



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

EL PAPEL DEL PSICÓLOGO ANTE EL ABORTO INDUCIDO Y
EL DUELO EN MUJERES JÓVENES

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ADRIANA BERENICE NÚÑEZ GARCÍA

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: MTRA. MARÍA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO

COMITÉ: LIC. MANUEL ANSELMO MORALES LUNA

LIC. MAGDALENA CRISTINA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

LIC. REYNA MARÍA NIEVES VALENCIA

MTRO. RAFAEL PASCUAL AYALA



MÉXICO, D. F.

AGOSTO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIAS

A Holkan mi compañero de vida, quien camina a mi lado y siempre me muestra nuevos y mejores mundos posibles

A Teresa mi mamá, quien me ha cuidado siempre, con paciencia y amor ha sabido enseñarme lo bueno de la vida

A Gabriel mi papá, que siempre me acompaña, me transmite la fuerza y la confianza para lograr lo que quiera

A Arely mi hermana, quien no ha dejado de molestarme desde que llegó, pero con quien me he divertido tanto y ha hecho mi vida mucho menos aburrida

A mis cuatro abuelos en especial a Esther:

*“Ojala que los abuelos sabios nunca pierdan
sus ojos de niños – ancianos que curan [...]*
*Ojala que los dioses no dejen de hablar
con ellos para que su poesía permanezca
en nuestros corazones [...]*
*Ojala que los abuelitos vivan mil años
en el corazón de la montaña...”*

Mario F. M.
Poema Mazateco

A todos mis compañeros animales quienes me van convirtiendo en una mejor persona cada día

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Maestra Enriqueta quien me ha apoyado en todo este trayecto y que siempre estuvo con la disposición de ayudarme

Y muchas gracias a mis sinodales que nunca dejaron de darme buenas recomendaciones para seguir mejorando este trabajo

Índice

Resumen.....	1
Marco Teórico	
1. Desarrollo de las mujeres jóvenes, sexualidad y embarazo no deseado.....	2
Desarrollo humano durante la juventud.....	6
Desarrollo físico de la mujer.....	7
Desarrollo psicológico y emocional de la mujer.....	8
Desarrollo social de la mujer.....	10
Sexualidad y juventud.....	13
Embarazo no deseado durante la etapa de la juventud.....	17
2. Motivos y consecuencias del aborto inducido.....	21
Motivos de la práctica del aborto inducido en mujeres jóvenes.....	22
Efectos del aborto inducido en mujeres jóvenes.....	25
3. Características del duelo y del Síndrome Post Aborto.....	30
Definiciones de duelo.....	30
Etapas, fases y tareas del duelo.....	31
Tipos de duelo.....	34
Duelo natural.....	34
Duelo complicado.....	35
Factores que intervienen en el duelo.....	36
Factores que intervienen en el duelo por aborto.....	38
Duelo perinatal.....	39
El Síndrome Post Aborto (SPA).....	41
4. Diferentes perspectivas sobre el aborto inducido.....	54
Grupos en contra del aborto. Comités Pro vida e Iglesia Católica.....	54
Grupos a favor del derecho a decidir.....	63
5. Situación de las políticas en salud reproductiva y aborto en jóvenes.....	68
Prevención y salud reproductiva.....	68
Despenalización de aborto en México (ILE).....	71
Estadísticas en torno al aborto y cifras en el Distrito Federal.....	82
6. El papel del Psicólogo ante la situación de aborto inducido.....	88
Alternativas de consejería para el apoyo a mujeres que decidan interrumpir su embarazo.....	91
Discusión.....	100
Conclusiones.....	106
Referencias Bibliográficas.....	110
Referencias Electrónicas.....	120

Resumen

El propósito de la presente investigación fue recabar la mayor cantidad de información acerca del tema del aborto inducido, saber si éste provoca duelo en las mujeres jóvenes y cuál es el papel que debería jugar el psicólogo ante esta demanda social.

Se encontró, que el aborto normalmente es la consecuencia de los embarazos no deseados y estos a su vez de la falta de información y educación sexual. Los motivos por los cuales las mujeres toman la decisión de abortar son variados y van desde la mala situación económica hasta el no querer tener hijos en ese momento.

De acuerdo con la información consultada, las mujeres que deciden abortar no necesariamente pasan por un duelo complicado, y la mayoría no experimenta el llamado Síndrome Post Aborto (SPA), convirtiéndose en una falsedad más acerca de los efectos del aborto inducido.

Dos perspectivas fueron las más importantes a revisar; quienes están en contra del aborto bajo cualquier circunstancia y quienes están a favor del derecho a decidir. Al mismo tiempo, la lucha que estas dos posiciones han emprendido y que en la actualidad aún continúa.

Por último se discutió el papel social y ético del psicólogo además de la posición que como profesional es su responsabilidad asumir. Asimismo el modo en que ejerce sus conocimientos del arsenal técnico metodológico de la profesión y como puede apoyar profesionalmente a las mujeres que toman la decisión de interrumpir su embarazo.

CAPÍTULO I Desarrollo de las mujeres jóvenes, sexualidad y embarazo no deseado

El concepto de juventud ha sido descrito desde diversas perspectivas teóricas en diferentes momentos de la historia, como nos indica Feixa (2006), el comienzo de la atención teórica hacia los jóvenes se remonta a las primeras décadas del siglo XX. La juventud es entendida como un reservorio moral tanto para la construcción de un nuevo y joven proyecto en la refundación de la nación y la identidad latinoamericana, como para la encarnación de la modernidad civil y estética.

La juventud es descrita como etapa de desarrollo a partir de características físicas, psicológicas, y sociales, que aunque no necesariamente corresponden a intervalos de edades fijas, a la hora de definirla se establecen rangos de edad en los que se enmarca.

Para la Organización de las Naciones Unidas (ONU) los jóvenes representan el conjunto de la población de entre 15 y 24 años de edad, es decir, un 18% del total de la población mundial (ONU, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece a la juventud como “una etapa de la vida comprendida entre los 19 y los 30 años, en donde el ser humano tiene las condiciones óptimas para el desarrollo de sus potencialidades físicas, cognitivas, laborales y reproductivas” (OMS, 2005: Pp 10).

El parámetro de edad tiene una variación según diferentes autores: I. S. Konnos dicen que la juventud va de los 14 a los 25 años, mientras que para L. I. Bozhovich la juventud o edad escolar superior va de los 14 a los 18 años. Por su parte, H. L. Bee y S. K. Mitchell establecen que la juventud va de los 18 a los 22 años o más, en función del logro de la independencia y la culminación de los estudios (Domínguez, 2008).

Como se observa la definición cronológica no tiene consenso, aunque facilita la ubicación de la etapa, por ello, las definiciones cualitativas se hacen necesarias para su descripción. A continuación se desglosan algunas de ellas:

En su concepción más general, el término "juventud" se refiere al período del ciclo de vida en que las personas transitan de la niñez a la condición adulta, y durante el cual se producen importantes cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2000).

De acuerdo con la Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ), tradicionalmente se ha concebido a la juventud como una fase de transición entre dos etapas; la niñez y la adultez, es decir, es un proceso de transición en el que los niños se van transformando en personas autónomas, por lo que también puede entenderse como una etapa de preparación para que las personas se incorporen en el proceso productivo y se independicen respecto a sus familias de origen (Instituto Mexicano de la Juventud, 2008).

Erikson nos describe la etapa de juventud como una etapa de Intimidad frente a Aislamiento, donde la persona se pierde y se encuentra en otro, siendo las relaciones más significativas las parejas, amistades y compañeros, dando mucha importancia al sexo, la competencia, la cooperación pero sobre todo al amor. (Citado en Gross, 2004). En la búsqueda de un justo equilibrio entre la intimidad y el aislamiento se logra fortalecer la capacidad de realización del amor y el ejercicio profesional (Bordignon, 2005).

Durante los años de juventud o vida adulta temprana, deben resolverse retos importantes como alcanzar la intimidad, elegir carrera y lograr el éxito vocacional, entre otros, además de enfrentar otras decisiones importantes como el matrimonio, la elección de pareja o la posibilidad de convertirse en padres. Muchas de las decisiones tomadas establecen el escenario para la vida posterior [...] el joven es un sujeto en construcción de su identidad individual y grupal (Rice, 1997).

De acuerdo a las consideraciones anteriores, se enfatiza que la juventud constituye ante todo una etapa en contínuum evolutivo, enfrentando retos como su

actividad laboral, sus relaciones interpersonales, elección de pareja, el matrimonio, el embarazo, entre muchos, los cuales los conducen a un camino o caminos a seguir.

El concepto de juventud está construido desde lo que algunos autores llaman visión “adultista” la cual define a los jóvenes desde parámetros que son deseables o indeseables para las personas mayores. Un ejemplo de esto es la propuesta de Lozano (2003), donde plantea que podemos hablar de cuatro tendencias que han marcado las representaciones de lo juvenil, frecuentemente desde el mundo de los adultos y casi siempre desde la perspectiva institucional (pp. 11 - 19).

a) Una tendencia concibe a la juventud como una etapa desprovista de valor real por su carácter transitorio, y que no merece una inversión significativa de preocupación y de recursos. La juventud solamente adquiere su sentido en el futuro, y por ello a los jóvenes hay que contenerlos mientras llega su sensatez en la edad adulta.

b) Otra tendencia es pensar que la población que atraviesa por esta etapa solamente tiene condiciones para absorber recursos, pero no para aportar ni cultural, ni socialmente a los procesos de desarrollo de la sociedad. Se ve al sector como una carga y a veces como una afrenta a la cultura, no como una riqueza. Se tiende a percibir que la sociedad adulta hace un favor a los jóvenes al aportar o consentir recursos especiales para ellos, y cualquier demanda adicional se considera desproporcionada.

c) Una tercera forma de percibir a la juventud es la de idealizar a los jóvenes, ya sea colocándolos en el plano de lo peligroso para ser dominados, convertidos, o contenidos, o bien situándolos en el plano de lo puro y frágil. Esta percepción representa una forma de no querer ver la realidad de la juventud.

d) Y una cuarta tendencia que está presente en todas las anteriores es la de homogeneizar a la juventud como si en todas partes las personas de una determinada edad fueran iguales, tuvieran las mismas necesidades o se debiera esperar lo mismo de ellas.

Por su parte Feixa (2006a), nos describe tres tipos de representaciones de la juventud:

- 1) El síndrome de Tarzán. Sería el buen salvaje que inevitablemente se tiene que civilizar, un ser que contiene todos los potenciales de la especie humana, que aún no ha desarrollado porque se mantiene puro e incorrupto.
- 2) El síndrome de Peter Pan. sería el nuevo sujeto revolucionario —o el nuevo héroe consumista— que se rebela contra la sociedad adulta —o reproduce hasta la caricatura sus excesos— y se resiste a formar parte de su estructura, al menos durante un tiempo más o menos largo: en la sociedad pos industrial, es mejor ser —o parecer— joven que mayor.
- 3) El síndrome de Blade Runner. Son seres artificiales, medio robots y medio humanos, escindidos entre la obediencia a los adultos que los han engendrado y la voluntad de emanciparse. Como no tienen «memoria», no pueden tener conciencia, y por esto no son plenamente libres para construir su futuro. En cambio, han estado programados para utilizar todas las potencialidades de las nuevas tecnologías, por lo que son los mejor preparados para adaptarse a los cambios, para afrontar el futuro sin los prejuicios de sus progenitores.

Este tipo de tendencias están presentes en la actitud social e institucional que se tiene hacia los jóvenes por lo que es necesario tomarlas en cuenta a la hora de su definición.

Características de la etapa o fase de la juventud del ciclo vital propuestas por Rice (1997) y Craig y Baucum (2009):

AUTOR	CARACTERÍSTICAS
Gould	Alejarse de los padres, deseo de intimidad con los compañeros, trabajar, prepararse para el futuro, control de las emociones, confusión de roles, cuestionamiento del yo, el matrimonio y la carrera.
Levinson	Transición a la vida adulta, donde se abandona la familia y los grupos adolescentes, asistir a la universidad, realizar el servicio militar, contraer matrimonio. Ingresar

	al mundo adulto es el momento de hacer elecciones, definir metas, establecer la ocupación y existe conflicto entre el deseo de explorar y el deseo de comprometerse.
Vaillant	De la búsqueda de la identidad a lograr la intimidad y la consolidación de la carrera o profesión.
Schaie	Etapa de logros o realización, ya no se adquiere conocimiento sólo para utilizarlo sino que emplean lo que saben para conseguir objetivos, como estudiar una carrera o tener una familia.
Kegan	Instituciones. De reintegración de la interconexión del yo en evolución. Interesado en la cultura y el trabajo.
Havighurst	Describe tareas como: elegir pareja, aprender a vivir con el cónyuge, formar una familia, criar hijos, comenzar a trabajar, encontrar un grupo social afín.
Erikson	Intimidad frente a aislamiento. En la intimidad se establece una relación estrecha con otra persona, en cambio el aislamiento es la incapacidad de lograr reciprocidad.
Perry	Transición del pensamiento dualista al relativista.
Labouvie-Vief	Adquisición de la autonomía y de la toma independiente de decisiones. Razonamiento pragmático.
Maslow	Comienza el camino a la autorrealización, una búsqueda permanente, búsqueda de la verdad y el conocimiento.
Ginzber	Etapa realista, comienzan las decisiones vocacionales mediante la exploración activa de las alternativas.

Cuadro 1 Integración de características de la juventud en el ciclo vital. Creación propia

La juventud es una etapa del desarrollo humano donde ocurren una serie de procesos tanto físicos, como psicológicos y sociales, los cuales serán descritos a grandes rasgos a continuación.

1.1 Desarrollo humano durante la juventud

El desarrollo comprende los cambios que se producen en el transcurso temporal en los organismos vivos, ya sean referidos a su forma, a su comportamiento o a ambos a la vez (Colàs, 2002), es decir, cambios físicos y psicológicos y es el

conjunto de procesos de cambio que experimenta el ser humano desde que nace hasta que alcanza la madurez o edad adulta (Gispert, 2003).

El ciclo vital suele dividirse en tres grandes periodos de desarrollo: infantil, adolescente y adulto. El primero y el último se subdividen además en sub etapas. El desarrollo infantil incluye el periodo prenatal, la infancia, la niñez temprana y la niñez intermedia, el desarrollo adulto incluye la juventud, la edad madura y la vejez (Rice, 1997). La sub-etapa de la juventud comprende tres dimensiones del desarrollo humano, la dimensión física, la social, y la psicológica o emocional, todas se encuentran interrelacionadas y unas reflejan a las otras.

Cabe mencionar que para fines de este estudio se hará referencia específicamente al desarrollo humano de la mujer.

1.1.1 Desarrollo Físico de la mujer

El desarrollo físico incluye las bases genéticas; el crecimiento físico de todos los componentes del cuerpo; los cambios del desarrollo motor, los sentidos y los sistemas corporales, se relaciona además con temas como el cuidado de la salud, la nutrición, el sueño, el abuso de drogas, y el funcionamiento sexual entre otras (Rice, 1997).

En la mayoría de los aspectos el desarrollo físico y la maduración están consumados en la edad adulta temprana, han alcanzado su máxima estatura y sus extremidades son proporcionales a su tamaño. Al principio de sus veintes los individuos tienden a estar saludables, vigorosos y llenos de energía (Feldman, 2007).

El desarrollo físico en esta etapa de la vida trae consigo la gran oportunidad de disfrutar de una vida muy plena y saludable, como se ha mencionado, es el momento de clímax de la salud, y así también el de la fecundidad, sólo en la adolescencia y en los primeros años de la adultez las mujeres se encuentran en su

nivel más alto de fertilidad, el proceso de ovulación es relativamente estable entre los 25 y 38 años, disminuyendo a través del tiempo (Craig y Baucum, 2009).

En esta etapa la salud física de las mujeres y las facultades motoras se consideran óptimas, lo que establece todas las condiciones para la reproducción, al menos en el sentido biológico, la fuerza muscular tiene su punto entre los 25 y los 30 años de edad, la destreza manual es más eficiente en los adultos jóvenes y los sentidos están también más agudos durante la vida adulta joven, la agudeza visual es más penetrante alrededor de los 20 años (Fernández, 2011).

Las mujeres se encuentran en la etapa más óptima del desarrollo humano, es aquí como indica Fernández (2011), donde las funciones reproductivas son las mejores, pero también es necesario tener en cuenta el desarrollo psicológico y social, dada la relevancia que tienen también en esta etapa de reproducción.

1.1.2 Desarrollo Psicológico y emocional de la mujer

La edad psicológica indica el nivel de adaptación a exigencias sociales y ambientales de otra índole, abarca aspectos como inteligencia, capacidad de aprendizaje y habilidades motoras, lo mismo que dimensiones subjetivas como sentimientos actitudes y motivos (Craig y Baucum, 2009).

Cuando la madurez biológica está casi plenamente alcanzada, los procesos psicológicos están muy determinados por la particular historia del individuo, la asimilación de la experiencia, las tareas del desarrollo a las que se debe hacer frente, los factores culturales y los valores dominantes del medio, con frecuencia factores variantes de una sociedad a otras y temporalmente cambiantes dentro de una misma sociedad (Uriarte, 2007).

Se comienza a evolucionar de un proyecto de vida complementario con el proyecto familiar a una forma de enfrentamiento personal y social propia que se deberá ir poniendo a prueba en la práctica concreta y aportará a la consolidación de la identidad y los roles. Las jóvenes procuran que sus sentimientos de

adecuación y seguridad provengan de sus propias realizaciones. Las parejas dejan de cumplir el rol de exploración y descubrimiento de mundos emocionales y sexuales, para introducir como vivencia central, la apertura a la intimidad que emerge entre personas con identidades más diferenciadas que se enriquecen con el acompañamiento afectivo y el establecimiento de vínculos profundos (Krauskopof, 2007).

“En cada etapa del desarrollo el sujeto debe realizar una nueva forma de organización psicológica o ajustes del personal y social que le permita afrontar las necesidades internas y las exigencias del medio (Corral y Pardo, 2001). En los primeros años de la edad adulta, las jóvenes forman la identidad abandonando la “identidad adolescente” (Gould, en G. Graig, 1988), experimentando nuevas formas de convivencia, de residencia y de actividad que marcan trayectorias discontinuadas y diferenciadas culturalmente (Van de Velde, 2005), pero que principalmente gira en torno al establecimiento de relaciones íntimas y la incorporación al mundo laboral (Arnett, 2007; Schaie y Willis, 2003), alternado con los estudios o con períodos de inactividad. Algunas jóvenes se plantean construirse a partir de vivir independientemente de los padres (Gaviria, 2007), pero en la actualidad la identidad adulta se construye también internamente a través de la maduración psicológica (Torres y Zacarés, 2004; Zacarés y Serra, 1996) y aparece notablemente disociada de la edad o de los nuevos estatus sociales” (Citados en Uriarte, 2007).

Según Labouvie-Vief, la adultez temprana se caracteriza por la capacidad para enfrentar la incertidumbre, la incoherencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso, a esta etapa más elevada se le conoce también como pensamiento pos formal, el cual es, según sus investigaciones una continuación de las etapas del desarrollo cognitivo descritas por Piaget (citado en Papalia, Wendkos y Feldman, 2002).

En cuanto al desarrollo emocional Rice (1997), propone que la juventud se refiere al desarrollo del apego, la confianza, la seguridad, el amor y el afecto, y a una gran variedad de emociones, sentimientos y temperamentos. Incluye el concepto de uno mismo y de la autonomía.

Las emociones consisten en experiencias afectivas intensas, pasajeras, bruscas y agudas, con un fuerte componente corporal. Las emociones se relacionan muy directamente con las motivaciones y constituyen una fuerza energética psicofísica que nos impulsa hacia unos determinados comportamientos. El nivel afectivo de la personalidad humana comprende ese mundo de experiencias íntimas y subjetivas en el cual nos dejamos afectar por las experiencias -internas o externas- que estamos viviendo (Lobato, 1999). Como señala Lefrancois (2003), las fuentes de estrés en la vida cotidiana en las jóvenes comprenden diversas frustraciones, exigencias y conflictos que tienen que ver con las relaciones sociales, los hijos, el embarazo y la profesión.

Los sentimientos y actitudes de las mujeres jóvenes juegan un papel muy importante ya que, como se mencionaba anteriormente, quizá la joven esté apta biológicamente para un embarazo, sin embargo en el ámbito psicológico no esté suficientemente madura, lo cual puede convertir al embarazo como un factor de estrés (Rice, 1997).

1.1.3 Desarrollo Social de la mujer

Aunque no hay marcadores físicos semejantes a los de la pubertad ni etapas cognoscitivas bien delineadas, sí existen hitos sociales definidos por los que hay que atravesar; por ejemplo los roles y las relaciones que forman parte de los ciclos de la familia y de la carrera (Craig y Baucum, 2009), según este autor, las familias pasan por un ciclo predecible, el primero cuando el individuo deja su familia de origen, el segundo suele ser el matrimonio, y el tercero es el nacimiento del primer hijo y el inicio de la paternidad y maternidad.

Además de ciclos como éste, el desarrollo social hace hincapié en el proceso de socialización, que incluye el desarrollo moral y cognitivo a partir de las relaciones con los pares y los miembros de la familia. El matrimonio, la paternidad, el trabajo, así como los roles vocacionales y el empleo son conceptos muy importantes dentro de la discusión de este ámbito (Rice, 1997).

En este periodo se toman decisiones que tienen implicaciones para toda la vida, una de las más importantes es la elección de una trayectoria profesional, que va mucho más allá de determinar cuánto dinero ganaremos, también se relaciona con nuestro estatus, nuestro sentido de valía personal y la contribución que haremos en nuestro trabajo. Las decisiones son el centro de la identidad de un adulto joven (Feldman, 2007)

Existe un concepto denominado edad social y se refiere al estado actual del individuo en comparación con las normas culturales (Craig y Baucum, 2009). Mientras las jóvenes se acercan más a cumplir lo que las normas culturales dictan, a lo esperado de acuerdo a su edad, se les considera como “normales” o adecuadas, y que van conforme a lo establecido, pero en el momento que se “desvían” generalmente se vuelven presa fácil de la discriminación.

Es importante recordar que los relojes sociales están influidos por la cultura, el momento de la maternidad y el tipo de curso de la carrera de una mujer dependen del mundo social, económico y cultural donde se desenvuelve (Feldman, 2007).

Durante la adultez temprana, las amistades tienden a centrarse en el trabajo, en compartir consejos, etc. el número de amigos y la cantidad de tiempo dedicado a ellos generalmente disminuye en la edad madura, aunque son el aspecto esencial de la vida del adulto joven (Papalia, Wendkos y Feldman, 2002). El romance, las relaciones, el amor, el matrimonio, y la maternidad son la esencia de la vida para la mayoría de las adultas jóvenes (Feldman, 2007).

En el proyecto de vida de las jóvenes las relaciones afectivas, especialmente las de noviazgo o pareja, ocupan un lugar muy importante. El noviazgo tiene un gran valor no solo como periodo de preparación al matrimonio, sino por su importancia afectiva y social en su “aquí y ahora” (Romo, 2008).

Uno de los aspectos más importantes al que las jóvenes se enfrentan es el de la exigencia social de la maternidad como indica Herrera (2007, pp.129-130):

El ejercicio de la maternidad de las mujeres es uno de los pocos elementos universales y permanentes en la división sexual del trabajo. Son las mujeres las que ejercen la maternidad. Desde muy pequeña, la niña es preparada y educada para esta función y se le enseña que por medio de ella llegará a realizarse como mujer. De ahí que su identificación con dicha función determine en gran medida su concepto de sí misma y su valor en la sociedad. De esta manera, a lo largo de la historia se puede observar la promoción de una serie de estrategias y discursos en los cuales la maternidad es concebida como la esencia de la naturaleza femenina que además delimita el lugar social de las mujeres. Por atributos físicos y culturales las mujeres hemos desempeñado responsabilidades reproductivas en la sociedad a lo largo del curso de la historia conocida.

Sin embargo el desarrollo de prácticas contraceptivas, el abandono de infantes, la crianza delegada a nodrizas y domésticas ofrecen un muestrario de que la maternidad para muchas mujeres, no siempre ha formado parte de sus aspiraciones, ni de su plan de vida (Herrera, 2007).

Los valores y roles tradicionalmente femeninos han sido interiorizados fuertemente por la mayoría de las mujeres, pero a la vez estos se combinan con nuevas funciones y responsabilidades sociales que las mujeres han asumido en los últimos tiempos. Esto da cuenta de ciertos cambios en la identidad de género, cambios que sin embargo no alcanzan a traducirse en relaciones equitativas entre los géneros y menos aún en una vivencia libre y placentera de la sexualidad (Coordinación Política Juvenil, 2006).

Como vemos, la realización personal, el decidir sobre el plan de vida trazado, la imposición del rol de la maternidad como el eje rector de su desarrollo social, el derecho a ser uno mismo, además de muchos otros factores, son el tipo de situaciones a los que la mujer joven se enfrenta. Biológicamente capaces de producir y de reproducir la sociedad y sin embargo socialmente incapacitadas para realizarlo, las jóvenes son ubicadas y se ubican en “la tierra de nadie”, en una

situación de flotación e indeterminación (Avelló y Muñoz 2002; Urteaga 2003, citados en Urteaga, 2004), segregada de la vida adulta. En este contexto, las jóvenes viven con particular intensidad los cambios que atañen esferas de su socialización - educación, empleo, salud, vivienda, familia -.

1.2 Sexualidad y juventud

La sexualidad, según Colàs (2002), es el conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo, además se refiere a las manifestaciones de la conducta sexual y a sus normas sociales que de alguna manera la significan. Está estrechamente vinculada con la afectividad y va más allá de la función reproductora.

En este sentido la sexualidad es una dimensión humana que toca emociones y sentimientos, invariablemente relacionada con las creencias y valores de cada persona. La actividad sexual está relacionada directamente con el placer y el conocimiento de nuestros cuerpos y las jóvenes la ejercen a pesar de no contar con información actual, pertinente y confiable acerca de la sexualidad.

Como se mencionó en el apartado anterior, el desarrollo humano tiene una dimensión social que es determinante, dentro de ésta, los roles se presentan como pautas a seguir. El matrimonio se define como una frontera a partir de la cual se concibe el ejercicio de la sexualidad.¹

De acuerdo con Papalia, Wendkos y Feldman, (2002) entre la adolescencia y la edad adulta temprana, se incrementa la frecuencia de las relaciones sexuales. La frecuencia más elevada de actividad sexual corresponde a las personas de 20 a 30 años y de 30 a 40 independientemente de su estado marital (Craig y Baucum, 2009).

¹“muchas jóvenes ven la práctica del sexo antes del matrimonio muy bien, ya sea como aprendizaje, o como algo que se da siempre en una relación de pareja, pero con ciertas reservas, enfatizando los cuidados contra un embarazo no deseado o una enfermedad” (Romo, 2008).

Actualmente la tendencia de las jóvenes en materia de sus prácticas sexuales, es iniciarse con sus pares generacionales, lo que rompe con los esquemas tradicionales tanto para hombres como para mujeres. Asimismo, dentro de las experiencias juveniles también se advierte la proporción creciente de jóvenes que tienen relaciones sexuales cada vez más precozmente. A pesar de ello, una proporción importante carece de información confiable y de una adecuada orientación en sexualidad, lo que evidentemente está contribuyendo al deterioro en las relaciones sexuales y por tanto de su vida afectiva en general. Esto se traduce, en forma importante, en el incremento de actitudes, conductas y situaciones problemáticas ligadas al ejercicio de la sexualidad, como lo son el embarazo no deseado, la aparición de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y las disfunciones sexuales (Collao y Honores 2001).

De esta manera es importante hablar de salud sexual como un concepto que permite definir la dirección del ejercicio de la sexualidad hacia el bienestar personal y social de las jóvenes. La OMS en su pronunciamiento del 2002 define Salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos (Flórez y Soto, 2008).

Para estos fines es imprescindible una educación sexual adecuada y pertinente, la cual ha sido y sigue siendo un asunto polémico de muchos avances, pero también de grandes estancamientos y retrocesos lo que ha originado que hoy en día sea otorgada de manera parcial, insuficiente e inoportuna, sin tomar mucho en cuenta las necesidades y la manera de ser y pensar de los jóvenes y sin considerar plenamente todos sus derechos sexuales y reproductivos y sin tener de base un código común para fundamentar éticamente las acciones en este campo (Villaseñor, 2001).

La información sobre métodos anticonceptivos, prevención de enfermedades, y el goce pleno de la sexualidad es muy importante dentro de la educación sexual para la salud. De acuerdo con Gispert (2004), el uso de métodos anticonceptivos efectivos conlleva una tranquilidad que torna placentera la relación sexual, puesto que preserva del embarazo no deseado y el posible aborto consecuente, adecua el número y el espaciamiento de sus hijos a su voluntad y le permite la vida sexual y el coito en la pareja, evitando así el deterioro fisiológico, psicológico y social que representan la abstinencia marital o la múltiple descendencia. Ya que cuando se prolonga la abstinencia resulta antifisiológico y produce trastornos físicos y psíquicos (Gispert, 2004).

El control de la natalidad por medio del uso de los anticonceptivos ha permitido controlar la reproducción, lo que ha traído como consecuencia la ruptura con la idea de que el destino último de las mujeres sea ser madres, convirtiéndose así, la sexualidad en una práctica distante de la reproducción (Herrera, 2007). En este sentido las acciones que se establezcan son muy relevantes, de acuerdo con Mazarrasa y Gil (2007) podemos diferenciar algunos componentes para garantizar la salud sexual y reproductiva como los siguientes:

- a) Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva.
- b) Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.
- c) Cuidados de salud para los y las recién nacidas/os.
- d) Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos.
- e) Información y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual.
- f) Servicios de aborto seguro, y tratamiento de sus posibles complicaciones.
- g) Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
- h) Información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, salud reproductiva y maternidad y paternidad responsable.
- i) Su ámbito de actuación tiene que hacer especial énfasis en la población juvenil.
- j) Así como garantizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en los servicios de salud sexual y reproductiva.

- k) Y procurar servicios de prevención y atención en materia de violencia de género.

Cuando estas acciones sean implementadas de manera eficaz, podremos tener la certeza de una mejor educación sexual, desafortunadamente no es una meta que se vaya a alcanzar en un periodo cercano. Un ejemplo de la poca apertura hacia la sexualidad, lo tuvimos apenas en el año de 2009, en Guanajuato, el gobernador Juan Manuel Oliva retiró el libro de biología de las secundarias, además de haber eliminado de dicho libro la información contenida sobre métodos anticonceptivos, prevención de ETS, y las imágenes del aparato reproductor femenino y masculino, y dejando en vez de esto la consigna de abstinencia y el cumplimiento de la meta de la virginidad hasta el matrimonio (Padgett, 2011).

Lo anterior es un ejemplo de una postura moralista que aborda “la salud” de los jóvenes como un conjunto de estrategias de control sobre el uso del cuerpo (“pasiones y bajos instintos”), normando lo natural/lo antinatural; lo permitido / lo prohibido, lo puro / lo obsceno en sus vidas sexuales (Urteaga, 2004). Visiones muy arraigadas como la de Alva (2007), acerca de la sexualidad, como indisoluble del matrimonio expresando que “hay un mal ejemplo de los padres acerca del matrimonio por tal motivo difícilmente se creará una consciencia sana de la abstinencia sexual antes del matrimonio”, no dan paso a información fidedigna y alejan a los jóvenes de sentirse libres de hablar de su propia sexualidad.

Sin embargo hay esperanza puesta en los jóvenes ya que según Romo (2008), en los últimos treinta años en la mayoría de los países occidentales, los jóvenes son quienes expresan mayor apertura a las distintas posibilidades del ejercicio sexual, afortunadamente, en la actualidad la sexualidad se ha convertido en una de las banderas de la democracia, en la que se demanda respeto a las distintas formas de ejercicios que las personas decidan, en el marco de los derechos humanos (Rico, 2001).

1.3 Embarazo no deseado durante la etapa de la juventud

Durante la juventud entre las muchas decisiones y cambios que se presentan, el desarrollo de la sexualidad es un tema primordial, en la búsqueda de nuevas experiencias y sensaciones muchas veces ya sea por falta de información, descuido o poca planeación se pueden presentar los embarazos no deseados, que impactan de manera crucial en las vidas de las jóvenes.

El embarazo es descrito como el tiempo que media entre la concepción y el parto (Gispert, 2003 a). Es una fase crítica en la vida de la mujer, ya que los cambios biológicos implican una etapa en su desarrollo que conlleva una necesidad de adaptación a la nueva situación.

Los embarazos pueden convertirse en embarazos no deseados, cuando no se encuentra dentro de los planes de la mujer, del hombre o de ambos. Ya sea porque no se cuenta con los recursos suficientes para criar, alimentar y educar al nuevo ser; o porque en ese momento el embarazo impide planes de trabajo, estudio o cualquier otro aspecto que garantice el bienestar de la mujer, la pareja o la familia (Paniagua, 2010).

Cuando el embarazo no es planeado genera temores de cómo enfrentarlo, por los cambios que este hecho puede generar sobre el proyecto de vida. En el caso de las jóvenes, deben enfrentar las posibles respuestas de la pareja, la familia, los amigos y las instituciones; la posibilidad de abandono de la escuela, la ruptura con el/la compañero(a), el matrimonio forzado, la salida del círculo de amigos y finalmente la responsabilidad que implica tener un hijo (Frenk, 2002). El embarazo no deseado, repercute en la salud física, mental y social de las personas, sean del sexo femenino o masculino, inmersas en este mundo de crecientes opresiones y carencias sociales (Gispert, 2004).

Las mujeres, por su parte, son quienes experimentan una presión mayor, y esto por diferentes razones (Teracena, 2000):

- a) Son ellas las que habitualmente asumen la responsabilidad de prevenir un embarazo,

- b) Son ellas quienes vivirán en su cuerpo el embarazo o la interrupción del mismo, la definición de la femineidad, de lo que significa “ser mujer” está todavía íntimamente relacionada con la maternidad. Se sigue creyendo que la única vía para la realización plena de una mujer es ser madre, y
- c) Con frecuencia, las mujeres tienen sentimientos ambivalentes frente a la maternidad: desean ser madres, pero no pueden asumir a la criatura ni moral ni económicamente.

Resolver si se va o no a tener hijos es una de las decisiones más importantes, la mayoría tienen hijos porque hacerlo es una fuerte norma social, para algunas parejas no hay decisión de tener hijos y éstos no son planeados sino resultado del fracaso o la ausencia de métodos de control natal, las familias que no querían tener hijos o que ya tenían suficientes consideran el embarazo como problemático (Clinton citado en Feldman, 2007).

Aunque sea difícil de entender, las mujeres no siempre tienen manera de evitar embarazarse aunque no quieran tener hijos. Las mujeres pueden embarazarse contra su voluntad (Taracena, 2000):

- a) Porque "falló" el anticonceptivo que estaban usando.
- b) Porque no tienen anticonceptivos a la mano.
- c) Porque se resisten a asumir su deseo sexual.
- d) Porque saben poco acerca de los anticonceptivos o les tienen miedo.
- e) Porque las personas también fallamos.
- f) Porque en el inconsciente desearon embarazarse, aunque racionalmente no puedan aceptar a una criatura.

El embarazo no deseado y su consecuencia más grave, el aborto inducido afectan a amplios sectores de la población; acarrear graves consecuencias para la salud; su atención consume importantes recursos; se distribuyen desigualmente en la población, al afectar sobre todo a los más vulnerables (jóvenes, pobres, mal informados) (Espinoza, 2002).

Los embarazos no planeados tienden a ser indeseados y rechazados, el motivo de esta creencia es sencillo: cuando las parejas tiene la libertad de regular

su propia fecundidad además de acceso a métodos modernos de anticoncepción, eligen lo que quieren y quieren lo que eligen (Dytrych, 1991). Según Gispert (2004) para la joven, el embarazo no deseado representa el final repentino y doloroso de la protección y el amparo del seno familiar, al mismo tiempo, el entrar a la categoría social de adulta. Lo cual puede significar una serie de tensiones, físicas, psicológicas o conflictos de diversos tipos.

De acuerdo con Romo (2008), las opiniones en torno al embarazo no deseado apoyan lo dicho anteriormente. “Algunos jóvenes opinan que prefieren no traer al mundo un hijo que no es deseado ya que se considera una carga, otros mencionan que cambiarían sus actividades, tendrían menos ingresos y los costos de mantener un hijo no los podrían solventar”. Desafortunadamente la presión social para llevar a término un embarazo no deseado, lleva generalmente a una maternidad no deseada como expone Dytrych (1991). A lo largo de la historia se ha evidenciado que la maternidad no deseada ni planeada provoca reacciones emocionales negativas, reacciones cuya existencia queda demostrada en las grandes cantidades de mujeres que han recurrido al aborto a pesar de los riesgos.

El pugnar por una maternidad deseada, y evitar la no deseada es una de las tareas para los derechos humanos de las mujeres como nos indica Romero y Flores (2009), la maternidad no debe ser impuesta, los embarazos impuestos son violatorios de los derechos humanos, bajo toda óptica, la maternidad debe ser un acto voluntario, deseado y gozoso.

Una de las consecuencias más serias por el temor a la práctica de un aborto son los hijos no deseados; debería existir un precepto que determinara que ninguna criatura debe ser forzada a nacer, sin ser deseada (Delgado y Flores, 2009). Se tiende a olvidar que toda nueva vida ha de ser deseada, y la discusión suele centrarse en el derecho a nacer del nuevo ser en formación, y no sobre las repercusiones posibles que padecerán las mujeres y el producto. Erik Erikson 1983 (citado en Delgado y Flores, 2009) declaró que el peor de todos los destinos es el de un niño/niña mutilado de espíritu, que no hay nada más destructivo para el espíritu de un/a infante que el hecho de no ser deseado y que hay pocas cosas

más disruptivas para el espíritu de una mujer que ser forzada a ser madre sin amor (Delgado y Flores, 2009).

Finalmente cuando se produce un embarazo no deseado, no intencionado o no planeado, la mujer se enfrenta a tres alternativas (Teracena, 2000):

- a. continuar el embarazo y quedarse con la criatura,
- b. continuar el embarazo y dar a la criatura en adopción, o
- c. interrumpir el embarazo.

Al momento de tomar una decisión tan importante se tienen que tomar en cuenta muchos aspectos de la vida, como la situación socio económica, el apoyo de la familia, si se tiene o no pareja, etc. Como señala Lefrancois (2003), las 4 determinantes a considerar para tomar la decisión de tener o no hijos son: determinantes psíquicos de la mujer (relaciones con los padres, identificación femenina, personalidad, etc.), determinantes del matrimonio (estabilidad, satisfacción con el cónyuge, estrés, etc.), determinantes profesionales (responsabilidad, satisfacción con la carrera, etc.) y determinantes del estilo de vida (economía, relación sin hijos, etc.).

Decidir qué hacer ante un embarazo no deseado requiere un examen de conciencia con la mayor información y con la menor cantidad de prejuicios y de mitos. Es una elección que debe hacerse sin presiones o compromisos con otras personas: hay que escuchar a nuestra conciencia, a ella sola. Cada quien debe decidir, de acuerdo con sus propios valores y su situación, qué debe hacer (Giacomán y Barraza, 2004).

CAPÍTULO II Motivos y consecuencias del aborto inducido

El aborto es el método más practicado mundialmente para resolver embarazos no deseados (Cabezas, 1998), su elevada incidencia constituye un problema de salud muy importante en México. El punto de vista médico tiende a considerar como aborto la interrupción de un embarazo antes de que el producto pueda sobrevivir fuera del cuerpo de la mujer, es decir, antes de que éste sea viable, lo que ocurre alrededor de las semanas 20 o 22 de embarazo. Luego de este periodo, generalmente se habla de muerte fetal y no de aborto (Teracena, 2000).

Según el art. 144 del código penal para el Distrito Federal. Aborto es la interrupción del embarazo después de la decimo segunda semana de gestación (Bustos y Flores, 2009). Por su parte, Mejía (citada en Figueroa, 2001) menciona que el aborto es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad de producto, es decir, del proceso de crecimiento de un óvulo fecundado o cigoto, por el cual puede llegar a formarse una persona, éste puede ser espontáneo o inducido.

Según Arellano (citado en Martínez, 2006), el aborto inducido es la interrupción deliberada del embarazo por cualquier medio. Se puede clasificar de la siguiente forma:

- a) Razones médicas.
 - Terapéutico. Es el que se efectúa cuando la continuación del embarazo puede causar la muerte de la gestante o agravar cualquier enfermedad física o mental que padezca, por ejemplo la esquizofrenia.
 - Eugénésico. Es el que se realiza con el fin de prevenir enfermedades congénitas de naturaleza ambiental o genética, por ejemplo cuando el feto tiene malformaciones graves que no le permitan llevar una vida digna.
- b) Razones éticas o humanísticas. Cuando el embarazo es producto de una violación, incesto, trato sexual con menores o personas con enfermedad o deficiencia mental.
- c) Razones sociales. Se toman en cuenta factores como la comunidad, familia, planificación familiar o ilegitimidad.

- d) Razones personales. El que se realiza por voluntad propia y sin necesidad de aducir a causales.

2.1 Motivos de la práctica del aborto inducido en mujeres jóvenes

El aborto inducido es la consecuencia de un embarazo no deseado, las mujeres jóvenes se enfrentan a una de las decisiones más importantes de su vida y los motivos que expresan van a depender de la experiencia y forma de vida de cada una de ellas.

Ante la inminencia de un aborto provocado, la mujer tiene que considerar los costos económicos, médicos, psicológicos y socioculturales (Ramírez, Suárez y Ramírez 2007). La decisión de tener un aborto casi nunca es sencilla. La mayoría de las mujeres basan sus decisiones en varios factores. Entre estos, los más comunes son la falta de dinero o de condiciones que les permitan comenzar su familia debido a responsabilidades existentes. Muchas mujeres sienten que el curso de acción más responsable es esperar que su situación esté más estable para tener hijos (Henshaw y Kost, 1995).

Sin embargo se han encontrado motivos que se repiten en los diferentes documentos estudiados, como por ejemplo (Teracena, 2000):

- a) Para evitar la maternidad: no quiero tener hijos; mi método anticonceptivo falló.
- b) Para posponer la maternidad: quiero retrasar la llegada de un hijo.
- c) Por condiciones socioeconómicas: no puedo mantener a una criatura ahora; quiero terminar mi carrera; necesito trabajar tiempo completo para mantenerme.
- d) Por problemas en la relación: tengo problemas con mi pareja; no quiero criar a un hijo sola; quiero que mi hijo crezca con un padre; debo estar casada antes de tener un hijo.
- e) Por la edad: creo que soy muy joven para ser una buena madre; mis padres no quieren que tenga un hijo; no quiero que mis padres sepan que estoy embarazada.

- f) Por motivos de salud: el embarazo puede afectar mi salud; padezco una enfermedad crónica; el feto puede tener deformaciones; estoy infectada de VIH.
- g) Por coerción: he sido violada; mi padre —u otro pariente— me embarazó; mi pareja —o una persona cercana— insiste en que tenga un aborto.

Por su parte López (2001), expone que entre las motivaciones principales para la decisión de la interrupción voluntaria del embarazo se encuentran:

Dificultades socioeconómicas

- a) Pocos recursos económicos
- b) No disponer de ayuda para cuidarlo
- c) Dependencia económica de los padres
- d) No disponer de espacio en la vivienda

Dificultades de pareja

- a) Crisis de pareja o ruptura de relación
- b) Relación de pareja no consolidada
- c) Embarazo fruto de una relación esporádica
- d) Desacuerdo respecto al deseo de tener un hijo
- e) Existencia de maltratos

Proyecto de vida

- a) Ser demasiado joven y depender de los padres
- b) Querer terminar los estudios y tener un trabajo estable
- c) Querer esperar a casarse y tener una vivienda propia
- d) Tener un proyecto de vida incompatible con la maternidad / paternidad

Sentimientos internos

- a) No sentirse capacitada/o para ser madre/padre y educar a un hijo
- b) No tener ningún deseo de ser madre/padre ni ahora ni después
- c) Pensar que el progenitor no es el padre adecuado

Por último según Jaramillo (2008), en el Distrito Federal aunque al solicitar el servicio de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) las mujeres no tienen que especificar una razón; entre las más frecuentes están:

- a) No contar con recursos
- b) Que el embarazo afecte sus planes de estudio
- c) Que sea muy joven y no se sienta preparada para ser madre en este momento
- d) Que falle el método anticonceptivo
- e) Que haya tenido relaciones sexuales sin protección
- f) Simplemente porque no quiere tener hijos

Ninguna de estas razones significa que las mujeres abortan por puro gusto. Al contrario. *Ninguna mujer se embaraza deliberadamente para abortar después.* La decisión de abortar implica, generalmente, mucho sufrimiento y encarna la imposibilidad de enfrentar otras alternativas (Teracena, 2000). La decisión de las mujeres depende de ciertas situaciones en su entorno tales como el discurso alrededor de la maternidad, la moral de la mujer y pláticas con doctores cuando ellas piden el aborto (García, 2007).

Martha Lucía Micher Camarena expresa que por medio de las asesorías legales y psicológicas que se ofrecen en la Institución a su cargo (Instituto de las Mujeres del Distrito Federal), se ha constatado que para las mujeres, decidir interrumpir su embarazo no es sencillo, las confronta con factores sociales, religiosos de salud y de responsabilidad, así como con su proyecto de existencia individual y familiar, con su proyecto de vida. Las mujeres generalmente deciden después de una amplia reflexión, tanto racional como afectiva, no a la ligera. Ninguna mujer se embaraza para abortar (Micher, Enriquez y De Anda, 2008).

Desafortunadamente en diversos sectores de la población mexicana persiste una valoración negativa hacia las mujeres que han tenido abortos y la mayoría de la gente favorece sólo algunas razones para interrumpir el embarazo (Teracena, 2005). Muchas veces las mujeres son señaladas y juzgadas, y se propicia un ambiente de descalificación que va de la mano con mucha desinformación un ejemplo de esto lo tenemos con Alva (2007 pp.15):

“Los motivos del aborto son: el desprestigio del matrimonio y auge de la unión libre, miedo a la maternidad, a la responsabilidad, temor de la mujer a

vivir como empleada doméstica y no realizarse personal o profesionalmente, así como el deseo férreo de los recién casados de aplazar por varios años el nacimiento del primogénito, para así disfrutar a la pareja. Una de las principales causas del aborto es la proliferación de anticonceptivos y la pornografía”

“El aborto al convertirse en un hecho cotidiano es la solución más fácil para las mujeres cuando los anticonceptivos fallan”

Como en el ejemplo anterior, hay quienes afirman que las mujeres que abortan son irresponsables, ignorantes, malas o locas. Esto no es cierto. Muchas mujeres que se han practicado un aborto alguna vez en su vida son responsables, cuentan con información, son bondadosas y sensatas y, además, han sido ya o serán en el futuro madres amorosas y responsables de otros seres. Aún existe la opinión generalizada de que las mujeres que recurren al aborto tienen vidas sexuales “desordenadas” (lo cual quizá quiere decir que no viven con una pareja estable o que tienen múltiples relaciones), no desean hacerse cargo de sus hijos e hijas, son egoístas o irresponsables, sólo buscan satisfacer sus instintos o no asumen las enseñanzas de la religión... Esta caracterización, además de ser falsa, impide ver las difíciles situaciones por las que atraviesan las mujeres que abortan y ni siquiera admite la necesidad de preguntarse acerca de ellas (Teracena, 2000).

Sin embargo, no deben buscarse las causas del aborto como en épocas pasadas, en la angustiada situación de la mujer soltera originada por el miedo a la deshonor y el ímpetu irrefrenable a ocultarla, ni en el temor a la afrenta inferida al buen nombre familiar, ni en el recelo del menosprecio social. Actualmente la pobreza, que afecta principalmente a las mujeres, es la gran abortadora (Delgado, 2008).

2.2 Efectos del aborto inducido en mujeres jóvenes

Existen diferentes efectos que son resultado de la práctica del aborto inducido, entre los más importantes se encuentran los de índole física y psicológica. Según (Montoya y Ortiz, 2009), uno de los riesgos más comunes durante el aborto es el corte en el útero, o la posibilidad del aborto incompleto que puede resultar en una

infección si no es bien tratado, otros riesgos incluyen lesiones al cerviz, además de poner en peligro futuros embarazos.

De acuerdo con Alva (2007), las complicaciones físicas del aborto son: laceración del cuello uterino, perforación del útero, hemorragias, infecciones, peritonitis, probable esterilidad, posibilidad de tener embarazos extrauterinos, adherencias entre las paredes uterinas, etc. Las complicaciones de los abortos inducidos son la principal causa de muerte de las mujeres entre 15 y 39 años en varios países de América Latina y el Caribe. La Organización Mundial de la Salud considera que el aborto es responsable, al menos, de la mitad de las muertes maternas (Delgado, 2008).

De acuerdo con los datos anteriores el aborto inducido parece traer consigo múltiples complicaciones físicas que si bien pueden suceder, se tienen que estudiar mucho más a fondo, ya que se suelen confundir los riesgos del aborto inducido con los del aborto inseguro.

El aborto inseguro de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003), es aquel procedimiento realizado por personal no capacitado y/o en condiciones que no cumplen los estándares médicos mínimos. Esta definición incluye los abortos inducidos que se llevan a cabo en países con leyes restrictivas, así como los abortos realizados en países con leyes que apoyan el derecho a decidir, pero que no cumplen con los requisitos legales y médicos correspondientes (Schiavon, Enriquez y De Anda, 2008).

Cuando el aborto es ilegal, inaccesible e inseguro, la búsqueda del mismo pone en peligro, humilla a las mujeres y quebranta el respeto a sí mismas y su dignidad. Estos abortos pueden terminar en la criminalización, la infertilidad o la muerte (Klugman y Budlender, 2001). Pero la muerte no es el único costo de los abortos con riesgo, además de las mujeres que mueren, cientos de miles sobreviven con abortos realizados peligrosamente y sufren secuelas permanentes, el estigma de la sociedad y serios problemas psicológicos (Delgado, 2008).

Con respecto los daños psicológicos que el aborto produce Montoya y Ortiz (2009) mencionan que las mujeres que han tenido abortos tienen altas tasas de depresión y ansiedad posterior, trastornos del sueño, de alimentación y promiscuidad, asuntos que son destructivos para la salud de la mujer. La mujer que aborta cae en la promiscuidad, experimenta frigidez y pérdida de deseo sexual (Martínez, 2006).

En coincidencia con estas visiones Alva (2007), señala que debido a que la maternidad es una realidad maravillosamente completa y plena para toda mujer, el simple hecho de negarla genera gran cantidad de trastornos psicológicos. Mucha de la literatura consultada que habla de los efectos psicológicos en las mujeres que abortan de manera libre tiene un tinte muy marcado de ideología pro vida, la cual da por hecho muchos supuestos como por ejemplo que el instinto maternal es innato, así que resulta muy importante tomar en cuenta los efectos psicológicos que la práctica del aborto conlleva, pero nunca darlos por hecho ya que estos se presentan en cada una de las mujeres de manera completamente individual y distinta.

Es una realidad que las circunstancias personales en las que se realiza el procedimiento determinarán las consecuencias psicológicas tanto positivas como negativas, particulares para cada mujer que experimenta un aborto. De ahí que no todas las mujeres reaccionan igual ante un aborto. Hay quienes sienten alivio por haber resuelto una situación inesperada que no deseaban y otras que se quedan con culpas no resueltas. Las reacciones ante un aborto dependen de circunstancias como:

- a) Las semanas de embarazo
- b) Si la mujer ya tiene hijos
- c) Las creencias religiosas o de otro tipo
- d) El respaldo o no, por parte de la pareja y/o la familia
- e) La aceptación o el rechazo al aborto en el entorno sociocultural de la mujer
- f) El carácter legal o ilegal del aborto
- g) La situación económica de la mujer, de la cual dependerán en muchos casos las condiciones en que se practique el aborto

- h) La capacidad profesional de quien realice el aborto y las condiciones sanitarias en que éste se efectúe

Las mujeres abortan porque tienen la necesidad de interrumpir un embarazo no deseado o problemático; ninguna lo hace por gusto, como se ha señalado. Del mismo modo, las mujeres que deciden interrumpir un embarazo en medio de conflictos, como cuando la decisión no es compartida ni apoyada por la pareja u otras personas cercanas, son más propensas a sufrir perturbaciones emocionales (Hernández, 2010).

En sociedades como la nuestra donde la maternidad es considerada el papel fundamental de las mujeres y, además, un “mandato divino”, el aborto es fuertemente asociado con el pecado y la culpa. Pero las ideas sobre lo que significa “ser mujer” han ido cambiando a lo largo de la historia. No obstante, la tradición religiosa sigue teniendo una influencia considerable en el caso del aborto. Dado el valor supremo que se le confiere a la maternidad, suele criticarse a una mujer no sólo cuando decide no tener hijos, sino también cuando siente alivio después de interrumpir un embarazo. No debe desdeñarse el efecto que en muchas mujeres surten los mensajes que vinculan al aborto con la excomunión y el “infierno”: 88% de la población femenina en México se declara católica y es de suponer que sea sensible al discurso oficial de esta religión, según el cual el aborto es inadmisibles en cualquier circunstancia (Hernández, 2010).

El grado de afectación psicológica dependerá de factores como: la estructura de la personalidad, el deseo de tener un hijo desde la infancia, la calidad de las relaciones personales y afectivo-sexuales con el progenitor y la importancia particular de la maternidad/paternidad. A esto hay que añadir las circunstancias familiares, económicas, laborales y sociales. La salud emocional de las mujeres luego de que interrumpen un embarazo ha sido objeto de debate desde hace varias décadas. Los pronunciamientos de la Asociación Americana de Psicología (APA) y la Asociación Americana de Psiquiatría afirman que el aborto realizado en contextos legales no representa ningún riesgo para la salud emocional de la gran mayoría de quienes toman esta decisión (Adler, David, Major, Roth, Russo & Wyatt 1992; APA, 2008, citado en Maroto, 2011). Esta conclusión ha sido ratificada

recientemente por un estudio publicado en Dinamarca, en el cual se dio seguimiento a más de 365 000 mujeres por un período de doce años (Munk-Olsen, Laursen, Pedersen, Lidegaard & Mortensen, 2011, citados en Maroto, 2011).

Una de las principales conclusiones de los estudios de la *American Psychological Association* (APA, 2008) es que el embarazo y su interrupción no se pueden analizar en abstracto, ya que son parte de la historia de vida de cada mujer concreta y las condiciones del momento en que se presentaron. En la vivencia psicológica intervendrán las redes de apoyo con que cuente la mujer, la personalidad, la situación en que se dio el embarazo, sus valores morales, éticos y religiosos, su manera de enfrentar y lidiar con sus propias emociones, entre muchos otros factores (APA, 2008; Boonstra, Benson, Richards & Finer, 2006, citados en Maroto, 2011).

A pesar de las grandes diferencias de opinión que existen respecto de este tema, hay algo en lo que todas las personas coincidimos: nadie piensa que el aborto es una práctica deseable en sí misma. Todas las personas reconocemos, con mayor o menor claridad, que es preferible no tener que recurrir al aborto, y que la decisión de abortar es difícil y generalmente dolorosa. *Todas las personas deseamos que ninguna mujer tenga la necesidad de practicarse el aborto* (Teracena, 2000).

Las diferentes consecuencias del aborto inducido, entre ellas, el de los problemas psicológicos que se derivan de dicho procedimiento, se han puesto en entre dicho, se afirma que todas las mujeres sufren un duelo después del aborto y experimentan el llamado Síndrome Post Aborto (SPA). En el siguiente apartado veremos las características del Duelo y diferentes perspectivas del llamado SPA.

CAPÍTULO III Características del duelo y del Síndrome Post Aborto

3.1 Definiciones de duelo

Desde el momento en que nacemos comenzamos a experimentar pérdidas, y esto nos acompaña a lo largo de nuestra vida, el impacto de la muerte en el ser humano nos remite de manera natural a vivir un proceso doloroso, que se ha llamado duelo, éste permite la adaptación ante la pérdida de un ser amado, un objeto o un evento significativo, que involucra las relaciones del tipo físico, emocional, familiar, conductual, social y espiritual que se presentan como respuesta a él, implica llevar a cabo cambios que generan también ansiedad, inseguridad y temor (Fonnegra, 2001).

Nancy O`Connor (2003), define al duelo como una respuesta normal al dolor y a la angustia de la pérdida, es el proceso de recuperación después de que ocurre una pérdida perturbante en la vida. Es un estado de intranquilidad incómodo y doloroso, y si no se experimenta, si se reprime o se niega y se interioriza, puede conducir a una seria enfermedad física y emocional. Theresa Rando (citada en Martínez, 2006), dice que el duelo no es un estado, sino el proceso de experimentar reacciones psicológicas, sociales y físicas ante la percepción de una pérdida.

El duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo. Reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida (De Gómez, citado en Meza, *et. al.* 2008).

El duelo se refiere habitualmente al estado de aflicción relacionado con la muerte de un ser querido y puede presentarse con síntomas característicos de un episodio depresivo mayor, aunque no se considera un trastorno mental (DSMIV-TR, citado en De León y Cuetos, 2005). El duelo es la reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Es una respuesta adaptativa normal que suele

producirse en el contexto de la muerte de un ser querido, como reacción ante la pérdida de una persona amada o de alguna abstracción que ha ocupado el lugar de aquélla (Meza, *et. al.* 2008).

El duelo es una emoción apropiada y pertinente, no es una mala palabra, ni la expresión de la debilidad de alguien frente a una pérdida. Hay un común denominador en las definiciones encontradas, y esta es manejar al duelo no necesariamente como un estado que hay que pasar, sino como un “proceso” al que hay que transitar paulatinamente.

3.2 Etapas, fases y tareas del duelo

El duelo es un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo y aunque es una experiencia muy individual presenta algunos aspectos comunes. Según los modelos dinámicos se pueden identificar fases o etapas.

De acuerdo con Elisabeth Kübler Ross (2005), las personas en duelo experimentan 5 fases, las cuales no necesariamente suceden en este orden y se puede regresar varias veces a cualquier fase:

1º Negación y aislamiento.

Es un estado de conmoción temporal, funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite al paciente recobrar y movilizar otras defensas. Es la primera reacción donde generalmente surgen expresiones como: “No, yo no, no puede ser verdad”

2º Ira.

Esta fase es muy difícil de afrontar para la familia, ya que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar. Aquí es donde surge la pregunta ¿Por qué yo?

3º Pacto.

Es la menos conocida pero igualmente importante para el paciente, dura breves periodos de tiempo. El pacto es un intento de posponer los hechos, se hace con Dios, o quien creamos que tiene el poder de cambiar las cosas, y las promesas se hacen habitualmente en secreto.

4º Depresión.

Es una gran sensación de pérdida, cuando la persona no puede seguir negando su enfermedad, cuando no puede seguir haciendo al mal tiempo buena cara, su sensibilidad su ira y su rabia serán pronto sustituidas por una gran sensación de pérdida, esta etapa suele ser la más duradera.

5º Aceptación.

Si el paciente ha tenido bastante tiempo y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegara a una fase en la que su destino no le deprimirá ni le enojara, la aceptación no es una fase de felicidad, es más bien una fase de tranquilidad. En estos momentos la familia es la que necesita más ayuda.

Según Hiltz, (citado en Rice, 1997) se observan 3 etapas del duelo:

La primera es un breve periodo de conmoción, durante el cual los miembros de la familia están aturridos e inmovilizados por el dolor y la incredulidad; esta etapa ocurre poco después de la muerte o pérdida y por lo general dura varios días. La segunda etapa es un periodo de intenso sufrimiento, durante el cual los individuos muestran síntomas físicos y emocionales de gran perturbación, empieza al poco tiempo de la muerte del familiar y por lo general alcanza su punto máximo en las 2 o 4 semanas posteriores a la muerte, puede prolongarse por varios meses e incluso durar uno o dos años. Durante la tercera etapa se observa una recuperación gradual del interés por la vida, esta etapa generalmente tiene lugar al año después de la muerte.

De acuerdo con Olmeda (citado en De León y Cuetos, 2005) quien tiene una clara influencia de J. Bowlby, se presentan 4 fases en el duelo:

- 1ª Fase de aturdimiento o shock,
- 2ª Fase de anhelo y búsqueda,
- 3ª Fase de desorganización y desesperanza, y
- 4ª Fase de reorganización

William Worden (2004), expone que existen 4 tareas básicas y es esencial que la persona las complete antes de poder terminar el duelo o adaptarse a la pérdida:

Tarea 1. Aceptar la realidad de la pérdida.

Siempre hay cierta sensación de que no es verdad, la primera tarea del duelo es afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta, que se ha marchado y no volverá, ahí se debe asumir que el reencuentro es imposible, al menos en esta vida.

Tarea 2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.

Es necesario reconocer y trabajar el dolor, o éste se manifestará mediante algunos síntomas u otras formas de conducta disfuncional. La negación de esta segunda tarea es no sentir, la forma más común bloquear los sentimientos y negar el dolor que está presente.

Tarea 3. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

Existen 3 áreas de adaptación que se deben abordar tras la pérdida de un ser querido. 1) Las adaptaciones externas, es decir, como influye la muerte en la actuación cotidiana de la persona; 2) las adaptaciones internas, es decir, como influye la muerte en la imagen que la persona tiene de sí misma; y 3) las adaptaciones espirituales, es decir, como influye la muerte en las creencias, los valores y los supuestos sobre el mundo que abriga la persona.

Tarea 4. Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

Encontrar un lugar para el difunto que permita a la persona sobreviviente estar vinculada con él, pero de un modo que no le impida continuar con su vida.

Principales modelos de fases según sus autores (Payás, 2010):

E. Kübler Ross 1969	Negación	Ira/Negociación	Depresión	Aceptación
C. Parkes 1972	Aturdimiento	Añorar y retener	Depresión	Recuperación
J. Bowlby 1986	Aturdimiento	Añoranza y búsqueda	Desesperanza y desorganización	Reorganización
M. Horowitz 1986	Protesta	Negociación y aturdimiento	Trabajo de duelo	Completar
W. Worden 1997	Aceptar la realidad de la pérdida	Experimentar el dolor del duelo	Ajustarse a un ambiente donde el fallecido no está	Recolocar al fallecido emocionalmente

Cuadro 2. Modelos de fases de duelo. Creación propia

3.3 Tipos de duelo

De acuerdo con la mayoría de los autores el duelo es clasificado de manera general en dos tipos, por un lado el duelo normal o natural y por el otro al duelo patológico o complicado, a continuación veremos sus características.

3.3.1 Duelo natural

Este término abarca un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales o naturales después de una pérdida, que son parte esencial de la vida. La mayoría de los autores e investigadores piensa que el duelo ante la muerte o pérdida de un ser querido es una reacción humana normal, por extrañas que sean sus manifestaciones.

Según Worden (2004), el término duelo natural, a veces llamado duelo no complicado, abarca un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida. Debido a que la lista de comportamientos normales en un duelo es tan extensa y variada, estas conductas se pueden describir divididas en 4 categorías generales: a) sentimientos, b) sensaciones físicas, c) cogniciones, y d) conductas.

Lindemann (citado en Worden 2004), identifico 5 características del duelo natural:

- a) Algún tipo de malestar somático o corporal.
- b) Preocupación por la imagen del fallecido.
- c) Culpa relacionada con el fallecido o con las circunstancias de la muerte.
- d) Reacciones hostiles.
- e) Incapacidad para funcionar como lo hacía antes de la pérdida.

El duelo natural es una respuesta con carácter predecible en cuanto a su sintomatología y su evolución, aunque las personas manifiestan su duelo de manera muy individual, sobre todo en las fases agudas, depende de si la muerte se ha producido de manera inesperada, en donde la incredulidad y el estado de aturdimiento pueden durar mucho tiempo o si la pérdida fue presentida, en cuyo

caso, inconscientemente se empieza a elaborar lo que algunos tanatólogos han dado en llamar pre-duelo (De León y Cuetos, 2005).

3.3.2 Duelo complicado

El duelo anormal aparece en varias formas y se le han dado diferentes nombres. Se le llama patológico, no resuelto, complicado, crónico, retrasado o exagerado. En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana se hace referencia a las reacciones anormales de duelo como “duelo complicado”. Como sea que se llame, es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. Esto implica procesos que llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación. Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando su intensidad no coincide con la personalidad previa del deudo; cuando impide amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, sin más ocupación que la rememoración del muerto (Meza, *et. al*, 2008).

El duelo patológico se ha descrito como aquel en el que se presentan alteraciones tanto en el curso como en la intensidad del duelo. Bowlby (1993) describe dos tipos de duelo patológico: crónico y evitativo:

- 1) En el duelo crónico, las respuestas emocionales que siguen a la pérdida perduran por largo tiempo y generalmente con mucha intensidad, estas respuestas son, por lo general: pena, accesos de cólera y auto reproches. El síntoma principal que aparece es la depresión la cual a menudo se combina con ansiedad.
- 2) El duelo evitativo se refiere a aquél en que el sujeto es incapaz de elaborar el duelo: por el contrario, mantiene la organización de su vida de manera muy similar al como era antes, sin embargo, aparecen dolencias psicológicas y fisiológicas y la persona llega repentinamente a un estado de depresión aguda.

La intensidad del duelo al grado de que la persona sea desbordada y recurra a conductas antisociales o permanezca de forma estacionaria e interminable o a interrupciones y retrocesos en alguna fase del duelo normal, se le conoce como duelo patológico, complicado o no resuelto. La identificación de este tipo de duelo suele describirse cuando el doliente no puede hablar socialmente de su pérdida. Hay varias formas de hacer un perfil de duelo complicado, uno de los paradigmas más útiles lo describe en 4 apartados: (De León y Cuertos, 2005)

- 1) Duelo crónico.
- 2) Duelo retrasado.
- 3) Duelo exagerado.
- 4) Duelo enmascarado.

De acuerdo con Bucay (2008), el duelo patológico es el que se aleja de la elaboración saludable de la pérdida, y se podría definir como una interrupción (voluntaria o no) del proceso de duelo normal. La mayoría de los duelos patológicos suceden como consecuencia de estas 4 distorsiones:

- a) El duelo nunca empieza,
- b) Se detiene en alguna de las etapas,
- c) Progresa hasta un punto y rebota hacia alguna etapa anterior, o
- d) Se atasca intentando evitar alguna etapa.

Como podemos observar los dos tipos de duelo tienen características distintivas, pero es necesario añadir al tipo de duelo, los factores que intervienen en él y que van a determinar cómo se llevará el proceso de duelo de manera integral.

3.4 Factores que intervienen en el duelo

De acuerdo con Bowlby (1993), los factores que afectan el curso del duelo se pueden clasificar o agrupar en 5 variables:

- 1) Identidad y rol de la persona perdida.
- 2) Edad y sexo de la persona que sufrió la pérdida.

- 3) Causas y circunstancias sociales y psicológicas de la persona que sufrió la pérdida alrededor del momento en que ésta se produjo y posteriormente.
- 4) Personalidad del que sufrió la pérdida con especial referencia a sus facultades para establecer relaciones de amor y capacidad para responder a situaciones de estrés.

Según Bucay (2008), existen 10 factores que intervienen a la hora de determinar el previsible grado de salud en un duelo:

- 1) La calidad de la relación con la persona (íntima o distante, o con asuntos inconclusos).
- 2) Forma de la muerte (por enfermedad o accidente, súbita o previsible).
- 3) La personalidad de cada individuo (temperamento, historia, conflictos personales).
- 4) Participación en el cuidado del ser querido antes de fallecer.
- 5) Disponibilidad o no de apoyo social y familiar.
- 6) Problemas concomitantes (dificultades económicas, enfermedades).
- 7) Pautas culturales del entorno (aceptación o no del proceso de duelo).
- 8) Edades extremas en el que pena (muy viejo o muy joven).
- 9) Pérdidas múltiples o acumuladas (perder varios seres queridos al mismo tiempo).
- 10) Posibilidad de ayuda profesional o grupal (capacidad de pedir ayuda).

Por otro lado Parkes (citado en Mota, 2008), plantea que la intensidad y las alteraciones que ocurren en el doliente durante el proceso de duelo dependen de los siguientes factores:

- a) La relación emocional y la dependencia con el ser perdido.
- b) Las circunstancias de la muerte.
- c) El tiempo de preparación para la pérdida.

Puesto que la vivencia del duelo va a depender de distintas circunstancias, el caso del duelo por aborto, es un tema muy particular, ya que va a tener sus propias características y factores que determinen el tipo de proceso a seguir.

3.4.1 Factores que intervienen en el duelo por aborto

La experiencia del aborto de la mujer está mediada por la evaluación que hace del peso que tienen en su vida la gestación y el aborto, por la capacidad que ella percibe tener para enfrentarse a estos eventos y por la manera en que afronte los eventos subsecuentes a la terminación del embarazo. Así mismo, está moldeada por las condiciones del ambiente de la mujer: sus recursos materiales, apoyo social, acompañamiento de la pareja, situación legal del aborto en el lugar donde vive, etc., y por sus características personales (Teracena, 2000).

El aborto trae consigo un duelo que se hace más patológico mientras existan más perturbaciones en la personalidad previa a esta experiencia. Nuestra sociedad le agrega un dolor adicional al que puede representar el aborto en sí, pues la maternidad se considera como un evento altamente mitificado, motivo por el que el aborto se vive como un crimen físico y moral, frente al cual la sociedad de alguna manera, impone un castigo a través de la censura y rechazo (Salazar y Zamudio, 2007).

De acuerdo con López (2001), existen factores de riesgo que pueden desencadenar un duelo después del aborto:

Factores de riesgo	Posibles efectos
Problemas psiquiátricos anteriores o presentes: depresión mayor, psicosis, psicopatía, intentos de suicidio anteriores, ideas de suicidio	Riesgo de desencadenamiento de crisis
Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) de repetición	Volver a repetirse la situación
Intento de negar enfermedades	Riesgo para la salud
Desconexión emocional	No elaboración del duelo post-IVE, Riesgo de repetición

Coincidencia de pérdidas: de la pareja, de un familiar, del trabajo, accidentes, o pérdidas anteriores no asumidas	Incremento de los aspectos depresivos
Dificultades severas en el proceso y en la toma de decisión: gran ambivalencia, angustia o culpa	Incremento del sufrimiento emocional
Trasfondo religioso y cultural con actitudes culpabilizadoras respecto a la anticoncepción y el aborto	Exacerbación de sentimientos de culpabilidad
Demandas muy avanzadas en cuanto al tiempo de gestación	Posible toma de decisión no madurada Incremento de la culpa
Existencia de presiones de la pareja o de la familia, especialmente en jóvenes	Riesgo de actuar influenciada, arrepentirse y culpabilizarse después
Situación psicosocial desfavorecida: familias disfuncionales, maltrato, inmigración, etc.	Incremento de la vulnerabilidad

Cuadro 3. Factores de riesgo que desencadenan el duelo después del aborto. (López, 2001).

Un buen indicador de la manera en que puede afectarle la interrupción del embarazo es saber cómo la mujer ha vivido y elaborado los duelos anteriores a la situación actual. En la mayoría de casos el aborto se resuelve con un duelo normal, que marca un antes y un después en la vida reproductiva. Sólo en los casos en que existe enfermedad mental grave, excesiva ambivalencia, Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) de repetición y pérdidas anteriores no elaboradas, la posibilidad de trastornos psíquicos posteriores a la interrupción se incrementa.

3.5 Duelo perinatal

Cuando las personas se encuentran en medio del proceso de duelo regularmente tiene la posibilidad de compartir sus sentimientos y emociones con los otros, así como recibir apoyo, compañía y solidaridad de su red familiar y social. Esto no ocurre con aquellos duelos que por algún motivo no pueden salir a la luz y son denominados duelos secretos, ocultos o desautorizados, como es el caso del duelo por aborto inducido.

El duelo perinatal es una situación única de luto en la que las expectativas y la elaboración de planes para una nueva vida se cambia por desesperación y dolor. Steineck (citado en Mota, 2008), dice que la muerte perinatal es quizá la única situación en donde una mujer experimenta literalmente la muerte de otro dentro de ella misma.

El término duelo desautorizado se refiere a la dimensión interpersonal o aspecto social y se aplica a aquellos duelos que no pueden ser socialmente reconocidos ni públicamente expresados (Payás, 2010). Esta concepción de duelo plantea cómo a ciertas personas no se les da derecho a vivir su duelo, no reciben el apoyo de su entorno, no son reconocidos como dolientes o no son escuchados ni apoyados.

Según Kenneth Doka propone 4 categorías del duelo desautorizado (citado en Payás, 2010):

- a) Cuando la relación no es reconocida, los lazos de vinculación no son valorados socialmente como significativos.
- b) *Cuando la pérdida no es reconocida*, y lo que muere no es socialmente valorado como significativo.
- c) Cuando el doliente es excluido: si la persona no está definida socialmente o se la considera incapaz de hacer el duelo.
- d) Las circunstancias particulares de la muerte pueden influir en como la sociedad limita el apoyo al doliente.

Los duelos desautorizados se han identificado como de riesgo de duelo complicado por los sentimientos de culpa, vergüenza e inadecuación y la falta de apoyo social y de rituales significativos.

La pérdida perinatal es una experiencia muy dolorosa, inclusive si se ha decidido un aborto provocado, y frecuentemente se deja de reconocer socialmente, se niega la posibilidad de algún ritual de despedida o del simple hecho de mostrar dolor ante los demás, convirtiéndose así en un duelo desautorizado. En el caso del aborto provocado se hace responsable solo a la mujer que toma la decisión de

llevarlo a cabo, las familias y la sociedad generalmente censuran y descalifican esta práctica y la minimizan asegurando que no se debe de experimentar ningún tipo de duelo ya que es lo que la mujer decidió (Fonnegra, 2001).

Si bien se puede presentar un duelo en las mujeres que se practican un aborto inducido, éste, como veíamos anteriormente va a depender de los factores que la rodeen como el apoyo o no de la familia, los señalamientos de la sociedad, actitud ante el embarazo, personalidad, entre muchos otros.

Como se mencionó en el capítulo anterior entre las consecuencias más señaladas del aborto inducido, se encuentra el llamado Síndrome Post Aborto, que en diversos documentos se muestra como la fase inmediata del aborto inducido y que se presenta supuestamente de manera invariable, sin importar factores externos o de ninguna otra índole.

3.6 Síndrome Post Aborto (SPA)

A mediados de la década de los noventas, los grupos en contra del aborto acuñan el término “Trauma Post Aborto”, donde se plantea que las mujeres después de realizarse un aborto experimentan algunos síntomas propios del Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) tales como flashbacks, desesperanza, tristeza, dolor, baja autoestima, desconfianza, culpa, pérdida de memoria del evento y deterioro en la relación con otras personas, entre otros. Por lo tanto, se considera que el aborto en sí mismo es una experiencia estresante y traumática, razón por la cual se debe crear una nomenclatura específica y es así como nace el concepto de Trauma Post Aborto, concepto que empiezan a colocar en la opinión pública y en textos de psicología (Maroto, 2009).

En coincidencia Alva (2007), define al Síndrome Post Aborto (SPA)² como la incapacidad de la mujer para procesar su angustia, miedo, coraje, tristeza y culpabilidad alrededor de su experiencia de aborto. De acuerdo con Willke (citado

² A partir de que fue acuñado el término “Trauma Post Aborto” se le ha denominado también como “Síndrome Post Aborto” refiriéndose los dos a la misma idea y utilizados de manera indistinta.

en Martínez, 2006), el síndrome post aborto es la incapacidad de resolver el temor, el coraje, la tristeza, y la pena que se asocian con la pérdida de un hijo abortado.

El SPA afecta tanto a la madre como al padre. El aborto destruye el vínculo natural entre padres e hijos, quedando ambos progenitores con una sensación de vacío, lo que dificulta la relación de pareja. En la mujer se crea una situación de conflicto entre su papel de madre y el papel que desempeña en la destrucción de la vida de su niño no nacido (Alfonso, 2008).

De acuerdo con Gómez y Zapata para el diagnóstico de síndrome post aborto el paciente debe cumplir los criterios A y B, (2005, pp. 267-268):

A) El paciente presenta uno o varios síntomas de los apartados 1 y 2 y uno o varios síntomas de, al menos, uno de los otros apartados: 3, 4 ó 5

1. *Síntomas depresivos* (depresión, tristeza, pena, pesar, llanto frecuente) y ansiosos (ansiedad, angustia, rabia) relacionados con el aborto realizado.

2. *Sentimientos de culpa* (de vergüenza, de pérdida de autoestima y de auto rechazo) e incapacidad para perdonarse por el aborto realizado (a veces con pensamientos de suicidio); deseos de «expiación» (de borrar la culpa, de purificarse de ella) y *necesidad de reparar* (de desagraviar, de satisfacer al ofendido), de remediar el daño o perjuicio cometido (a veces mediante un embarazo expiatorio «de reparación»)

3. *Pesadillas recurrentes* sobre niños perdidos, despedazados, mutilados o muertos; pensamientos recurrentes e intrusivos o *flashbacks* sobre el aborto o la criatura abortada; ilusiones y pseudo alucinaciones auditivas (oír el llanto de un niño), fantasía reiteradas de cómo hubieran sido las cosas si no se hubiera abortado

4. *Evitación y/o rechazo de estímulos o situaciones* que recuerden el aborto, sus circunstancias o consecuencias (noticias de embarazos o abortos; reconocimientos médicos o ambientes clínicos, la visión de recién nacidos o de niños pequeños, de ropas o silletas de niño, de chupetes, etc.); empeoramiento típico de los síntomas en las fechas en que tuvo lugar el aborto o en que el niño debería haber nacido (reacciones de aniversario)

5. *Alteraciones conductuales* relacionadas con emociones provocadas por el aborto: trastornos sexuales (inhibición o rechazo sexual, frigidez, promiscuidad); anorexia u otros trastornos alimentarios; abuso de drogas o alcohol; aislamiento social y falta de interés y atención para las tareas y obligaciones habituales; enfados repentinos y arrebatos de cólera; aceptación de relaciones interpersonales abusivas; gestos o intentos autolíticos

B) Los síntomas han tenido su inicio después de la realización del aborto y aunque pueden existir otros acontecimientos vitales concomitantes (sensibilizantes, desencadenantes, agravantes, etc.), se presume que ninguno de ellos forma parte del origen del trastorno.

Conforme a esta visión, Martínez (2006), expone las etapas del duelo post aborto de acuerdo con el modelo de las etapas del duelo de Kübler Ross, pero introduce de manera arbitraria conceptos que tienen que ver con el Trastorno de Estrés Postraumático:

Negación y aislamiento.

No habla de sus sentimientos o del procedimiento del aborto. Abuso de drogas o alcohol, niega tener cualquier tipo de dolor o sentimientos relacionados con la muerte de su hijo por el aborto, niega la conexión de sus problemas actuales con el aborto que se realizó. La mujer post aborto cree que nadie, ni ella misma puede entender el porqué de su sufrimiento por una decisión que ella misma tomó, por lo que preferirá encerrarse, aislarse y quedarse sufriendo en silencio.

Enojo.

Explosión de enojo incontrolado dirigido a los hombres en general, el esposo y/o los hijos. Puede causarse daño a sí misma o a los demás.

Negociación o regateo.

Se negocian todos los sentimientos de culpa, tristeza, enojo, que la mujer pudiera tener en este momento. A mayor culpabilidad mayor negociación. Ofrecen sacrificios a cambio de la tranquilidad y el cese de los sentimientos negativos.

Depresión.

Pérdida de peso, retirarse de los amigos y la sociedad, pensamientos de suicidio e intentos, llantos inesperados, no desea levantarse, baja autoestima, abuso de drogas y alcohol, culpar a otros por sus sentimientos, divorcio y cambio en sus

relaciones interpersonales, pensamientos obsesivos del “bebé muerto”, pérdida de sentimientos románticos.

Culpa / vergüenza.

En esta etapa seguramente las mujeres pensarán que todo lo que están viviendo es el resultado de la decisión de abortar, se sentirán culpables por haber terminado con la “vida de su hijo”, no pensarán en que termine el castigo por el contrario se sentirán merecedoras de este sufrimiento, ya que ellas mismas tomaron la decisión de terminar con su embarazo.

Aceptación.

Habla con otras mujeres post aborto. Retoma sus relaciones interpersonales, vuelve a la iglesia, empieza gradualmente su despertar espiritual, la autodestrucción se reemplaza con autoestima. La aceptación llevará al cambio de vida a planear un nuevo proyecto y encontrarle sentido a la “muerte de su hijo”.

Como se puede ver, el concepto de SPA está cimentado dentro de una ideología conservadora que no presenta estudios fidedignos que respalden dicho síndrome como verdadero.

Por el contrario Adler (1992 citado en Maroto, 2009) señala que después de realizado el procedimiento, las mujeres pueden presentar sentimientos muy diversos: algunas podrán sentir remordimiento, tristeza o culpabilidad, pero la mayoría sienten alivio y felicidad. Para algunas mujeres el aborto puede ser una vía de resolver el estrés asociado al embarazo no deseado, y por lo tanto, la decisión les facilita su proceso de recuperación emocional.

En 1987, el presidente norteamericano Ronald Reagan pidió a su Secretario de Salud, el Dr. Everett Koop, que buscara evidencias de que el aborto tiene consecuencias psicológicas negativas. Como ambos funcionarios estaban en contra de la legalización del aborto, suponían que ése sería un argumento decisivo. Después de dos años de investigación, la honestidad intelectual del Dr. Koop lo hizo reconocer que no había evidencia científica que probara que el aborto produce en sí mismo consecuencias psicológicas negativas, y que los 250 estudios que se revisaron —y según los cuales el aborto producía daños psicológicos— eran metodológicamente inconsistentes (Teracena, 2000).

De manera coincidente, luego de una amplia investigación realizada desde la década de los ochentas, la Asociación Americana de Psicología (APA) ha desmentido en dos ocasiones (1990 y 2008) que exista tal síndrome e incluso en su más reciente publicación sobre el tema, ha sido enfática en afirmar que el Trauma Post Aborto no es reconocido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2008, citado en Maroto, 2009).

Por lo tanto no existe evidencia científica para corroborar la idea de que las mujeres que tienen abortos sufren el supuesto “Síndrome Post Aborto”. Debido a la falta de evidencia científica, la Asociación Psiquiátrica Americana no reconoce al SPA como un diagnóstico legítimo de salud mental, (APA 2002). Estudios científicos fidedignos también concluyen que las tasas de trastornos psiquiátricos son las mismas para las mujeres después del aborto que para las mujeres después del parto (Gilchrist et al. 1995); que las mujeres que abortan no son más propensas a sufrir depresión clínica que las mujeres que llevan a término un embarazo no deseado (Schmiege y Russo 2005); y que la violencia, específicamente la violación, está asociada con el embarazo no deseado y el aborto (Coker 2007, García - Moreno et al. 2005, Goodwin et al. 2000), así como con la ansiedad y otros problemas de salud mental (Adams y Bukowski 2007). Cuando no se toma en cuenta la salud mental de la mujer antes del aborto, los problemas de salud mental post aborto podrían parecer un resultado del aborto cuando en realidad estos problemas ya existían (citados en IPAS, 2010).

El término “Síndrome Post Aborto” fue acuñado por primera vez a principios de la década de los noventa y se basa en un estudio realizado en 1992 de 30 mujeres en Estados Unidos. Postula que el aborto es una experiencia traumática que ocasiona graves problemas de salud psicológica como depresión, profunda pena, ira, vergüenza, drogadicción, disfunción sexual, trastornos alimentarios y pensamientos suicidas (Speckhard y Rue 1992, Speckhard 1985, citados en IPAS, 2010). El “síndrome post aborto” es definido por sus defensores como una forma de trastorno de estrés postraumático (TEPT). Las mujeres en la pequeña muestra del estudio fueron reclutadas porque definieron su experiencia de aborto como “muy

estresante”. Casi la mitad de las mujeres incluidas en el estudio tuvieron abortos en el segundo trimestre y algunas tuvieron su aborto antes que fuera permitido por la ley en Estados Unidos. Por lo tanto, el estudio estaba sesgado para representar sólo a las mujeres en Estados Unidos que estimaban que sus experiencias de aborto eran negativas.

De acuerdo con Rondón (2009), solo hay dos estudios que comparan mujeres con embarazo no deseado llevado a término y mujeres con embarazo no deseado terminado voluntariamente:

Gilchrist y cols. (1995) encontraron en un grupo de 13 mil 261 mujeres con embarazos no deseados que no había diferencias en la incidencia de psicopatología luego del aborto y luego del parto, excepto que las mujeres con antecedentes de psicosis que optaron por el aborto tuvieron menor riesgo de recaída que las que optaron por continuar el embarazo y aquellas a quienes se les negó el aborto tuvieron mayor riesgo de intentar suicidarse.

Otras investigaciones Major y Cozzarelli, (2000); Adler, (1992) han identificado otros factores que incrementan la probabilidad de presentar reacciones negativas frente al aborto como son: rasgos de personalidad, especialmente puntajes elevados en la escala de neuroticismo, pobre autoestima y antecedentes previos de enfermedades psiquiátricas Citados en (Rondón, 2009).

Existen fallas que se encuentran en las otras series de investigaciones publicadas: en la serie de Gomez Lavin (1994), de diez mujeres, hay tres que fueron coaccionadas, una sometida a violencia doméstica grave, una con antecedente psiquiátrico y una que podría llamarse “SPA por poderes”, ya que la hija es quien tuvo el aborto (citado en Rondón, 2009).

La hipótesis de los autores que propugnan su inclusión en la nosología, es que afectaría a un número muy grande de mujeres que han decidido abortar, convirtiendo al aborto en causa de patología psiquiátrica y en “malo” para el bienestar psicológico de las mujeres.

En virtud de las dificultades teóricas y metodológicas para identificar la causa de las manifestaciones emocionales negativas de algunas mujeres después de un aborto, no se cuenta con sólida evidencia que permita llamarlo síndrome post aborto, y por tanto, no se le puede incluir como una entidad independiente en los manuales diagnósticos como la Clasificación Internacional del Enfermedades de la OMS CIE y el Manual de Diagnóstico y Estadística DSM (Rondón, 2009).

El énfasis en ansiedad y depresión proviene de un dogma cultural e impide percibir otras respuestas al aborto. En 2006, Fergusson (citado en Schiavon, Enríquez y De Anda 2008), publicó su estudio de 630 mujeres de 15 a 25 años en Nueva Zelanda, encontrando que la ansiedad, depresión y otros síntomas estaban relacionados a la experiencia de aborto y a las circunstancias de la vida de las jóvenes estudiadas: abuso, enfermedad mental previa y dificultades circunstanciales.

El aborto inducido NO conlleva a trastornos o alteraciones en la salud psicológica, NO se asocia con un síndrome de estrés postraumático, ni se relaciona de forma causal con mayor riesgo de depresión, suicidio o muerte violenta. Es importante señalar que este último argumento se ha pretendido utilizar desde hace por lo menos dos décadas, no sólo en México, sino a nivel internacional. Muy recientemente, para sostener tal hipótesis, se han citado dos estudios poblacionales serios, realizados en Finlandia y en Nueva Zelanda respectivamente. Ambos autores, personalmente consultados, descartan rotundamente que sus estudios puedan ser usados en contra de la despenalización del aborto. Aclaran que sus hallazgos no apoyan una relación de causalidad entre aborto inducido y depresión severa (muerte violenta, suicidios y homicidios). Estos eventos comparten factores de riesgo comunes, que por supuesto deben ser identificados y tratados adecuadamente (Gisler, 2005; Gissler, 2007; Fergusson, 2006, citados en Schiavon, Enríquez y De Anda, 2008). El segundo investigador afirma además que una nueva investigación realizada por él, demuestra que el aborto inducido en jóvenes y adolescentes resulta, años más tarde, en condiciones educativas, laborales, psicosociales y familiares significativamente mejores que en aquellas adolescentes que optaron por continuar sus embarazos (Fergusson, 2007, citado en Schiavon, Enríquez y De Anda, 2008).

El Real Colegio de Ginecólogos y Obstetras del Reino Unido menciona que el resultado de los muchos estudios realizados es que las mujeres experimentan, por lo general, alivio y disminución del estrés luego del aborto; admiten la existencia de reacciones negativas graves, que son bajas y se relacionan con determinados factores como la interrupción de un embarazo deseado y el aborto tardío; finalmente, afirman que los problemas emocionales graves ocurren en casos donde existe una vulnerabilidad que antecede al evento (Rondón, 2009).

A su vez el Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido reconoce la existencia de riesgo de trastornos mentales tanto durante el embarazo como luego del parto y afirma que “la pregunta específica de si el aborto inducido tiene o no efectos dañinos sobre la salud mental de las mujeres aun no se ha respondido. “El análisis de la metodología de la mayoría de los estudios publicados en los últimos diez años revela groseras fallas en la metodología con importantes manipulaciones de los datos estadísticos y la omisión de tomar en cuenta datos clave, como el estatus de salud mental antes del aborto, si el embarazo fue o no deseado y las motivaciones y circunstancias del aborto. Las conclusiones de estos estudios, sin embargo, han servido para la invención de entidades como «trauma post aborto» y «depresión y psicosis post aborto», que no tiene un fundamento médico-científico. Por su parte la Asociación Americana de Psicología insiste en la necesidad de estudios bien diseñados, aunque expresa reservas respecto de que alguna vez se pueda afirmar inequívocamente cuáles son las consecuencias para la salud psicológica del aborto dada la complejidad y diversidad de las mujeres y sus circunstancias (Rondón, 2009).

La presidenta de la Asociación Psiquiátrica Americana en 2008, (APA) emitió un pronunciamiento en el que afirmó “que no hay evidencia convincente que el aborto sea causa de enfermedad psiquiátrica. Es preciso distinguir «sentimientos» de «enfermedades» ...los sentimientos negativos frecuentemente se derivan de las circunstancias que dieron lugar al aborto: relaciones abusivas, falta de apoyo, o de las propias circunstancias del aborto, como la presencia de manifestantes en los lugares de atención ...la mejor manera de proteger la salud mental de las mujeres que consideran tener un aborto es asegurarse que tengan información precisa e

imparcial, que tengan buenos cuidados médicos y que sus familiares y amigos les brinden apoyo ya sea que decidan abortar o seguir adelante con el embarazo” (Rondón, 2009).

Russo y Dabul (citados en Almeling y Tews, 1999) presentaron las conclusiones de su estudio de ocho años en la revista *Psicología Profesional*:

"Aunque se hizo un examen riguroso de los datos, considerando numerosas variables e incluyendo comparaciones entre mujeres negras y blancas, católicas y no católicas, y de mujeres que habían tenido abortos con mujeres que no los habían tenido, los resultados son consistentes: La experiencia de tener un aborto juega un papel insignificante, si alguno, independiente sobre el bienestar de una mujer con el paso del tiempo, sin importar la raza o la religión. El indicador principal del bienestar de una mujer después de tener un aborto, sin importar raza o religión, es el nivel de bienestar antes del embarazo... Nuestros resultados son congruentes con los de otros, incluyendo La Academia Nacional de las Ciencias en 1975, y vale la pena repetir las conclusiones. A pesar de un esfuerzo intenso para convencer al público de la existencia de un trauma post aborto severo y generalizado, *no hay evidencia científica de la existencia de dicho trauma*, aunque el aborto ocurre en el contexto altamente angustiante de un embarazo no deseado...".

De acuerdo con Hernández (2010) expertos destacan la falta de seriedad de las publicaciones y estudios que atribuyen efectos perniciosos al procedimiento, entre otras razones, por:

- Incluir juicios de autores basados en creencias sobre cómo “debería ser” la vida reproductiva de las mujeres
- Consistir muchas veces en reportes anecdóticos de mujeres que buscaron ayuda psicológica después de haber abortado en circunstancias adversas, u obligadas a probar que sufrían desórdenes mentales para poder interrumpir un embarazo
- Ser auspiciados por organizaciones religiosas que se oponen a que las mujeres puedan decidir sobre su reproducción

- Mostrar problemas metodológicos como: inapropiada comparación de grupos de contraste (por ejemplo, comparar mujeres que tuvieron un aborto en situaciones adversas con mujeres que tuvieron embarazos deseados); no considerar el contexto familiar, social, cultural y legal en que el aborto tuvo lugar; no considerar la salud mental anterior al aborto.

Nada Stotland, presidenta de la APA, hizo además una precisión importante: “experimentar sentimientos negativos o ambivalentes no es una patología”. Por ello es importante que los médicos ayuden a las mujeres a identificar y analizar los sentimientos no resueltos respecto a su vida reproductiva, para que puedan recobrar su salud integral. La idea, basada en creencias religiosas católicas y todavía bastante arraigada, de que la interrupción de un embarazo es algo intrínsecamente malo que debe castigarse, constituye un contexto que propicia sentimientos de culpa que, consecuentemente, pueden afectar la salud integral de las mujeres que abortan.

El estigma social es particularmente dañino cuando las mujeres lo internalizan y como consecuencia consideran que cometieron un grave pecado o un crimen. Justamente, son estas mujeres quienes pueden ser particularmente vulnerables a desórdenes psicológicos posteriores a la interrupción del embarazo. Esto es lo que realmente puede causar un duelo, es plausible la angustia, la ansiedad, las culpas establecidas socialmente y el secreto. Los mensajes sociales que invitan a las mujeres a pensar acerca de re-evaluar un aborto previo como un pecado o un asesinato pueden incrementar en la mujer los sentimientos de culpa y estrés acerca del aborto que ellas tuvieron en el pasado (APA, 2008, citada en Maroto, 2009).

Para algunas de las mujeres, las culpas creadas socialmente, el discurso sobrevalorado de la maternidad, los mandatos de las religiones o el secreto en el que tienen que mantener el aborto que se realizaron, son factores que prolongan el tiempo de procesamiento emocional de la experiencia. Mantener en secreto su decisión y su vivencia (tanto del embarazo como del aborto) es uno de los factores que tiene un mayor costo emocional (Lomonte, 2001, citada en Maroto, 2009).

Parece ser que lo que en realidad provoca el mito del síndrome post aborto es exponer el mito del trauma post aborto en los medios porque refuerza de igual manera la presión sobre las mujeres que han abortado, revictimizándolas tanto si se sienten mal como si no lo hacen.

No existe una sola manera de experimentar el aborto. Las mujeres pueden tener reacciones muy diversas frente al mismo hecho y esto depende, ante todo, de cómo tomen su decisión. Algunas pueden experimentar sentimientos negativos, como la culpa. Esto se facilita en ambientes en los que la sociedad no acepta el aborto, como en el caso de México. Sin embargo, muchas otras sienten alivio o se sienten liberadas y en condiciones de continuar su vida con nueva fuerza. Seguramente hay quienes tienen sensaciones mezcladas o ambivalentes después de la interrupción de su embarazo. Con todo, sí existen condiciones que favorecen la presencia de sentimientos negativos después del aborto. La tristeza y el sentimiento de pérdida son más o menos frecuentes, sobre todo si la decisión de abortar se toma en situaciones emocionales difíciles o cuando la decisión acarrea la pérdida de la pareja o la ruptura de otros lazos afectivos. En cambio, cuando la decisión de abortar es firme, se fundamenta en el ejercicio consciente de la responsabilidad personal, surge del reconocimiento del propio deseo y ofrece la claridad de estar optando por el menor de los males, la mujer no experimenta daños psicológicos aun cuando, evidentemente, el aborto no sea una alternativa agradable ni deseable en sí misma. La decisión bien tomada trae consigo una sensación de alivio y liberación (Teracena, 2000).

En este sentido López (2008), señala que algunos individuos no experimentan distrés o síntomas de duelo (como se entienden comúnmente) consecuentes a una pérdida. Una minoría de sujetos no experimenta (o no reporta experimentar) ningún dolor después de la pérdida. Algunos investigadores especulan que esto no necesariamente indica ausencia de duelo o reacción de duelo pospuesto, las cuales han sido consideraciones problemáticas desde la perspectiva del trabajo del duelo. Se ha sugerido que el duelo en algunas circunstancias puede representar el final de una situación difícil, lo cual lleva a un menor sufrimiento psicológico en lugar de un incremento de emociones negativas.

En el DF, la encargada del programa de Interrupción Legal del Embarazo en el Hospital Materno Infantil de Inguarán, la doctora María Laura García menciona que, el impacto psicológico en las mujeres después de la ILE es mínimo; de hecho, asegura que las personas se van satisfechas por haber llevado una intervención segura, además de que la Secretaria de Salud DF cuenta con psicólogos que pueden disminuir un posible impacto (Paniagua, 2010).

En otros casos el aborto genera en las mujeres una gama de sentimientos a nivel individual, como es la culpa, el arrepentimiento o el alivio. Los sentimientos que surgen a partir de la experiencia del aborto, modifican la dinámica de pareja, sin embargo estos cambios están relacionados y diferenciados de acuerdo al tipo de relación que hayan construido, incluso antes de pasar por el aborto, y no a consecuencia del propio aborto (Pérez, 2008).

Por el contrario, existen consecuencias graves cuando una mujer no puede ejercer su derecho de interrumpir de manera libre su embarazo como explican los médicos Aníbal Faúndes y José Barzelatto ex directivos de la Organización Mundial de la Salud, que han advertido sobre las consecuencias psicológicas negativas que pueden sufrir no solo las mujeres a quienes se les impide abortar, sino también sus descendientes: entre los niños nacidos como consecuencia de esos embarazos no deseados se describe un alto riesgo de sufrir diversas dificultades en sus relaciones sociales interpersonales (Paniagua, 2010).

Varios profesionales de la salud psicológica coinciden en que nacer sin ser deseado trae consigo riesgos para el desarrollo psicosocial. Incluso estudios longitudinales han demostrado que los hijos de madres a quienes se les negó un aborto terapéutico, mostraron problemas psicológicos adversos durante su etapa de desarrollo, incluyendo mala integración social y relaciones familiares negativas (David, Dytrich, Matejcek, 2003 citados en Aguirre, 2007).

En cualquier circunstancia, no se puede aislar la experiencia del embarazo y la decisión de interrumpirlo de la historia de vida de la mujer. Por lo tanto, no se pueden establecer criterios generales sobre el impacto de los abortos en la salud emocional, ya que la experiencia psicológica del aborto estará mediada, entre otros

factores, por la evaluación que cada mujer haga del embarazo y del aborto, el significado que tiene ambos eventos en su vida, su habilidad de lidiar con situaciones complejas, las formas en que enfrenta las emociones, las condiciones del ambiente en el que se toma la decisión y se lleva a la práctica, la edad, la presencia o ausencia de redes de apoyo, la situación legal del aborto, así como de las mismas características de la mujer, tales como personalidad, actitudes, valores, entre otros (APA, 2008; Boonstra, 2006, citados en Maroto, 2009).

El duelo en las mujeres que experimentan un aborto inducido es un proceso que va a depender de la manera en que cada una viva su pérdida, puede ser un duelo normal en el sentido de que se puede sentir tristeza, dolor, enojo, sin que éstos paralicen su vida ó inclusive llegar a sentir alivio y tranquilidad. Uno de los factores más importantes que intervienen en llevar un duelo normal o uno complicado es el del estigma hacia las mujeres que tiene un aborto inducido, ya se ha dicho que la personalidad y la elaboración previa de los duelos va a determinar si se vive de una manera más difícil, pero cuando a las mujeres además de esto, se les señala y se les niega el derecho de sentir tristeza por su pérdida, tienen más posibilidades de tener un duelo complicado.

Esto no quiere decir que el SPA sea un imperativo y mucho menos que sea la consecuencia directa del aborto, o que las mujeres como resultado del aborto vayan a caer en promiscuidad, depresión, tendencias suicidas, alcoholismo, rompimiento inevitable con la pareja o drogadicción, como muchos autores han asegurado sin tener bases científicas sólidas. Hay que conocer además el entorno en que las mujeres jóvenes nos movemos en México y los señalamientos y posiciones morales que la sociedad nos impone, para esto es necesario tener en cuenta las diferentes perspectivas ante el aborto inducido.

CAPITULO IV. Diferentes perspectivas sobre el aborto inducido

El aborto es sin duda un tema con mucha polémica alrededor, por un lado se encuentran los grupos auto denominados a favor de la vida, y por el otro los grupos por el derecho a decidir.

Muchos son los argumentos en contra como a favor del aborto. A partir de la legislación de la Interrupción Legal de Embarazo en el Distrito Federal en 2007, los grupos conservadores han dado argumentos para que esta ley se elimine, uno de ellos es el llamado SPA en pro según ellos, de la salud de las mujeres. Y por otro lado los grupos más liberales han celebrado la no criminalización a las mujeres por tomar una decisión. Entre estas dos posturas se encuentra un grupo muy interesante que no se pronuncia a favor del aborto pero que tampoco lo criminaliza, además de apoyar la reforma de ley de ILE.

4.1 Grupos en contra del aborto. Comités Pro vida e Iglesia Católica

Existen grupos que se oponen al aborto y que se pueden reunir bajo la denominación de movimientos contra elección. En México son dos: El movimiento llamado comité Pro vida y la Iglesia Católica que unen fuerzas para luchar en contra del aborto en cualquier circunstancia, privilegiando el derecho de nacer al de la decisión de las mujeres.

La historia del debate católico sobre el aborto se ha prolongado durante siglos, en el interior de la Iglesia católica se han manifestado diversas posiciones a lo largo de la historia, durante los primeros siglos del cristianismo, los teólogos discutían sobre el momento de la hominización, es decir, el momento en el que se supone que el alma se incorpora al cuerpo del nonato. San Agustín, que vivió entre los años 354 y 430, afirmaba que “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 sensación*, ya que todavía no se ha formado la carne y no está dotada de sentidos.” Siglos más tarde, Santo Tomás de Aquino (1127-1174) sostenía, como San Agustín, la teoría de la *hominización retardada*. Decía que “el aborto en las primeras etapas no es homicidio”, pues creía que el alma ingresa al cuerpo hasta

cuarenta días después de la concepción en el caso de los varones, y ochenta días después de la concepción en el caso de las mujeres. Simultáneamente, otros teólogos sostenían que la concepción y la hominización ocurrían al mismo tiempo, de modo que el aborto inducido era un asesinato en todos los casos (Teracena, 2000 pp. 62).

A partir del año 1500 y hasta el siglo diecinueve, se fue extendiendo poco a poco en la Iglesia católica la idea de que “el alma racional puede existir desde el momento de la concepción” Sin embargo, también durante ese periodo se alzaban voces católicas pronunciándose a favor de permitir el aborto terapéutico, es decir, el que se practicaba para salvar la vida de la mujer en caso de que corriera peligro. Fue hasta 1869 cuando en el documento titulado *Apostolica Sedis*, el Papa Pío IX decidió establecer el castigo de la excomunión para el aborto en cualquier circunstancia y momento del embarazo. Daba así por concluida oficialmente la discusión sobre la hominización, problema teológico que, por lo demás, nunca ha sido resuelto unánimemente por los teólogos católicos. Durante los siguientes cincuenta años, a medida que se concentraba cada vez más el poder de la Iglesia en el papado, se fue estableciendo como opinión mayoritaria la idea de la hominización inmediata. Sin embargo, esta idea nunca ha sido objeto de un pronunciamiento "infalible" por parte de ningún Papa. En 1974, la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe —que anteriormente fue el Santo Oficio de la Inquisición— publicó un documento sobre el aborto provocado en el que rechaza de manera absoluta el aborto en cualquier circunstancia. “El respeto a la vida humana se impone desde que comienza el proceso de la generación” afirma el documento, y niega la validez de cualquier argumento encaminado a legalizar el aborto. El texto refrenda la creencia en la hominización inmediata, y recurre a la idea de la individualidad genética para afirmar que el óvulo fecundado es ya vida propiamente humana. Además, rechaza la afirmación que hoy en día hacen algunos jerarcas católicos en el sentido de que existe un consenso científico sobre el momento en el que comienza la vida humana. “No es incumbencia de las ciencias biológicas dar un juicio decisivo acerca de cuestiones filosóficas y morales como son la del momento en que se constituye la persona humana y la legitimidad del aborto” dice (Teracena, 2000 pp. 63-64).

Por su parte Juan Pablo II siguiendo los preceptos de la Carta encíclica, refiere que “el aborto está considerado entre los delitos que el hombre puede cometer contra la vida; el aborto procurado presenta características que lo hacen grave e ignominioso” (Sinuhé y Villagrana, 2007 p. 13).

En el siguiente cuadro se pueden ver las diferentes posiciones que ha asumido la iglesia a través de los años (Hurst, 1998).

Transformación de la posición de la Iglesia			
	“El aborto es pecaminoso si oculta el pecado.”	“No se permite el aborto.”	“El aborto en las primeras etapas no es homicidio.”
	“El aborto requiere penitencia ‘en caso de que sea homicidio’. Sin embargo, hominización inmediata no implícita	Hominización inmediata implícita	Hominización retardada implícita
Primeros seis siglos	Desarrollo continuo		
1-600 d. C.	<i>Didache</i> (100 d. C.) S. Tertuliano (160-240) S. Cipriano (200-258) S. Máximo (580-662)	Jerónimo (347-419) S. Agustín (354-430) Cirilo de Alejandría (d.444)	
Medioevo		Pedro Lombardo (1095-1160)	Graciano
600-1500 d. C.		Buenaventura (1221-1274) S. Tomás de Aquino (1227-1274) Concilio de Vienne (1312)	Inocente III (1198-1216) Gregorio IX (ca 1240)
Época Premoderna			
1500-1750	Sixto V (1588)	Concilio de Trento (1566) Santo Oficio (1679) Santo Oficio (1713)	Gregorio XIV (1591)
Época Moderna	S. Alfonso Ligouri Jean Gury (1864) Pío IX (1869) <i>Código de Ley Canónica</i> (1917) Pío XI (1930) Pío XII (1951) Vaticano II (1965) Pablo VI (1968) <i>Declaración Sobre el Aborto</i>	TERAPÉUTICO Juan de Nápoles (1315) S. Antonio (1581) Martín Azpícueta (1640) Tomás Sánchez, SJ (1550-1610)	24 Tesis Tomista (1914) H. de Dorlotod (1914) H.M. Häring (1949) Joseph Donceel, SJ (1970)

Cuadro 4. Transformación de la posición de la Iglesia respecto al aborto (Hurst, 1998).

Si bien es cierto que las autoridades eclesiásticas han condenado siempre el aborto, también lo es que, como no existe un fundamento teológico suficientemente sólido para sostener que el óvulo fecundado, el embrión o el feto son personas, “la prohibición del aborto nunca ha formado parte del magisterio de la Iglesia” ni se ha elevado nunca al rango de dogma de fe (Teracena, 2000).

A pesar de que en la iglesia no hay un consenso, si hay una posición oficial acerca del aborto, y vale resaltar que esta posición se trata de imponer a la sociedad en general (en especial a las mujeres) y a las leyes mismas. La religión especialmente la judeo – cristiana y musulmana determina que las mujeres aparezcan como seres sumisos, dependientes, ignorantes y sin posibilidad de tomar decisiones propias, solo la obediencia les da acceso al respeto y a la santidad femenina. La doble moral a la que estamos sujetas las personas en una sociedad, obliga a las mujeres a ser el cuerpo en el cual se deposita toda la responsabilidad de la salud reproductiva, el control natal y el aborto (Delgado y Florez, 2009).

La jerarquía católica tiene dificultad para aceptar la autonomía de las y los creyentes, así como su capacidad de discernir y ser sujetos morales que pueden llegar a un juicio razonable y de buena fe, de acuerdo con los dictados de sus conciencias. Se impone, por el contrario, el juicio paternalista que ofrece una solución ya hecha, y que, para evitar la duda, envuelve dicha razón con argumentos de autoridad, con amenazas y castigos, sobre todo para las mujeres (García, 2008).

Según García (2008), la oposición de la jerarquía católica y de algunos grupos de la sociedad civil a la Interrupción Legal del Embarazo, sin tomar en cuenta las circunstancias, entraña una falta de conocimiento y actualización sobre el tema, además de una falta de caridad y misericordia, que propicia hacia la mujer estigmatización y rechazo social, mismas que también se han traducido en normas injustas y desiguales en nuestra sociedad y en las iglesias.

Desde que las leyes relativas al aborto se liberalizaron en los países occidentales, la jerarquía de la Iglesia católica empezó a impulsar los llamados

comités "provida", en un intento de frenar la tendencia a la legalización (Lamas, 2003). El comité Pro vida está integrado por personas afines a la filosofía cristiana; su trabajo busca evitar el aborto, apoyados en principios morales, éticos y religiosos; fomentan la integración familiar y la práctica de premisas como: la consumación del matrimonio como único medio para la conformación de una familia; la abstención de las relaciones sexuales antes o fuera del matrimonio, el rechazo al uso de métodos anticonceptivos, a menos que se trate de métodos naturales y el rechazo al aborto en cualquier circunstancia (Paniagua, 2010).

Estos grupos se han encargado de difundir la idea de que el aborto es un crimen y un asesinato contra una persona indefensa y por ende, las mujeres que lo practiquen enfrentarán las consecuencias en su salud emocional de por vida. Este discurso responde a una estrategia implementada por el movimiento autodenominado "pro-vida", pero que desde otros sectores se conocen como "fundamentalistas" o "conservadoras". Así, uno de los principales argumentos que han utilizado en estas últimas dos décadas es la preocupación por la salud psicológica de las mujeres que se realizan un aborto, ya que plantean que quien toma esta decisión enfrentará serios problemas psiquiátricos de manera permanente (Maroto, 2009).

Como veíamos en el capítulo anterior, es desde ésta perspectiva donde se comienza a hablar del SPA, con argumentos poco científicos pero si muy cargados de una ideología "anti aborto". Muchos han sido los señalamientos de mujeres que han sido agredidas por estos grupos "pro vida", fuera de los hospitales donde se practica el ILE, situación que evidentemente va en contra de lo que supuestamente predicen: el "respeto por la vida".

Como señala Paniagua (2010), quien entrevista a una mujer que interrumpió su embarazo: "Tal vez el juez te lo encuentras en la puerta, que son los de Pro vida, los que te señalan y te marginan de una forma espantosa, te acosan de una forma que (...) porque el día que yo fui, no sé si sea todos los días, pero el día que yo fui nos gritaban: ¡asesinas, asesinas!, y cosas así que quedan fuera de lugar, porque son decisiones y cualquier decisión se respeta." Las mesas pro vida afuera de los hospitales son un obstáculo para que las mujeres accedan a información

veraz, objetiva y sin sesgos morales o religiosos. En éste sentido Elizari (1999), indica que saliendo de las clínicas y servicios donde se práctica el aborto, la gente de próvida y los religiosos condenan públicamente con el radicalismo propio de la vocación religiosa.

A lo que los comités responden que: la presencia de los religiosos y religiosas puede ser útil en los hospitales públicos, en los que no solo deberán evitar cualquier ocasión o motivo de escándalo, sino, que sobre todo, promoverán con coraje toda iniciativa en defensa de la vida (Elizari, 1999).

Por su parte Russo y Dabul (citados en Almeling y Tews, 1999), señalan que entre 1979 y 1987, los esfuerzos anti aborto para estigmatizar al mismo todavía no habían alcanzado niveles prominentes. Hoy en día, grupos opuestos al aborto regularmente acosan a los empleados de las clínicas, intimidan a las pacientes y usan lenguaje gráfico con intención de castigar a las mujeres (por ejemplo "el aborto es asesinato", "las mujeres son asesinas de los niños"). Además, en los últimos años se ha revelado una nueva estrategia anti aborto, la de ofrecer servicios de "consejería" a las mujeres. Consejería que desinforma y estigmatiza y confunde.

En el mismo sentido Paniagua (2010), indica que una de las barreras para que el servicio de ILE se dé con mayor calidad, son los grupos que se han apostado afuera de los hospitales y clínicas que realizan el procedimiento, con la intención de convencer a las mujeres para que desistan de interrumpir su embarazo. "les dicen que pueden morir, incluso les dicen a las acompañantes que ellas van a ser responsables de la muerte de las mujeres". Esto afecta en el sentido emocional, para las mujeres que ya van decididas a interrumpir su embarazo, provoca culpabilidad y estrés; resulta muy agresivo lo que hacen.

Los grupos y organizaciones vinculadas a próvida causan confusión en las mujeres, lo cual tiene un impacto desfavorable en el proceso de apropiamiento de derechos, así como en la manera en como las mujeres reciben, viven y transitan el procedimiento de Interrupción Legal del Embarazo (Paniagua, 2010). Cuando una mujer interrumpe su embarazo no solo tiene que lidiar con los sentimientos que

surgen de ella misma, sino que debe lidiar con la gente que está en contra del aborto y que la juzga sin siquiera conocerla y sin conocer la situación que la llevo a tomar esta decisión.

El SPA no es resultado del aborto, pero las mujeres sí pueden presentar problemas emocionales si están expuestas a opiniones anti aborto como la que expresa Alfonso (2008): “el aborto provocado es un procedimiento criminal que ha sido utilizado a lo largo de la historia de la medicina, como forma de matar al niño, con frecuencia se utilizan eufemismos como “evacuar el útero” o “interrumpir el embarazo”, para referirse a él sin tener que emplear el término médico, que tiene claras connotaciones éticas. En el caso de un aborto provocado, la madre del niño, ya concebido y no nacido, percibirá su embarazo como una agresión a su “libertad”, (a sus planes personales, como la terminación de estudios, interrupción de un proyecto migratorio o la terminación de un modo de vida ajeno a responsabilidades propias de la maternidad). Sea cual fuere el motivo, la consecuencia de percibir su embarazo como una agresión, desencadenará una emoción colérica; pero a diferencia de la cólera normal, que se dirige al sujeto agresor, ésta se desplazará a un ser inocente y, consecuentemente, la madre misma se convertirá en sujeto agresor de su propio hijo”.

Además de señalar y culpabilizar a las mujeres se utiliza un lenguaje lleno de estereotipos y sumamente agresivo que seguramente dejará secuelas ya que ellas se encuentran en un momento muy difícil y delicado.

Prueba de esto, es el texto de Alva (2007), donde señala que “la mujer posee innatamente tendencia a la maternidad por lo que puede afirmarse categóricamente que ella, deseará a su bebé siempre, entonces ¿por qué? el sitio más dulce y amable para el bebe se convierte en su tumba”. Es la actitud de rechazo anticipado a la concepción de un nuevo ser; es la incapacidad de los padres para desgastarse amando y compartiendo con sus hijos. Es un miedo a dejar la profesión y “libertad” de la madre, es un sexo seguro para las relaciones pre o extramatrimoniales de adolescentes y adultos; es un no a la responsabilidad y compromiso, es un si al placer aislado del amor y un no a las consecuencias.

Otro ejemplo de estas posturas es Salazar y Zamudio, (2007), quien apunta que “el aborto, lejos de liberar a la mujer, la destruye y la esclaviza aún más, facilita la irresponsabilidad masculina y el machismo, ya que la mujer se convierte en un objeto sexual del hombre, quien sí ve en el embarazo un obstáculo para su preciada libertad, por lo que presiona y hasta chantajea a la mujer para que escoja la falsa solución del aborto”. Esta visión da por hecho que todos los hombres son irresponsables y las mujeres siempre son influenciadas por su pareja para tomar la decisión de interrumpir su embarazo, sin tomar en cuenta que ellas tienen diversas razones para interrumpirlo, tienen pensamiento, decisión propia y que en la mayoría de los casos no son forzadas, además aseguran que las mujeres son irresponsables y utilizan la salida “fácil” y que toda mujer “debe” de ser madre.

Afortunadamente en la Iglesia mexicana no solamente se encuentra la posición anti aborto, o los comités pro vida, también existe una amplia población que a pesar de ser católicos no buscan criminalizar a las mujeres o a quienes apoyen el aborto como una opción para los embarazos no deseados.

Al enfrentarse a la cerrazón vaticana, la argumentación de los grupos católicos progresistas sobre el derecho a elegir de acuerdo con la propia conciencia ha abierto un camino de esperanza para millones de mujeres creyentes que han abortado, y que seguirán abortando, y también para los hombres de fe que las han apoyado y que continuarán haciéndolo (Lamas, 2003).

La organización Católicas por el Derecho a Decidir inicia sus actividades en México en 1987, y se constituye como asociación civil en 1994. Se identifica con la definición de los derechos reproductivos sustentados en el artículo 4° de la constitución mexicana, que establece claramente: “el varón y la mujer son iguales ante la ley. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”. Expone el embarazo no deseado y el aborto inducido como graves problemas de salud pública, que afectan mayormente a mujeres pobres, niñas y adolescentes, aquellas que no tienen acceso a información oportuna y certera. La organización sienta sus bases ideológicas argumentando en oposición al discurso religioso católico, por acto de consecuencia la institución religiosa tiene como prioritario descalificar y aminorar la

credibilidad del discurso de Católicas por el Derecho a Decidir, mismas que se manifiestan por el aborto bajo cualquier circunstancia (González, 2006).

Según esta organización, el aborto no puede ser considerado como bueno en sí mismo. Mas la continuación de un embarazo no planeado o no deseado, que muy probablemente representará una amenaza para la vida física y mental de la mujer, de la pareja, de la familia e incluso de la sociedad, tampoco puede ser considerada como deseable. Ninguna mujer aborta con alegría en su corazón. El aborto es un serio dilema ético en el que las mujeres ponen en consideración todos los factores a favor y en contra de traer al mundo una criatura; se encuentran ante una situación límite en la que se da un conflicto de valores. Y generalmente toman la decisión en función del bienestar de sus otras hijas e hijos, de su familia o de otras personas. Las mujeres que deciden abortar lo hacen de acuerdo con los dictados de su conciencia, y las decisiones tomadas con reflexión son moralmente válidas (Paniagua, 2010).

La siguiente es la carta de principios de la organización de Mujeres Católicas por el Derecho a Decidir (González, 2006):

- a) El derecho de las mujeres a la autonomía y el control sobre su propio cuerpo y la vivencia placentera de su sexualidad sin ninguna distinción de clase, raza, etnia, credo, edad y opción sexual.
- b) La capacidad moral que mujeres y hombres tienen para tomar decisiones serias y responsables sobre sus vidas y en particular en lo que se refiere a la sexualidad y a la reproducción humana.
- c) El pensamiento teológico que reconoce la validez moral de las decisiones tomadas por las mujeres en el campo reproductivo, desculpabilizando a las mismas incluso cuando deciden abortar.
- d) El respeto por la diversidad, la diferencia y la pluralidad como necesarias para la realización de la libertad y la justicia.

La visión de católicas por el Derecho a Decidir, es en México un respiro para miles de mujeres católicas que se ven en la necesidad de interrumpir su embarazo, y que en la fe encuentran tranquilidad y no el señalamiento y agresión que los otros grupos imponen. Además de ofrecer una alternativa de respeto a la diferencia.

4.2 Grupos a favor del derecho a decidir

El derecho a decidir de las personas sobre el número y espaciamiento de sus hijos es una garantía plasmada en el artículo 4º constitucional y en los distintos tratados internacionales firmados por México. No obstante, esta garantía no se ve reflejada en una legislación que asegure el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país.

Los grupos a favor del derecho a decidir navegan generalmente contra corriente, pero en el Distrito Federal, a partir de 2007, la ley se pone de lado de las mujeres que por distintas situaciones tienen que recurrir al aborto inducido. Estos grupos que apoyan la despenalización del aborto no promueven la práctica del aborto, ni buscan convencer a quienes se oponen a él para que cambien su opinión, simplemente quieren que la libertad para decidir sea para todas las mujeres (Romero, Enríquez y De Anda, 2008).

Según esta visión, el derecho al aborto debe formar parte integral de los derechos ciudadanos de las mujeres, no sólo porque cada quién tiene el derecho a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos, sino porque el embarazo y la reproducción son fenómenos íntimamente vinculados con la integridad corporal y la privacidad de las mujeres (Teracena, 2000).

Uno de los argumentos a favor del derecho a decidir radica en las investigaciones científicas, como muestra Galeana, Enríquez y De Anda, (2008), científicamente, antes de las 12 semanas no hay sistema nervioso ni actividad cerebral, es por esto que la ENEO (Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia) ha fijado su postura institucional en pro de la despenalización del aborto.

El aborto inducido además de ser un problema de salud pública, y de injusticia social, es también de inequidad económica y de género. Las mujeres no se embarazan solas, sin embargo a quien se castiga y se priva de su libertad es a la mujer, lo que contraviene el artículo 4º constitucional (Galeana, Enríquez y De Anda, 2008). La Escuela Nacional de Enfermería y obstetricia de la UNAM, ha

señalado que el aborto es un problema de inequidad por razón de género, es a ellas a quienes se les juzga, se les señala, se les culpa, y se les cuestiona de manera inquisitiva en las salas de los hospitales. “a los hombres ni siquiera se les busca, o se le somete a tratamiento, no se les pregunta su nombre ni se les responsabiliza de la situación” (Paniagua, 2010).

La violencia rodea a las mujeres que abortan; aunque sea por causas fisiológicas, se les trata como delincuentes. Se les practica una atención médica agresiva, por parte del personal médico, en particular el masculino. Los proveedores de salud se erigen en jueces y verdugos de las mujeres. El documento de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) da fe de que es frecuente que el legrado se lleve tejido endometrial de manera intencionada utilizando una legra de mayor calibre para el procedimiento (Galeana, Enríquez y De Anda, 2008). El que los hombres o las instituciones quieran decidir en relación con las mujeres es un ejercicio de poder desmesurado que atenta contra la libertad, la intimidad y el derecho a la elección (Castañeda, 2003).

Las mujeres jóvenes alzan la voz para defender su autonomía y derechos, como señala Marín, Enríquez y De Anda, (2008), “los jóvenes somos personas con dignidad y derechos, capaces de tomar decisiones y actuar conforme a nuestras necesidades, valores y expectativas, la materialización de los derechos humanos, es poder tener una maternidad libre, segura, elegida y feliz, *nunca impuesta*”.

Para defender la autonomía de las mujeres hay que dejar de considerar a la maternidad como destino y comenzar a verla como un trabajo de amor que, para ejercerse en plenitud, implica algo previo: el deseo. Para prevenir los embarazos no deseados es necesario un largo proceso educativo, con una buena y explícita educación sexual y una amplia oferta de métodos anticonceptivos, seguros y baratos, además de la erradicación de la violencia sexual y la pobreza. Mientras no existan esas condiciones habrá que remediar los embarazos no deseados. Y ese remedio es la interrupción legal del embarazo (Lamas, Enríquez y De Anda, 2008).

En México, los grupos y mujeres que luchan por el derecho a decidir se topan con grupos que se encargan de desprestigiarlas, como es el caso de la

iglesia católica, como señala González (2006): se hacen campañas repartiendo volantes que manifiestan “el gobierno ha decidido eliminar la palabra madre, legalizando el aborto, fomentando el sexo en adolescentes y jóvenes”.

También afirman que quienes promueven la práctica del aborto deciden que un hijo es una carga y al negar la maternidad, también niegan la esencia natural de la mujer (Vargas, 2004). Al mismo tiempo los grupos pro vida continúan con sus campañas de “información” acerca del aborto inducido sustituyendo los términos correspondientes al ser en gestación en cada una de las etapas (cigoto, blastocito, embrión, feto) por términos que conciernen únicamente a seres humanos nacidos, así estos grupos confunden embriones y fetos con bebés (Castañeda, 2003).

De acuerdo con los detractores de la ILE, la sociedad pone muchas facilidades para abortar a las mujeres, se llega a afirmaciones tan absurdas como que las mujeres solo necesitan aceptar la idea de la maternidad y que se les apoye con pañales y leche en cuanto sus bebés nazcan, así mismo se menciona a la adopción como una solución fácil.

Como señala Teracena (2000), concebir a las mujeres como hembras paridoras por excelencia y plantear que es mejor llevar a término el embarazo para luego dar a la criatura en adopción supone que las mujeres no son personas con sentimientos, sino sólo mamíferas que pueden desprenderse sencillamente de su cría. Esta idea, que olvida que las mujeres son seres humanos, expresa además una dificultad para entender que el embarazo no sólo es una realidad biológica sino también una compleja realidad psíquica, con serias consecuencias emocionales, familiares, laborales y económicas. Justamente lo intrincado de esta situación es lo que hace que un embarazo no deseado le afecte a la mujer —y a la criatura que nace bajo esas condiciones— toda la vida.

Cuando los promotores de la adopción como solución al embarazo no deseado afirman que el aborto es siempre una experiencia traumática que marca a las mujeres para el resto de sus días, no sólo mienten —puesto que existe evidencia científica que comprueba que en muchísimos casos el aborto es una experiencia liberadora y positiva— sino que también pasan por alto el hecho de que

la adopción afecta de distintas maneras, muchas de las cuales son negativas, a las mujeres y al hijo o hija que dio en adopción (Teracena, 2000). La tensión asociada con el aborto es una tensión aguda que típicamente se acaba al hacerse el procedimiento. Con la adopción, así como con la maternidad no deseada, la tensión puede ser crónica para las mujeres, quienes siguen preocupándose acerca del destino del niño o niña" (Russo, 1992).

Por otro lado, este argumento de aborto no, adopción sí, es irreal e irrealizable, sólo hace falta ver los números y el estado del DIF para darse cuenta de esto. Oficialmente en México el proceso de adopción no debe tardar más de 12 meses, sin embargo el trámite burocrático lo alarga incluso hasta 2 años más. Tan solo en 2008 el DIF recibió 105 solicitudes, pero solo 2 se concretaron, para entonces el DIF estimaba que para 2010 había 29 mil 310 niñas y niños sin cuidados familiares, viviendo en casas de cuna, casas hogar u orfanatos, cifra que para 2040 podría llegar a 33 mil 242 menores (Paniagua, 2010).

Como podemos ver los argumentos a favor de la adopción regularmente son simplistas y sin fundamento, no existe en México una política que asegure que todos los niños que nacen serán adoptados y vivirán de manera digna. Como las consecuencias de reproducirse duran de por vida, las personas son cada vez más cautelosas en eso de tener hijos. Que la crianza sea una responsabilidad individual incide en la consideración del aborto como una decisión privada (Lamas, 2003).

El aborto es una práctica que nadie puede impedir o alentar. Solamente la mujer directamente involucrada y su pareja, cuando la tenga, podrán valorar cuándo elegir un aborto representa el menor de los males. La ley debe limitarse a garantizarles a todas las mujeres que lo decidan el acceso a buenos servicios de aborto en los hospitales públicos (Lamas, 2003). Por último es preciso señalar que nadie está a favor del aborto; nadie lo considera un bien en términos absolutos, nadie lo promueve; y en consecuencia, no existen grupos "abortistas" (Castañeda, 2003).

En el siguiente capítulo se enmarca la situación del aborto en cuanto a las políticas de salud reproductiva que existen en México y como impacta a las mujeres jóvenes.

CAPITULO V. Situación de las políticas en salud reproductiva y aborto en jóvenes

En general las políticas sobre la juventud apoyan sus acciones en cuatro visiones acerca de las características de la fase juvenil: La juventud como periodo preparatorio que la define a partir de la crisis, como etapa problemática, según los adultos que tienen una visión negativa de los jóvenes restringida a temas como delincuencia, drogas violencia y otros, ciudadanía juvenil como una perspectiva integral que da prioridad a la plenitud de derechos de los jóvenes para participar en políticas y programas, y la visión del joven como actor estratégico del desarrollo orientada a la formación de capital humano y social, como destrezas y capacidades en la conducción de su desarrollo y en el campo productivo (Bárcena, 2008).

Estos enfoques aparecen en distintos momentos en el trascurso de las últimas décadas, pero no se excluyen entre sí, de hecho se combinan de diferentes maneras y se pueden utilizar de acuerdo a la situación. Las políticas públicas destinadas a la juventud, han podido enfrentar los desafíos sólo parcialmente, y a través de enfoques limitados. Para poder obtener mayor impacto en la población joven, se requiere un enfoque generacional que, al igual que el enfoque de género, impregne todas y cada una de las iniciativas programáticas (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2000).

5.1 Prevención y salud reproductiva

En los años ochentas a la vez que el gobierno de México hizo campaña y destinó recursos al control del crecimiento demográfico como asunto prioritario, la iglesia católica hizo contra campaña desde el pulpito y el confesionario. En realidad los sacerdotes no han dejado el tema (Padgett, 2011).

En general las políticas más eficaces de salud para los jóvenes se centran en la prevención, dado el carácter sobre todo externo de sus causas de morbilidad, asociado a conductas de alto riesgo. Una política concreta para evitar estos riesgos es la promoción de programas permanentes de prevención juvenil de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), y políticas activas de prevención

como parte de las políticas de educación. En tal sentido la incorporación de contenidos en materia de sexualidad y derechos reproductivos en los currículos ordinarios de los sistemas educacionales brinda herramientas potentes de prevención de riesgos asociados con ETS, embarazo no deseado, entre otros (Bárcena, 2008).

En México, los derechos sexuales y reproductivos, están contemplados en el artículo 4º de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, que dice: “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud” (Velasco, 2006). Pero estos derechos se ven limitados para las mujeres cuando se habla del derecho al aborto, a pesar de ser un punto muy importante en el acceso a la salud de la población femenina.

De acuerdo con La Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994, la construcción del derecho al aborto como un derecho humano de las mujeres es un punto fundamental. Así se establece en el párrafo 8.25 (Castañeda, 2003 pp. 138):

“las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto. Los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto. Se debería ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de abortos”.

A pesar de los acuerdos firmados por México, aún no se ha alcanzado la meta de ofrecer programas de prevención y salud reproductiva para toda la población, no obstante hay esfuerzos importantes de ONG´s que trabajan por una mejor calidad de servicios de salud reproductiva, como es el caso de Ipas

México quienes trabajan para reducir las muertes, las lesiones y el estigma relacionados con el aborto (Schiavon, Enríquez y De Anda, 2008).

La investigación y los programas que se lleven a cabo en este sentido deberían tener ciertas pautas a seguir si se quiere incidir de manera positiva, además de tener en cuenta las necesidades de las mujeres con respecto al acceso de anticonceptivos; como indica Schiavon, Enríquez y De Anda, (2008), se ha calculado matemáticamente que para prevenir 1.6 abortos inducidos por mujer, se requiere aumentar diez puntos porcentuales la cobertura anticonceptiva en una determinada población. Sin embargo, la cobertura anticonceptiva en nuestro país, a nivel nacional, sólo ha subido poco más de dos puntos porcentuales a lo largo de la última década.

De igual forma es necesario poner especial atención en los programas de salud reproductiva, como señala Delgado (2008), una mayor atención a las necesidades de educación e información en salud reproductiva de las mujeres jóvenes podría reducir notablemente la morbilidad y mortalidad maternas mediante la prevención de embarazos no deseados y de los abortos posteriores realizados en condiciones deficientes.

Los programas de educación y salud pública referidos al aborto deben:

- 1) Evitar las actitudes rígidas y negativas hacia la propia sexualidad.
- 2) Reconocer que la decisión de hacerse un aborto puede ser una decisión moral justificada por múltiples circunstancias.
- 3) Apoyar la despenalización del aborto para que las mujeres puedan tomar una decisión moral en un clima de verdadera libertad.
- 4) Enseñar que la decisión sobre el aborto entraña valores intrínsecos. Entre ellos se cuentan el valor de la vida de la mujer, su plan de vida y el valor del feto.
- 5) Promover la creación de una sociedad en que las mujeres no tengan que escoger entre el valor de su propia vida y la del feto.
- 6) Concientizar acerca de que las leyes en contra del aborto matan a las mujeres.
- 7) Y que los abortos legales protegen la salud de la mujer.

- 8) Educar en la libertad de que ser madre es sólo una de muchas opciones para las mujeres.
- 9) Establecer que todo niño o niña debe ser deseada y querida.
- 10) Promover la responsabilidad masculina en las relaciones sexuales, el embarazo, las consecuencias de un aborto y la crianza de los hijos.

Por otro lado es importante que los trabajadores de la salud en los servicios públicos (hospitales y consultorios) tengan una disposición amigable y contemplen la importancia del trato y el apoyo cuando se trata de jóvenes con problemas de ETS, embarazos no deseados, violencia etc. y resulta fundamental privilegiar un enfoque de salud integral (Bárcena, 2008).

Estas propuestas, la mayoría de las veces no son cumplidas, a pesar de que en el Distrito Federal se ha despenalizado el aborto, no se ha logrado una atención integral, y mucho menos en el interior de la república, donde, como veremos más adelante, incluso se castiga con cárcel a las mujeres.

5.2 Despenalización de aborto en México (ILE)

La despenalización del aborto tiene antecedentes importantes a nivel mundial, Micher, Enríquez y De Anda (2008), menciona los más representativos: en la primera Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos en Teherán en 1968 se reconoció por primera vez el derecho humano fundamental de los padres a determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos.

Asimismo, en la Conferencia de Población de Bucarest en 1974 se reconoció el derecho de las parejas e individuos a determinar el número de hijos y su espaciamiento, y se estableció el papel que debe desempeñar el Estado para garantizar estos derechos. Cabe destacar que en la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer en México 1975 se reconoció el derecho a la integridad física de la mujer y a decidir sobre el propio cuerpo, incluyendo la maternidad opcional. Sin embargo, es a partir de las conferencias internacionales, que tuvieron lugar entre los años 1992-1996, cuando se da verdadera relevancia a los derechos reproductivos de las mujeres. La Conferencia Internacional sobre Población y

Desarrollo en El Cairo 1994 y la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer en Beijing 1995 establecieron que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para los derechos humanos y el desarrollo. (Micher, Enríquez y De Anda, 2008).

En estas conferencias mundiales de Naciones Unidas, la comunidad internacional reconoció la necesidad de tratar el tema de los derechos reproductivos de la mujer, incluyendo el tema del aborto inseguro. Los compromisos establecidos, suscritos por nuestro país, en El Cairo y Beijing reconocen que el aborto inseguro constituye un problema grave de salud pública en tanto pone en peligro la vida de un sinnúmero de mujeres, y recomendó que quienes han acudido a su práctica deben ser atendidas de manera pronta y humanitaria. Específicamente, la Plataforma de Acción de Beijing recomendó a los gobiernos considerar la posibilidad de revisar las leyes que establecen medidas punitivas contra las mujeres que hubieren tenido abortos ilegales. Asimismo, tanto la Plataforma de Acción de Beijing, como el Programa de Acción de la CIPD, establecieron (Micher, Enríquez y De Anda, 2008 pp. 199):

“Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales a incrementar su compromiso con la salud de la mujer y a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública [...] En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de los abortos.

Factores relacionados con el sistema de salud como la protección a la confidencialidad, especialmente en el tratamiento de embarazos no deseados y VIH/sida que propician estigma”.

En México, Teracena (2000), hace un recuento de la lucha por la despenalización del aborto desde 1936 a 1999:

1936 Ante la Convención de Unificación Penal, celebrada en el Distrito Federal, la médica cirujana Matilde Rodríguez Cabo leyó la ponencia “El aborto por causas sociales y económicas” donde se pedía derogar los artículos que prohíben esa práctica en el Código Penal de 1931. La autora del escrito fue la Dra. Ofelia

Domínguez Navarro. En junio se publicó este trabajo en la revista Futuro, dirigida por Vicente Lombardo Toledano, quien, aunque no secundaba sus propuestas, avaló la necesidad de tratar el tema.

1937 La médica cirujana Matilde Rodríguez Cabo expuso ante el Frente Socialista de Abogados los argumentos; marxistas en favor de la legalización del aborto.

1972 El grupo feminista Mujeres en Acción Solidaria (MAS) propuso modificar la legislación relativa al aborto.

1973 El gobierno presentó un proyecto de Ley General de Población que planteó por primera vez que el aborto es un problema social.

1974 Se reformó la Constitución General de la República para incluir, en su Artículo Cuarto el derecho de toda persona a “decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”

1972-1974 Se realizaron conferencias públicas sobre el tema. Las feministas enfrentaron a los comunistas, para quienes la despenalización del aborto era una medida reaccionaria y malthusiana, y ellas “agentes del imperialismo”

1976 El Movimiento Nacional de Mujeres (MNM) organizó las Primeras Jornadas Nacionales sobre Aborto. En ellas, se sugirió la interrupción libre y gratuita del embarazo y se exigió información sobre métodos anticonceptivos.

Se fundó la Coalición de Mujeres Feministas (CMF) con grupos que se propusieron luchar por la libertad sexual, la violencia contra las mujeres y por la despenalización del aborto. Esta Coalición presentó a la Cámara de Diputados una propuesta de despenalización del aborto. Por su parte, el Consejo Nacional de Población creó el Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto en México. Estuvo constituido por 60 especialistas: demógrafos, médicos, antropólogos, filósofos y ministros de culto. Este grupo multidisciplinario concluyó que: “Debe suprimirse de la legislación mexicana anual toda sanción penal a las mujeres que por cualquier razón o circunstancia decidan abortar, lo mismo que al personal calificado que lo practique, cuando exista voluntad expresa de la mujer. Deben también expedirse normas técnicas sanitarias permanentes para que la prestación del servicio se realice en óptimas condiciones.”

1977 La CMF celebró la Segunda Jornada Nacional sobre el Aborto. Presentó también una iniciativa de ley a favor del aborto voluntario que, luego de una manifestación, entregó a la Gran Comisión de la Cámara de Diputados. No hubo respuesta de los legisladores.

1978 En abril, más de 50 organizaciones cívicas y religiosas formaron el Comité Nacional Pro Vida, asociación civil que busca “la defensa de la vida”. Tras el

escándalo provocado por la detención de dos mujeres practicantes de abortos, diputadas del PRI denunciaron la existencia de una “industria negra clandestina de abortos” La CMF convocó a la Tercera Jornada Nacional por la liberación del Aborto. Con la colaboración de grupos de provincia publicó el folleto *La maternidad voluntaria y el derecho al aborto libre y gratuito*.

1979 Se creó el Frente Nacional de Lucha por la liberación y los Derechos de las Mujeres (FNALIDM) que buscó, junto con la CMF, trabajar a favor del proyecto de despenalización presentado en 1977. El 10 de mayo se declaró como el Día de la Maternidad Libre y Voluntaria. Las feministas marcharon vestidas de negro en señal de luto por las mujeres muertas por abortos clandestinos. La CMF y el FNALIDM elaboraron el “Proyecto de Ley sobre Maternidad Voluntaria” que presentaron la Coalición de Izquierda, formada por el Partido Comunista Mexicano (PCM), el Partido Revolucionario de los Trabajadores (PRT) y el Partido del Trabajo (PT), ante la Cámara de Diputados el 29 de diciembre. A raíz de este proyecto se desató una campaña terrorista de la derecha contra los diputados comunistas, médicos que practicaban abortos y feministas.

1980 Las diputadas María Luisa Oteyza y Adriana Luna Parra enviaron al presidente López Portillo una carta respaldada por varios personajes en que se dice: “el aborto, aun como último recurso, constituye una solución a la que toda mujer tiene derecho, y que requiere de atención médica reconocida y capacitada... La penalización del aborto viola a todas luces el espíritu de la Constitución.” El MNM convocó a la Sexta Jornada por el Aborto Libre y Gratuito para exigir una respuesta a la Cámara de Diputados a la propuesta de iniciativa enviada en 1979. La CMF y la FNALIDM realizaron marchas y mítines de apoyo en la capital del país.

1982 En junio, el CONAPO propuso el “Proyecto de Plan de Acción para la Integración de la Mujer al Desarrollo” en el que se pidió la legalización del aborto en tanto derecho humano que debería ser prestado por el Sector Salud en forma gratuita y que a las mujeres se les reconozca el derecho a la maternidad voluntaria. El PRI hizo suya la propuesta del CONAPO durante la campaña electoral de Miguel de la Madrid. El candidato habló de ello en reuniones de consulta popular sobre la población, y declaró que: “El aborto, como una opción real de libertad, y para proteger la salud de las mujeres, es un tema que la sociedad mexicana no puede omitir”

1983 El 6 de agosto, el Presidente De la Madrid presentó un proyecto de modificación del Código Penal para reformar las disposiciones relativas a aborto y adulterio. El anteproyecto estuvo a cargo de las procuradurías General de la

República y de Justicia del Distrito Federal, y el Instituto Nacional de Ciencias Penales. El proyecto no fue aprobado.

1987 En el Cuarto Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe, efectuado en Taxco, Guerrero, se acordó continuar la lucha por la despenalización del aborto.

1989 Entre marzo y junio se cerraron tres clínicas donde se practicaban abortos. Se detuvo violentamente al personal y se le torturó en los separos de Tlaxcoaque, al igual que a las mujeres que acababan de abortar. Los periódicos se llenaron de noticias relativas al problema del aborto clandestino y de opiniones de autoridades del sector salud al respecto.

Esta coyuntura reveló la presencia de una multitud de organizaciones civiles no gubernamentales, ciertamente dispersas y con escaso peso político individual, pero que fueron capaces de sostener la denuncia mediante entrevistas, notas de prensa, cartas a los diarios y hasta un desplegado en tres diarios nacionales, firmado por mujeres ampliamente conocidas en los medios político, artístico e intelectual - Excélsior, El Día y La Jornada - el 5 de abril de 1989.

En agosto se efectuó el IV Encuentro Nacional Feminista en la Universidad de Chapingo, donde se discutió una estrategia para despenalizar el aborto según las condiciones de cada entidad federativa.

1990 Se fundó la Coordinadora Feminista del Distrito Federal (CFDF), que retomó los objetivos de la CMF: por libertad sexual, contra la violencia a las mujeres y por la despenalización del aborto. En octubre, el Congreso de Chiapas aprobó una iniciativa de ley del entonces gobernador Patrocinio González Blanco Garrido, que ampliaba las razones para que el aborto no fuera punible: a solicitud de la pareja con el fin de planificación familiar, a petición de una madre soltera o bien por razones económicas. Esta iniciativa generó un conjunto de reacciones: la Iglesia católica y el Partido Acción Nacional (PAN) la rechazaron contundentemente y diversas organizaciones civiles se movilizaron en favor de la propuesta.

1991 En enero se produjo en el Distrito Federal una polémica entre los partidos políticos respecto a la despenalización. El Partido de la Revolución Democrática (PRD) y el Partido Popular Socialista (PPS) citaron en la Asamblea de Representantes a un debate público. Sindicatos, organizaciones de mujeres, de feministas y de salud, así como partidos políticos formaron el Frente Nacional de Lucha por la Maternidad Voluntaria. El gobierno federal señaló la conveniencia de una consulta nacional y advirtió que era respetuoso de la soberanía de Chiapas. Finalmente, la fuerte reacción de la Iglesia católica detuvo la aplicación de la nueva ley. El Congreso local la turnó para dictamen, de forma improcedente, a la Comisión

Nacional de Derechos Humanos, que se declaró incompetente y con ello se congeló la reforma. Los partidos de la Revolución Democrática, Frente Cardenista de Reconstrucción Nacional y Partido Revolucionario Institucional (PRI) solicitaron una consulta popular respecto al aborto. En mayo, el presidente Salinas envió a la Cámara de Diputados una iniciativa de reforma a los artículos 67 y 314 de la Ley General de Salud, con el fin de incluir entre las causales para permitir el aborto, la declaración de no solvencia económica por parte de la mujeres. El primer artículo regulaba la planificación familiar y el segundo definía al pre-embrión, al embrión y al feto para fines de control sanitario. En la Comisión de Salud de la Cámara, el PAN consiguió que se rechazara la iniciativa. En ese año se modificó el artículo 130 de la Constitución Mexicana y entre los principales cambios estuvo el reconocimiento de personalidad jurídica a las asociaciones religiosas. Se creó el Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE, organización civil sin fines de lucro que busca la defensa de los derechos reproductivos de las personas, incluido el derecho al aborto.

1994 La mayoría panista del Congreso de Chihuahua logró imponer una reforma a la constitución local en que se declara el “derecho a la protección de la vida desde la concepción” con la cual pretendía eliminar las causales que permiten el aborto en el Código Penal de dicha entidad. Distintos movimientos sociales y de mujeres denunciaron las intenciones del PAN e impidieron la reforma al Código Penal.

1998 El 28 de mayo, Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, se publicó en seis diarios de circulación nacional un desplegado promovido por GIRE y firmado por connotadas personalidades de la cultura y la ciencia entre las que destacaba Octavio Paz—, en el que se solicitaba la modernización del Código Penal del Distrito Federal para incluir en él las excepciones por las que no se castiga el aborto en otros estados de la república.

El 17 de julio, a raíz de una declaración del Secretario de Salud, Juan Ramón de la Fuente, se inició un intenso debate nacional sobre el aborto en los medios de comunicación. El debate abarcó a los medios electrónicos (radio y televisión), y se prolongó hasta el mes de agosto. Este debate no fue retomado por los legisladores. En Baja California el PAN propuso modificar la constitución para “proteger el derecho a la vida desde el momento de la concepción” la propuesta fue rechazada.

1999 En enero, más de 40 organizaciones civiles agrupadas en la campaña “Acceso a la justicia para las mujeres”, presentó un paquete de cinco propuestas de reforma al Código Penal. Una de las propuestas era ampliar las excepciones por las que se permite el aborto en el Distrito Federal. Nuevamente, debido a la presión de la Iglesia católica, aunada a la cercanía de las elecciones presidenciales del año 2000, la

propuesta no fue aprobada. En Nuevo León, la mayoría panista del congreso local propuso elevar a rango constitucional el derecho a la vida desde el momento de la concepción. La alianza del PRD y el PRI, y la indignación de la sociedad neoleonesa impidieron la reforma. Esta fue la tercera vez que los panistas buscaban modificar una constitución local con el fin de anular las excepciones por las que se permite el aborto de manera legal.

Cuadro 5. La lucha por la despenalización del aborto de 1936 a 1999 (Teracera, 2000) pp. 89-92.

No fue sino hasta el 26 de abril de 2007, cuando la Asamblea Legislativa del DF aprobó modificaciones al Código Penal y a la Ley de Salud del DF que permitieron la despenalización del aborto hasta la semana 12 de gestación lo que se convirtió en una decisión histórica para las mujeres de la Ciudad de México. Más de un año después, en agosto de 2008, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ratificó que dichas modificaciones son constitucionales con lo que se respeta el derecho de las mujeres a una maternidad libre, informada y voluntaria en el Distrito Federal (GIRE, 2012).

Desde ese momento en el DF las mujeres tienen la opción de decidir y elegir de manera libre, informada y responsable si desean interrumpir su embarazo hasta las 12 semanas de gestación, sin que sea considerado un delito. Esto es con la Interrupción Legal del Embarazo, ILE (Jaramillo, 2008).

Como indica García (2008), se reformaron los artículos 144, 145, 146 y 147 del Código Penal para el Distrito Federal, para quedar como se detalla a continuación (pp. 6-11):

Ahora el artículo **144** dice: “El aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación. Y para los efectos del Código Penal del DF, el embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio.”

- Por ello, antes de las doce semanas, ya no se llama aborto, sino Interrupción Legal del Embarazo (ILE). La reforma no obliga a la mujer a interrumpir su embarazo, le da la posibilidad de hacerlo en ejercicio de su derecho a decidir sobre su cuerpo y sobre su vida.

El artículo **145** establece que: “Se impondrá 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 hiciere abortar a una mujer, con el consentimiento de ésta, se le impondrá de uno a tres años de prisión.”

- Otro avance importante es que, además de reducir las penas, se abre la posibilidad de que, quién interrumpa el embarazo después de las 12 semanas, pague su sanción con trabajo comunitario en bien de la sociedad.

En el artículo **146** se dice: “Aborto forzado es la interrupción del embarazo, en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada. Para efectos de éste artículo, al que hiciere abortar a una mujer por cualquier medio sin su consentimiento, se le impondrá de cinco a ocho años de prisión. Y si mediare violencia física o moral, se impondrá de ocho a diez años de prisión.”

- Esta medida se tomó para proteger a las mujeres que son obligadas a interrumpir su embarazo sin su consentimiento expreso.

Finalmente, el artículo **147** queda: “Si el aborto o aborto forzado lo causare un médico cirujano, comadrón o partera, enfermero o practicante, además de las sanciones que le correspondan conforme a lo mencionado en los artículos anteriores, se le suspenderá en el ejercicio de su profesión u oficio por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta.”

- En la misma lógica del artículo anterior, se endurecen las penas contra quienes forzan a las mujeres a abortar.

En este marco cabe señalar que en el artículo **148** se mantuvieron las excluyentes de responsabilidad penal para la mujer cuando decide interrumpir un embarazo después de la semana doce cuando:

- a. Es resultado de una violación.
- b. Pone en riesgo su salud o su vida, o porque
- c. El producto presenta malformaciones genéticas o congénitas graves que ponen en riesgo la sobrevivencia del mismo.

La Reforma también incluye adiciones a la Ley de Salud del Distrito Federal con un tercer párrafo al artículo **16 Bis 6**, que a la letra dice: “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.”

- Esto significa que las solicitudes de ILE deben ser atendidas en los hospitales públicos del GDF, en forma gratuita, como todos los demás servicios a cargo de la Secretaría de Salud del DF.

Además, se adiciona el artículo **16 Bis 8**, para quedar de la siguiente manera:

“La atención de la salud sexual y reproductiva tiene carácter prioritario. Los servicios que se presten en esta 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.

La Ley de Salud del Distrito Federal señala que la atención de la salud sexual y reproductiva y los servicios en esta materia tienen como finalidad la prevención de embarazos no deseados. Así mismo, se deben ofrecer servicios de consejería (pre y post aborto) y se les debe dar información objetiva a las mujeres que soliciten la interrupción legal del embarazo (Lamas, Enríquez y De Anda, 2008).

La reforma combina tres aspectos sustanciales: además de abrir el acceso a la interrupción del embarazo, se incluyó el fortalecimiento de los servicios de planificación familiar, y se adicionó la promoción permanente e intensiva de prácticas preventivas mediante la educación sexual (Rodríguez, Enríquez y De Anda, 2008).

Ahora las mujeres en el ejercicio de su derecho a decidir en el Distrito Federal cuentan con las posibilidades de: 1) interrumpir su embarazo; 2) continuar con el embarazo; o bien 3) continuar con el embarazo y dar a su hijo o hija en adopción (Micher, Enríquez y De Anda, 2008).

En las Observaciones finales del Comité CEDAW, con motivo del 6° Informe Periódico de México, se recomendó al Estado armonizar la legislación relativa al aborto en los niveles federal y estatal, así como aplicar una estrategia amplia que incluya el acceso efectivo a servicios de aborto seguro en las circunstancias previstas en la ley. Lejos de cumplir con estas recomendaciones, a partir de 2008, el país ha sido testigo de una oleada de reformas en las constituciones locales de varios estados, para proteger la vida desde el momento de la concepción. Estas reformas tenían la intención de limitar los derechos reproductivos de las mujeres, en una respuesta franca y abierta contra la despenalización de la interrupción del embarazo en el DF (CEDAW, 2012). A continuación se presenta un recuento de esas reformas.

Fecha	Legislador/a	Propuesta	Estatus
Iniciativas de reforma constitucional			
Abril 2011	Carlos Navarrete (PRD)	Elevar a rango constitucional "el derecho fundamental de las mujeres mexicanas a continuar o no con su embarazo dentro de las primeras doce semanas de gestación", reconociendo el concepto de autonomía reproductiva.	No se discutió
Diciembre 2009	Leticia Quezada (PRD)	Promover y proteger los derechos sexuales y reproductivos, garantizar la distribución de anticonceptivos modernos y la interrupción legal del embarazo ante solicitud de la mujer.	Desechada en noviembre de 2011
Noviembre de 2009	Congreso del estado de Veracruz	Reconocer el derecho a la vida desde el momento de la concepción, con la intención de limitar el acceso al aborto seguro de las mujeres en México y el acceso a la anticoncepción de emergencia.	No fue dictaminada
Noviembre de 2010	María Joann Novoa (PAN)	Garantizar la protección integral de los derechos del niño no nacido (<i>sic</i>) desde la concepción	Desechada en 2011
Febrero de 2012	María Joann Novoa (PAN)	Garantizar la protección integral de los derechos del niño no nacido (<i>sic</i>) desde la concepción	No fue dictaminada
Iniciativas de reforma a leyes secundarias			
Diciembre 2009	Leticia Quezada (PRD)	Crear la Ley General para la Prevención, Atención Integral y Control del VIH/SIDA	Desechada
Julio 2011	Leticia Quezada (PRD)	Incluir en la Ley General de Salud un capítulo de atención integral al VIH, reconociendo los derechos sexuales y reproductivos de las personas con VIH	No fue dictaminada
Diciembre 2009	César Augusto Santiago (PRI)	Incluir en la Ley General de Salud, un capítulo de atención a la salud reproductiva enfocada a diversos grupos poblacionales vulnerables, como adolescentes, mujeres indígenas. Regular el acceso a la anticoncepción de emergencia y que los servicios públicos de salud de cada estado ofrecieran el acceso al aborto en los casos contemplados por la ley.	Se desechó en marzo de 2012
Enero 2011	Paz Gutiérrez (PAN)	Desincentivar el uso del condón, mediante regulaciones innecesarias a la publicidad colocada en los empaques de los condones	Desechada
Marzo 2012	Paz Gutiérrez y Miguel Osuna (PAN)	Desincentivar el uso del condón, mediante regulaciones innecesarias a la publicidad colocada en los empaques de los condones	Desechada
Octubre 2011	Velia Aguilar (PAN)	Desincentivar el uso del condón, mediante regulaciones innecesarias a la publicidad colocada en los empaques de los condones	No fue dictaminada
Junio 2011	Celia Cora Pineda (Nueva Alianza)	Fomentar la responsabilidad en materia sexual, asegurando la posibilidad de tomar decisiones con respecto a la propia sexualidad y ejercerla libremente sin presión, violencia o discriminación y garantizar los derechos reproductivos.	No fue discutida

Cuadro 6. Ejemplos de iniciativas de reformas en torno al aborto (CEDAW, 2012) pp. 5:

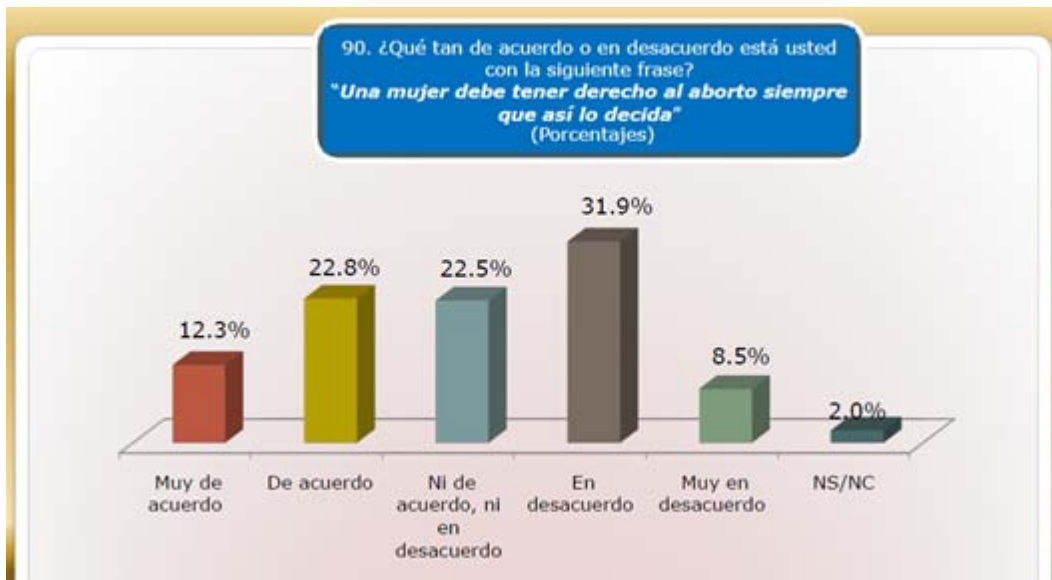
Finalmente tendría que ser necesario garantizar que, en todas las entidades federativas, las mujeres que se encuentren en alguno de los supuestos de aborto

legal, accedan a servicios seguros. Así como fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, con base en la experiencia del gobierno del DF, a partir de las reformas en materia de legalización del aborto de 2007. Además de implementar los mecanismos jurídicos necesarios para garantizar que no se enjuicie ni condene a ninguna mujer por haber recurrido a un aborto.

5.3 Estadísticas en torno al aborto y cifras en el Distrito Federal

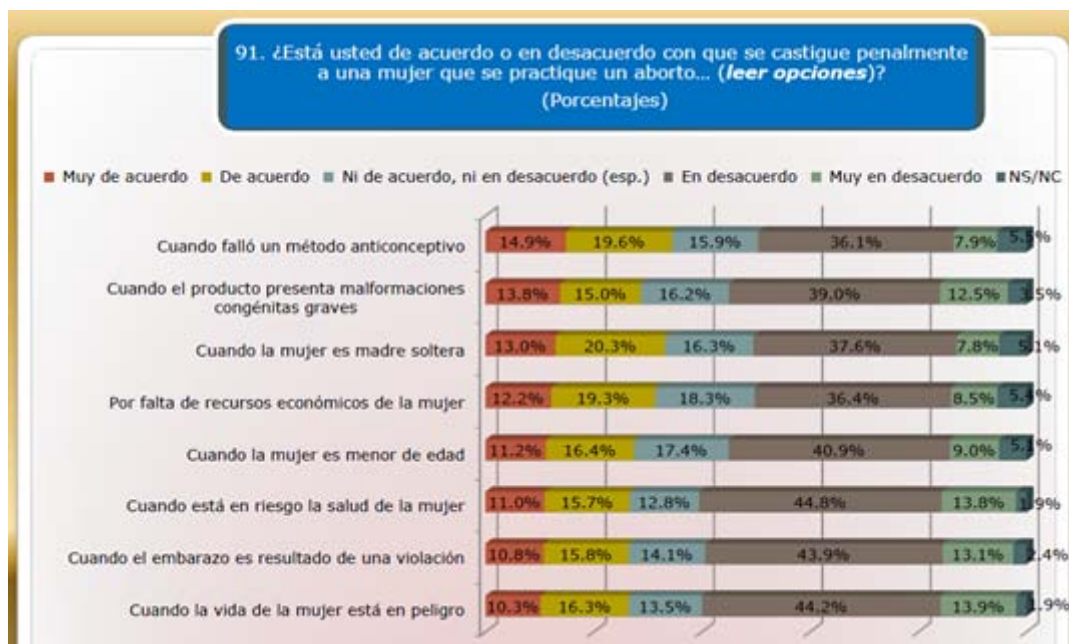
Combatir los estereotipos en contra de las mujeres que abortan es un pendiente que tiene frente a sí la sociedad mexicana, todavía es un tema del que se habla en voz baja, con prudencia y en algunos casos con vergüenza. Para que el servicio de ILE mejore en su calidad, la sociedad tiene un reto por vencer, el cual puede lograrse si el gobierno promueve una cultura tolerante, respetuosa de los derechos humanos y de las decisiones de las mujeres. Esto favorece que las mujeres accedan a la interrupción de su embarazo en contextos más agradables; sin culpa, sin temor, más seguras de sus decisiones y sin castigo social. En México casi 8 de cada 10 personas señala que no existe un trato digno para las mujeres que abortan (Paniagua, 2010).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Cultura Constitucional: legalidad, legitimidad de las instituciones y rediseño del Estado de 2011, 4 de cada 10 entrevistados desaprueban la libre decisión de una mujer para practicarse un aborto cuando considere necesario (IFE, 2011), pero una importante proporción de entrevistados opinan a favor de la libertad de decidir, esto es un avance importante en cuanto a opinión pública se refiere.



Gráfica 1. Fuente: Encuesta Nacional de Cultura Constitucionalidad. Legalidad, legitimidad de las Instituciones y rediseño del estado (IFE, 2011)

En la misma encuesta, se preguntó a las personas si estaban de acuerdo en castigar penalmente a las mujeres que se practiquen un aborto (IFE, 2011). Tomando en cuenta las posturas en situaciones específicas los entrevistados tendieron a señalar que la mujer no debe ser sancionada penalmente en caso de practicarse un aborto.



Gráfica 2. Fuente: Encuesta Nacional de Cultura Constitucionalidad. Legalidad, legitimidad de las Instituciones y rediseño del estado (IFE, 2011)

Como podemos observar las opiniones de las personas tienden a aprobar la decisión del aborto, aunque aún persiste una tendencia importante a criminalizar,

basta observar la situación legal del aborto en la República Mexicana, de acuerdo con datos del GIRE (2010):

Constituciones estatales que protegen la vida desde la concepción	17: Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Yucatán	
Causas por las que se permite el aborto	Códigos penales que las admiten	Observaciones
Por violación	32	Tienen establecidos procedimientos para que el Ministerio Público autorice la ILE: Baja California Sur, Chihuahua, Distrito Federal, edo. México, Oaxaca, Quintana Roo, Zacatecas
Imprudencial (accidental)	30	Salvo: Chiapas y Nuevo León
Peligro de muerte para la mujer	29	Salvo: Guanajuato, Guerrero y Querétaro
Malformaciones genéticas o congénitas graves del producto	14	Baja California Sur, Chiapas, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, edo. México, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Veracruz, Yucatán
Riesgo grave para la salud de la mujer	11	Baja California Sur, Chihuahua, Distrito Federal, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Tamaulipas, Tlaxcala, Zacatecas
Inseminación artificial no consentida	11	Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, Morelos, San Luis Potosí, Tabasco, Veracruz
Precariedad económica	1	Yucatán
Libre decisión dentro de las primeras 12 semanas	1	Distrito Federal

Cuadro 7. Situación legal del aborto en México (GIRE, 2010).

La Interrupción Legal del Embarazo, solo esta legislada en el Distrito Federal, sin necesidad de aludir otras causales, pero en el resto de la república,

nos encontramos con otro panorama, casos graves como en el Estado de Guanajuato, donde ni siquiera el peligro de muerte para la mujer es causal para solicitar un aborto de manera legal, esto en gran medida lo vemos en estados gobernados por partidos conservadores y donde la iglesia ejerce presión para tomar decisiones que competen al Estado.

A pesar de la respuesta de los grupos conservadores en contra de la ILE y de las campañas de Pro vida, en el Distrito Federal las Interrupciones siguen su curso y la ley avanza a favor de los derechos de la mujeres, de acuerdo con cifras del INEGI solo en 2010, en el distrito federal, las mujeres jóvenes accedieron a un total de 663 Interrupciones Legales del Embarazo.

Edad	Numero de ILE
15 a 19	157 abortos
20 a 24	278 abortos
25 a 29	228 abortos

Cuadro 8. Total de mujeres jóvenes que accedieron a Interrupciones Legales del Embarazo (GIRE, 2012a).

Así mismo el número de ILE realizadas de abril de 2007 al 30 de abril del 2012, fue de 78544, de las cuales más del 70% son mujeres del D. F. y una proporción importante del Estado de México, Las jóvenes son las principales usuarias de este servicio ya que son el 74.1% de las ILE y entre ellas las que están en una edad de 18 a 24 años quienes son la proporción mayoritaria. Un dato importante es que la gran mayoría de usuarias son católicas, o profesan alguna religión, dato que contrasta con la poca apertura sobre todo de la Iglesia Católica ante la ILE (GIRE, 2012a).

Perfil de usuarias que han realizado interrupción legal del embarazo en la ciudad de México 2007-2012.
Total 78544

Lugar de residencia
DF 73.6%
Estado de México: 23.1%
Otros estados: 3.3%

Jóvenes*
15 a 17 años: 4%
18 a 24 años: 47.8%
25 a 29: 22.3%

*Las mujeres a partir de 30 años representan el porcentaje restante (25.9%).

Religión
Católica: 83.1%
Cristiana: 2.9%
Otras: 1.8%
Ninguna: 12.1%

Cuadro 9. Perfil de usuarias que han realizado interrupción legal del embarazo en la ciudad de México 2007-2012 (GIRE, 2012a).

La Secretaría de Salud del Distrito Federal (2012), muestra cifras similares con un total de 69861 ILE realizadas en el DF después de la legalización, del 24 de abril del 2007 al 15 de diciembre de 2011, y donde se puede observar que las usuarias mayoritarias son el 76.7% de mujeres jóvenes, además de ser mujeres católicas en su mayoría.

ILE realizadas en el DF después de la legalización del 24 de abril del 2007 al 15 de diciembre de 2011
Total 69, 861

Porcentaje por edad de las mujeres que accedieron a la ILE
11 a 15 años (1.4%)
16 a 20 años (22.7%)
21 a 25 años (34 %)
26 a 30 años (20 %)
31 a 35 años (12.4 %)
36 a 40 años (7 %)
41 a 45 años (1.9%)
46 a 50 años (0.1%)
No se especificó (0.6%)

Religión de las mujeres que accedieron a la ILE
Católica (83.3 %)
Cristiana (3 %)
Otra (1.5 %)
Ninguna (12.2 %)

Cuadro 10. Cifras sobre la Interrupción Legal del Embarazo ILE en el Distrito Federal 2007 – 2012 (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2012).

De acuerdo con los datos obtenidos, las jóvenes en su mayoría católicas son las usuarias del servicio del ILE, esto ha beneficiado a miles de mujeres que buscan una solución al embarazo no deseado en el Distrito Federal, pero es necesario hacer hincapié en exigir servicios de calidad, además de promover una actitud de respeto ante la sexualidad y el no enjuiciamiento de las mujeres que pasan por esto. Que haya consejería continua, pre y post aborto es una necesidad que no se puede dejar de lado.

CAPITULO VI. El papel del Psicólogo ante la situación de aborto inducido

El papel del psicólogo ante la situación del aborto inducido es parte esencial del tratamiento de toda mujer que ha decidido interrumpir su embarazo, desafortunadamente no siempre se cuenta con este apoyo profesional, ya sea porque las instituciones que proveen del servicio de ILE no cuentan con el servicio o porque este resulta insuficiente o también es importante decirlo, ineficiente o mal dirigido.

El caso de la salud psicológica es particularmente relevante para el aborto y es quizá donde el vínculo con el bienestar está más alejado. Las enfermedades mentales han sido motivo de enormes injusticias, estigmas, dolor y discriminación para quienes las padecen. En general no hay criterios claros establecidos para hacer el diagnóstico del riesgo psíquico que supone un embarazo, ni acceso a personal capacitado para hacerlo. Además, como vimos anteriormente uno de los argumentos más usados por los grupos que están en contra del derecho a decidir es que el aborto se vincula con la salud psicológica porque trastorna a las mujeres que se lo practican (Schwab, 1992, citado en GIRE, 2007).

Tanto en los hospitales como personal médico y especializado debería tener por lo menos conocimientos básicos en cuanto al tratamiento de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo. Los médicos Aníbal Faúndes y José Barzelatto, ex directivos de la Organización Mundial de la Salud, y conocedores de la realidad del aborto en Latinoamérica, afirman que (Hernández, 2010 pp. 4):

“La capacitación puede promover un cambio positivo en la actitud de los prestadores de servicios, pero éstos sólo adoptarán una actitud más comprensiva si la sociedad en su conjunto modifica su posición. Cuando esto ocurra, la atención de estas mujeres en un ambiente más solidario y amigable reducirá no sólo el costo físico sino también el costo emocional del aborto inducido para las mujeres”.

De acuerdo con Abracinskas y López (2002), se deben brindar insumos teóricos que permitan analizar de manera multidimensional y compleja (aspectos

sanitarios, psicosociales, éticos, bioéticos y legales) el fenómeno del aborto inducido de la siguiente manera:

- 1) Enmarcar la problemática del aborto inducido en el enfoque de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en tanto derechos humanos.
- 2) Analizar la problemática del aborto inducido desde una perspectiva de género.
- 3) Reflexionar sobre el rol del personal de salud ante las decisiones reproductivas de las mujeres o parejas consultantes en lo que refiere a la interrupción o no de un embarazo.

Los prestadores del servicio de salud generalmente se encuentran ajenos a la problemática personal de cada paciente y no se le da importancia a la salud psicológica no solo antes, también durante y después de la interrupción del embarazo, inclusive se da el caso de algunas trabajadoras sociales, quienes al momento de dar información o consejería les hacen saber a las mujeres que ellas no están de acuerdo con su decisión (Paniagua, 2010).

Otro hecho cotidiano es que se infunde el miedo desde los profesionales de la salud. Como indica Padgett (2011), cuando se hacen comentarios bastante fuera de lugar como: “hago que abortes pero no está bien” o, “¿qué prefiere la vida del bebe o morir durante el aborto?”. Estas son situaciones aún muy comunes inclusive en hospitales del Distrito Federal donde está legalizado y es un derecho de las mujeres la ILE, que decir de otras entidades federativas, donde la restricción, los estigmas y la falta de ética de muchos “profesionales de la salud” dañan de manera permanente a muchas mujeres que buscan este servicio.

En consecuencia se convierte en necesario y obligatorio institucionalizar la enseñanza y capacitación en la provisión y atención del aborto a los profesionales de la salud, en especial a los psicólogos (Klugman y Budlender, 2001). Según Delgado (2008), es preciso extraer el aborto y la sexualidad de la clandestinidad individualizada, para remitirlo a la comunidad por medio de programas educativos basados en la democracia, la justicia y la equidad genérica.

Las restricciones en la información a la que acceden las mujeres fomentan actitudes poco responsables frente a su propia sexualidad. Las mujeres que tienen escasos conocimientos o conocimientos errados sobre métodos anticonceptivos, prefieren no protegerse frente a embarazos no deseados. Entregar información errada a las y los jóvenes - práctica muy común en la educación actual, que al momento se ha propagado debido a la agenda conservadora que pretende de esta manera “prevenir la promiscuidad” y las relaciones sexuales pre-matrimoniales- no previene estos hechos, sino que por el contrario, pone a las personas, especialmente a las mujeres, en situaciones de riesgo, imposibilitando la toma de decisiones consensuadas e informadas sobre sus propios cuerpos y vidas (Coordinación Política Juvenil, 2006).

De acuerdo con Davidson (1992), el cuerpo médico debe aceptar sus propias creencias y sentimientos acerca de los procedimientos de aborto para evitar que sus clientes carguen con dichas creencias sobre los hombros aun cuando una mujer proponga en el momento un aborto a la “ligera”, la actitud de los médicos puede desempeñar un papel importante en embarazos posteriores. La orientación psicológica antes de tomar la decisión, después de haberla tomado y después de la operación, es absolutamente necesaria. Si ningún orientador capacitado está disponible, el cuerpo médico debe garantizar que proporcionará asesoría básica. Esta debe incluir:

- 1) Tiempo y oportunidad para evaluar las ventajas y desventajas de todas las alternativas de decisión;
- 2) Tiempo para analizar los argumentos;
- 3) Tiempo y estrategias para prepararse para el evento y su manejo posterior esto puede hacerse analizando otras formas de enfrentarse a situaciones similares en el pasado o repasando a quién recurrirán, que harán y donde acudirán;
- 4) Apoyo en su decisión y apoyo si cambia de parecer. Las decisiones pueden ser:
 - a) Terminar o abortar;
 - b) No terminar o no abortar;
 - c) Esperarse y pensarlo;
 - d) Solicitar el consejo de un experto;

- e) Abandonar el papel decisivo y dejarlo en manos de un experto.
- 5) Orientación durante el procedimiento, que puede ser manejado como un acercamiento de cuidados consistentes mediante todas las formalidades, reconociendo en todo momento las necesidades y los sentimientos del individuo, al tiempo que se le brinda apoyo y confianza.
- 6) Apoyo después del evento, incluyendo la oportunidad de desahogar sentimientos o de respetar a quien no tenga deseos de hablar. Asegurarse de brindarles la oportunidad, o de que la persona a quién se le remitió lo haga hasta donde la necesidad del paciente surja.

6.1 Alternativas de consejería para el apoyo a mujeres que decidan interrumpir su embarazo

De acuerdo con Rodríguez (2010), el objetivo de la consejería es crear un espacio seguro para la comunicación entre el (la) consejero (a) y la usuaria que le permita a ella tomar decisiones sobre la interrupción del embarazo a partir de la información veraz objetiva e imparcial. Es importante hacer notar que la consejería que la usuaria pueda tomar decisiones libres e informadas de acuerdo a sus convicciones y situación:

Para establecer una comunicación abierta y efectiva, es importante mantener una actitud empática y libre de prejuicios. La tarea de consejería es facilitar la toma de decisión. Para lograr este objetivo, existen diferentes técnicas:

Hacer preguntas de formato abierto. Esto permite obtener más información que el formato si-no.

Motivar a la mujer a hacer preguntas. El tipo de preguntas que la mujer haga le darán a usted una idea sobre el nivel de comprensión que ella tiene sobre el procedimiento.

Validar emociones de la mujer, con sus respuestas usted le transmite que sus sentimientos son una reacción normal y esperada. Esta técnica permite a las mujeres explorar sus sentimientos con más detalle.

Escuchar activamente, que involucra la comunicación no verbal, es decir, una actitud y comportamiento corporal empático.

La consejería necesita explicar los métodos de forma clara para que la usuaria pueda tomar una decisión informada.

Las mujeres que se someten a una ILE con medicamentos deben comprender el proceso, los efectos secundarios de los medicamentos y los posibles signos de alarma.

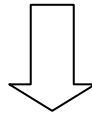
Cuadro 11. Técnicas de consejería. (Rodríguez, 2010) pp. 49.

Otra sugerencia de intervención es la de López (2001), quien menciona que los objetivos del profesional en la atención a la demanda del aborto son ayudar a:

- a) Tomar una decisión suficientemente elaborada.
- b) Prevenir la repetición de embarazos imprevistos.
- c) Disminuir el riesgo de depresión post-ILE y la afectación negativa de la experiencia en la salud sexual y reproductiva.
- d) Mejorar la comunicación y la responsabilidad de la mujer en los aspectos sexuales, reproductivos y afectivos.

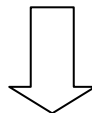
El profesional ha de identificar las situaciones de mayor riesgo de conflictos y descompensación psicológica en el embarazo, ILE y post-ILE y valorar conjuntamente con la mujer la posibilidad de ayuda psicológica.

Papel del profesional con relación a los aspectos psicológicos



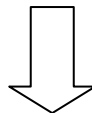
Posibilitar

- El análisis de las temáticas con fuerte carga emocional



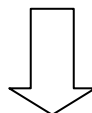
Contener y dimensionar adecuadamente

- Ansiedades desproporcionadas
- Angustias, miedos y fantasía



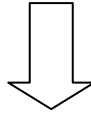
Explorar y considerar

- Sentimientos y deseos
- Las diferentes alternativas
- Los aspectos positivos y negativos. Los efectos a corto y largo plazo



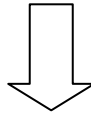
Favorecer

- Libre elección de la decisión
- La maduración de la decisión
- La conexión emocional con la decisión



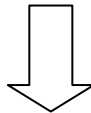
Potenciar

- El acompañamiento de la mujer por la pareja, padres o persona significativa
- Que hable con el progenitor si no lo ha hecho
- Que hable con sus padres si es menor



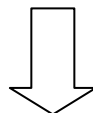
Quitar la angustia sin frivolar sobre

- Aspectos legales
- Aspectos de la intervención
- Repercusiones emocionales post-IVE



Anticipar y preparar la situación de duelo

- Cómo cree que le afectará
- Qué es lo que más teme



Clarificar

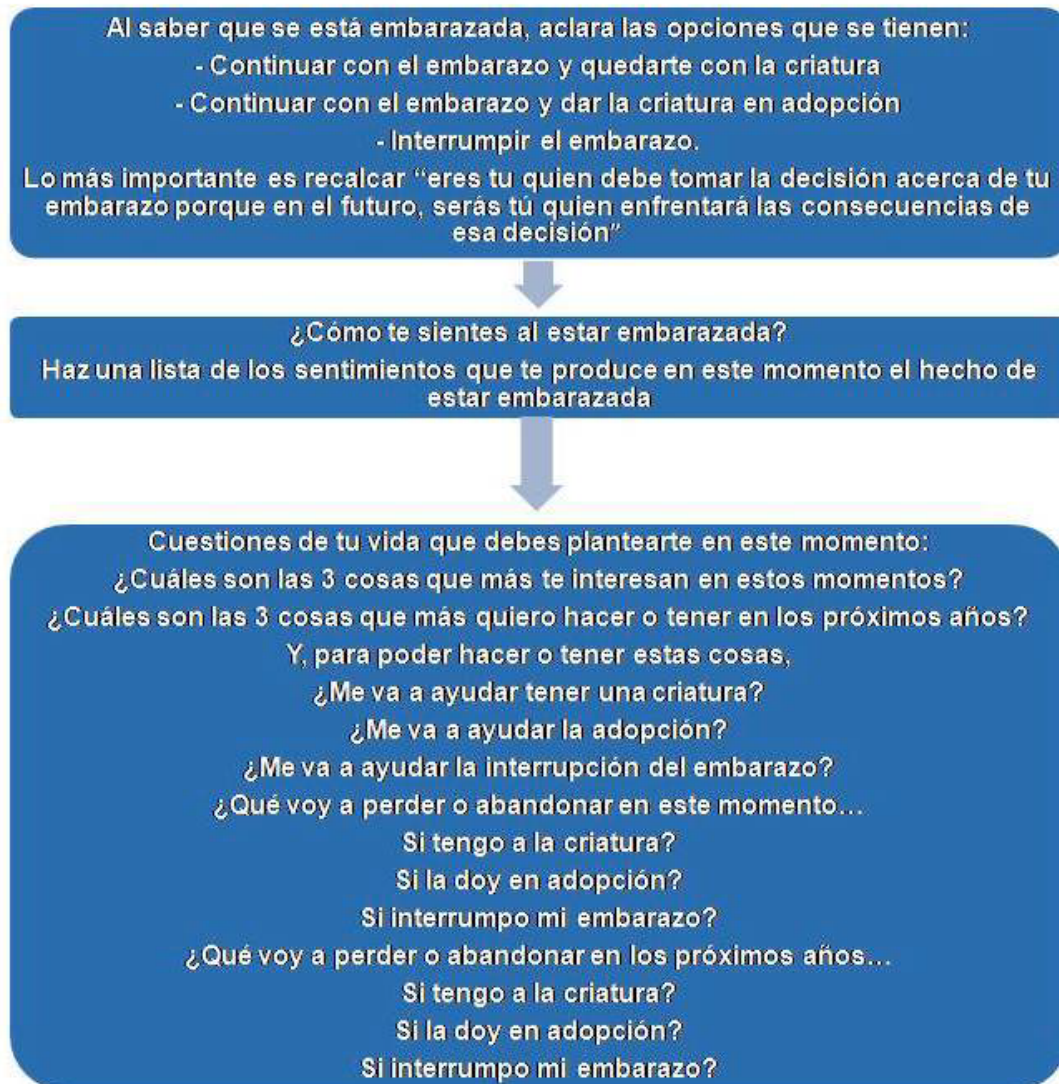
- Concepciones erróneas
- Informaciones sesgadas
- Malas interpretaciones

Los profesionales representan una figura de saber y de autoridad y, por tanto, es conveniente que no opinen a favor o en contra sobre la decisión, aunque se les pida, por el gran efecto sugestivo que sus palabras pueden causar. La mejor decisión es siempre la que la mujer estime más conveniente para su vida y se sienta más capaz de sostener. Pueden ser necesarias varias entrevistas para conseguir que haya tiempo suficiente de madurar la decisión; con más motivo si la pareja también participa o si hay diferencias entre ambos en cuanto a la decisión (López, 2001).

También es conveniente que el profesional tolere algunos silencios y no los intente cubrir con comentarios o preguntas que se escapen del tema y que permita y favorezca la expresión del llanto. El llanto es una ocasión muy favorable para la expresión de ideas y sentimientos importantes, pero que pueden dar miedo a la mujer y al profesional, y con frecuencia se intenta reprimir. La atención empática, la no culpabilización, la información y la posibilidad de expresarse con palabras ante un profesional y ser escuchada disminuyen considerablemente la intensidad de los sentimientos depresivos y generadores de culpa. Se tiene que permitir la expresión de la culpa y ayudar a dimensionarla de forma adecuada, reconduciéndola hacia un análisis de la responsabilidad y a planteamientos de reparación. La culpa puede comportar también la ocultación y la mentira a los otros, a veces incluso al progenitor, a los profesionales y, lo que es más terrible, a sí misma (López, 2001).

El profesional ha de incidir para que la mujer que se presenta sola busque apoyo y soporte emocional en alguna persona de su medio familiar o social, sobre todo en los casos de menores o mujeres sin pareja. A veces la mujer se angustia porque siente que cometerá un «asesinato», o que será castigada si decide perder la posibilidad de tener un hijo. Es importante que pueda verbalizarlo y sienta que el profesional no la está juzgando ni condenando por ello. Puede ayudar también recordarle lo que marca la ley: «abortar no es un delito punible», y plantear la pregunta de por qué ella lo vive así. Los sentimientos mencionados son defensas que tienen todas las personas ante las situaciones de crisis y desaparecen si las decisiones se van madurando adecuadamente (López, 2001).

Según Teracena (2001), otra alternativa muy eficaz de preparar para la decisión de interrumpir o no el embarazo es contestando diferentes preguntas que el profesional de la salud debe poner sobre la mesa, y que debe insistir en que sean contestadas de manera libre y tomando en cuenta que la opinión y respuesta es absolutamente individual:



¿Aproximadamente cuánto dinero podría costarme...
Tener a la criatura?
Darla en adopción?
Interrumpir el embarazo?

¿Cómo van a reaccionar otras personas a quienes quiero y cuya opinión me interesa (como mi pareja, mi madre, mi padre, mis amigas y amigos)...
Si tengo a la criatura?
Si la doy en adopción?
Si interrumpo mi embarazo?

¿Cómo me voy a sentir después...
Si tengo a la criatura?
Si la doy en adopción?
Si interrumpo mi embarazo?

Al revisar los posibles efectos que tendría cada una de las opciones, lo siguiente es revisar cuáles son tus pensamientos, valores y creencias acerca de tu situación y ante las distintas opciones.

Como la mayoría de las mujeres tienen sentimientos encontrados respecto al hecho de estar embarazada y a las opciones disponibles. Puede ayudar el completar cada una de las siguientes oraciones:

La idea de tener un bebe me hace sentir...
Porque...

La idea de dar al bebe en adopción me hace sentir...
Porque...

La idea de interrumpir el embarazo me hace sentir...
Porque...

Es hora de comenzar a tomar la decisión es importante recordar que seguramente no será una decisión perfecta y es normal seguir teniendo sentimientos encontrados. Pregúntate a ti misma ¿puedo manejarlos? Si la respuesta es si, entonces estarás lista para llevar a la práctica tu decisión. Si no puedes decidir quizá necesites más información acerca de las opciones. Es importante subrayar la importancia de decidir lo más rápido posible siempre poniendo en primer lugar la salud de la mujer.

Si estas convencida de que interrumpir un embarazo es la decisión menos mala para ti, acabarás reconciliándote con ella.

Es importante tener en cuenta todas las posibles intervenciones pre aborto que permitan disminuir las reacciones distresantes para diversos grupos de mujeres vulnerables y posibles intervenciones post aborto dirigidas a mujeres identificadas como de alto riesgo para respuestas prolongadas o patológicas (Rondón, 2009).

Una de las maneras de controlar la cuestión del duelo relacionado con el aborto es hacer un asesoramiento psicológico completo antes del aborto para que la persona implicada pueda explorar los sentimientos ambivalentes, comentar las diversas opciones y recibir apoyo emocional. El asesoramiento psicológico después del aborto puede ser eficaz pero las mujeres no suelen solicitarlo (Vargas, 2004). Las mujeres que deciden interrumpir su embarazo requieren de atención especializada y de tiempo para poder pensar de manera libre y tranquila ya que, la mayoría de las veces, dependerá de la forma en cómo se pase este trance, su respuesta después de la ILE.

En los países en que el aborto es legal, es usual que los servicios de interrupción del embarazo brinden a las mujeres un asesoramiento pre y post procedimiento por parte de profesionales con la debida capacitación. Esto facilita a la mujer un sistema de acompañamiento –más allá de sus propias redes sociales– para que ella pueda tomar la decisión informada y congruente con sus propios valores y principios. Además, durante este proceso no tienen que enfrentar la amenaza de riesgo, muerte o encarcelamiento. Por esto, parece bastante congruente que las mujeres pueden sentirse tranquilas y aliviadas ante la decisión de no continuar con un embarazo para el que no se sentían preparadas (OMS, 2009 citado en Maroto, 2009).

Cuando la mujer de manera libre haya decidido interrumpir su embarazo el papel del psicólogo es imprescindible, como dijimos, antes y después debe de haber este apoyo, en este momento el acompañamiento debe tener otras características. Como menciona López (2001), la primera revisión después de la ILE es el momento oportuno para hablar sobre métodos anticonceptivos posibles, y escoger el más conveniente. Es imprescindible informar de las condiciones de buen uso del método elegido y repasar los errores que dieron lugar al embarazo

interrumpido. También es una buena ocasión para trabajar algunas actitudes negativas en torno al reinicio de las relaciones sexuales y los miedos y fantasías que pueden haber quedado sobre la afectación de los órganos o las capacidades reproductivas. Lo más importante es ahondar en los sentimientos que surgen en la mujer y que se sienta apoyada en todo momento.

Esto es algo muy importante ya que el acompañamiento debe tener un cierre, de acuerdo con Paniagua (2010), de las mujeres entrevistadas que regresaban después de 15 días después de la interrupción y que habían recibido un buen apoyo por parte de profesionales de la salud, todas se sentían tranquilas y con la confianza de platicar y seguir con algún asesoramiento psicológico en el hospital.

El caso contrario, ocurre cuando los profesionales de la salud ingenuos se ponen en el lugar de jueces y dan el peso e importancia a sus creencias y no a las de la mujer que está en esta situación. En vez de explorar las raíces de la angustia psicológica de la mujer y proporcionar una terapia imparcial, muchos "consejeros" opuestos al aborto tienden a dirigir el enojo de la mujer hacia los proveedores del aborto diciendo que las mujeres han sido mal informadas acerca del trauma psicológico que causa el aborto. Esto, debido a la orientación política de estos consejeros y el abuso que hacen de los servicios psicológicos, la mayoría de las veces las mujeres pueden terminar sintiéndose enojadas y traicionadas (Almeling y Tews, 1999).

Estas formas de intervención muchas veces se disfrazan de "buen acompañamiento", pero basta con analizar el lenguaje que se utiliza y la forma de dirigir el discurso para darnos cuenta que son las creencias y valores del psicólogo las que al final se busca imponer a la mujer, un ejemplo de esto es el que presenta Vargas (2004), la técnica psicológica llamada "proceso de aprendizaje estructurado" la cual implica:

- a) Lograr empatía con el paciente en primera instancia, considerando que a ella le será difícil hablar del tema

- b) Proporcionar información al paciente y explicarle todo acerca del aborto: tipos, causas, consecuencias, argumentos. Transmitirle la información es con el fin de prevenir mas abortos, y que conozca y comprenda lo que está ocurriendo.
- c) Brindar información prenatal para que conozca acerca del comienzo de la vida, la valore y la respete.

Todo esto con el fin de que la mujer vea la realidad y sea consciente de lo que “hizo”. Se busca mediante la reestructuración cognoscitiva bajar el nivel de ansiedad y culpa, analizando la situación que la llevo a tomar esta decisión. A través de la terapia se le dirá a la mujer que tiene razón de sentirse con vergüenza, y se le propondrán los medios para superarla y ella debe sentirse aceptada como persona “arrepentida” de este modo será factible que se perdone a sí misma.

La idea general es la empatía, pero muchos psicólogos no se dan cuenta de que algunas frases como “debe sentirse arrepentida” o “lo que hizo”, no son ideas de ellas sino de los psicólogos y se las están asignando a las mujeres de manera arbitraria. Otra situación es ahondar en las creencias de cada mujer, no seremos nosotros como psicólogos quienes por ejemplo designemos donde comienza la vida, o si se siente culpable o no, sino la misma mujer es quien debe guiarnos, porque nadie conoce sus sentimientos y pensamientos mejor que ella misma.

Lo más importante que como profesionales debemos tener en cuenta es el respeto por nuestros pacientes, la posición que cada uno tenga acerca del aborto no debe ser lo importante, en nuestro papel como psicólogos, siempre debe ser la posición y creencias de nuestros pacientes en este caso las mujeres, cuando comencemos un trabajo profesional con ellas. El tener en cuenta que un tratamiento pre y post ILE es lo ideal para que las mujeres puedan enfrentar esta decisión tan importante sin que hayan secuelas negativas en su salud psicológica y que éste obligatoriamente debe ejercerse con una perspectiva de tolerancia y apoyo, es un compromiso que debemos asumir.

Discusión

La juventud es una etapa de desarrollo de características físicas, psicológicas y sociales, las mujeres jóvenes se encuentran en la etapa óptima de la función reproductiva, donde biológicamente están aptas para un embarazo pero no necesariamente maduras a nivel psicológico o social.

La maternidad es concebida culturalmente por nuestra sociedad como la esencia de la naturaleza femenina y fuente de realización personal de toda mujer, regla que no necesariamente todas las mujeres siguen, es decir, la realización personal de las mujeres jóvenes es un abanico de posibilidades infinito; como, la elección de carrera, las relaciones sociales, los amigos, el trabajo, etc., por mencionar algunos.

La salud sexual es un tema fundamental en esta etapa, contar con información, educación y asesoramiento permite a las mujeres jóvenes definir la dirección del ejercicio de su sexualidad hacia un bienestar personal. Cuando esto falla pueden presentarse los embarazos no deseados y tener una repercusión directa en la salud física y psicológica de las mujeres.

Como consecuencia del embarazo no deseado una de las alternativas es el aborto, que en muchos de los casos es una decisión dolorosa para la mujer, además de nada sencilla, donde tienen que valorar entre muchas cosas, cuáles son sus prioridades, condiciones de vida, posibilidades económicas, relación de pareja, responsabilidades ya existentes, etc.

Ninguna razón nos puede llevar a la absurda conclusión de que las mujeres abortan por gusto, como menciona reiteradamente Teracena (2000), la decisión de abortar implica una importante introspección, el que la mujer analice su moral y valores, el discurso alrededor de la maternidad, además de muchas otras cuestiones.

Mucha de la literatura consultada mantiene un discurso moralista, simplista y que juzga a las mujeres que deciden practicarse un aborto, tal es el caso de Alva

en su libro ¿Y después del aborto qué? Donde afirma por ejemplo que el aborto al convertirse en un hecho cotidiano es la solución más “fácil” para las mujeres o que llama a las mujeres “asesinas” de sus bebés, otro ejemplo es considerar como solución al aborto, a la adopción, basta ver el estado en el que se encuentran los albergues saturados de niños que no serán adoptados y que tienen un futuro bastante incierto, además de considerar que las mujeres no van a sentir nada al abandonar a un ser que trajeron al mundo y que seguirán su vida como si nada hubiera ocurrido, pero este tipo de literatura no se limita a libros de consulta, increíblemente se encuentra también en trabajos serios como tesis de licenciatura y maestría de psicología. Las soluciones simplistas y el lenguaje violento, aunado a imágenes grotescas es el común denominador de este tipo de textos.

La tergiversación de la información acerca de las consecuencias del aborto es un punto significativo a tratar; utilizar términos de manera incorrecta deliberadamente como bebe en lugar de feto, o confundir intencionalmente los riesgos del aborto inducido con los del aborto inseguro, con el objetivo de atemorizar a las mujeres que no tienen la fortuna de contar con información veraz, son la constante en muchas investigaciones, artículos y libros consultados en este estudio.

En el caso de la salud psicológica y las consecuencias que las mujeres presentan tras un aborto, existen posturas encontradas, por un lado quienes aseguran existe el Síndrome Post Aborto (SPA) y por el otro quienes lo desmienten, es importante señalar que en el Manual DSM IV no se encuentra contemplado este síndrome por lo cual no puede ser catalogado como una patología que tenga ningún respaldo científico, además de las creencias de algunos grupos conservadores.

Al ser el aborto inducido una pérdida para la mujer, aunque ésta lo haya decidido, es natural que experimente algún tipo de duelo, recordemos que Salazar y Zamudio, (2007) mencionan que el aborto trae consigo un duelo que se hace más patológico mientras existan más perturbaciones en la personalidad previa a esta experiencia, un buen indicador de la manera en que puede afectarle a las mujeres la interrupción del embarazo es saber cómo han vivido y elaborado sus duelos

anteriores a la situación actual. La vivencia del aborto es completamente particular y el duelo que se presente puede no ser necesariamente producto del aborto inducido, como lo mencionan los estudios serios acerca del tema.

Cuando las personas han sufrido algún tipo de pérdida generalmente tienen la oportunidad de compartir sentimientos y emociones con otras personas, además de recibir apoyo, solidaridad y empatía, pero en el caso específico del aborto inducido esto no sucede, las mujeres no tienen la posibilidad de abrir este tema a la sociedad en sí, ya que el aborto es visto como un crimen físico y moral y la respuesta común resulta ser la censura, descalificación y el rechazo.

En la década de los 90's es introducido por los movimientos anti derechos el termino SPA, donde comienzan a comparar al Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) con el SPA al mismo tiempo, de manera completamente arbitraria utilizan las 5 etapas del duelo expuestas por Kübler- Ross y agregan síntomas que según ellos experimentan todas las mujeres que ha decidido abortar.

No obstante ya desde 1987 el presidente norteamericano Ronald Reagan pidió a su Secretario de Salud, el Dr. Everett Koop, que buscara evidencias de que el aborto en sí tuviera consecuencias psicológicas negativas, después de dos años de investigación el Dr. Koop reconoció que no había evidencia científica que probara que el aborto producía en sí mismo consecuencias psicológicas negativas.

En los textos científicos no se encuentra evidencia de que el SPA exista, al contrario mucha información lo desmiente Adler (1992 citado en Maroto, 2009), por ejemplo señala que las mujeres pueden presentar sentimientos muy diversos como sentir remordimiento, tristeza o culpabilidad, pero la mayoría sienten alivio y felicidad, para muchas mujeres el aborto puede ser una vía de resolver el estrés asociado al embarazo no deseado, y por lo tanto, ésta decisión les facilita su proceso de recuperación emocional.

Lo que realmente puede causar un duelo complicado es el estigma social, los mensajes como "el aborto es sinónimo de asesinato o pecado" y la presión

social, incrementa en las mujeres el sentimiento de culpa y aumentan el estrés que ya de por sí es elevado.

Para fortuna de la salud de las mujeres que viven en la capital de México, se dio un importante paso en el año de 2007, se legisló la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), luego de un largo debate que continua hasta la fecha, por un lado quienes están en contra del aborto, principalmente la Iglesia Católica y grupos conservadores como Pro Vida, y por el otro lado quienes defienden el derecho de decidir de las mujeres sobre su cuerpo, entre estos las feministas y grupos liberales, además de un grupo muy interesante e importante “Católicas por el Derecho a Decidir”.

Me parece importante hablar de los grupos contra derechos, porque son sin duda una de las razones por las cuales las mujeres han tenido que callar cuando se habla de aborto, estos grupos se han encargado de difundir la idea de que el aborto es un crimen y un asesinato contra una persona indefensa y por ende, las mujeres que lo practiquen enfrentarán las consecuencias en su salud psicológica de por vida, aunque ya se ha demostrado que no es verdad en la gran mayoría de los casos. Estos grupos han causado confusión, han engañado y sobre todo han violentado a mujeres que asisten a las clínicas del DF para practicarse un aborto.

El grupo “Católicas por el Derecho a Decidir” por su parte no busca criminalizar a las mujeres o a quienes apoyen el aborto como una opción para los embarazos no deseados, ellas apoyan la libre decisión y congruentes con su fe, no toman el papel de jueces.

Los grupos a favor del derecho a decidir a diferencia de la creencia popular no están a favor del aborto, están a favor de que cada mujer decida sobre su cuerpo, es una falacia afirmar que hay grupos a favor o que promuevan el aborto, puesto que nadie está a favor del aborto en sí, el escenario ideal sería que ninguna mujer tuviera la necesidad de recurrir al aborto.

La tarea principal del Estado es garantizar la salud de las mujeres, ya que el sector más vulnerable ha de ser invariablemente el de las mujeres pobres que no

tienen acceso a información y a educación o, que no tienen los medios para trasladarse al DF y corren el riesgo de ser perseguidas como delincuentes en sus estados de origen.

En México, los derechos sexuales y reproductivos, están contemplados en el artículo 4º de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, que dice: “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”, pero en el caso del aborto inducido esto no se cumple a cabalidad. El país ha sido testigo de una oleada de reformas en las constituciones locales de varios estados, para proteger la vida desde el momento de la concepción, reformas que tienen la intención de limitar los derechos reproductivos de las mujeres, solo en el DF está legislada la ILE pero en el resto de la república nos encontramos con otro panorama completamente diferente, casos muy graves como en Guanajuato donde ni siquiera el peligro de muerte para la mujer es causal para solicitar un aborto de manera legal.

El aborto inducido es una realidad en nuestro país, y se ha abordado desde muchos puntos de vista, pero como psicólogos tenemos ante nosotros un campo muy extenso de trabajo, con las mujeres jóvenes o de cualquier edad, en la prevención y educación sexual que es parte fundamental de una buena educación para la vida, es sobre todo ahí donde tendríamos que concentrar nuestros esfuerzos para evitar las consecuencias psicológicas negativas.

El papel de los psicólogos es tener una preparación académica y moral basada en la premisa de no juzgar, tarea nada sencilla pero que con el impulso de herramientas que desarrollen la empatía pueden ayudarnos a lograr la meta de poder hacer un asesoramiento psicológico completo previo al aborto para que la mujer pueda explorar los sentimientos ambivalentes, comentar las diversas opciones, recibir apoyo emocional y elegir libremente y sin culpas lo que a ella le parezca la mejor opción.

El asesoramiento psicológico después del aborto es esencial, que las mujeres sientan la confianza de que los psicólogos estamos ahí para apoyarlas y

que su decisión es respaldada, sea que estemos de acuerdo o no, lleva a las mujeres al empoderamiento de su propio cuerpo. Del buen o mal trabajo que hagamos dependerá en gran medida que estas mujeres no tengan una afección negativa a su desarrollo psicológico y a su salud sexual.

Por medio de nuestra formación profesional como psicólogos, debemos tener la competencia de ofrecer información objetiva y sustentada científicamente, pero sobre todo tenemos la responsabilidad de ejercer nuestra profesión con un profundo respeto hacia el otro/a, con empatía y tolerancia aunque los puntos de vista se opongan a los nuestros.

En este sentido los planes y programas de estudios de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, pasan por alto esta problemática, al no incluir alguna materia con respecto al duelo o al trabajo psicológico con una perspectiva de género. Estos tendrían que contener la información y las estrategias que capaciten a las nuevas generaciones para atender esta problemática social y psicológica de la manera más óptima posible.

Y aunque en el nuevo plan de estudios de la carrera de Psicología del año 2012 dentro de nuestra facultad, ya incluyen la actividad de Feminidad, Masculinidad y Salud Sexual, está como optativa, lo cual no es accesible para todos los alumnos inscritos, solo para los interesados en el tema. Por lo que no resuelve del todo la ausencia de información y la perspectiva de género que contribuiría para la educación de la salud sexual a las nuevas generaciones de jóvenes y la toma de decisiones con respecto a su cuerpo y plan de vida dentro de su formación profesional y situación de vida propia.

Conclusiones

A lo largo de esta investigación se han encontrado distintas maneras de ver al aborto; como un problema de salud, uno de conciencia, como algo que se debe evitar a cualquier costo o como una opción viable, entre otras. Es importante señalar el papel que el psicólogo puede y debe desempeñar en el caso las mujeres que están ante la decisión de un aborto inducido.

Aquí se enumeran algunos aspectos a considerar:

1. La Ley de Salud del Distrito Federal señala que la atención de la salud sexual y reproductiva y los servicios en esta materia tienen como finalidad la prevención de embarazos no deseados. Además, se deben ofrecer servicios de consejería (pre y post aborto) y se les debe dar información objetiva a las mujeres que soliciten la interrupción legal del embarazo.
2. Tendríamos que contemplar varias acciones, como el garantizar que, en todas las entidades federativas, las mujeres que se encuentren en alguno de los supuestos de aborto legal, accedan a servicios seguros. Así como, fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, con base en la experiencia del gobierno del DF, a partir de las reformas en materia de legalización del aborto de 2007. Además de implementar los mecanismos jurídicos necesarios para garantizar que no se enjuicie ni condene a ninguna mujer por haber recurrido a un aborto.
3. Mientras que las instituciones como el Estado, la familia, la iglesia, las educativas y las referentes a la salud sigan limitando las posibilidades de las mujeres con respecto a su salud sexual, como el reconocimiento, el cuidado de su cuerpo y el controlar su fecundidad, miles de mujeres correrán el riesgo de embarazos no deseados, como resultado de estos se expondrán a tener un hijo al que no podrán otorgarles los cuidados ni físicos, ni emocionales que todo ser humano requiere, o al aborto, generando una situación conflictiva de sus vida en ambas circunstancias.

4. Es necesario permitir la autonomía de las mujeres así como dejar de considerar a la maternidad como único destino. En cambio, ver a la maternidad como una opción más que implique el amor, el deseo de procreación, donde ambos se presenten en plenitud. Entonces, para prevenir los embarazos no deseados es necesario un largo proceso educativo, con una buena y explícita educación del ejercicio responsable de la sexualidad, una amplia oferta de métodos anticonceptivos seguros y baratos, además de la erradicación de la violencia sexual y la pobreza. Mientras no existan esas condiciones habrá que remediar los embarazos no deseados: ese remedio es la interrupción legal del embarazo.

5. Dado que de las investigaciones sobre salud psicológica de las mujeres relacionadas con el aborto, ninguna ha podido concluir categóricamente una relación de causa directa entre el aborto y la depresión o el suicidio. Necesitamos evitar que dolosamente se sigan manipulando estudios que relacionan estos fenómenos, y que hagan exposiciones parciales de los mismos. Ya que, revisando atentamente las conclusiones de estos estudios, se puede ver que el aborto aparece como un factor, entre otros más, que está asociado con la salud psicológica de las mujeres y no como una causa directa de su estado emocional, en estos casos, un embarazo no deseado aparece más bien como una consecuencia de una historia de vida ya afectada por otras circunstancias y el aborto como un efecto de ésta, y no como el origen de otros malestares. Las investigaciones desmienten el concepto de SPA pero no niegan que haya repercusiones en las mujeres.

6. Las jóvenes en su mayoría católicas son las usuarias del servicio de Interrupción Legal del Embarazo (ILE), esto ha beneficiado a miles de mujeres que buscan una solución al embarazo no deseado en el Distrito Federal, pero es necesario hacer hincapié en exigir servicios de calidad, además de promover una actitud de respeto ante la sexualidad y el no enjuiciamiento de las mujeres que pasan por esto. Que haya consejería continua, pre y post aborto en las instituciones, es una necesidad que no se puede dejar de lado.

7. La capacitación de los prestadores del servicio médico debe promover un cambio positivo, aunado a la sensibilización que la sociedad tenga ante el aborto y esto es obligación del Estado para generar un ambiente más solidario y amigable para las mujeres en situación de aborto inducido, reduciendo el costo tanto físico como emocional.
8. En coincidencia con el punto anterior el personal de salud debería tener la capacitación adecuada y la sensibilidad para no anteponer sus propias creencias y sentimientos acerca del aborto, y así contrarrestar los sentimientos de culpa, que la mujer pueda presentar. La opinión de un profesional puede desempeñar un papel importante en embarazos posteriores o en las secuelas psicológicas.
9. La orientación psicológica antes de tomar la decisión, después de haberla tomado y después de la operación, es absolutamente necesaria. Esta debe incluir: tiempo y oportunidad para evaluar las ventajas y desventajas de todas las alternativas de decisión; tiempo para analizar los argumentos; tiempo y estrategias para prepararse para el evento y su manejo posterior; apoyo en su decisión o apoyo si cambia de parecer; y, apoyo después del evento, incluyendo la oportunidad de desahogar sentimientos o de respetar a quien no tenga deseos de hablar.
10. Los profesionales representan una figura de saber y de autoridad, por tanto, es conveniente que su opinión esté cargada de empatía, de sensibilidad ante la difícil situación por la que está pasando la mujer, buscar palabras alentadoras y conciliadoras, ya que la palabra una vez dicha jamás regresa, para de esta manera lograr el apoyo moral que se pretende dar. La mejor decisión es siempre la que la mujer estime más conveniente para su vida y se sienta más capaz de sostener.
11. Finalmente es importante señalar que los planes y programas de la carrera de Psicología, impartida en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza en su programa de materias obligatorias tendría que contemplar la formación de los profesionales para atender esta demanda social y no solamente como

materia optativa, para que entonces el psicólogo pueda dar respuesta óptima y certera en la prevención e intervención en el caso del aborto inducido, su prevención y las posibles consecuencias psicológicas.

Referencias Bibliográficas.

Abracinskas, Lilián y López Gómez, Alejandra (2002). *Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay*. Montevideo: Consejo de la Facultad de Medicina – Universidad de la República.

Aguirre Bonifaz, Y. (2007). *Rasgos de personalidad en mujeres a favor y en contra del aborto*. Tesis Licenciatura Psicología. México: Departamento de Psicología, Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Universidad de las Américas Puebla. Mayo.

Alfonso Fernández, José Manuel (2008). *El Síndrome Post – Aborto. Un acercamiento desde la Psicología y la Bioética*. Cuba: BIOÉTICA. Septiembre - Diciembre 2008 / pp. 4 a 8. Volumen 8 No. 3.

Alva López, Ma. Del Carmen (2007). *Y después del aborto ¿qué? Ante una realidad irreversible... una ventana de esperanza*. México: Trillas 1ª Ed.

Bárcena, Alicia (2008). *Juventud y cohesión social en Iberoamérica. Un modelo para armar*. Chile: Naciones Unidas.

Bordignon Nelso, Antonio (2005). *El desarrollo psicosexual de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto*. Revista Lasallista de Investigación, Julio – diciembre, año/vol. 2, numero 002. Colombia: Corporación Universitaria Lasallista. Antioquia, pp. 50 – 63.

Bowlby, John (1993). *La pérdida*. España: Paidós.

Bucay, Jorge (2008). *El camino de las lágrimas*. México: Océano 3ª Ed.

Bustos Romero, Olga y Flores, Javier (2009). *Aborto. Foro sobre la despenalización del aborto. Respuesta social frente a las controversias constitucionales*. Colección Debate y Reflexión. México: UNAM Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en

Ciencias y Humanidades. Facultad de Medicina. La Jornada. Instituto de Investigaciones Filosóficas. 1ª Ed.

Cabezas García, Evelio (1998). *Perfil sociodemográfico del aborto inducido*. Artículo. Num. 3, Vol. 40, mayo-junio. México: Salud pública de México.

Castañeda Salgado, Martha Patricia (2003). *La interrupción voluntaria del embarazo. Reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*. México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencia y Humanidades de la UNAM.

Colàs Gil, Jaume (2002). *Diccionario Ilustrado de Psicología*. España: Larousse 3ª Ed.

Craig, Grace J., Baucum, Don (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall, 9ª Ed.

Davidson, Simón (1992). *Agonía, muerte y duelo*. México: Manual Moderno 1ª Ed.

De León R., Verónica y Cuetos M., Constantino (2005). *Tanatología: una perspectiva distinta de la muerte*. Boletín Médico, Num. 6, Vol. 1, enero-febrero. México: UAS, Facultad de Medicina.

Delgado Ballesteros, Gabriela (2008). *¿Despenalización del aborto?*. México: Revista Este País. Número 202. Enero.

Delgado Ballesteros, Gabriela y Flores, Javier (2009). *Aborto. Foro sobre la despenalización del aborto. Respuesta social frente a las controversias constitucionales. Colección Debate y Reflexión*. México: UNAM Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Facultad de Medicina. La Jornada. Instituto de Investigaciones Filosóficas. 1ª Ed.

Dytrych, Z. (1991). *Hijos no deseados*. México: Edamex 1ª Ed.

Elizari, F. Javier (1999). *El aborto ya es legal ¿qué hacer ahora?* Madrid: P. S. Editorial.

Espinoza, Henry (2002). *Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina*. Revista Panam Salud Publica / Panam J Public Health. Vol. 11 Numero 3.

Figuroa, Juan Guillermo (2001). *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México: PUEG, UNAM, Porrúa 1ª Ed.

Feixa, Carles (2006). *Generación XX. Teorías sobre la juventud en la era contemporánea*. Colombia: Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Universidad de Manizales. Julio – diciembre, Vol. 4 Número 2.

Feixa, Carles (2006a). *Relatos de juventud: de Tarzán a Blade Runner (pasando por Peter Pan)*. Mirar i comprendre el món adolescent, XXIV Jornada de Polítiques Locals de Joventut Universitat de Lleida. Barcelona: 27 de noviembre.

Feldman, Robert S. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. México: Prentice Hall 4ª Ed.

Fonnegra de Jaramillo, Isa (2001). *De cara a la muerte*. México: Editorial Andrés Bello 2ª Ed.

Frenk Mora, Julio (2002). *Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes*. México: Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. 2ª Ed.

Galeana, Patricia; Enríquez, Lourdes y De Anda, Claudia (2008). *Impacto social de la penalización del aborto. Despenalización del aborto en la Ciudad de México. Argumentos para la reflexión*. México: Programa de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México. 1ª ed.

García Hernández, Aidé (2008). *Aborto: aspectos sociales, éticos y religiosos. Invitación al debate*. México: Observatorio Eclesial. Católicas por el Derecho a Decidir.

García Nava, Vanessa (2007). *La representación social del aborto en el hombre*. México: Facultad de Psicología. UNAM.

Giacomán, Claudia y Barraza, Eduardo (2004). *SYDR Sexualidad y Derechos Reproductivos*. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. 4ª Ed.

Gispert, Carlos (2003). *Enciclopedia de la Psicología*. Barcelona: Océano 1ª Ed.

Gispert, Carlos (2003a). *Enciclopedia de la Psicopedagogía*. Barcelona: Océano 2ª Ed.

Gispert Cruells, Jorge (2004). *Prevención del embarazo no deseado*. México: Editorial Alfil 1ª ed.

Gómez Lavín, C.; Zapata García, R. (2005). *Categorización diagnóstica del síndrome post aborto*. España: Actas Esp. Psiquiatría 2005; 33. Clínica Universitaria y Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra Pamplona.

González Olvera, Gerardo Israel (2006). *La difusión de los derechos de la mujer y el tema del aborto. Estudio de caso: Mujeres Católicas por el Derecho a Decidir, estrategia de comunicación de la Asociación Civil*. México: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM.

Gross, Richard (2004). *Psicología: La ciencia de la mente y la conducta*. México: Editorial El Manual Moderno. 3ª Ed.

Henshaw SK y Kost K. (1995). *Characteristics and contraceptive use in Abortion patients. Family Planning Perspectives* 1996; 28(4): 140-147 &158.

Herrera Feria, María de Lourdes (2007). *La maternidad cuestionada: la alienación de lo femenino. Mujeres en la selva: entre la razón y la transgresión*. México: Fomento editorial. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 1ª Ed.

Hurst, Jane (1998). *La historia de las ideas sobre el aborto en la iglesia católica (Lo que no fue contado)*. México: Católicas por el Derecho a Decidir. 4º ed.

IFE, UNAM-IIJ (2011). *Segunda Encuesta Nacional de Cultura Constitucional: legalidad, legitimidad de las instituciones y rediseño del Estado. Opinión sobre el aborto en encuesta nacional de cultura constitucional*. México: UNAM.

IPAS (2010). *Las evidencias hablan por sí solas: Diez datos sobre aborto*. Estados Unidos: Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Jaramillo, Verónica (2008). *Tu futuro en libertad. Por una sexualidad y salud reproductiva con responsabilidad*. México: Gobierno del Distrito Federal. Secretaría de Educación del Distrito Federal. 1º ed.

Klugman B. & Budlender D. (2001). *Estrategias para el acceso al aborto legal y seguro. Un estudio en once países*. South África: Health Project 1º ed.

Kübler-Ross, Elisabeth (2005). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: Random House Mondadori 1ª Ed.

Lamas, Marta; Enríquez, Lourdes y De Anda, Claudia (2008). *Despenalizar el aborto para una maternidad voluntaria, en Despenalización del aborto en la Ciudad de México. Argumentos para la reflexión*. México: Programa de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México. 1ª ed.

Lefrancois, Guy R. (2003). *El ciclo de la vida*. México: Editorial Thomson 6ª Ed.

López Peñaloza, Judith (2008). *Resiliencia Familiar ante el duelo*. México: Programa de Maestría y Doctorado en Psicología Social y Ambiental. UNAM.

Lozano U., María Iciar (2003). *Nociones de Juventud*. Chile: Revista Última década, Abril Nº 18 Centro de Investigación y Difusión Poblacional, Viña del Mar. Pp. 11 – 19

Marín, Aída; Enríquez, Lourdes y De Anda, Claudia (2008). *Los jóvenes: libertad, autonomía y respeto por el derecho a decidir, en Despenalización del aborto en la Ciudad de México. Argumentos para la reflexión*. México: Programa de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México. 1ª ed.

Maroto Vargas, Adriana (2011). *Al amparo de la noche: abortos clandestinos y salud mental*. Costa Rica: Revista Costarricense de Psicología, Vol. 29, no 44, 2011, 65-75. Asociación Colectiva por el Derecho a Decidir.

Martínez Labastida, Julia Janete (2006). *Elaboración del duelo en mujeres con abortos provocados*. México: Facultad de Psicología. UNAM.

Meza D., E. G.; García, S.; Torres G. A.; Castillo, L.; Sauri, S. S.; Martínez, S. B. (2008). *El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales*. México: Revista de Especialidades Medico Quirúrgicas; 13(1):28-31.

Micher Camarena, Martha Lucía; Enríquez, Lourdes y De Anda, Claudia (2008). *El derecho a decidir: derecho humano de las mujeres, en Despenalización del aborto en la Ciudad de México. Argumentos para la reflexión*. México: Programa de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México. 1ª ed.

Montoya Rivero, Víctor Manuel y Ortiz Trujillo, Diana (2009). *Vida humana y aborto*. México: Ciencia, Filosofía, Bioética y Derecho. Porrúa 1ª Ed.

Mota González, Cecilia (2008). *Duelo perinatal y actitud hacia la maternidad en mujeres con pérdida gestacional*. Tesis de Maestría en Psicología General Experimental. México: UNAM, Facultad de Psicología.

O'Connor, Nancy (2003). *Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo*. México: Trillas.

Padgett, Humberto (2011). *Abuelas treintañeras*. México: Revista EMEEQUIS. Marzo Núm. 249.

Paniagua Saavedra, Daisy (2010). *Reportaje: interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal: el impacto de una política pública en la vida de las mujeres*. Tesis de licenciatura en Ciencias de la Comunicación, Especialidad en Periodismo. México: UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

Papalia, Diane E.; Wendkos Olds, Sally y Feldman, Duskin (2002). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill 9ª Ed.

Payás Puigarnau, Alba (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Madrid: Paidós 1ª Ed.

Pérez Torres, Adriana (2008). *Impacto del aborto inducido en la vida sexual y amorosa de mujeres*. Tesis de licenciatura. México: FES Iztacala. UNAM.

Ramírez, V. B; Suárez, V. P. y Ramírez V. G. (2007). *Opinión de mujeres con interrupción voluntaria de embarazo sobre la legalización del aborto. Cuestionario aplicado en la ciudad de Puebla, México*. Boletín Mexicano de Derecho Comparado, Nueva serie, año XL, núm. 120, Septiembre-Diciembre del 2007, pp. 907 – 928. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

Rice, F. Philip (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital*. México: Prentice Hall 2ª Ed.

Rico Galindo, Blanca (2001). *La sexualidad*. México: Dirección General de Divulgación de la Ciencia UNAM 1ª ed.

Rodríguez Ramírez, Gabriela; Enríquez, Lourdes y De Anda, Claudia (2008). *La interrupción del embarazo, la educación sexual y la prevención entre adolescentes*,

en Despenalización del aborto en la Ciudad de México. Argumentos para la reflexión. México: Programa de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México. 1ª ed.

Rodríguez Venancio, Carlos Isaac (2010), *Las mujeres que se practique el ILE (por un embarazo no deseado), sufren de ¿ansiedad y depresión? Y si los presentan ¿cuáles son sus niveles?* México: Universidad Insurgentes Plantel Xola.

Romero Contreras, María Eugenia; Enríquez, Lourdes y De Anda, Claudia (2008). *Los derechos de las mujeres y la despenalización del aborto, en Despenalización del aborto en la Ciudad de México. Argumentos para la reflexión.* México: Programa de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México. 1ª ed.

Romero Contreras, María Eugenia y Flores, Javier (2009). *Las mujeres deciden, la sociedad respeta y el estado garantiza. Foro sobre la despenalización del aborto. Respuesta social frente a las controversias constitucionales.* Colección Debate y Reflexión. México: UNAM Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Facultad de Medicina. La Jornada. Instituto de Investigaciones Filosóficas. 1ª Ed.

Romo Martínez, José Matías (2008). *Estudiantes universitarios y sus relaciones de pareja.* México: Revista Mexicana de Investigación Educativa, Julio – Septiembre, año 13, Número 38. Consejo Mexicano de Investigación Educativa. pp. 801 – 823.

Rondón, Marta B. (2009). *Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido.* Perú: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX) noviembre Lima – 1º ed.

Russo, N. F. (1992). *Psychological aspects of unwanted pregnancy and its resolution.* New York: In J.D. Butler and D.F. Walbert (eds.), *Abortion, Medicine, and the Law* 4th Ed., pág. 593-626.

Salazar Ventura, Wido y Zamudio Lemus, Nelyda (2007). *Rasgos depresivos en adolescentes de 12 a 19 años que tuvieron un aborto inducido*. México: Universidad Insurgentes Plantel Xola.

Schiavon, Raffaella; Enríquez, Lourdes y De Anda, Claudia (2008). *La salud pública y el aborto: la importancia de las evidencias científicas, en Despenalización del aborto en la Ciudad de México. Argumentos para la reflexión*. México: Programa de Estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México. 1ª ed.

Teracena, Rosario (2000). *Miradas sobre el aborto*. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) 1ª ed.

Teracena, Rosario (2001). *Con la conciencia tranquila. Guía para enfrentar un embarazo no deseado*. México: Grupo de Información e Reproducción Elegida, A. C.

Teracena, Rosario (2005). *El aborto a debate. Análisis de los argumentos de liberales y conservadores*. México: Desacatos, enero-abril, número 017 pp. 15-32. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Vargas, María del Rocío (2004). *Experiencias y significados del aborto inducido en estudiantes universitarias: relatos*. Tesis de licenciatura. México: FES Iztacala. UNAM.

Velasco Yáñez, David (2006). *Derechos de las mujeres asunto de todos y todas. Versión popular del diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México*. México: Volumen 14, 1º ed.

Villaseñor Farías, Martha (2001). *Ética en investigación y educación sexual de Adolescentes y jóvenes. Investigaciones en salud de adolescentes II (1999-2003)*. México: Editores Bettylu Rasmussen Cruz y Alfredo Hidalgo San Martín. Pp. 207-208.

Worden, J. William (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Madrid: Paidós 2ª Ed.

Referencias Electrónicas.

Almeling, Rene y Tews, Laureen (1999). *Después del aborto*. National Abortion Federation. Revisado el 1 de junio de 2012 en:

<http://www.prochoice.org/es/datos/despues.html>

CEDAW (2012). *Informe sobre la situación de los derechos reproductivos de las niñas, adolescentes y mujeres en México. 52º período de sesiones, Nueva York, 17 de julio de 2012*. Revisado 20 de julio de 2012.

http://www.gire.org.mx/images/stories/Informes/Informe_alternativo_sobre_la_situacion_de_los_derechos_reproductivos_de_ninas_adolescentes_y_mujeres_en_Mexico.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2000). *Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe*. México: CEPAL. Revisado 8 de Noviembre de 2011.

<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/4299/lcg2084e.pdf>

Collao, Ondina y Honores, Carmen Gloria (2001). *Hacia una pedagogía de la sexualidad*. Uruguay: Revisado el 3 de Octubre de 2012

<http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro123/libro123.pdf>

Coordinación Política Juvenil (2006). *¡De eso no se habla! Percepciones de mujeres jóvenes sobre prácticas y legalidad del aborto en el Ecuador*. Ecuador: Revisado el 13 de Agosto de 2012.

<http://www.coordinadorajuvenil.org/web/downloads/publicaciones/lib1.pdf>

Domínguez García, Laura (2008). *La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad*. México: Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología Vol. 4. Número 1. 2008. pág. 69-76.

http://www.conductitlan.net/50_adolescencia_y_juventud.pdf

Fernández Sánchez, Néstor (2011). *Características del desarrollo psicológico del adulto*. México: Facultad de Psicología Educación Continua Universidad Nacional Autónoma de México. Revisado 15 de Noviembre de 2011.

<http://www.e-continua.com/documentos/desarrollo%20aduldez.pdf>

Flórez Nieto, Carmen Elisa y Soto, Victoria Eugenia (2008). *El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo. Revisado 8 de Noviembre de 2011.

http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubWP-632_esp.pdf

GIRE Grupo de Información en Reproducción Elegida, A. C. (2007). *Aborto, salud y bienestar*. México: Hoja Informativa. Revisado EL 1 de Junio de 2012 en:

http://www.gire.org.mx/publica2/abortosaludbienestar_2007.pdf

GIRE (2010). *Los Derechos Reproductivos en la Legislación y en las Políticas Públicas de México*. México: Hoja Informativa. México, revisado el 2 de Junio de 2012. http://www.gire.org.mx/publica2/derechoslegislacionpp_2010.pdf

GIRE (2012). *Legislación en el Distrito Federal, Normativa*. México: Revisado 1 de Agosto de 2012.

http://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=407&Itemid=1152&lang=es

GIRE (2012a). *Perfil de las usuarias que han realizado Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México 2007 – 2012*. México: Revisado el 2 de Junio de 2012 en:

http://www.gire.org.mx/images/stories/com/CifrasILE_DF_5anios.pdf

Hernández, Juan Carlos (2010) .*Consecuencias psicológicas del aborto: Mitos y realidades*. México: Hoja Informativa de Grupo de Información en Reproducción Elegida, A. C. Marzo 2010. Revisado el 1° de agosto de 2012.

www.gire.org.mx/publica2/consecuencias_marzo2010.pdf

Instituto Mexicano de la Juventud (2008). *Programa de Mediano Plazo 2008 – 2012*. México: Secretaría de Educación Pública. Revisado 1 de Noviembre de 2011.

http://www.imjuventud.gob.mx/contenidos/programas/PMP_IMJ_2008-2012.pdf

Krauskopof, Diana (2007). *El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios*. Revisado 14 de Noviembre de 2011.

<http://www.adolescenza.org/adolescenza2.pdf>

Lamas, Marta (2003). *Aborto: viejo problema y nuevos dilemas. Simposium: "Mujer y Salud", 19 y 20 de marzo de 2003*. México: Programa Mujer y Salud de la SSA y el Instituto Nacional de Perinatología. Instituto de las Mujeres del DF. Gobierno del Distrito Federal. Revisado el 1 de julio de 2012 en:

[http://www.inmujeres.df.gob.mx/wb/inmujeres/articulo_aborto_viejo_problema_y_nuevos_dilemas_ma](http://www.inmujeres.df.gob.mx/wb/inmujeres/articulo_aborto_viejo_problema_y_nuevos_dilemas_marta)

Lobato, Clemente (1999). *Hacia una educación de los sentimientos en los adolescentes y jóvenes*. España: Revista Misión Joven No. 248 Universidad del País Vasco. Revisado 15 de Noviembre de 2011.

http://www.educadormarista.com/Padres/Hacia_una_educacion_de_los_sentimientos_en_adolescentes_y_jovenes.htm

López García, Sonia (2001). *Aspectos psicológicos de la atención a la demanda de interrupción voluntaria del embarazo*. España: Federación de Asociaciones de Matronas de España. Revista Matronas Profesión Ediciones Mayo Vol. 2 Núm. 5 pp. 10 – 16. Revisado el 1° de noviembre de 2011.

<http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7608/173/aspectos-psicologicos-de-la-atencion-a-la-demanda-de-interrupcion-voluntaria-del-embarazo>

Maroto Vargas, Adriana (2009). *El trauma post aborto: Un mito creado por sectores conservadores*. Costa Rica: Colectiva por el Derecho a Decidir. Apuntes para la reflexión. Pp. 137-159. Revisado el 29 de Junio de 2012 en:

<http://www.genero.bvsalud.org/lildbi/docsonline/get.php?id=1171>

Mazarrasa Alvear, Lucía y Gil Tarragato Sara (2007). *Salud sexual y reproductiva*. España: Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud. Revisado el 1° de noviembre de 2011.

http://www.msc.es/organizacion/SNS/planCalidadSNS/pdf/eguidad/13modulo_12.pdf

Organización de las Naciones Unidas (2011). *Temas mundiales. Juventud*. México: Revisado 9 de noviembre de 2011.

<http://www.un.org/es/globalissues/youth/index.shtml>

Organización Mundial de la Salud (2005). *Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual*. México: Revisado 8 de Noviembre de 2011.

http://www.who.int/hiv/pub/sti/STIguidelines2003_es.pdf

Secretaría de Salud del Distrito Federal, (2011). *Agenda estadística 2010 Gobierno del Distrito Federal*. México: Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial. Revisado el 2 de Junio de 2012.

http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/info_salud/Pagina%20Web%20Agenda%20Estad%C3%ADstica%202010/inicio.html

Secretaria de Salud del Distrito Federal (2012). *Cifras sobre la Interrupción Legal del Embarazo ILE en el Distrito Federal 2007 – 2012*. México: Documento revisado 1 de Junio de 2012.

<http://andar.org.mx/cms/images/Cifras%20sobre%20la%20Interrupcion%20Legal%20del%20Embarazo.pdf>

Sinuhé García, Moisés y Villagrana Velázquez, Erika (2007). Aborto: controversia entre el Estado laico y la Iglesia. Polarización de ideologías. *El Cotidiano*, vol. 22, núm. 146, noviembre-diciembre, 2007, pp. 13-20. México: Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco. Revisado 15 de abril de 2013.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32514603>

Uriarte Arciniega, Juan de Dios (2007). *Autopercepción de la identidad en la transición a la edad adulta*. España: Revista de Psicodidáctica, Vol. 12, Núm. 2, sin mes, pp. 279-292. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/175/17512209.pdf>

Urteaga, M. (2004). *El Cuerpo Juvenil como Territorio Cultural*. México: Revista Comunicología@: indicios y conjeturas. Publicación Electrónica del Departamento de Comunicación de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México, Primera Época, Número 2, Otoño, Revisado 14 de Noviembre de 2011. http://revistacomunicologia.org/index.php?option=com_content&task=view&id=69&Itemid=101

