (UK) - New York (USA), Cambridge University Press, p.219 <http://www.loc.gov/catdir/toc/cam031/2002031349.html>
- Hurst, J., (2002) La historia de las ideas sobre el aborto en la Iglesia (lo que no fue contado). México: Católicas por el Derecho a Decidir.
- INEGI-STPS, (2003) Encuesta Nacional México
- Instituto Guttmacher; Population Council y el Colegio de México, (2008) Las cifras surgen del estudio Estimaciones del Aborto Inducido en México: ¿Qué ha cambiado entre 1990 y 2006?
<http://www.guttmacher.org/pubs/ifpp/340408.pdf>

- IPPF (Federación Internacional de Planificación de la Familia), (1996) Después de El Cairo y Beijing. Impulso para avanzar. Londres: IPPF
- Juárez, F., (2005) Métodos indirectos para estimar la incidencia del aborto. II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe, El Colegio de México, México,
http://www.andar.org.mx/pruebas/micr_aborto/03_panel_metodos/Juarez.pdf
- Kulczycki, A., (2003). De eso no se habla: aceptando el aborto en México. Estudios demográficos y urbanos, 18, 2, 353-386
<http://www.colmex.mx/centros/ceddu/revista/rev53.htm>
- La jornada, 28 de julio de 1998, p.
- La Jornada, 22 de julio de 1998, p.42
- La Jornada, 30 de abril, 2007, p. 1.
- Lagarde, M. (1994) “Maternidad, feminismo y democracia”, en Repensar y politizar la maternidad. Un reto de fin de milenio. Talamante, C., Salinas, F. y Valenzuela, M. L. México: Grupo de Educación Popular con Mujeres.
- Lagarde, M. (2000) Claves feministas para la autoestima de las mujeres. Madrid: Horas y horas.
- Lagarde, M. (2003) “La condición humana de las mujeres”, en Interrupción voluntaria del embarazo. Reflexiones teóricas, filosóficas y políticas. (Coord.) P. Castañeda. México: CEIICH, UNAM. Plaza y Valdéz.
- Llovet, J. J; Ramos, S., E (2001) El estudio del aborto inducido en América Latina: un balance parcial y algunas propuestas a futuro. Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación, México: El Colegio de México, pp. 285-322
- Lamas, M., (2001) Política y reproducción: aborto, la frontera del derecho a decidir. Barcelona: Plaza & Janés, 1. ed, 203 p. 23
- Lamas, M., (2003) La lucha por modificar las leyes de aborto en México. La interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teóricas, filosóficas y políticas, México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la UNAM, pp. 83-105
- Lamas, M., (2003) “Aborto: entre el no de la religión y el sí de las mujeres”, en Salud reproductiva. Temas y debates. (Comp.) Bronfman M, Denman C. México: Instituto Nacional de Salud Pública
- Lamas, M., (2005) Nuevos horizontes de la interrupción legal del embarazo Desacatos, CIESAS, 17, 57-77 www.ciesas.edu.mx
- Langer, Ana y Tolbert, Katheryn. (1996) Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México. El aborto en México: un fenómeno escondido en proceso de descubrimiento. México: Edamex.
- Langer, Glass. (1994) “La mortalidad materna en México: la construcción del aborto inducido”, en Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate. Ortiz, O (ed.). México: EDAMEX y The Population Council.

- Langer G.; García B. C.; Heimbürger, A.; Campero, L.; Ortiz, O.; Díaz, C.; Barahona, V.; Ramírez, F.; Casas, B.; Winikoff. (1998) Si, se puede: como mejorar la calidad de la atención post-aborto en un hospital público. El caso de Oaxaca, México. Documentos de Trabajo, No. 11; USAID Contract No. CCP-95-00-00007-00, New York New York, Population Council; Latin America and the Caribbean Operations Research and Technical Assistance in Family Planning and Reproductive Health [INOPAL], 45
(<http://db.jhuccp.org/popinform/basic.html>) - PIP 153741
- Langer, G. (1998) "El aborto como problema de salud pública". Ponencia presentada en el Encuentro de Parlamentos de América Latina y el Caribe sobre Aborto Inducido. Santa fe de Bogotá, octubre 7 al 9 de 1998. Universidad Externado de Colombia.
- Langer G., A. (1999) El aborto como problema de salud pública .Opciones, pp. 3, 6, 8-13
(<http://db.jhuccp.org/popinform/basic.html>) - PIP 143868
- Langer, G., A. y Espinoza, H., (2002) Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Nuevos desafíos de la responsabilidad política., Buenos Aires: Cedes, FLACSO y Cels, pp.92-122
- Langer G., A., (2003) "Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México". Gaceta Médica Mexicana, 139, (1), S3-S7
<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/em-gm.htm>
- Lara D, García S, Strickler J, Martínez H, Villanueva L, (2003) "El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la Ciudad de México". Gaceta Medica Mexicana 2003; 139 (1):77-90.
- Lara, Diana; Goldman, Lisa; Firestone, Michelle (2004) Opiniones y respuestas. Resultados de una encuesta de opinión a médicos mexicanos sobre el aborto. Nueva York: Population Council, p.24
- Lerner, Susana; Salas Villagómez, Guadalupe (2003) Abortion legislation in Mexico in the face of a changing sociodemographic and political context. The socio-cultural and political aspects of abortion. Global perspectives, Wesport, PRAEGER, pp. 203-224
- Mateos, C. (1980) "Aspectos médicos y de salud", en El problema del aborto en México. L. Leal (coord). México: Purrúa.
- Material para el primer taller de revisión del manual de atención posaborto, (2003) Instituto I.R.M.A, A.C. México.
- McNaughton, H.; Blandón, M.; Altamirano, L., (2002) "Should Therapeutic Abortion Be Legal in Nicaragua: The Response of Nicaraguan Obstetrician-gynaecologists". Revista Reproductive Health Matters, 10(1), 111-119 <http://www.rhmjournal.org.uk>
- Mejía María C., (2003) "El aborto en la Iglesia católica: entre la infalibilidad y el probabilismo". Interrupción voluntaria del embarazo. Reflexiones teóricas, filosóficas y políticas. México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la UNAM, pp. 67-82

- Nájera, A.; López, M.; Evangelista, A; Zurita, U; Ortiz, I y Aparicia, B, B. (1998) "Maternidad, sexualidad y comportamiento reproductivo: apuntes sobre la identidad de las mujeres" en La condición de la mujer en el espacio de la salud. (Comp.) Figueroa, J.G. México: Colegio de México. pp. 275-305
- Notimex (2000) Representa 34% los abortos legales, del total practicado en querrero. México: Notimex.
- Nunes, R. Ma. J. (2005) "Pensando éticamente sobre concepción anticoncepción y aborto". Revista Conciencia Latinoamericana, 15 (11), julio 2005, págs. 50-53.
- O' Connor, N (2003) Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo. México: Trillas, pp. 23, 24, 39, 41, 42, 43, 45, 91, 151,158.
- Olukoya, A. A.; Kayaa, A, A.; Ferguson, B. J; AbouZahr, C. (2001) "Unsafe abortion in adolescents". International Journal of Gynecology & Obstetrics, 75(2)137-141
<http://www.sciencedirect.com/science/journal/00207292>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 1992 citado en IPAS 2002
- Ortiz L. A. (1992) Perspectivas del Estado Mexicano ante la problemática social del aborto. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, p.143
<http://www.dgbiblio.unam.mx>; http://132.248.67.65:8991/F/-/?func=find-b-0&local_base=TES01
- Ortner, S., y Whitehead, H. (2000) Indigaciones acerca de los significados sexuales. En el género la construcción cultural d la diferencia sexual. México: Porrúa / PUEG, pp. 21-22.
- Paz, O. (1993) Laberinto de la Soledad. México: Fondo de Cultura Económica, pp.51-71
- Pérez Tamayo R. (2000) Ética médica laica México: FCE, El Colegio Nacional, p. 335
- Pick de Weiss, S.; Givaudan, M.; Cohen, S.; Álvarez, M.; Collado, M. E (1999) Pharmacists and market herb vendors: abortifacient providers in Mexico City. Abortion in the developing world, London Englan:, Zed Books, pp.293-310.
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/Abstracts/abortion.html>
- Poniatowska, Elena. (2000) Las mil y una... (la herida de paulina). México: Plaza Janés.
- Population Council (2000) "¿Qué piensa y opina las y los mexicanos sobre el aborto?" Resultados de una encuesta nacional de opinión pública. México: Population Council, Grupo IDM.
- Population Council (México), (2003) Resultados de un grupo residentes en el centro de estudios conferencias de Bellagio en 2003
- Population Council (México), (2004) Opiniones y respuestas. Resultados de una encuesta de opinión a médicos mexicanos sobre el aborto, realizada en 2002.
- Quiroz, G, Billings, D., Gasman, N. (2003). "Aspiración manual endouterino (AMEU): Tecnología adecuada para la atención de calidad a mujeres en situación de aborto". Gaceta Médica de México. 139 (1): 565-573.

- Quiroz, M. G.; Billings, D.; Gasman, Z. N., (2003) "Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Tecnología adecuada para la atención de calidad a mujeres en situación de aborto". Gaceta Médica Mexicana, 139 (1), S65-S72
<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/em-gm.htm>
- Rabagó, R. M. (1994) "Urge un debate sin prejuicios y miedos", en Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate. (Comp.) Ortiz, O. México: EDAMEX, The Population Council, Inc.
- Reforma*, 9 de marzo de 1998, p.
- Reforma*, 23 de julio de 1998 p.10
- Rayas, Lucía; Catotti, Diane (2004) Cumplimiento de los compromisos adquiridos a partir de la CIPD en torno a los servicios de aborto en América Latina: la agenda inconclusa. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas., 46
- Rayas, Lucía; Cortés, Ana; Catotti, Diane (2004) Cumplimiento de los compromisos adquiridos a partir de la CIPD en torno a los servicios de aborto en América Latina: la agenda inconclusa. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.
- [Reproductive Health Matters\(RHM\)](http://www.rhmjournal.org.uk), (2002) Lessons in post-abortion care from Mexico. (Round Up: Service Delivery). Reproductive Health Matters, pp.10, 19, 202.
<http://www.rhmjournal.org.uk>
- Rivas, Z. (1998) "Valores, creencias y significaciones de la sexualidad femenina. Una reflexión indispensable para la comprensión de las prácticas sexuales", en Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. (Comp.) SAS, I. y Lerner, S. México: The Population Council.
- Robles, R. (2000). Discurso pronunciado por Rosario Robles, jefa de Gobierno del Distrito Federal, con motivo de la iniciativa de reforma del Código Penal en el Palacio del Antiguo Ayuntamiento. México: La autora.
- Salazar U., P. (2008) Estado laico y derechos sexuales y reproductivos. México: GIRE
- Sánchez, (2003) Mujeres, maternidad y cambio: prácticas reproductivas y experiencias maternas en la Ciudad de México. México: UNAM-PUEG
- Sandoval, N. (2000) "Embarazo por violación". Revista Época
- Sau, V. (1999) "El vacío de la maternidad", en Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres. (Comp.) González de Chávez M. Madrid: Siglo XXI
- [Schiavon](http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/em-gm.htm), R. E., (2003) "Aborto médico: Alternativas terapéuticas actuales". Gaceta Médica de México, 139 (1): 55-63
<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/em-gm.htm>
- Schiavone R., Troncoso E., Bilings D., Polo G., (2007) Abortion related morbidity in public sector hospitals in Mexico, 2000-2005. Seminar on Measurement of Abortion Incidence, Abortion-related Morbidity and Mortality. France: International Union for the Scientific Study in Population

- Shimada, M. (2003) "Maternidad: una ilusión compartida". En Convergencia en el campo de la subjetividad. (Comp.) Jaidar, I. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM).
- Secretariado para el Comité Organizador de las Conferencias. (1994) Salud Reproductiva y Justicia. Conferencia Internacional de Salud de la Mujer para el Cairo 94. Brasil: IWHC y CEPIA
- Sgambatti, S., (1992) El aborto. Venezuela: Biblioteca Universidad Central, pp.13, 29-48.
- Sociedad Mexicana de Salud Pública (2000) El aborto como problema de salud pública. México: Boletín de las Sociedad Mexicana de Salud Pública.
- Taracena, C. R., (1994) El análisis del discurso sobre el aborto en la prensa mexicana: El caso Paulina. México: CIESAS.
- Tarrés, B., (1993) "El movimiento de mujeres y el sistema político mexicano: análisis de la lucha por la liberalización del aborto, 1976-1990". Estudios sociológicos, 11(32): 365-397
<http://biblio.colmex.mx/ces/revistaCES/base.htm>
- The Alan Guttmacher Institute, (1994) El aborto clandestino una realidad latinoamericana.
- Tolbert, K., Ehrenfiel, N. y Lamas, M. (1997) "El aborto en México: un fenómeno escondido en proceso de descubrimiento", en: Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México. (Comp.) Langer, A. y Tolbert, K. The Alan Guttmacher Institute. (1994); México: The Population Council y EDAMEX.
- Valdez, M. (2000). Controversias sobre el aborto. México: UNAM. Instituto de Investigaciones Filosóficas / Fondo de Cultura Económica, pp. 7-21.
- Valdez, M. JL., (1998); Las redes semánticas naturales, uso y aplicaciones en la Psicología social. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Velásquez, S. (2002) "Hacia una maternidad participativa. Reflexiones acerca de la prevención y promoción de la salud mental de las mujeres", en Estudios sobre subjetividad femenina. Mujeres y salud mental (Comp.) Burin, M. Buenos Aires: Librería de mujeres.
- Uribe R, Billings DL, eds. Violencia sobre la salud de las mujeres, ¿por qué hoy? Memoria de la Reunión Internacional de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. México: FEMEGO / Ipas México, 2003.
- Villarreal, J. (1988) Embarazo indeseado, aborto y ética profesional. Opiniones de un médico comprometido. Río de Janeiro.
- Wikipedia .org/wiki/Juramento_Hipocrático.
- Willke (2000) A las mujeres les duele ... pero ud. Puede ayudar. Ohio. Editorial Hayes, Folleto. p. 30.
- World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Geneva: WHO, 2004.

Consultas Internet

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

www.lecturasparacompartir.com/varijs/juramentohipocratico.

www.asmas.com/.../mexico/615302.html

ANEXO 3 VALOR VMT

Peso Semántico (VMT) Muestra Masculina

JERARQUIAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
VALORES SEMANTICOS	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
DEFINIDORAS																VMT
Perdida	11	7	4	2												339
Ausencia			1													13
Muerte	7	6	1	1		3										244
Muerto		1					1									23
Expulsión	5	4	2	1		1										12
Expulsar						1										179
Evacuación	1															10
Evacuar				1	1		1									15
Gestación	1	3	3		2											32
Embarazo	4	1	1	1												118
Concepción		1						1								99
Interrupción	3	3	1	2												22
Suspensión	2		1		1											124
Detención		1														54
Complicación	1	1	2			2										14
Complicado			1													75
Complejo						1										13
Problema			1	2												10
Delicado						2										25
Conflicto			1													20
Terminación	1	1	4		2		1		1							13
Terminar					1											119
Finalización					1	1										11
																21

		2	1	1	1	2		2										100
Prohibido		1	1															27
Homicidio	2	1																44
Criminal			2	1														38
Crimen						2												20
Asesinato				1				1										21
Dolor		1	2	5	1	1												121
Necesario	1	1																27
Necesidad		1		2														38
Inevitable	1																	15
Urgencia					1													11
Sangrado	1		1	2	2						2							86
Falla		1		1														26
Frustración					2	1												32
Fallido				1														12
Desilusión	1																	15
Semanas					3													33
Trimestre		1				1												24
Primer					1													11
Temprana			1															13
Espontáneo			1	2	1	1												58
Natural					1													11
Habitual						1												10
Inmoral				1	1	1												33
Deshonestidad			1															13
Malo					1													11
Error					1													11
Pecado						1												10
Solución	2																	30
Salida			1	1	1													36
Recurso					1													11
Patología	2	1																44
Enfermedad			1					2										33
Deseo					2													22
Decisión			1															13
Elección		1																14
Alternativa				1														12
Opción				1														12

Provocado				1	2		1									43
Inducido			2													26
Ignorancia				1	1											33
Desconocimiento			1	1												25
Incultura					1											11
Tristeza				1	2		2									52
Depresión		1														14
Malformación		1		2												38
Anormal			1													13
Malformado				1												12
Séptico					2		1									31
Infección					2	1										21
Infectado						1										10
Bueno		1														14
Recomendable				1												12
Acuerdo				1												12
Aceptado							1									10
justificación								1								9
Desgracia	1	1			1											40
Tragedia			1													13
Inquieta		1														14
Alteración			1													13
Angustia				1												12
Estrés					1											11
Riesgo		1			1											25
Riesgoso					1											11
Amenaza			1													13
Irresponsabilidad			1		1											24
Inmadurez				2												24
Peso							1									10
Gramos			1				1									23
Menor			1													13
Tratamiento		1	1													27
Terapéutico							1									10
Embrión			2		1											37
Polémica			1				1									22
Debate		1														14

Legrado				1		1	1										31
Penado					1												11
Sanción						1											10
Castigo							1										9
Desacuerdo			1		1												24
Huevo		1				1											24
Producto	1						1										24
Clandestino							1	1									17
Completo	1																15
Retenido								1									8
Incompleto									1								6
Cólico			1														13
Membrana				1													12
gastos					1												11
Moral						1											10
ilusión						1											10
desamor						1											10
Médico								1									8
Etiología								1									8
múltiple								1									8

Peso Semántico (VMT) Muestra Femenina

JERARQUIAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
VALORES SEMANTICOS	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
DEFINIDORAS	VMT															
Perdida	13	6	3	1		1	1	1								357
Ausencia						1										10
Expulsión	7	5	4	1				1								247
Evacuación						2										20
Vaciar				1	1	1										33
Vaciamiento					1											11
Arrojar		1														14
Sacar			1													13
Dolor			6	3	7	5										241
Dolencia							2									18
Muerte	7	5	1	1	2	1		1								240
Muerto						1		1								18
Interrupción	10	2	2				1									213
Suspensión	2	1														44
Necesario			3	2	1			1								82
Necesidad				1												12
Inevitable			1	2	1	2										68
Urgencia		1	1	1		2		1								67
Indispensable		1														14
Forzoso							1									9
Terminación	4	1	1	3					1							130
Terminó			1													13
Terminar	1															15
Finalizar		1														14
Final			1													13
Sangrado		1	4	2	4		1	1								140
Sangre										1						6
Hemorragia				2		2										24

Pecado			1			1									23
Pecar						1									10
Falta		1					2								32
Huevo		3	1												55
Viable		1	2				1								49
Producto			2		2										48
Legrado		1	1		1		1								47
Malformación	1	1													29
Alteración				1											12
Prevenible	1														15
Prever		1													14
Precaución						1									10
Cólicos				1	1					1					29
Contracciones							1								9
Decidir					1		1								20
Decisión							1								9
Resolver							1								9
Maldad				1											12
Malo						1									10
Daño	1														15
Criminal				1	1										23
Crimen						1									10
Impotencia				1		1									22
Incapacidad					1										11
Mujer	1														29
Peso						2									20
Gramos										1					6
Feto			1												13
Fetal				1											12
Frecuente					1										11
Repetido					1										11
Traumatismo									1						8
Traumático									1						8
Consentido				1											12

ANEXO 4

VALOR JC

Peso Semántico Total de Palabras Definidoras Agrupadas por Sinónimos Muestra Masculina

SINÓNIMOS	VALOR m	SUBTOTAL	TOTAL	SINÓNIMOS	VALOR m	SUBTOTAL	TOTAL
Perdida	339	339	352	Frustración	32	32	85
Ausencia	13	13		Falla	26		
				Fallido	12	38	
Muerte	244	244	267	Desilusión	15	15	
Muerto	23	23					
				Semanas	33	33	81
Expulsión	179		236	Trimestre	24	24	
Expulsar	10	189		Primer	11	11	
Evacuación	15			Temprana	13	13	
Evacuar	32	47					
				Espontáneo	58	58	79
Gestación	118		239	Natural	11	11	
Embarazo	99	217		Habitual	10	10	
Concepción	22	22					
				Inmoral	33	33	78
Interrupción	124	124	192	Deshonestidad	13	13	
Suspensión	54	54		Malo	11	11	
Detención	14	14		Error	11	11	
				Pecado	10	10	
Complicación	75		156				
Complicado	13			Salida	36	36	77
Complejo	10	98		Solución	30	30	
Problema	25	25		Recurso	11	11	
Delicado	20	20					
Conflicto	13	13		Patología	44	44	77
				Enfermedad	33	33	
Terminación	119		151				
Terminar	11	130		Deseo	22		73
Finalización	21	21		Decisión	13	35	
				Elección	14	14	
Illegal	100	100	127	Alternativa	12	12	
Prohibido	27	27		Opción	12	12	
Homicidio	44	44	123	Provocado	43	43	69
Criminal	38			Inducido	26	26	
Crimen	20	58					
Asesinato	21	21		Ignorancia	33	33	69

				Desconocimiento	25	25	
Dolor	121	121	121	Incultura	11	11	
Necesidad	38		93	Tristeza	52	52	66
Necesario	29	67		Depresión	14	14	
Inevitable	15	15					
Urgencia	11	11		Malformación	38		63
				Malformado	12	50	
Sangrado	86	86	86	Anormal	13	13	
SINÓNIMOS	VALOR	SUBTOTAL	TOTAL	SINÓNIMOS	VALOR	SUBTOTAL	TOTAL
	m				m		
Séptico	31	31	62	Completo	15	15	15
Infección	21						
Infectado	10	31		Retenido	8	8	14
				Incompleto	6	6	
Bueno	14	14	57				
Recomendable	12	12		Cólico	13	13	13
Acuerdo	12	12					
Aceptado	10	10		Membrana	12	12	12
justificación	9	9					
				gastos	11	11	11
Desgracia	40	40	53				
Tragedia	13	13		Moral	10	10	10
Inquieta	14	14	50	ilusión	10	10	10
Alteración	13	13					
Angustia	12	12		desamor	10	10	10
Estrés	11	11					
				Médico	8	8	8
Riesgo	25	25	49				
Riesgoso	11	11		Etiología	8	8	8
Amenaza	13	13					
				múltiple	8	8	8
Irresponsabilid ad	24	24	48				
Inmadurez	24	24					
Gramos	23	23	46				
Menor	13	13					
Peso	10	10					
Tratamiento	27	27	37				
Terapéutico	10	10					
Embrión	37	37	37				
Polémica	22	22	36				
Debate	14	14					

Legrado	31	31	31				
Penado	11	11	30				
Sanción	10	10					
Castigo	9	9					
Desacuerdo	24	24	24				
Huevo	24	24	24				
Producto	24	24	24				
Clandestino	17	17	17				

**Peso Semántico Total de Palabras Definidoras Agrupadas por
Sinónimos
Muestra Femenina**

SINÓNIMOS	VALOR m	SUBTOTAL	TOTAL		SINÓNIMOS	VALOR m	SUBTOTAL	TOTAL
Perdida	357	357	367		Fracaso	58		144
Ausencia	10	10			Fracasar	10	68	
					Frustración	52	52	
Expulsión	247		338		Falla	14	14	
Evacuación	20	267			Malogro	10	10	
Vaciar	33							
Vaciamiento	11	44			Provocado	87	87	136
Arrojar	14	14			Inducido	49	49	
Sacar	13	13						
					Problema	58	58	135
Dolor	241		259		Delicado	48	48	
Dolencia	18	259			Difícil	19	19	
					Grave	10	10	
Muerte	240		258					
Muerto	18	258			Tristeza	86	86	113
					Aflicción	12		
Interrupción	213	213	257		Aflige	8	20	
Suspensión	44	44			Melancolía	7	7	
Necesario	82		252		Rechazo	69	69	108
Necesidad	12	94			Desacuerdo	22	22	
Inevitable	68	68			Inaceptable	17	17	
Urgencia	67	67						
Indispensable	14	14			Semanas	55	55	95
Forzoso	9	9			Tiempo	19	19	
					Primer	11		
Terminación	130		185		Primeras	7	18	
Terminó	13				Trimestre	3	3	
Terminar	15	158						
Finalizar	14				Riesgo	32	32	85
Final	13	27			Peligroso	30	30	
					Amenazante	23	23	
Sangrado	140		170					
Sangre	6	146			Incompleto	38	38	70
Hemorragia	24	24			Retención	11		
					Retenido	9	20	
Embarazo	79	79	167		Restos	12	12	
Gestación	51							
Gestacional	11	62			Illegal	68	68	68
Concepción	26	26						
					Terapéutico	51	51	65
Espontáneo	137	137	148		Tratamiento	14	14	
Natural	11	11						

SINÓNIMOS	VALOR m	SUBTOTAL	TOTAL		SINÓNIMOS	VALOR m	SUBTOTAL	TOTAL
Pecado	23		65		Succión	12	12	12
Pecar	10	33						
Falta	32	32			Embrión	11	11	11
Huevo	55	55	55		Infeciosas	11	11	11
Viable	49	49	49					
Producto	48	48	48					
Legrado	47	47	47					
Malformación	29	29	41					
Alteración	12	12						
Prevenible	15	15	39					
Prever	14	14						
Precaución	10	10						
Cólicos	29	29	38					
Contracciones	9	9						
Decidir	20		38					
Decisión	9	29						
Resolver	9	9						
Maldad	12		37					
Malo	10	22						
Daño	15	15						

Criminal	23		33				
Crimen	10	33					
Impotencia	22	22	33				
Incapacidad	11	11					
Mujer	29	29	29				
Peso	20	20	26				
Gramos	6	6					
Feto	13		25				
Fetal	12	25					
Frecuente	11	11	22				
Repetido	11	11					
Traumatismo	8	8	16				
Traumático	8	8					
Consentido	12	12	12				

ANEXO 5, 6 Y 7

CONJUNTO SAM

Conjunto SAM, Valor M Total (VMT)

MUESTRA HOMBRES

N°	DEFINIDORAS	VMT
1	pérdida	352
2	muerte	267
3	expulsión	236
4	gestación	239
5	interrupción	192
6	complicación	156
7	terminación	151
8	ilegal	127
9	homicidio	123
10	dolor	121
11	necesidad	93
12	sangrado	86
13	frustración	85
14	semanas	81
15	espontáneo inmoral	79 78

ANEXO 5

MUESTRA MUJERES

N°	DEFINIDORAS	VMT
1	pérdida	367
2	expulsión	338
3	dolor	259
4	muerte	258
5	interupcion	257
6	necesario	252
7	terminación	185
8	sangrado	170
9	embarazo	167
10	espontáneo	148
11	fracaso	144
12	provocado	136
13	problema	135
14	tristeza	113
15	rechazo semanas	108 95

ANEXO 6

POBLACIÓN TOTAL

N°	DEFINIDORAS	VMT
1	pérdida	719
2	expulsión	574
3	muerte	525
4	interrupción	449
5	gestación	406
6	dolor	380
7	necesario	345
8	terminación	336
9	sangrado	256
10	fracaso	229
11	espontáneo	227
12	complicación	156
13	provocado	136
14	ilegal	127
15	homicidio	123

ANEXO 7

ANEXO 8

VALOR FMG

Valor FMG del Conjunto SAM Muestra Masculina

VALOR

N°	DEFINIDORAS	VMT	FMG
1	pérdida	352	100%
2	muerte	267	76%
3	expulsión	236	67%
4	gestación	239	68%
5	interrupción	192	54%
6	complicación	156	44%
7	terminación	151	43%
8	ilegal	127	36%
9	homicidio	123	35%
10	dolor	121	34%
11	necesidad	93	26%
12	sangrado	86	24%
13	frustración	85	24%
14	semanas	81	23%
15	espontáneo	79	22%
	inmoral	78	22%

ANEXO 9

VALOR FMG

Valor FMG del Conjunto SAM Muestra Femenina

VALOR

N°	DEFINIDORAS	VMT	FMG
1	pérdida	367	100%
2	expulsión	338	92%
3	dolor	259	70%
4	muerte	258	70%
5	interrupción	257	70%
6	necesario	252	69%
7	terminación	185	50%
8	sangrado	170	49%
9	embarazo	167	45%
10	espontáneo	148	40%
11	fracaso	144	39%
12	provocado	136	37%
13	problema	135	37%
14	tristeza	113	31%
15	rechazo semanas	108 95	30% 26%

ANEXO 10

VALOR FMG

Valor FMG del Conjunto SAM Muestra Total

VALOR

N°	DEFINIDORAS	VMT	FMG
1.	pérdida	719	100%
2.	expulsión	574	80%
3.	muerte	525	73%
4.	interrupción	449	62%
5.	gestación	406	56%
6.	dolor	380	53%
7.	necesario	345	48%
8.	terminación	336	47%
9.	complicación	291	40%
10.	sangrado	256	36%
11.	fracaso	229	32%
12.	espontáneo	227	31%
13.	provocado	136	19%
14.	ilegal	127	18%
15.	homicidio	123	17%

ANEXO 11

VALOR V

Riqueza Verbal de la Muestra Masculina y Femenina

MUESTRA MASCULINA

N ^o	DEFINIDORAS
1	aceptado
2	acuerdo
3	alterar
4	amenaza
5	asesinato
6	ausencia
7	castigo
8	complicación / complicado
9	concepción
10	detención
11	desconocimiento
12	deseo
13	decisión
14	debate
15	elección
16	embarazo
17	enfermedad
18	evacuación/ evacuar
19	expulsión / expulsar
20	falla / fallido
21	frustración
22	finalizar
23	gestación
24	interrupción
25	infección/ infectado
26	justificación
27	muerte / muerto
28	pérdida
29	prohibido
30	provocado
31	recomendable
32	retenido
33	terminación
34	tratamiento
35	solución
36	salida
37	suspensión

MUESTRA FEMENINA

N ^o	DEFINIDORAS
1	aflicción/ aflige
2	alteración
3	amenazante
4	arrojar
5	ausencia
6	concepción
7	consentido
8	contracciones
9	decidir/ decisión
10	expulsar
11	evacuar
12	falla
13	finalizar/ final
14	fracasar/ fracaso
15	frecuente
16	frustración
17	gestación/ gestacional
18	infecciosas
19	Interrupción
20	malogro
21	muerte/ muerto
22	pecado/ pecar
23	pérdida
24	prever
25	precaución
26	provocado
27	rechazo
28	repetido
29	resolver
30	retención/ retener
31	sacar
32	succión
33	suspensión
34	terminar/ terminación/terminó
35	tratamiento
36	vació/ vaciamiento

Riqueza Verbal de la Muestra Total

N°	DEFINIDORAS	N°	DEFINIDORAS
1	aceptado	28	frustración
2	acuerdo	29	gestación/ gestacional
3	aflicción/ aflige	30	interrupción
4	alterar/ alteración	31	infección/ infectado/ infecciosas
5	amenaza/ amenazante	32	interrupción
6	arrojar	33	Justificación
7	asesinato	34	malogro
8	ausencia	35	muerte/ muerto
9	castigo	36	pecado/ pecar
10	complicación/ complicado	37	pérdida
11	concepción	38	prever
12	consentido	39	precaución
13	contracciones	40	prohibido
14	decisión/ decidir	41	provocado
15	detención	42	recomendable
16	desconocimiento	43	rechazo
17	deseo	44	repetido
18	debate	45	resolver
19	elección	46	retención/ retener/ retenido
20	embarazo	47	sacar
21	enfermedad	48	salida
22	evacuación/ evacuar	49	solución
23	expulsión / expulsar	50	succión
24	falla / fallido	51	suspensión
25	finalizar/ final	52	terminación/ terminó/ terminar
26	fracasar/ fracaso	53	tratamiento
27	frecuente	54	vació/ vaciamiento

Verbos Comunes

N°	DEFINIDORAS
1	alterar/ alteración
2	amenaza/ amenazante
3	ausencia
4	concepción
5	decisión/ decisión
6	evacuación/ evacuar
7	expulsión / expulsar
8	falla / fallido
9	frustración
10	finalizar/ finalizar
11	gestación/ gestacional
12	interrupción
13	infección/ infectado/ infecciosas
14	muerte / muerto
15	pérdida
16	provocado
17	retenido/ retención/ retener
18	suspensión
19	terminación/ terminó/ terminar
20	tratamiento

Nota: las palabras en negritas aparecen en el Conjunto SAM de la Población Total.